Tome 80 — Numéro 11

MONTRÉAL, NOVEMBRE 1951

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

Fondée à Québec en 1902

L'Union Médicale du Canada

Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872

•

ADMINISTRATION ET SECRÉTARIAT:
326 est, boulevard Saint-Joseph,
Montréal.

Rougier FRÈRES

Spécialités de prescription médicale

350, RUE LE MOYNE, MONTRÉAL, 1

1901

1951

1951 marque pour

ROUGIER FRÈRES

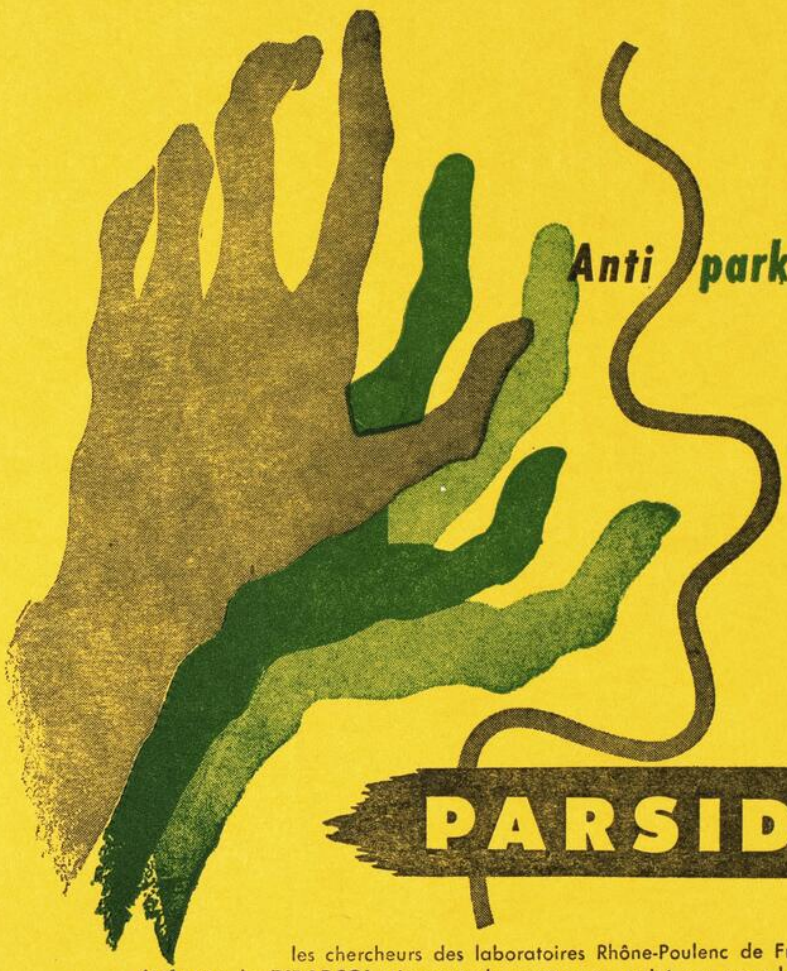
LE 50ème ANNIVERSAIRE D'EFFORTS CONSTANTS

pour mettre

À LA DISPOSITION DU CORPS MÉDICAL

DES SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES

DE LA PLUS HAUTE QUALITÉ



Anti parkinsonien

PARSIDOL

les chercheurs des laboratoires Rhône-Poulenc de France qui avaient découvert le **DIPARCOL** viennent de mettre au point un nouvel anti-parkinsonien de synthèse dont les propriétés parasympatholytiques (ganglioplégiques) s'avèrent encore plus nettes: le **PARSIDOL.**

le **PARSIDOL** (3356 R.P.) — chlorhydrate de (diéthylamino 2'-méthyl 2') éthyl 1' N-dibenzoparathiazine — possède en outre une action sympatholytique, spasmolytique et anti-acétylcholinique.

le PARSIDOL est indiqué dans le traitement symptomatique de la maladie de Parkinson post-encéphalitique et sénile et ses divers symptômes; il agit particulièrement sur la rigidité de fixation et le tremblement.

le **PARSIDOL** s'administre par voie buccale à dose variable, selon les sujets et le degré d'intensité de la maladie. On peut le donner en alternance ou en association avec le **DIPARCOL.**

COMPRIMÉS à 10 et à 50 mg.

Littérature et échantillons sur demande

Poulenc
Limitée

POULENC

MONTRÉAL

Si vous avez diagnostiqué la PYÉLITE

Prescrivez D'ABORD

ACCEPTED
COUNCIL ON PHARMACY AND CHEMISTRY
AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION

pour enrayer l'infection et maintenir l'antiseptie urinaire...

Quand il s'agit d'enrayer l'inflammation pyélitique et de restaurer de façon permanente l'antiseptie urinaire, la MANDELAMINE* s'impose par son action efficace et rapide contre les micro-organismes présents dans la majorité des infections des voies urinaires. L'ampleur du spectre antibactérien et l'absence à peu près totale de réactions fâcheuses en font l'agent thérapeutique par excellence à prescrire aussitôt qu'un diagnostic de pyélite a été formulé.

Dans certains cas de pyélite simple, l'antiseptie urinaire est souvent rétablie en moins de trois jours, permettant une guérison rapide sans avoir recours à des traitements plus coûteux.

La MANDELAMINE n'est positivement contre-indiquée que dans les cas d'insuffisance rénale.

Vous trouverez la MANDELAMINE dans toutes les pharmacies d'ordonnances, en flacons de 100, 500 et 1,000 comprimés dragéifiés à dissolution entérique. Sur demande, nous ferons parvenir aux médecins une abondante documentation ainsi que des échantillons pour essais cliniques.

NEPERA

NEPERA CHEMICAL CO., INC.

MERCK & CO. LIMITED

Distributeurs exclusifs, MONTRÉAL

*MANDELAMINE est la marque de commerce déposée par Nepera Chemical Co., Inc., pour sa marque de Hexydaline (mandélate de méthénamine):

SOMMAIRE

•

Roger DUFRESNE

In Memoriam 1267

BULLETIN

Roma AMYOT

Le projet d'assurance-maladie 1269

H. TRUDEL

Eloges mérités 1273

• • •

Toku Ro FUKUDA

L'hypertension par le sel chez les lapins et ses relations avec la glande surrénale 1278

S. LAUZÉ

Le carcinoïde du tube digestif 1282

INDICATIONS :

ARTHRITISME

Rhumatisme aigu, chronique
Goutte
Diabète arthritique

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

VICHY CELESTINS

EAU MINÉRALE ALCALINE NATURELLE, PROPRIÉTÉ DE L'ÉTAT FRANÇAIS

MALADIES DES VOIES URINAIRES

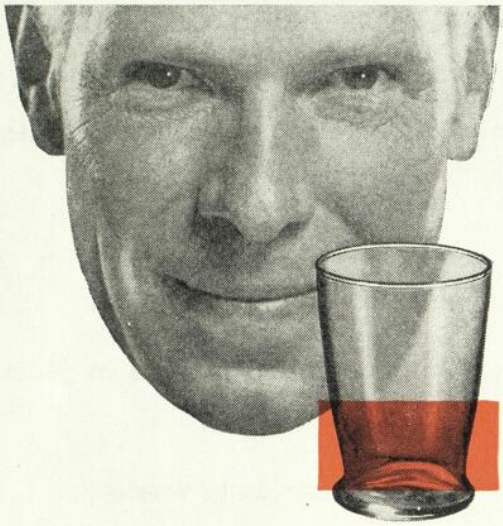
Gravelle urique et phosphatique — *Une bouteille par jour comme ci-dessus.*

Albuminurie des goutteux et des graveleux
Cystites — Néphrites
Artério-sclérose au début

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

Recommandée et prescrite par le Corps Médical dans le monde entier

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



Eskay's Neuro Phosphates*

Eskay's Theranates*

Toniques stimulants reconstituants

Surmenage
Convalescences
Manque d'appétit
États de dépression organique
Amaigrissement
Prétuberculose
Neurasthénie

ÉLIXIRS—en flacons de 6 et 80 onces liquides.
DOSES—Adultes: 2 cuillerées à thé à chaque repas.
Enfants: selon âge.

SMITH KLINE & FRENCH INTER-AMERICAN CORPORATION, Montréal 9

*Marques Déposées au Can. Pat. Off.

SOMMAIRE
(Suite)

Jules PRÉVOST et André MACKAY

Diagnostic précoce des tumeurs pulmonaires 1240

REVUE GÉNÉRALE

C.-A. GAUTHIER et Claude BÉLANGER

Du pronostic immédiat et éloigné des convulsions de l'enfance 1295

Maurice GERVAIS

La médication anticoagulante 1301

Paul BOURGEOIS

Ce que le praticien doit retenir de l'urologie en pédiatrie 1307

Philippe LAGASSÉ

Contribution à l'étude du cancer de la vessie 1309

ÉDITORIAL

Paul LETONDAL

Sur la classification et le traitement des mégacôlons 1314

Pour le traitement de L'ARTHRITE

COMPOSÉ d'"OSTOFORTE"

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

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

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

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

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

FORMULE

	Dans chaque capsule	*Dans la dose quotidienne moyenne (4 capsules)*
Vitamine D	50,000 unités int.	200,000 unités int.
Vitamine A	1,666 unités int.	6,664 unités int.
Vitamine B_1 (chlorhydrate de thiamine)	0.67 mg.	2.67 mg.
Riboflavine (vitamine B_2)	1.00 mg.	4.00 mg.
Niacinamide	6.67 mg.	26.67 mg.
Vitamine C (acide ascorbique)	15.00 mg.	60.00 mg.

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

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

Charles E. Frosst & Co.
MONTREAL CANADA

Frosst
DEPUIS 1899
LE SYMBOLE DU PROGRES EN RECHERCHES PHARMACEUTIQUES

Lipotrope

combinaison de tous les facteurs lipotropes éprouvés cliniquement et officiellement reconnus.

1941 L'action de l'Inositol pour accélérer l'élimination du cholestérol est établie et sa valeur reconnue dans la prévention de l'infiltration graisseuse du foie. *Gavin et McHenry, J. Biol. Chem., 139, 485, 1941. Eddy & Dalldorf (The Avitaminoses, Williams & Williams, Baltimore 1944),*

1946 L'action lipotrope de la Cystine est démontrée et plus particulièrement en association. *A. J. Beams, J.A.M.A., 130:190, Jan. 26, 1946.*

1947 La Choline est officiellement inscrite dans le N.N.R. comme agent lipotrope. *J.A.M.A. 135:16, 1073, Dec. 30, 1947.*

1948 La Méthionine est officiellement reconnue pour son activité lipotrope. *J.A.M.A., 139:6 430, Oct. 6, 1948.*

1951

Les expériences poursuivies en ce moment par Golfman et ses associés ont déjà apporté une contribution intéressante sur le sujet de l'hypercholestérolémie. Ces travaux semblent devoir vérifier l'hypothèse qu'une combinaison de facteurs lipotropes avec une quantité suffisante des facteurs essentiels du Complexe vitaminique B constituerait un traitement de choix.

Lipotrope représente la plus haute concentration et l'association la plus complète de tous ces facteurs connus.

Echantillon et documentation sur demande.

Flacons de 50 et 250 capsules ou comprimés.

1951 marque pour Rougier Frères le cinquantième anniversaire d'efforts constants pour mettre à la disposition du Corps Médical des specialités pharmaceutiques de la plus haute qualité.

50 ANNÉES DE PROGRÈS — 1901 — Rougier FRÈRES MONTREAL — 1951 — 50 YEARS OF ACHIEVEMENT

Rougier Frères, 350, RUE LE MOYNE, MONTREAL 1

SOMMAIRE

(Suite)

•

HYGIÈNE ET MÉDECINE SOCIALE

Ad. GROULX

La semaine nationale d'immunisation 1317

G. CHAREST

Vaccination contre la variole, immunisation contre la diphtérie, la coqueluche, et le tétanos, conseils aux parents 1319

Lucien DUBREUIL

Le diabète vu par un hygiéniste 1322

Pourquoi nos enfants doivent jouer 1324

VARIÉTÉS

En devoir — L'union ouvrière et la profession médicale 1326

Professeur A. LEMIERRE

Réflexions sur la médecine interne 1329

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

Gaétan JARRY

Silicose 1333

Roma AMYOT

Extraits de journaux 1334

ANALYSES 1338

MÉDECINE

La faillite des antihistaminiques pour la prévention ou la cure du rhume simple ou des maladies respiratoires (1338). **L'auréomycine dans le traitement du rhume simple** (1338). **La terramycine dans le traitement de la pneumonie primaire atypique et pneumococcique** (1388). **Les antiacides et l'auréomycine** (1338). **Décès après ponction sternale: observations de 2 cas** (1339). **Agranulocytose fatale au cours du traitement d'un goitre toxique par le propyl-thiouracil** (1339).

CARDIOLOGIE

Atrésie tricuspidienne d'origine congénitale (1340). **Le traitement de l'épilepsie psychomotrice** (1340).

ANESTHÉSIE

Un plaidoyer en faveur de l' "Art de l'anesthésie" (1341).

SOCIÉTÉS 1343

Réunion scientifique du bureau médical de l'hôpital Notre-Dame: séance du 31 mai 1951 (1343).

NÉCROLOGIE 1348

NOUVELLES 1349

REVUE DES LIVRES 1358

"L'Union Médicale du Canada" en 1882 1362

NOUVELLES THÉRAPEUTIQUES 1366

"TRULFACILLIN"

Marque de comprimés de trois sulfamides et de pénicilline

SULFAMIDES et PÉNICILLINE en association:

ACCROISSEMENT DES EFFETS THÉRAPEUTIQUES — PLUS DE SÛRETÉ

Outre l'activité synergique de la pénicilline associée aux sulfamides, activité qui a été prouvée, les comprimés Trulfacillin possèdent un avantage additionnel en éliminant pratiquement tout risque généralement associé à la sulfamidothérapie.

FORMULE	PRÉSENTATION	POSOLOGIE
"TRULFACILLIN" pour Enfants (3-50) C.T. No 819 "Frosst" Sulfaméthazine..... 64 mg. (1 gr.) Sulfadiazine..... 64 mg. (1 gr.) Sulfamérazine..... 64 mg. (1 gr.) Pénicilline-G potassique cristallisée..... 50,000 U.I.	Fioles de 20	De ¾ à 1 grain de sulfamides combinés par livre de poids corporel par jour (p.e., pour un enfant de 20 livres, un comprimé toutes les quatre heures).
"TRULFACILLIN" 7½-100 C.T. No 821 "Frosst" Sulfaméthazine..... 0.167 G. (2½ gr.) Sulfadiazine..... 0.167 G. (2½ gr.) Sulfamérazine..... 0.167 G. (2½ gr.) Pénicilline-G potassique cristallisée..... 100,000 U.I.	Boites de 12 tablettes	D'un à quatre comprimés, suivis d'un à deux comprimés toutes les 4 heures.
"TRULFACILLIN" 5-25 C.T. No 818 "Frosst" Sulfaméthazine..... 0.1 G. (1⅔ gr.) Sulfadiazine..... 0.1 G. (1⅔ gr.) Sulfamérazine..... 0.1 G. (1⅔ gr.) Pénicilline-G potassique cristallisée..... 25,000 U.I.	Flacons de 20	D'un à deux comprimés toutes les quatre heures.

DÉCHIREZ ICI

À TENIR SUR SOI

"TRULFACILLIN"

Marque de comprimés de trois sulfamides et de pénicilline

SULFAMIDES et PÉNICILLINE en association:

ACCROISSEMENT DES EFFETS THÉRAPEUTIQUES — PLUS DE SÛRETÉ

La présence de concentrations minimes de sulfamides augmente considérablement le degré de dilution auquel on peut démontrer l'action inhibitrice de la pénicilline sur les staphylocoques et les streptocoques. On a observé une action synergique semblable sur certaines bactéries à Gram-négatif. Outre l'activité synergique de la pénicilline associée aux sulfamides, activité qui a été prouvée, les comprimés Trulfacillin possèdent un avantage additionnel en éliminant pratiquement tout risque généralement associé à la sulfamidothérapie.

FORMULE	PRÉSENTATION	POSOLOGIE
"TRULFACILLIN" POUR ENFANTS (3-50) C.T. No 819 "Frosst" Sulfaméthazine 64 mg. (1 gr.) Sulfadiazine 64 mg. (1 gr.) Sulfamérazine 64 mg. (1 gr.) Pénicilline-G potassique cristallisée.....50,000 U.I.	Fioles de 20	De ¾ à 1 grain de sulfamides combinés par livre de poids corporel par jour (p.e., pour un enfant de 20 livres, un comprimé toutes les quatre heures).
"TRULFACILLIN" 7½-100 C.T. No 821 "Frosst" Sulfaméthazine 0.167 G. (2½ gr.) Sulfadiazine 0.167 G. (2½ gr.) Sulfamérazine 0.167 G. (2½ gr.) Pénicilline-G potassique cristallisée .....100,000 U.I.	Boites de 12	D'un à quatre comprimés, suivis d'un à deux comprimés toutes les 4 heures.
"TRULFACILLIN" 5-25 C.T. No 818 "Frosst" Sulfaméthazine 0.1 G. (1⅔ gr.) Sulfadiazine 0.1 G. (1⅔ gr.) Sulfamérazine 0.1 G. (1⅔ gr.) Pénicilline-G potassique cristallisée.....25,000 U.I.	Flacons de 20	D'un à deux comprimés toutes les quatre heures.

"BEFORTE"

Marque de vitamine B composée additionnée des vitamines C et D

INDICATIONS — Beforte est recommandé pour suppléer à l'insuffisance de l'alimentation, et pour seconder le traitement de la maladie à la période aiguë ou au stade de convalescence. Les vitamines sont présentement ou virtuellement insuffisantes dans le régime des états suivants, et il faut donc le compléter.

RESTRICTIONS DIÉTÉTIQUES: ulcère peptique, colite, diabète sucré, alcoolisme chronique, anorexie nerveuse, cardiopathie, néphrite, régimes irrationnels, sénilité.

ABSORPTION INADÉQUATE: colite, maladie coeliaque, dysenterie, cardiopathie avancée.

BESOINS EXTRAORDINAIRES: hyperthyroïdie, grossesse et lactation, infections aiguës, états pré- et post-opératoires, maladies débilitantes — tuberculose, arthrite, asthme chronique, etc.

FORMULES

TABLETTES "BEFORTE"

S.C.T. Nº 360 *Frosst*

Levure de bière concentrée	150 mg.
Thiamine, ClH. de	3 mg.
Riboflavine	2 mg.
Niacinamide	12.5 mg.
Pyridoxine, ClH. de	1 mg.
d-pantothénate de calcium	5 mg.
Vitamine D	500 U.I.
Acide ascorbique	25 mg.

POSOLOGIE

Une à trois tablettes par jour.

PRÉSENTATION

Flacons de 30 et 100 tablettes.

"BEFORTE" LIQUIDE

Chaque cuillerée à thé renferme:

Levure de bière concentrée	150 mg.
Thiamine, ClH. de	3 mg.
Riboflavine	2 mg.
Niacinamide	12.5 mg.
Pyridoxine	1 mg.
d-pantothénate de calcium	5 mg.
Vitamine D	500 U.I.

POSOLOGIE

Une à trois cuillerées à thé par jour.

PRÉSENTATION

Flacons de 4 et 16 onces.

"BEFORTE"

Marque de vitamine B composée additionnée des vitamines C et D

INDICATIONS — Beforte est recommandé pour suppléer à l'insuffisance de l'alimentation, et pour seconder le traitement de la maladie à la période aiguë ou au stade de convalescence. Les vitamines sont présentement ou virtuellement insuffisantes dans le régime des états suivants, et il faut donc le compléter.

RESTRICTIONS DIÉTÉTIQUES: ulcère peptique, colite, diabète sucré, alcoolisme chronique, anorexie nerveuse, cardiopathie, néphrite, régimes irrationnels, sénilité.

ABSORPTION INADÉQUATE: colite, maladie coeliaque, dysenterie, cardiopathie avancée.

BESOINS EXTRAORDINAIRES: hyperthyroïdie, grossesse et lactation, infections aiguës, états pré- et post-opératoires, maladies débilitantes — tuberculose, arthrite, asthme chronique, etc.

TABLETTES "BEFORTE"

S.C.T. Nº 360 *Frosst*

Levure de bière concentrée	150 mg.
Thiamine, ClH. de	3 mg.
Riboflavine	2 mg.
Niacinamide	12.5 mg.
Pyridoxine, ClH. de	1 mg.
d-pantothénate de calcium	5 mg.
Vitamine D	500 U.I.
Acide ascorbique	25 mg.

POSOLOGIE — Une à trois tablettes par jour.

PRÉSENTATION — Flacons de 30 et 100 tablettes.

"BEFORTE" LIQUIDE

Chaque cuillerée à thé renferme:

Levure de bière concentrée	150 mg.
Thiamine, ClH. de	3 mg.
Riboflavine	2 mg.
Niacinamide	12.5 mg.
Pyridoxine	1 mg.
d-pantothénate de calcium	5 mg.
Vitamine D	500 U.I.

POSOLOGIE — Une à trois cuillerées à thé par jour.

PRÉSENTATION — Flacons de 4 et 16 onces.

SULFAMIDES et PÉNICILLINE

en association:

ACCROISSEMENT DES EFFETS THÉRAPEUTIQUES — PLUS DE SÛRETÉ

"Trulfacillin"

Marque de comprimés de trois sulfamides et de pénicilline

Pour Enfants (3-50)

L'action des sulfamides et de la pénicilline en association s'est avérée synergique *in vitro* et *in vivo*. La présence de concentrations minimes de sulfamides augmente considérablement le degré de dilution auquel on peut démontrer l'action inhibitrice de la pénicilline sur les staphylocoques et les streptocoques.

On a observé une action synergique semblable sur certaines bactéries à Gram-négatif. Le résultat d'expérimentations établit que l'inhibition de certains micro-organismes se fait à des concentrations bien moins fortes lorsque les sulfamides et la pénicilline agissent de concert que lorsque ces agents agissent isolément.

Les comprimés Trulfacillin produisent cette activité synergique de la pénicilline et des sulfamides déjà démontrée. Ils possèdent un avantage additionnel: le mélange de sulfamides utilisés — sulfaméthazine, sulfadiazine et sulfamérazine — élimine presque entièrement le danger de lésions rénales par suite de précipitation de cristaux, et diminue considérablement le risque de réactions d'intolérance aux sulfamides.

"TRULFACILLIN" POUR ENFANTS (3-50)

C.T. Nº 819 Frosst

Sulfaméthazine	64 mg. (1 gr.)
Sulfadiazine	64 mg. (1 gr.)
Sulfamérazine	64 mg. (1 gr.)
Pénicilline-G potassique cristallisée	50,000 U.I.

POSOLOGIE

De trois-quarts à un grain de sulfamides par livre de poids corporel par jour (p.e., pour un enfant de 20 livres, un comprimé toutes les quatre heures.)

PRÉSENTATION: flacon de 20.

ADMINISTRATION CHEZ LES ADULTES

"TRULFACILLIN" 7½ - 100

C.T. Nº 821 Frosst

Sulfaméthazine	0.167 G.
Sulfadiazine	0.167 G.
Sulfamérazine	0.167 G.
Pénicilline-G potassique cristallisée	100,000 U.I.

POSOLOGIE

D'un à quatre comprimés, suivis d'un à deux comprimés toutes les quatre heures.

PRÉSENTATION: Boîte de 12.

"TRULFACILLIN" (5-25)

C.T. Nº 818 Frosst

Sulfaméthazine	0.1 G. (1⅔ gr.)
Sulfadiazine	0.1 G. (1⅔ gr.)
Sulfamérazine	0.1 G. (1⅔ gr.)
Pénicilline-G potassique cristallisée	25,000 U.I.

POSOLOGIE

D'un à deux comprimés toutes les quatre heures.

PRÉSENTATION: flacon de 20.

AVERTISSEMENT

Bien qu'avec l'emploi de Trulfacillin le danger des phénomènes fâcheux généralement associés à la sulfamidothérapie soit grandement réduit, il ne faut pas cesser d'exercer une constante vigilance dans les recherches et le diagnostic de ces phénomènes, tels que l'agranulocytose, la fièvre, les douleurs articulaires, les manifestations cutanées, etc.

BIBLIOGRAPHIE

1. "Synergic action of penicillin and sulphonamides." Bigger, Lancet, 2, 142, le 29 juillet 1944.
2. "Studies on the effect of penicillin on Gram-negative bacteria. Penicillin-sulfonamide synergy." Stewart, J. of Hygiene, 45, 282, août 1947.
3. "The combined effect of penicillin and of sulfonamides in infections with gram-negative organisms." El Borolossy and Buttle, J. Ph. & Pharmacol., 2:Nos 2 et 3, 1950.
4. "The synergistic or additive activity of chemotherapeutic compounds." Kolmer, Am. J. Med. Sciences, 215, 136,1948.
5. "Penicillin and sulfadiazine compared with sulfadiazine alone in the treatment of pneumococcic pneumonia." Dowling, Hussey, Hirsh and Wilhelm, Ann. Int. Med., 25, 950, 1946.
6. "Combined penicillin and sulfonamide therapy in the treatment of pneumococcic meningitis." Waring and Smith, J.A.M.A., 126, 418, 1944.
7. "Sulfathiazole and penicillin in typhoid fever: report of 6 cases." McSweeney, Lancet, 2, 114, 1946.
8. "Synergic action of penicillin and sulphathiazole in gonorrhoea." Hargreaves, Br. J. Ven. Dis., 23:85, juin 1947.

Traitement des CARENCES VITAMINIQUES

"Beforte"

Marque de vitamine B additionnée des vitamines C et D

Les maladies par carence sont rarement imputables à l'insuffisance d'un seul facteur. Chaque constituant nutritif doit être évalué. Protides, glucides, lipides, sels minéraux et facteurs accessoires, tous doivent être pesés et considérés dans l'étude de l'intégralité d'un régime alimentaire. On constatera, cependant, que dans la plupart des cas, la carence vitaminique joue le rôle principal et que, en cette occurrence, la carence est multiple et non pas limitée à une seule vitamine.

On recommande Beforte pour suppléer à l'insuffisance du régime alimentaire et pour seconder le traitement de la maladie à sa période aiguë tout comme durant la convalescence. Les vitamines sont présentement ou virtuellement insuffisantes dans le régime des états suivants, et il faut donc le compléter.

RESTRICTIONS DIÉTÉTIQUES

Ulcère peptique, colite, diabète sucré, alcoolisme chronique, anorexie nerveuse. cardiopathie, régimes irrationnels, néphrite, sénilité.

ABSORPTION INADÉQUATE

Colite, maladie coeliaque, dysenterie, cardiopathies avancées.

BESOINS EXTRAORDINAIRES

Hyperthyroïdie, infections aiguës, grossesse et lactation, états pré et post-opératoires, maladies débilitantes—tuberculose, arthrite, asthme chronique, etc.

Beforte s'est avéré utile pour la prévention et le soulagement du mal des rayons. L'administration des tablettes devra commencer 3 ou 4 jours avant la radiothérapie, et continuer durant tout le cours du traitement.

TABLETTES "BEFORTE"

S.C.T. Nº 360 "Frosst"

Levure de bière concentrée	150 mg.
Thiamine, ClH. de	3 mg.
Riboflavine	2 mg.
Niacinamide	12.5 mg.
Pyridoxine, ClH. de	1 mg.
d-pantothénate de calcium	5 mg.
Vitamine D	500 U.I.
Acide ascorbique	25 mg.

POSOLOGIE
Une à trois tablettes par jour.

PRÉSENTATION
Flacons de 30 et 100 tablettes.

LIQUIDE "BEFORTE"

Chaque cuillerée à thé renferme:

Levure de bière concentrée	150 mg.
Thiamine, ClH. de	3 mg.
Riboflavine	2 mg.
Niacinamide	12.5 mg.
Pyridoxine, ClH. de	1 mg.
d-pantothénate de calcium	5 mg.
Vitamine D	500 U.I.

POSOLOGIE
Une à trois cuillerées à thé par jour.

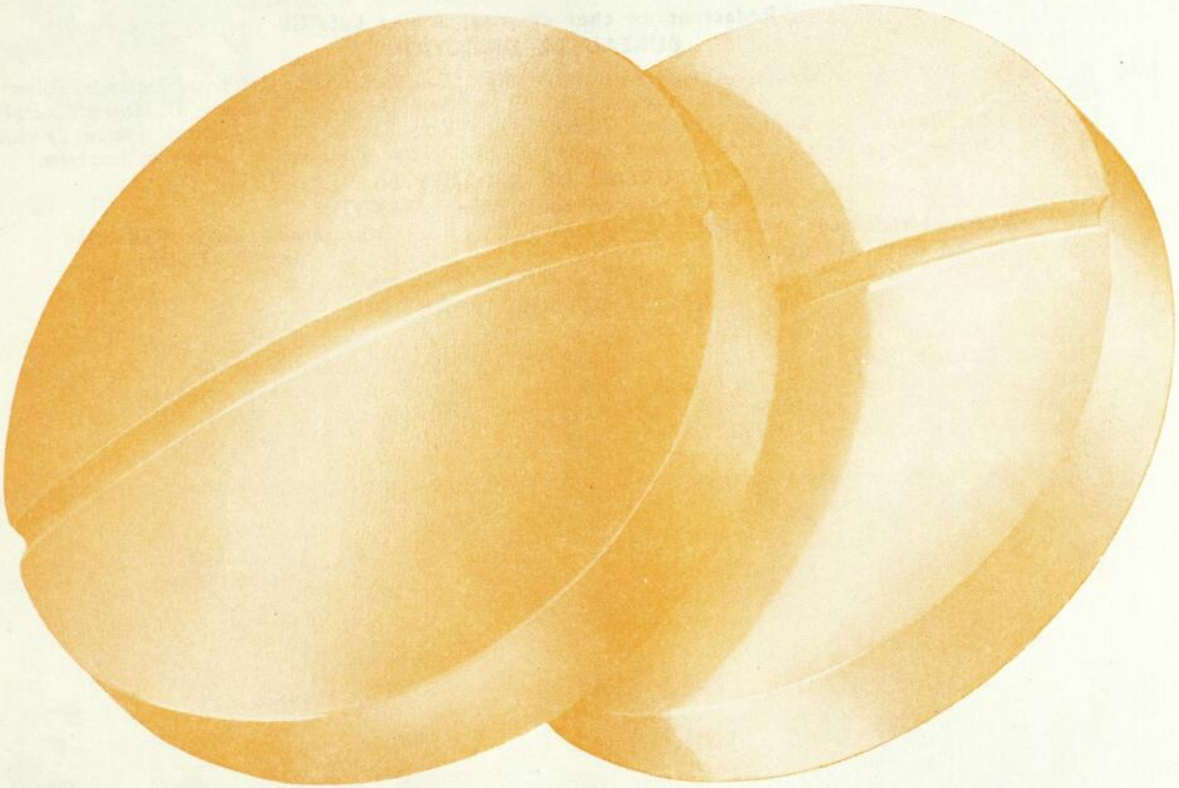
PRÉSENTATION
Flacons de 4 et 8 onces.

Charles E. Frosst & Co.
MONTRÉAL CANADA

MAINTENANT

La Banthine sous 2 formes:

LE VÉRITABLE ANTICHOLINERGIQUE DANS L'ULCÈRE PEPTIQUE EST MAINTENANT DISPONIBLE SOUS FORME DE :



Banthine *et* Banthine avec Phénobarbital

"De plus en plus, on attache de l'importance au rôle de l'hypermotilité comme facteur causal de la douleur ulcéreuse, et de moins en moins à l'influence de la seule hyperacidité.

"Des études sur la Banthine ont démontré qu'elle diminue l'acidité gastrique chez la plupart des patients. Mais son effet le plus important est cette même diminution de la motilité qui entraîne un soulagement de la douleur presqu'immédiatement." *

PRÉSENTATION :

Banthine (50 mg.) en comprimés striés.

Banthine (50 mg.) avec phénobarbital (15 mg.), en comprimés striés.

*Editorial: Promise in Peptic Ulcer, West J. Surg. *58*:445 (Aug.) 1950.

Banthine

BROMURE

MARQUE DU BROMURE DE MÉTHANTHÉLINE

G. D. SEARLE & CO. OF CANADA, LTD., 390 Weston Road, Toronto 9, Ont.

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

L'Union Médicale
du Canada

DIRECTION SCIENTIFIQUE

MEMBRES D'HONNEUR

Messieurs les Professeurs:
Maurice Roch (Genève),
Pasteur Valléry-Radot (Paris),
Wilbrod Bonin, doyen
Faculté de Médecine, Université de Montréal;
Charles Vézina, doyen
Faculté de Médecine, Université Laval, Québec;
Pierre Masson,
J.-A. Leduc,
T. Parizeau,
J.-N. Roy (Montréal).

Rédacteur en chef émérite: Albert LeSAGE

BUREAU DE DIRECTION

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

BUREAU DE RÉDACTION

Rédacteur en chef: Roma AMYOT

Assistant-rédacteur en chef
Edouard Desjardins

Secrétaire de la Rédaction
Roger-R. Dufresne

326 est, boulevard Saint-Joseph.

BUREAU DE COLLABORATION:

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

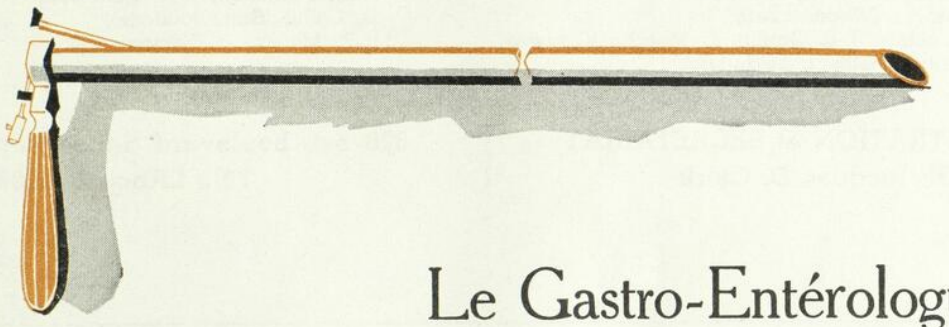
NESTLÉ'S MILK PRODUCTS (CANADA) LIMITED • 80 KING ST. WEST, TORONTO, ONTARIO

Chlorhydrate cristallisé d'

AUREOMYCINE

Lederle

Agent thérapeutique efficace contre de nombreuses infections à bactéries et à rickettsies et certaines affections à protozoaires et à grands virus



Le Gastro-Entérologue

connaît le remarquable pouvoir inhibiteur de l'Auréomycine à l'égard d'un grand nombre de germes, et, particulièrement, de ceux qui sont les hôtes habituels du tube digestif. Cet antibiotique présente un grand intérêt pour préparer les malades aux opérations des viscères abdominaux ou de l'arbre biliaire et se montre également actif dans le traitement médical des maladies infectieuses qui atteignent ces régions. Son efficacité dans l'amibiase intestinale a été largement démontrée. L'Auréomycine est spécialement indiqué pour traiter un grand nombre d'infections hépato-biliaires, par suite des hautes concentrations qu'il est possible de réaliser dans la bile et de la protection qu'elle donne au parenchyme hépatique contre la nécrose bactérienne. En un mot, l'Auréomycine est un produit indispensable en gastro-entérologie.

Conditionnement

En Capsules: à 50 mg.: Flacons de 25 et de 100 capsules; à 250 mg.: Flacons de 16 et de 100 capsules.

Forme ophtalmique: Fiole à 25 mg. avec compte-gouttes.

On prépare la solution extemporanément par addition de 5 cc. d'eau distillée.

LEDERLE LABORATORIES DIVISION

North American Cyanamid Limited

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

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

L'Union Médicale
du Canada

ADMINISTRATION

OFFICIERS

Président: L. Gérin-Lajoie
Vice-président: Pierre Smith
Secrétaire-trésorier: J.-A. Vidal
Secrétaire-trésorier adjoint: P.-R. Archambault

COMITÉ EXÉCUTIF

MM. L. Gérin-Lajoie, R. Amyot, J.-A. Vidal, D. Marion et Pierre Smith.

COMITÉ DE PUBLICITÉ

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

CORRESPONDANTS

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

ADMINISTRATION et SECRÉTARIAT } **326 est, boulevard Saint-Joseph, Montréal.**
PUBLICITÉ: Jacques D. Clerk } **Tél.: LAncaster 9888**

TRAITEMENT DE LA TOUX?

•

SUPPOSITOIRES

RECTOCRINE

Formules : Adulte et enfant.

Echantillons et littérature à Messieurs les Médecins seulement.

Deux spécialités des Laboratoires

Casgrain & Charbonneau Ltée

"UNIVERS PHARMACEUTIQUE, SCIENTIFIQUE ET MÉDICAL"

OTTAWA MONTRÉAL QUÉBEC

GLANDOPLEX

la grossesse et l'allaitement

Entrainent une decalcification intense chez la maman qui doit pourvoir aux besoins calciques du foetus et du nourrisson.

Il importe donc au praticien de combler cette déficience en utilisant une médication calcique entièrement assimilable.

GLANDOPLEX par ses composés calciques, minéraux et organiques apporte à la femme enceinte et à la nourrice l'excédant de calcium dont elles ont besoin. Il facilite l'ossification et la dentition et en combat les états pathologiques.

GLANDOPLEX

Laboratoires "National" Limitée

Agents généraux au Canada:

MILLET, ROUX & CIE, LIMITÉE

MONTRÉAL, P.Q.

OFFICIERS
DE
l'Association des Médecins de Langue Française du Canada

Fondée à Québec en 1902

•

DIRECTEURS GÉNÉRAUX HONORAIRES

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

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

DIRECTEUR GÉNÉRAL

Emile BLAIN,
444 est, rue Sherbrooke,
Montréal.

SECRÉTAIRE-TRÉSORIER GÉNÉRAL

Hermile TRUDEL,
1990 est, rue Rachel,
Montréal.

SECRÉTAIRE ADJOINT

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

EXÉCUTIF DE L'ASSOCIATION

Emile BLAIN,	**Montréal.**
Hermile TRUDEL,	**Montréal.**
J.-A. VIDAL,	**Montréal.**
J.-A. DENONCOURT,	**Trois-Rivières.**
J.-B. JOBIN,	Québec.
Jos. NORMAND,	Trois-Rivières.
J.-L. ROCHEFORT,	Trois-Rivières.

•

COMITÉ DU XXIe CONGRÈS

J.-A. DENONCOURT, président.

J.-B. JOBIN,	1er	vice-président.
J.-M. LAFRAMBOISE,	2e	"
Gustave LACASSE,	3e	"
Auray FONTAINE,	4e	"

Jos. NORMAND, secrétaire,
1027, boul. Laviolette,
Trois-Rivières.

J.-L. ROCHEFORT, trésorier,
1005, rue Saint-Prosper,
Trois-Rivières.

•

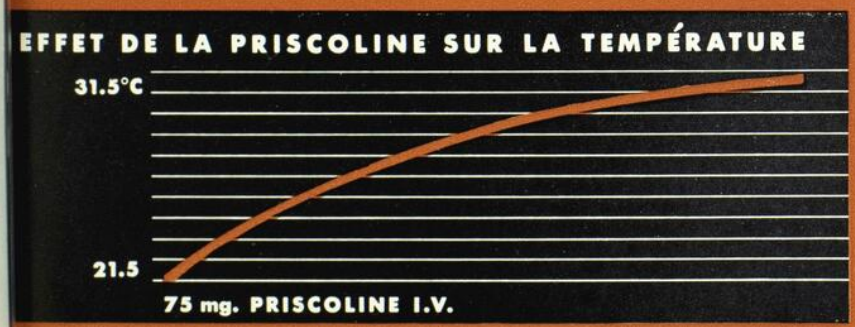
ANCIENS PRÉSIDENTS

Albert LeSAGE,	**Chs. N. DeBLOIS,**	**A.-L. RICHARD,**
J.-H. LAPOINTE,	**J.-A. JARRY,**	**Edmond POTVIN,**
Albert PAQUET,	**Charles VEZINA,**	**J.-A. VIDAL.**
	Richard GAUDET,	

MEMBRES DU CONSEIL

AMYOT, Roma, 454 est, rue Sherbrooke, Montréal 1954
ARCHAMBAULT, Gérard, 472, av. Laurier, St-Jean, P. Q. 1952
BAILLY, Roland, 4339 avenue de Lorimier, Montréal .. 1952
BEAUCHEMIN, L.-O., Calgary, Alberta 1954
BELIVEAU, Pierre, Méthégan, N.-E. 1952
BIBAUD, Barthélémi, Valleyfield, P. Q. 1952
BLANCHET, Roméo, 54, avenue Laurier, Québec 1952
BONIN, Wilbrod, 575, avenue Davaar, Outremont 1954
BROUSSEAU, L.-Philippe, Malartic, P. Q. 1954
CARON, Sylvio, Mastaï, Québec 1952
CHOLETTE, A.-M., 1451 est, boul. St-Joseph, Montréal 1954
COUTURIER, Alphonse, Rivière-du-Loup, P. Q. 1954
D'ARGENCOURT, Guy, Drummondville, P. Q. 1954
DECARIE, Roland, 524 est, rue Sherbrooke, Montréal.. 1952
DESMEULES, Roland, 167, Grande-Allée, Québec 1952
DOMINGUE, Albert, Granby, P. Q. 1952
GAUTHIER, Henri-E., Woonsocket, R. I. 1954
GAUTHIER, J.-D., Shippegan, N.-B. 1954
HURTUBISE, Raoul, Sénateur, 19, rue Durham,
Sudbury, Ont. 1954
JOANNETTE, Albert, Sainte-Agathe-des-Monts, P. Q. .. 1952
JOBIN, Pierre, 91½, rue d'Auteuil, Québec 1954
LECOURS, J.-A., 538, av. King-Edward, Ottawa, Ont. 1952
LEMIEUX, J.-R., Hôpital Saint-Sacrement, Québec 1952
MANSEAU, Georges, 924, rue St-Aubin, Ville-St-Laurent 1952
MERCILLE, Jean, 316, Parc G.-E.-Cartier, Montréal .. 1952
MILOT, J.-D., 1017, Stafford Road, Fall River, Mass. .. 1952
MORISSET, Pierre, Saint-Georges-de-Beauce, P. Q. .. 1952
PERRAS, J.-Ephrem, 192, rue Principale, Hull, P. Q. .. 1952
PERRON, Jos., Shawinigan Falls, P. Q. 1954
PIETTE, Edmond, Joliette, P. Q. 1954
PILON, J.-L., 389 est, boul. Saint-Joseph, Montréal .. 1954
POWERS, A., 11, rue Front, Hull, P. Q. 1954
RIOUX, J.-Emile, Sainte-Anne-des-Monts, P. Q. 1954
ROULEAU, J.-Maurice, St-Grégoire, Cté de Nicolet, P. Q. 1952
SMITH, Pierre, 300, Carré Saint-Louis, Montréal 1954
TETRAULT, Adélard, 411, boul. Laviolette, T.-Rivières 1954
THIBAULT, Eugène, 4070, boul. Lasalle, Verdun, P. Q. 1954
VIAU, Horace, 467, rue Rideau, Ottawa, Ont. 1954

PRISCOLINE: *preuve de l'action vasodilatatrice périphérique*



PRISCOLINE*

Quand on établit l'efficacité d'un vasodilatateur il n'y a que deux critères de tout repos: les études sphygmographiques et thermiques. La PRISCOLINE*, puissant vasodilatateur, actif par voie orale et parentérale, a passé tous les tests cliniques summa cum laude. Reedy[1] observa que la température cutanée des orteils s'élève en moyenne de 7.5°C après l'administration de PRISCOLINE.

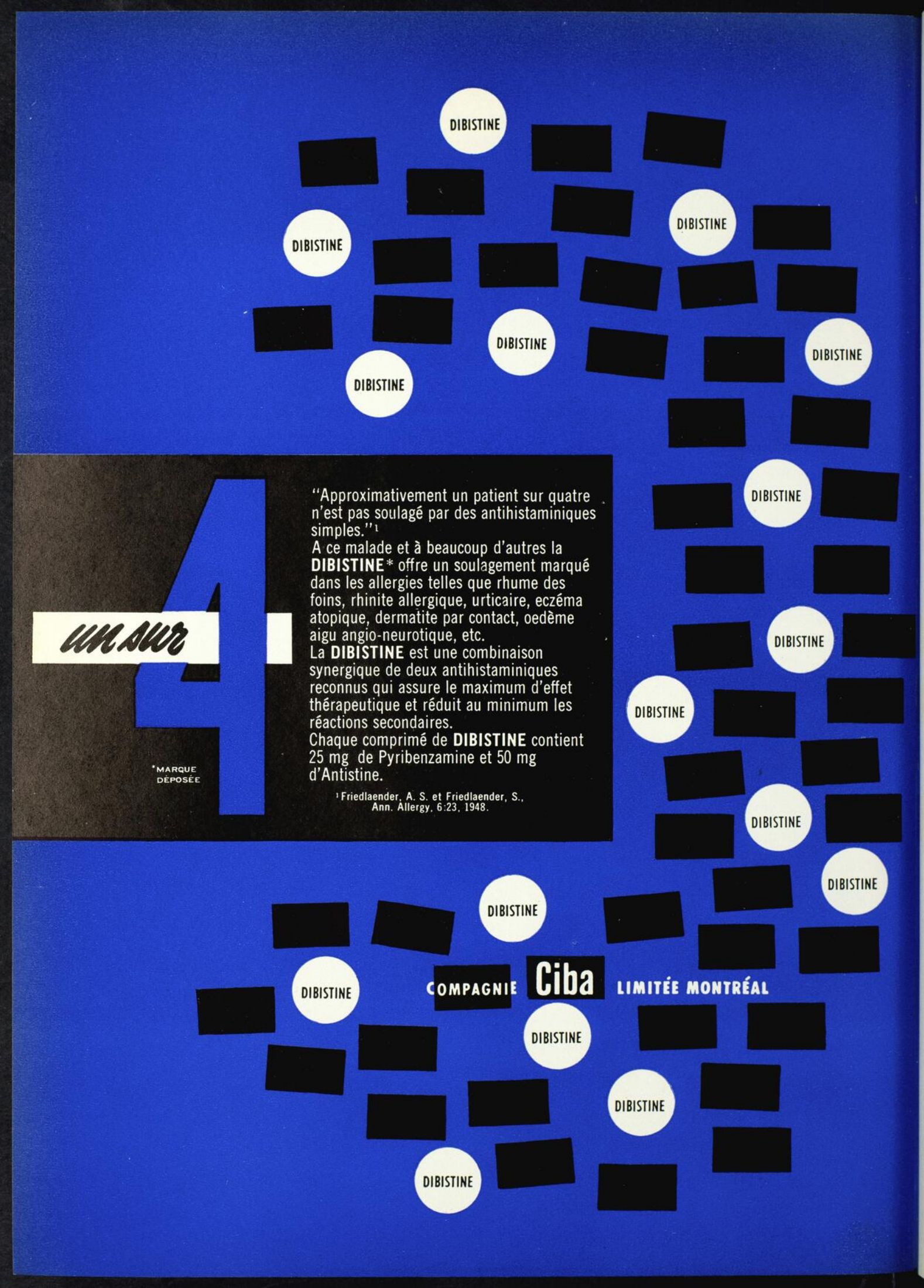
Administrée par voie orale ou parentérale la PRISCOLINE est d'une efficacité clinique exceptionnelle dans le traitement de: maladie de Raynaud, maladie de Buerger, thrombophlébite, troubles vasculaires du diabète, et toute autre condition où l'on désire accélérer le courant sanguin aux extrémités.

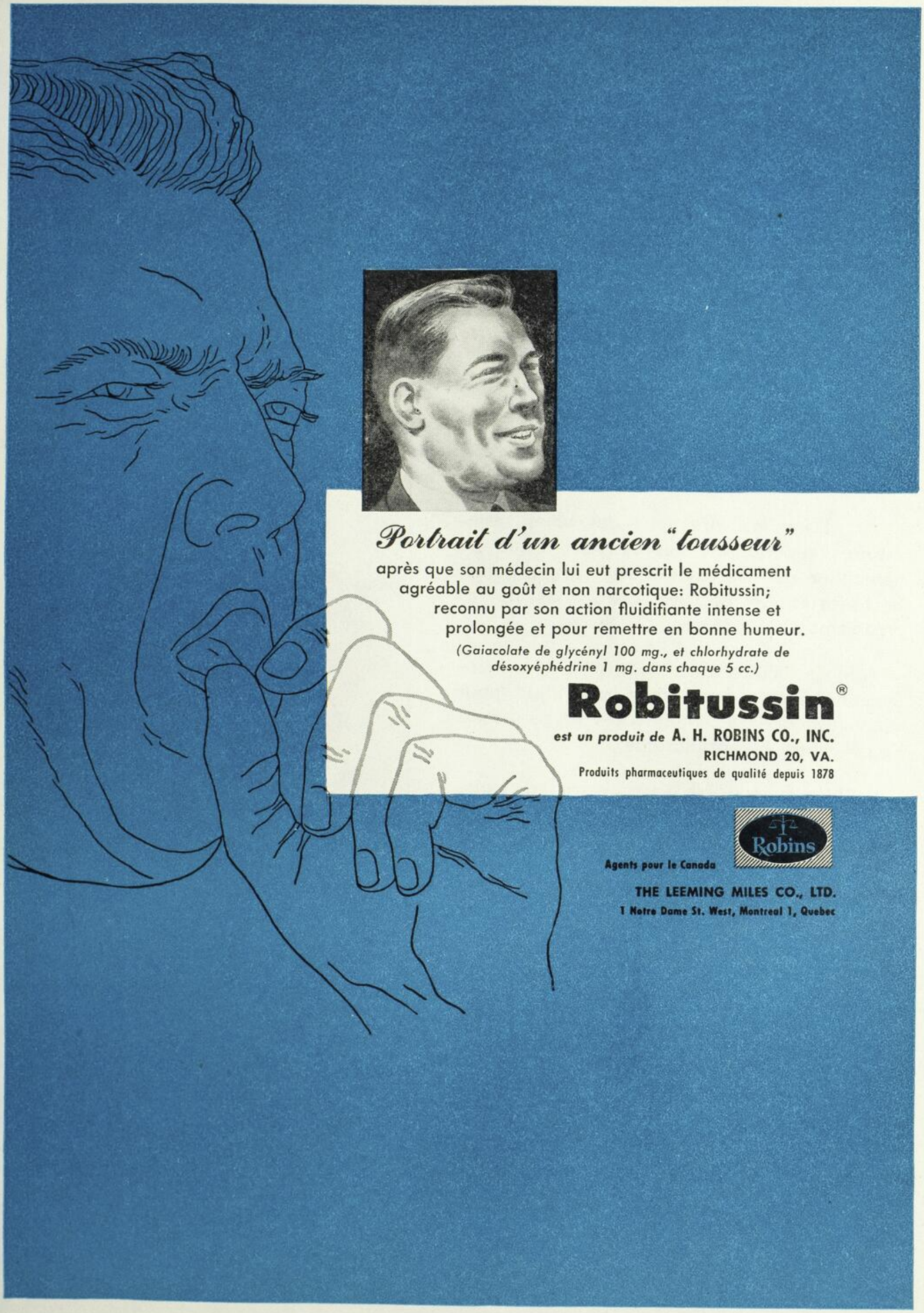
La PRISCOLINE met à la disposition du praticien général un vasodilatateur d'une valeur clinique hors ligne.

1. Reedy, W. J.: J. of Lab. & Clin. Med. 37: 365 (mars) 1951

Ciba

* Chlorhydrate de benzazoline "Ciba"


DIBISTINE
DIBISTINE
DIBISTINE
DIBISTINE
DIBISTINE
DIBISTINE
DIBISTINE
DIBISTINE
DIBISTINE
DIBISTINE
DIBISTINE
DIBISTINE
DIBISTINE
DIBISTINE
UN SUR 4
"Approximativement un patient sur quatre n'est pas soulagé par des antihistaminiques simples."[1]
A ce malade et à beaucoup d'autres la **DIBISTINE*** offre un soulagement marqué dans les allergies telles que rhume des foins, rhinite allergique, urticaire, eczéma atopique, dermatite par contact, oedème aigu angio-neurotique, etc.
La **DIBISTINE** est une combinaison synergique de deux antihistaminiques reconnus qui assure le maximum d'effet thérapeutique et réduit au minimum les réactions secondaires.
Chaque comprimé de **DIBISTINE** contient 25 mg de Pyribenzamine et 50 mg d'Antistine.
*MARQUE DÉPOSÉE
[1] Friedlaender, A. S. et Friedlaender, S., Ann. Allergy, 6:23, 1948.
COMPAGNIE Ciba LIMITÉE MONTRÉAL



Portrait d'un ancien "tousseur"

après que son médecin lui eut prescrit le médicament agréable au goût et non narcotique: Robitussin; reconnu par son action fluidifiante intense et prolongée et pour remettre en bonne humeur.

(Gaiacolate de glycényl 100 mg., et chlorhydrate de désoxyéphédrine 1 mg. dans chaque 5 cc.)

Robitussin®

est un produit de **A. H. ROBINS CO., INC.**
RICHMOND 20, VA.
Produits pharmaceutiques de qualité depuis 1878

Robins

Agents pour le Canada
THE LEEMING MILES CO., LTD.
1 Notre Dame St. West, Montreal 1, Quebec

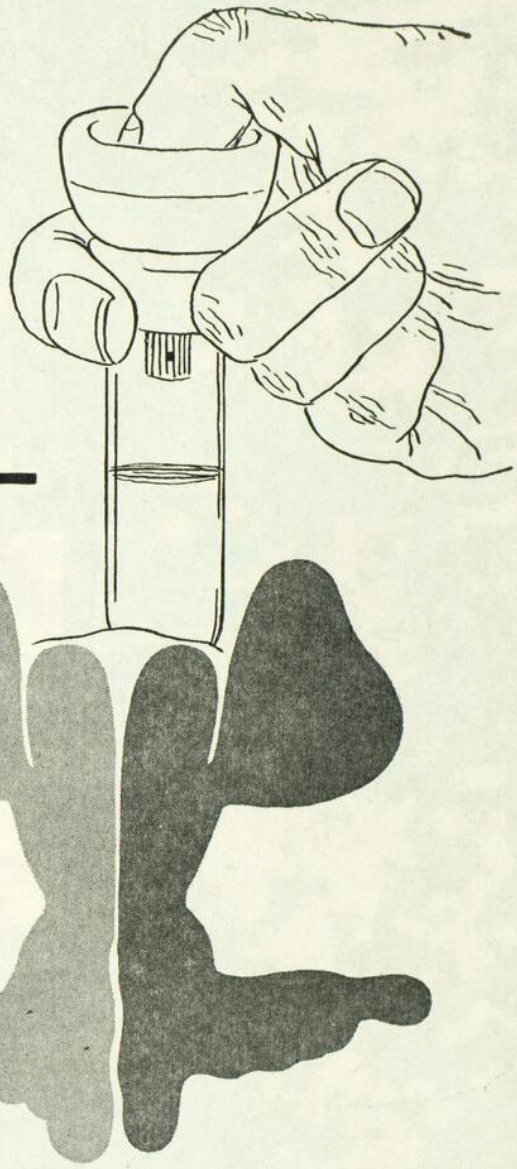
Vasoconstriction
associée à la
thérapeutique antibiotique dans la

NÉO-SYNÉPHRINE

(marque de la phényléphrine)

avec

PÉNICILLINE CRISTALLISÉE



Dans les infections des voies respiratoires supérieures, l'application locale de pénicilline dans la cavité nasale a une action bactériostatique décisive contre les micro-organismes pathogènes.

Afin de faciliter un tel traitement, la Néo-Synéphrine est associée à la pénicilline, pour décongestionner les muqueuses et permettre l'accès libre à l'antibiotique.

La Néo-Synéphrine, vasoconstricteur puissant, ne perd pas son efficacité malgré les applications répétées. Elle est remarquable parce qu'elle ne produit pas de sensation de brûlure lors de l'application et par l'absence de congestion compensatrice.

NÉO-SYNÉPHRINE

avec

PÉNICILLINE CRISTALLISÉE

Stable - Plein rendement

Présentation: Empaquetages combinés pour la préparation de 15 c.c. d'une solution fraîche tamponnée de 0.25% de chlorhydrate de Néo-Synéphrine et 10,000 unités de pénicilline par c.c.

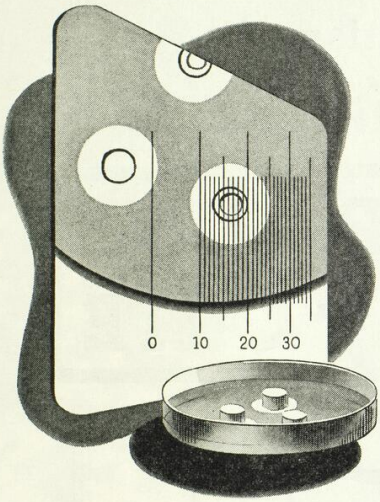
Winthrop-Stearns INC.
NEW YORK 18, N. Y. WINDSOR, Ont.

Néo-Synéphrine, marque de commerce enregistrée aux E.-U. et au Canada.

11-22

LA *Pénicilline*

arrive bien près de mériter l'appellation d'ANTIBIOTIQUE "PAR EXCELLENCE"[1]



TRÈS GRANDE EFFICACITÉ

En général, "...la pénicilline continue d'être l'antibiotique de choix dans toutes les infections à bactéries prenant le Gram et causées par le staphylocoque, le streptocoque hémolytique, le pneumocoque... et tous les cas de blennorragie et de syphilis." [2]

MINIMUM DE TOXICITÉ

"Vu l'innocuité presque parfaite qui la caractérise, la pénicilline reste dans le domaine des curiosités pharmacologiques. Jusqu'à date, on n'a rapporté à son sujet aucun effet toxique que l'on pût imputer au dosage: ce fait est d'autant plus remarquable que le médicament a été administré à un nombre énorme de personnes (littéralement, des millions)." [3]

Les produits pénicilliques Merck sont fabriqués au Canada.
Documentation sur demande.

PRODUITS PÉNICILLIQUES MERCK

1. Pratt, R. et Dufrenoy, J., *Antibiotics*. J. B. Lippincott Company, Philadelphie, 1949, p. 30.
2. Keefer, C. S., *Postgraduate Medicine* 9: 101, février 1951.
3. Goldstein, A.: Antibacterial chemotherapy, *N. England J. Med.* 240: 137-147, 27 janvier 1949.

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

B_1 Vitaminothérapie
Antirhumatismale
* *intensive*

THIODÉRAZINE FORTE

B_1 VITAMINÉE

50 mg

de Vitamine B_1 *stabilisée*
en solution sulfo-iodée

MIDY

LABORATOIRES MIDY 67, AV. DE WAGRAM · PARIS

AU SERVICE DU CORPS MÉDICAL
DEPUIS 1718

Agents pour le Canada :
VINANT LTÉE, 200, RUE VALLÉE, MONTRÉAL 18

raitement **antianémique** adéquat

Maturex

Renferme tous les spécifiques des anémies macrocytaires et ferriprives

Pour les adultes

"MATUREX"—No 340

Chaque capsule renferme:

Vitamine B_{12}	10 microg.
Estomac desséché	250 mg.
Acide folique	0 mg.67
Sulfate ferreux, P.B. (5 gr.)	320 mg.
Acide ascorbique	50 mg.
Extrait de foie, équivalent de	1 g. de foie frais

"MATUREX" Non ferreux—No 341

Formule du No 340 sans sulfate ferreux. D'après les comptes rendus de l'emploi du produit, rares sont les malades qui ne tolèrent pas le fer des capsules de "Maturex", mais la formule sans fer se prend dans les cas où la médication martiale est superflue.

Pour les enfants

"MATUREX" Enfants—No 338

Chaque capsule renferme:

Vitamine B_{12}	5 microg.
Estomac desséché	80 mg.
Acide folique	0 mg.67
Sulfate ferreux, P.B. ($1\frac{1}{2}$ gr.)	100 mg.
Acide ascorbique	25 mg.
Extrait de foie, équivalent de	0 g.5 de foie frais

"MATUREX" Non ferreux—Enfants—No 339

Formule du No 338 sans sulfate ferreux. Destiné aux enfants qui ne requièrent pas une médication martiale.

La posologie moyenne de chacun de ces produits est de trois capsules par jour.

Flacons de 24, 100 et 500.

Ayerst, McKenna & Harrison Limitée

Biologistes et Pharmaciens

Montréal, Canada

Ayerst

No 817

Puissante association des facteurs B à la vitamine C

Chaque capsule dure contient:

Thiamine	25	mg.
Riboflavine	12.5	mg.
Niacinamide	100	mg.
Pyridoxine	1	mg.
d-Pantothénate de calcium	10	mg.
Vitamine C (acide ascorbique)	100	mg.

Flacons de 30 et 100 capsules

USAGE PRÉ ET POST-OPÉRATOIRE

CONVALESCENCE

ALCOOLISME CHRONIQUE

SURMENAGE

Existe également toute une gamme de préparations "Béminal"

Ayerst

Ayerst, McKenna & Harrison Limitée • Biologistes et Pharmaciens • Montréal, Canada

F3422

pour la douleur rhumatismale qui *disparaît* après le traitement au Pabalate.

L'acide para-amino-benzoïque 0.3 gm. (5 gr.), et le salicylate de soude 0.3 gm. (5 gr.) fournissent une plus forte concentration de salicylate dans le sang avec un dosage *inférieur* en salicylate. — Soulagement clinique prolongé, effets secondaires réduits.

Pabalate® *est un produit de* **A. H. ROBINS CO., INC.**
RICHMOND 20, VA.
Produits pharmaceutiques de qualité depuis 1878

Robins

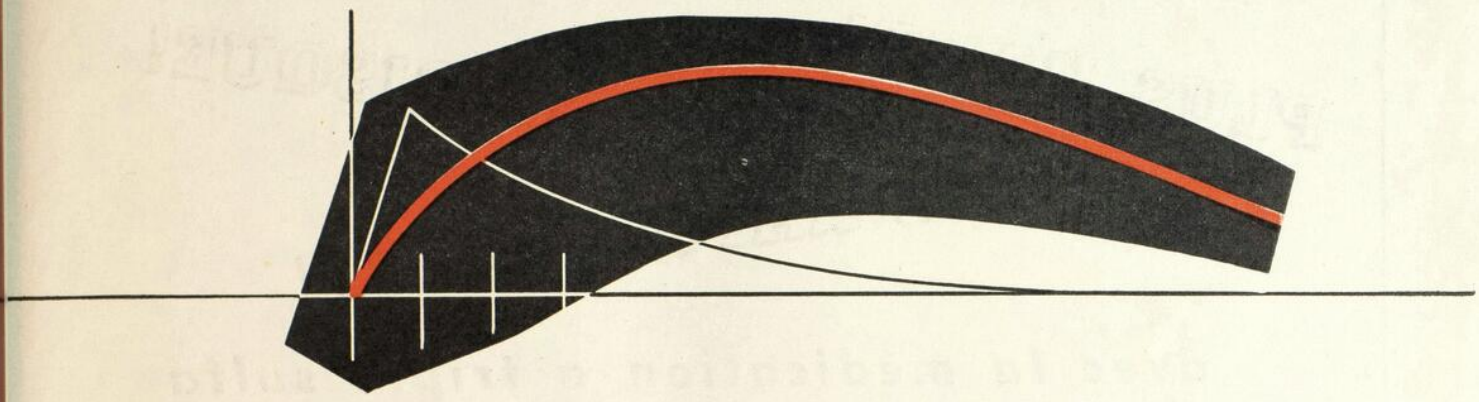
Agents pour le Canada **THE LEEMING MILES CO., LTD.**
1 Notre Dame St. West, Montreal 1, Quebec

MAINTENANT...

Action prolongée

LA NOUVELLE PREPARATION D'ACTH—RETARD

PRÉSENTATION: ACTHAR *Gel* est présenté en fioles à doses multiples de 5 c.c. en deux concentrations:
100 U.I. (mg.) contenant 20 U.I. par c.c.
200 U.I. (mg.) contenant 40 U.I. par c.c.



ACTHAR* *Gel*

A ACTION PROLONGÉE

L'ACTHAR *Gel*-retard est une nouvelle préparation à action prolongée. Elle s'administre par injection profonde sous-cutanée et intramusculaire et le traitement par l'ACTH est grandement facilité, aussi bien pour le malade que pour le médecin. Une seule injection quotidienne suffit, dans nombre de cas nécessitant moins de 80 U.I. (mg.) par jour. La rémission des symptômes peut souvent être maintenue par trois injections par semaine. Le traitement des malades ambulants au cabinet de consultation, de même que pour les malades alités à la maison devient d'application facile et représente une économie appréciable pour le malade. ACTHAR *Gel* est bien toléré par voie parentérale et possède l'entière efficacité de l'ACTHAR aqueux.

Indications: Arthrite rhumatoïde, fièvre rhumatismale, lupus érythémateux aigu, sensibilité aux médicaments, asthme bronchique sévère, dermatite de contact, la plupart des affections inflammatoires de l'œil, pemphigus aigu, dermatite exfoliatrice, côlite ulcéreuse, arthrite goutteuse aiguë, hypofonctionnement adréno-cortical secondaire.

La littérature sur l'ACTHAR *Gel,* comprenant entre autres le mode d'emploi et les contre-indications, sera envoyée sur demande.

*Nom déposé de l'hormone adrénocorticotripe (ACTH) des Laboratoires Armour.

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

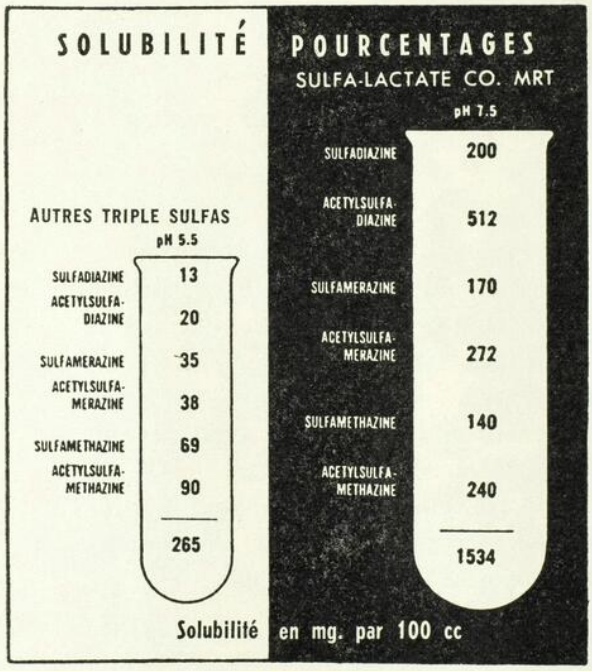
Distributeur canadien: **LAURENTIAN AGENCIES, LTD.**
429, RUE SAINT-JEAN-BAPTISTE, MONTREAL 1, QUEBEC, CANADA

LA CONCENTRATION SANGUINE S'ELEVE

PLUS HAUT! SANS RISQUE! PLUS RAPIDEMENT!

avec la médication a triple sulfa

parce que *par conséquent*



Le SULFA LACTATE CO. MRT

produit l'effet thérapeutique recherché —avec sécurité et de façon plus rapide.

Le caractère dominant du Lactate de sodium, l'un des constituants du Sulfa Lactate Co. MRT, est l'alcalinisation constante qu'il entraîne, car il maintient le pH urinaire entre 7.3 à 7.5, éloigne le danger de cristallurie et empêche l'apparition de l'alcalose.[1]

Le Sulfa Lactate Co. MRT atteint, dans la circulation, les sommets de la concentration voulue avec plus de rapidité et sans aucun risque.

Si le traitement au triple sulfa semble indiqué, ***prescrivez le Sulfa Lactate Co. MRT au goût agréable.***

LA FORMULE

Chaque cuillerée à thé contient:

0.166 gm. de sulfadiazine
0.166 gm. de sulfamerazine
0.166 gm. de sulfamethazine
1.500 gm. de lactate de sodium

Le Sulfa Lactate Co. MRT est l'excipient par excellence de la pénicilline. En ajoutant la quantité désirée, vous contrôlez de façon certaine le dosage de la pénicilline orale dans une solution parfaitement tamponnée.

EN PLUS

Posologie:—Adultes: au début, 1 à 2 cuillerées à thé, puis 2 cuillerées à thé aux 4 heures, jour et nuit. Enfants: en proportion.

THE WINGATE CHEMICAL CO. LTD.
MONTREAL CANADA

MRT

1. *Boyd, E. M. and Dingwell, R. W. The Effects of Sodium and Potassium Lactates upon the Absorption and Elimination of Microcrystalline Sulfadiazine. American Journal of Medical Sciences, May 1947.*

Dans le traitement de
L'ulcère peptique *il est important...*

1. ***De Neutraliser L'Hyperacidité.*** Et KOLANTYL comprend une combinaison antiacide supérieure (oxyde de magnésium et hydrate d'aluminium, également antipeptique spécifique) pour une activité antiacide équilibrée s'exerçant de deux façons.

2. ***De Protéger le Cratère.*** Et KOLANTYL comprend un émollient supérieur (méthylcellulose, une mucine synthétique) qui forme un revêtement protecteur sur la muqueuse ulcérée.

3. ***De Bloquer le Spasme.*** Et KOLANTYL comprend un antispasmodique supérieur (Bentylol) qui a des propriétés sédatives directes sur la musculature lisse et le système parasympathique . . . sans aucune des réactions dues à la belladone.

mais seul

KOLANTYL comprend le 4ème facteur important

4. ***Inactivation de la Lysozyme*** . . . grâce à un anti-lysozyme éprouvé, le *laurylsulfate de sodium*. Des recherches de laboratoires[1,2,3] et des études cliniques[4] indiquent que la lysozyme est un des agents étiologiques de l'ulcère peptique. En inhibant ou inactivant la lysozyme, KOLANTYL—et KOLANTYL seul—comprend le 4ème facteur important vers un traitement plus complet de l'ulcère peptique.

1. Meyer, K. Am.J.Med. 5:482,1948.
2. Wang, K.J. et Grossman, M.I. Am.J.Phys. 155:476,1948.
3. Grace, W.J. Am.J.Med. So. 217:241,1949.
4. Hufford, A.R. Rev. of Gastroenterology. Août 1951.

Marques Déposées, "Kolantyl" et Chlorhydrate de "Bentylol"

Merrell
1828

New York • CINCINNATI • Toronto

PULMO-BAILLY

TONIQUE RESPIRATOIRE

Gaïacol
Acide phosphorique
Codéine

Affections pulmonaires Convalescences

LABORATOIRES A. BAILLY
SPELY-EXPORT
19 RUE DU ROCHER - PARIS
Agents pour le Canada - VINANT Limitée, 200 rue Vallée, MONTRÉAL

4 à 5 cuillerées à café par jour

RHINAMIDE

para-amino-phényl-sulfamide
éphédrine
élycaïne

Affections du Rhino-Pharynx

LABORATOIRES A. BAILLY
SPELY-EXPORT
19 RUE DU ROCHER - PARIS
Agents pour le Canada - VINANT Limitée, 200 rue Vallée, MONTRÉAL

instillations pulvérisations

PROLONGEMENT de l'activité

C Corophyllin

Corophyllin (Aminophylline M&M) est le vasodilatateur et le diurétique de choix. Sa stabilité et son efficacité assurent un soulagement aux malades souffrant des troubles suivants:

ANGINE DE POITRINE
TROMBOSE CORONARIENNE
SCLÉROSE CORONARIENNE
INSUFFISANCE CARDIAQUE
ASTHME BRONCHIQUE
ASTHME CARDIAQUE
ÉTAT ASTHMATIQUE

M&M Pharmaceutiques
Mowatt & Moore Ltd
PRODUITS PHARMACEUTIQUES DE CHOIX
MONTREAL

Corophyllin peut se prescrire sous forme de solution injectable, comprimés, suppositoires, soit simple ou composée avec Phénobarbital, Pentobarbital, Rutin ou Digitale.
De la littérature avec description complète et des échantillons de ces produits qui vous intéressent particulièrement vous seront envoyés sur demande.

L'action

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

SÉDATIVE CENTRALE du phénobarbital 20 mg.

ANALGÉSIQUE de l'acide acétylsalicylique ..... 150 mg.

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

s'associent dans

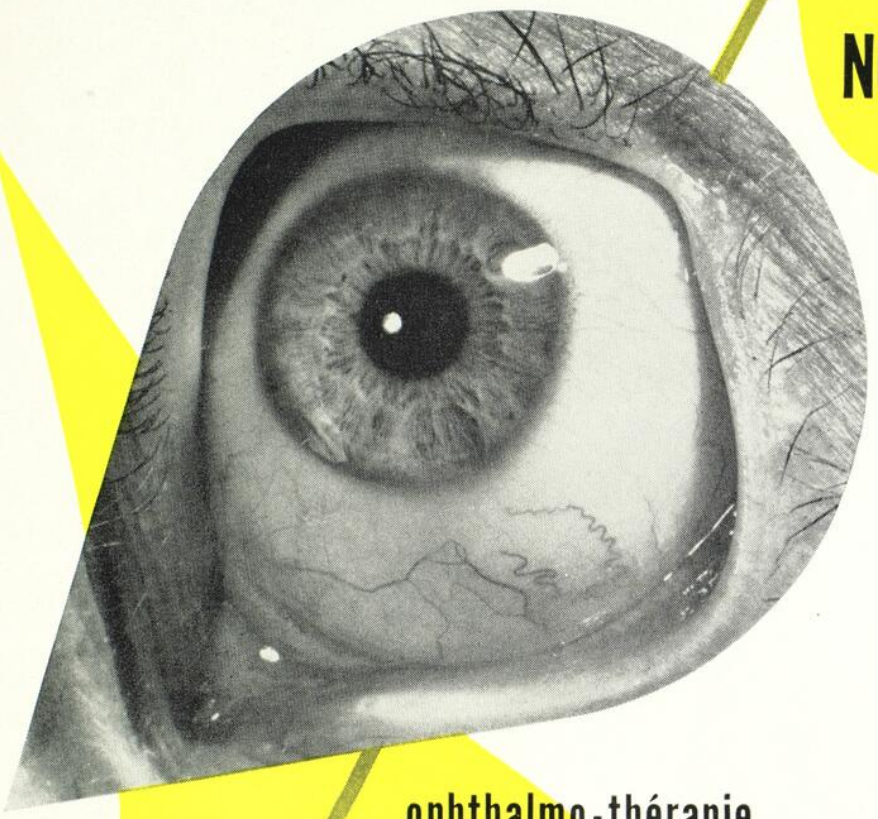
neurophen

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

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

Dans la conjonctivite palpébrale, et les infections de la cornée

NOUVELLE



ophthalmo-thérapie physiologique efficace et non-toxique

DANS L'INFECTION AIGUE . . . "son efficacité se manifeste aussi rapidement que les autres médicaments classiques, et n'entraîne pas de suites fâcheuses."*

DANS L'INFECTION CHRONIQUE . . . "s'est révélé exempt de tout caractère irritant, "et efficace par un traitement prolongé.

La solution **PROTHALMIC** a, en général, un effet calmant et apporte un soulagement subjectif rapide.

PRESENTATION: Flacons de 5 dr. liq., avec comptegouttes.

**Theodore, F. H.: Arch. Ophth. 41:83, 1949.*

SOLUTION

Prothalmic

Solution ophthalmique de propionate de sodium à 5%

Wyeth

Marque Déposée

Nouveaute!

Streptomagma

SULFATE DE DIHYDROSTREPTOMYCINE, PECTINE ET KAOLIN, ASSOCIES DANS UN GEL D'ALUMINE

Traitement des diarrhées infectieuses

On trouve, dans le STREPTOMAGMA, toutes les qualités nécessaires à la rémission clinique complète et rapide de la diarrhée infectieuse. Simultanément, le STREPTOMAGMA réalise la bactériostase par action synergique, l'adsorption des toxines et la protection physique de la muqueuse intestinale enflammée. Dans la plupart des cas de diarrhée infectieuse, la guérison s'obtient en quelques jours à peine de traitement au STREPTOMAGMA.

Composition d'une once liquide:

Dihydrostreptomycine basique (sous forme de sulfate)	4.63 gr. (0.30 g.)
Kaolin	45 gr. (2.92 g.)
Pectine	4 gr. (0.26 g.)

dans un gel d'alumine spécial

Wyeth

Marque Déposée

JOHN WYETH & BROTHER (CANADA) LIMITED
WALKERVILLE - ONTARIO

4 "Génies" au service du médecin

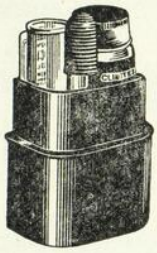
Aussi rapidement et aussi infailliblement que pouvait les obtenir Aladin, le médecin dispose, de quatre puissants "génies" pour simplifier ses diagnostics de routine: *Clinitest, Bumintest, Acetest, Hematest.* Ces comprimés réactifs Ames sont très commodes et très pratiques et permettent des tests rapides, faciles et sûrs. Ils sont complets par eux-mêmes, se transportent facilement et ne requièrent ni chaleur extérieure ni appareils spéciaux.

Comprimés réactifs

CLINITEST*

pour la recherche de la glycosurie

Flacons de 36 comprimés réactifs;
Carton de 24 comprimés réactifs (scellés dans du papier d'étain).
Empaquetages de 1200 et de 3000 pour les institutions.
Nécessaire pour épreuve de glycosurie (No 2106); Nécessaire pour épreuve de glycosurie (No 2155 MODELE UNIVERSEL).



Rapides, commodes, sûrs, pour déceler et contrôler la glycosurie.

Comprimés réactifs

BUMINTEST*

pour l'albuminurie

Flacons de 32, 100 et 500 comprimés réactifs.

Pour déceler l'albumine dans l'urine.

Comprimés réactifs

ACETEST*

pour l'acétonurie

Flacons de 100 et 250 comprimés réactifs.

Commodes, rapides et sûrs pour l'identification de l'acidose imminente ou présente dans le diabète et autres affections.

Comprimés réactifs

HEMATEST*

pour le sang occulte dans l'urine, les fèces et les crachats.

Flacons de 60 et 500 comprimés réactifs avec papiers-filtres.

Ils révèlent la présence de sang occulte dans les fèces, les crachats ou l'urine. Particulièrement précieux pour diagnostiquer les anémies secondaires non expliquées.

NOUVEAU NÉCESSAIRE À DIAGNOSTIC DE AMES

Contient *Clinitest, Bumintest, Acetest* et *Hematest* en une seule unité commode

Avec 6 éprouvettes, 3 compte-gouttes, 1 bouteille à réactif *Bumintest*, 1 bouteille compte-gouttes pour l'eau, 1 support en plastique, 1 tableau colorimétrique avec renseignements.

s'obtiennent chez votre pharmacien ou votre fournisseur habituel

**Acetest, Clinitest, Hematest, Bumintest,* marques de commerce déposées. DI-4

AMES COMPANY OF CANADA, LTD., TORONTO

Pour le traitement des affections gastro-intestinales :
Hyperchlorhydries, colites, diarrhées, dyspepsies,
Ulcères gastro-duodénaux,

STOMALUMINE

Comprimés d'hydroxyde d'alumine vraiment colloïdal, formant un gel à réaction neutre qu'on retrouve à toutes les phases de la digestion.

Laboratoire de la Stomalumine

PARIS

•

Fabricants et concessionnaires au Canada:

MEDICOLAB INC.

Echantillon sur demande.

200 OUEST, RUE CRAIG **MONTRÉAL**

Pour le traitement prolongé des affections rhumatismales et des manifestations arthritiques,

ASPRALUMINE

réalise l'association d'un analgésique efficace et d'un antacide éprouvé (Stomalumine).

Laboratoires de la Stomalumine

PARIS

•

Fabricants et concessionnaires au Canada:

MEDICOLAB INC.

Echantillon sur demande.

200 OUEST, RUE CRAIG **MONTRÉAL**

MAÎTRISE PROUVÉE
DE LA DOULEUR

avec sécurité

'Tabloid' brand
'EMPIRIN' COMPOUND

avec PHOSPHATE DE CODÉINE*

gr. ⅛-No. 1 gr. ¼-No. 2 gr. ½-No. 3

*12 fois plus soluble que le sulfate

Burroughs Wellcome & Co., Montreal
(The Wellcome Foundation Ltd.)

LE SUCCINATE-SALICYLATE BEREX

RESTE LE PRODUIT PAR EXCELLENCE

dans l'Arthrite et le Rhumatisme

Le traitement buccal au succinate-salicylate (BEREX) atténue la douleur et les troubles du métabolisme cependant qu'il garantit contre les réactions secondaires. Ces faits ont été confirmés par la recherche clinique et l'expérience médicale.

Aucun autre traitement ANTI-ARTHRITIQUE ne peut encore se prévaloir de cette double sécurité

Le Dr Hench a dit que la découverte de l'ACTH et de la cortisone "marquait la fin des débuts" de notre lutte contre les affections arthritiques et rhumatismales. Mais le commencement de la fin des souffrances inutiles dues à l'arthrite et au rhumatisme remonte à plus de cinquante ans en carrière, lorsqu'on découvrit que les salicylates, administrés à doses massives, réussissaient à soulager les symptômes douloureux des affections arthritiques. Cependant, dans bien des cas, des doses massives de salicylates causèrent de graves effets secondaires, vu leur toxicité.

On a dû attendre jusqu'à ce que la recherche clinique ait prouvé le fait qu'une association rationnelle de succinate de calcium et d'acide acétylsalicylique annulait la toxicité pour que le traitement buccal au succinate-salicylate (BEREX) s'imposât comme agent de choix dans le soulagement symptomatique des affections arthritiques et rhumatismales.

Voilà les raisons prouvées par l'expérience qui expliquent pourquoi BEREX, le premier composé succinate-salicylate, reste toujours le produit que choisissent les hommes d'expérience pour le traitement de toutes les formes de troubles arthritiques et rhumatismaux.

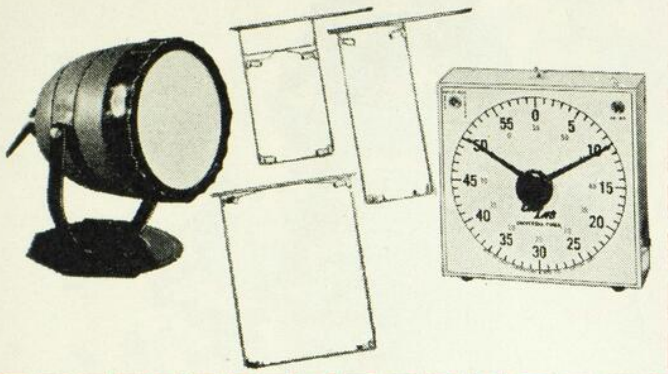
1. **BEREX apporte un soulagement rapide et efficace des symptômes douloureux.**
2. **BEREX peut être administré en toute sécurité à dosage massif et prolongé sans danger de réactions toxiques.**
3. **BEREX s'administre facilement sous la forme commode de comprimés.**
4. **BEREX se vend bon marché . . . il coûte une fraction du prix de la cortisone ou de l'ACTH.**

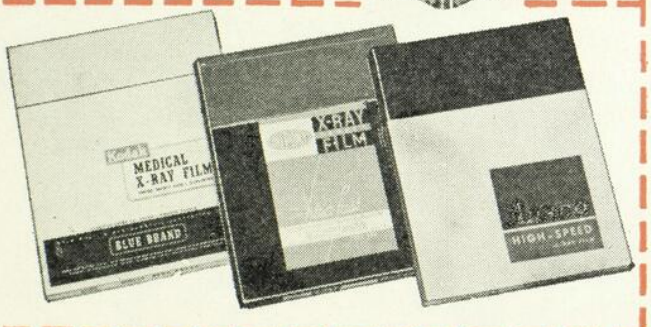
Les comprimés BEREX s'obtiennent dans les pharmacies sur ordonnances médicales SEULEMENT, en flacons de 100 et 500 comprimés.

Documentation professionnelle sur demande.

Breveté en 1949. Fabriqué avec l'autorisation des détenteurs du brevet. BEREX est le nom déposé de ce produit.

BEREX Pharmacal Company, 36-48 Caledonia Rd., Toronto





APPAREILS de RAYONS X de valeur reconnue

Un matériel de bonne qualité est indispensable à un bon diagnostic. Nous sommes distributeurs au pays des meilleurs appareils et accessoires de rayons X.

Seulement quelques-uns des nombreux produits disponibles et prêts pour livraison sont ici illustrés.

LA NOUVELLE CASSETTE KELEKET

Cadre tubulaire en Monel, léger et résistant.

Coins renforcés — résistance maximum aux avaries

Cassettes spéciales

1. pour le nouvel écran avec ballon compresseur

2. avec grille fixe de Lysholm-Schönander

3. nouveau dispositif pour l'identification des films

X-ray AND Radium INDUSTRIES LIMITED

261 Davenport Rd. -- Toronto 5

Moncton • Québec • Montréal • Winnipeg • Regina • Calgary • Edmonton • Vancouver

11 Sels Minéraux et 9 Vitamines

EN UNE SEULE CAPSULE

EQUILIBRE PARFAIT—La formule de VITERRA procure des doses bien équilibrées de vitamines, de sels minéraux et d'éléments à l'état de traces. Elle est composée de manière à augmenter la valeur nutritive de chacun des ingrédients qu'elle renferme. Les composants du VITERRA sont dans des proportions telles qu'ils assurent l'harmonie des rapports biologiques essentiels au bon fonctionnement des systèmes enzymotiques vitaux.

EFFICACITÉ—VITERRA contient toutes les vitamines que l'on sait être essentielles à l'alimentation humaine, ainsi que les 11 sels minéraux dont les aliments sont le plus ordinairement dépourvus.

COMMODITÉ—Grâce à VITERRA, il est possible, pour la première fois, de procurer des doses supplémentaires suffisantes de vitamines, de sels minéraux et d'éléments à l'état de traces, et cela en une seule capsule.

Viterra

Chaque Capsule Contient:

Calcium (du phosphate de dicalcium)	213 mg.	Vitamine A	5,000 Unités Int.
Cobalt (du sulfate de cobalt)	0.1 mg.	Vitamine D	500 Unités Int.
Cuivre (du sulfate de cuivre)	1 mg.	Chlorhydrate de thiamine	3 mg.
Iode (de l'iodure de potassium)	0.15 mg.	Riboflavine	3 mg.
Fer (du sulfate ferreux)	10 mg.	*Chlorhydrate de pyridoxine	334 mg.
Manganèse (du sulfate de manganèse)	1 mg.	Niacinamide	25 mg.
Magnésium (du sulfate de magnésium)	6 mg.	Acide ascorbique	50 mg.
Molybdenum (du molybdate de sodium)	0.2 mg.	*Acide d'pantothénique	1.67 mg.
Phosphore (du phosphate de dicalcium)	165 mg.	*Vitamine E (type VI)	3.34 Unités Int.
Potassium (du sulfate de potassium)	5 mg.		
Zinc (du sulfate de zinc)	1.2 mg.		

*Quantité nécessaire de ces vitamines en nutrition humaine n'est pas encore déterminée

J. B. ROERIG AND COMPANY (CANADA) LIMITED ROERIG **1255 Phillips Square, Montreal 2, Quebec**

On a raison de les préférer — Ils ont subi l'épreuve clinique!

PRODUITS DE RECHERCHE DOHOW

PUBLICITÉ STRICTEMENT RÉSERVÉE AU CORPS MÉDICAL

Auralgan

contre **L'OTITE MOYENNE AIGUË**

pour **L'ENLÈVEMENT DES CONCRÉTIONS CÉRUMINEUSES**

comme **ADJUVANT D'UNE CHIMIOTHÉRAPIE ANTI-INFECTIEUSE**

contre **LES OTOPATHIES ASSOCIÉES AUX MALADIES CONTAGIEUSES**

FORMULE: Glycérol (DOHOW) .....17.90 g
(la plus forte densité qui puisse être obtenue)
Phénazone ..... 0.87 g
Benzocaïne ..... 0.23 g

O-TOS-MO-SAN

contre **L'OTITE MOYENNE SUPPURANTE CHRONIQUE**

LA FURONCULOSE ET LA DERMATOMYCOSE AURICULAIRE

FORMULE: Urée ..... 2.0 g
Sulfathiazole ..... 1.6 g
Excipient glycérolé (DOHOW)..16.4 g

RHINALGAN

Favorise la décongestion nasale *sans* affecter les appareils circulatoire ou respiratoire

contre **LE RHUME ORDINAIRE • LES INFECTIONS DU SINUS**

LA CONTRACTION NASALE PRÉ-ET POST-OPÉRATOIRE

LE RHUME DES FOINS • LES RHINITES ALLERGIQUE ET HYPERTROPHIQUE

FORMULE: Saccharinate de désoxyéphédrine 0.50% p/v dans une solution aqueuse contenant 0.02% de laurylammonium saccharine. Aromatisé. pH 6.4.

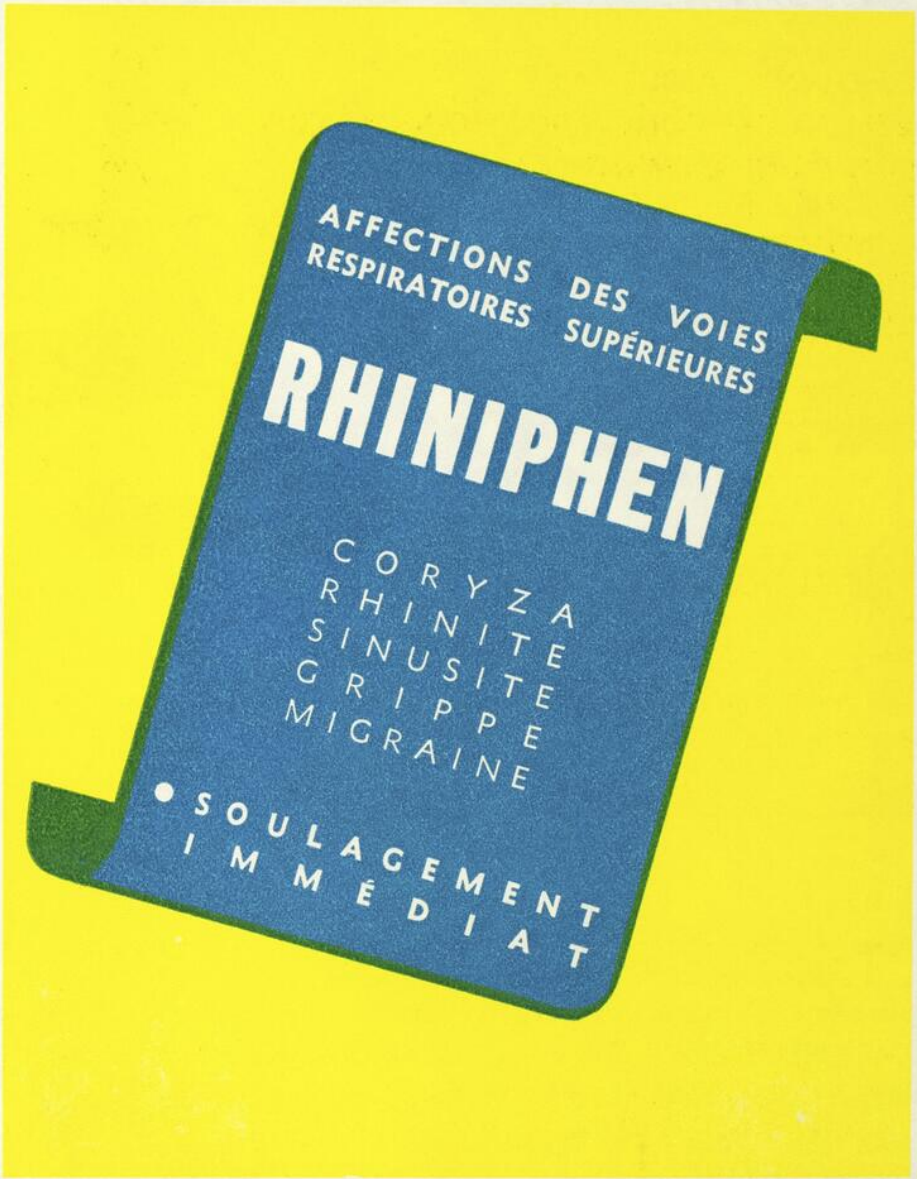
Présenté dans **le SPRAY-O-MIZER DOHONY***
(Combinaison vaporisateur-compte-gouttes)
*MARQUE DE COMMERCE—BREVET EN INSTANCE

AGRÉABLE—EFFICACE
NON-TOXIQUE—BACTÉRICIDE

Egalement, en bouteilles de 16 onces liquides pour le bureau et l'hôpital.

Documentation scientifique et clinique envoyée sur demande

THE DOHOW CHEMICAL, LTD. et MALLON DIVISION—fabricants du RECTALGAN
Montréal **New York 13** **Londres**



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

elle produit toujours des succès de librairie ..

Son Autographe est Recherché

. . . durant toute sa ménopause

— grâce à une oestrogéno-thérapie orale sans odeur, sans saveur, sans arrière-goût

Il y a généralement deux facteurs à considérer dans le traitement de la ménopause. Premièrement, la crainte, dénuée de fondement, de la femme au sujet de la transition—crainte qui doit être dissipée par vos conseils et vos directives. En second lieu, les symptômes physiques—qui peuvent être enrayés par le SULESTREX.

De fait, le SULESTREX peut avoir une action bienfaisante sur ces deux facteurs. La science n'a pas produit d'œstrogénothérapie plus efficace que le SULESTREX Pipérazine qui est un sel pur, stable et reproductible de l'œstrone. Il ne renferme aucun ingrédient provenant de l'urine susceptible de donner mauvaise odeur à l'haleine ou à la transpiration—facteur d'une importance esthétique considérable pour la patiente, son mari et son entourage.

A la suite d'une récente étude qui a porté sur 58 femmes ménopausées normalisées, Perloff[1] a décrit le SULESTREX comme étant "un œstrogène oral puissant et efficace ne produisant que très rarement des nausées." Les symptômes furent enrayés avec 0.5 à 4.5 mg. de SULESTREX par jour. D'autres études ont également démontré que la réponse à la drogue était constante, prévisible et relativement exemptes d'effets secondaires indésirables. Ecrivez pour plus amples informations. Le SULESTREX, en comprimés non dragéifiés de 0.75 et 1.5 mg., se trouve dans toutes les pharmacies. Laboratoires Abbott Limitée, Montréal 9. Abbott

1. Perloff, Wm. H. (1951), Treatment of the Menopause. II. Am. J. Obst. and Gyn., 61: 670, March.

Sulestrex

NOM DEPOSE

PIPERAZINE, COMPRIMES

(SULFATE D'OESTRONE PIPERAZINE, ABBOTT)

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

Fondée à Québec en 1902

L'Union Médicale du Canada

Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872

ONT COLLABORÉ AU VOLUME 79:

MM. Amyot (Roma) ; Archambault (Paul-René) ; Autotte (Esdras) ; Baril (Edmond) ; Bassi (Guido) ; Begin (B.-G.) ; Bélisle (Maurice) ; Bernard (Louis) ; Bernard (René) ; Blanc (Georges) ; Bernier (Alphonse) ; Bertrand (A.) ; Bertrand (Claude) ; Bisson (Christophe) ; Blagdon (Jacques) ; Blais (Ant.) ; Bonnier (Maurice) ; Boucher (Roméo) ; Boulanger (J.-B.) ; Boulez (N.) ; Bourque (Jean-Paul) ; Bouveau (G.) ; Brady (Kay) ; Brault (J.-P.) ; Brissaud (H.-E.) ; Cabana (L.-P.) ; Cantero (A.) ; Cartier (G.-E.) ; Casgrain (Gérard) ; Champy (Christian) ; Charbonneau (Henri) ; Charbonneau (Jean) ; Charest (G.) ; Charland (Richard-A) ; Charpy (J.) ; Chevillotte (R.) ; Cloutier (François) ; Cloutier (Roland) ; Coignet (Jean) ; Collin (Pierre-Paul) ; Comeau (Maurice) ; Crevier (Paul-H.) ; Croisetière (Fernand) ; Dargis (Jean) ; David (Paul) ; Debray (Ch.) ; Debré (Robert) ; Desjardins (Edouard) ; Desmarais (Bernard) ; Desrosiers (Saint-Jean) ; Dion (Yvan) ; Dionne (Jean) ; Dionne (Paul) ; Doray (Maurice) ; Doré (Réal) ; Douville (J.) ; Dubé (Edmond) ; Dubé (L.-F.) ; Dufault (Paul) ; Dufresne (Origène) ; Dufresne (Roger-R.) ; Duhamel (Roger) ; Dumas (Paul) ; Duprat (Gérard) ; Durivage (Jacques) ; Fabre (René) ; Fisher (John) ; Foisy (J.-P.) ; Forget (Ulysse) ; Forté (Lionel) ; Fortier (De la Broquerie) ; Fortin (R.) ; Françon (François) ; Gagnon (E.-D.) ; Gagnon (Jacques-N.) ; Gareau (J.-Roger) ; Gareau (Roland) ; Gariépy (Urgel) ; Gaudry (Dominique) ; Gauthier (Jacques) ; Gérin-Lajoie (Léon) ; Gervais (Maurice) ; Gilbert (Ghislaine) ; Gingras (Gustave) ; Girard (Armand-E.) ; Giraud (Paul) ; Gratton (J.) ; Grignon (Jean) ; Grignon (René) ; Grobon (Pierre) ; Groulx (Ad.) ; Guénette (René) ; Guilbeault (Albert) ; Hamel (Pierre-Claude) ; Hood (A. J. G.) ; Hughes (H. G.) ; Jarry (Gaétan) ; Johnson (Réginald) ; Julien (Lucien) ; Jutras (Albert) ; Kaine (G.) ; Kaplan (S.) ; Kourilsky (Raoul) ; Labbé (Paul) ; Ladouceur (Paule) ; Lafleur (F.) ; Lafond (Guy) ; Lamarre (Léo) ; Lambert (Jacques) ; Landry (Philippe) ; Langevin (Raymond) ; Lapierre (Gaston) ; Lapointe (Donat) ; Lapointe (Jean) ; Laprade (Claude) ; Larivière (Paul) ; Larivière (Paul-M.) ; Latraverse (V.) ; Laurier (R.) ; Lauzé (Simon) ; Lauzer (Rosaire) ; Lavoie (Jules) ; Lebeau (René) ; Lebel (Léon) ; Leblanc (Loyola) ; Leblond (Wilfrid) ; Leclaire (Gérard) ; Leclerc (G.) ; Lecours (Antonio) ; Lefebvre (René) ; Léger (Jean-Louis) ; Léonard (Claude) ; Léonard (Gérard) ; Lépine (Charles) ; Lépine (Edgar) ; LeSage (Albert) ; LeSage (Jean) ; Letendre (Samuel) ; Letondal (Paul) ; Léveillé (Antonio) ; Longpré (Daniel) ; Marcil (Bernard) ; Marcotte (J.-E.-Alexandre) ; Marcoux (Guy) ; Marin (A.) ; Marion (Pierre) ; Martel (J.-Alcide) ; Martin (Hon. Paul) ; McCormick (W. J.) ; Meloche (Bernard-H.) ; Migneault (Gérard) ; Miller (J.-Chs) ; Milot (J.-P.) ; Miloutinowitch (Mme) ; Mondello (Roméo) ; Monfette (Claude) ; Mongeau (Maurice) ; Morin (Gaspard) ; Morissette (Léopold) ; Mouriquand (G.) ; Mozicconacci (P.) ; Nadeau (Gabriel) ; Odinet (Jacques) ; Panet-Raymond (J) ; Paquette (J.-P.) ; Parrot (Paul) ; Pépin (J.-Roméo) ; Pettigrew (Antoine) ; Piette (Jean) ; Pilon (Jean-Louis) ; Pinsonneault (Germain) ; Plichet (André) ; Potvin (Victor) ; Prévost (J.) ; Primeau (Bertrand) ; Poirier (René) ; Prud'homme (Jean) ; Reid (Léonide) ; Ricard (Paul-M.) ; Robillard (Gaston) ; Roch (M.) ; Roux (J.-René) ; Roux (M.) ; Royer (Albert) ; Saint-Martin (Maurice) ; Ségal (S.) ; Séguin (Fernand) ; Simard (Roland) ; Simonnet (H.) ; Smith (Henri) ; Smith (Pierre) ; Starkey (Hugh) ; Tétreault (Ernest) ; Therrien (Emile) ; Thibaudeau (Roland) ; Trudeau (Charles-H.) ; Vallée (Arthur-F.) ; Vasques (J.) ; Vézina (Norbert) ; Vidal (J.-A.) ; Vigneau (Paul) ; Voyer (Armand).

...Nous vivons en pleine réforme médicale. Pour la première fois depuis des siècles, tout le vaste domaine de la médecine est soumis au contrôle de l'observation scientifique. Des préceptes qui faisaient en quelque sorte partie de l'apanage de l'humanité sont forcés de subir l'épreuve définitive, non seulement de l'expérience, mais encore de l'expérimentation. A l'expérience on demande des faits authentiques; à l'expérimentation des méthodes précises. Partout, l'exploration porte sur les derniers éléments accessibles aux sens de l'homme; les recherches s'éparpillent sur une foule de menus détails qui font perdre de vue les grands linéaments et l'idée de l'unité de l'être humain et qui, pour beaucoup d'esprits, constituent un enjolivement de la science plutôt que l'expression réelle des faits. Le médecin praticien surtout est tourmenté. Les exigences de la clientèle ne lui laissent pas le temps de lire; trop souvent les livres nécessaires, la vue des expériences récentes, lui font défaut; il se sent perdu dans un chaos, où se trouvent mêlées et confondues les ruines du passé avec les matériaux de l'avenir.

Mais ce chaos n'est qu'apparent. Il n'existe que pour celui qui ne domine pas les faits sur lesquels s'appuie la nouvelle doctrine. Pour les initiés se relève un ordre qui suffit aux besoins de la pratique et à ceux de la science, un ordre qui sans doute est loin de former un système complet, mais qui, partant d'un principe biologique général, permet néanmoins de classer les faits selon leur valeur et selon leurs rapports mutuels, de façon à constituer un ensemble scientifique. Nous voulons parler du principe cellulaire *qui, appliqué aux corps vivants composés, nous mène à une* physiologie *cellulaire et à une* pathologie cellulaire; *mais dans cette double direction, il se base constamment sur la connaissance anatomique des éléments, sur l'histologie.*

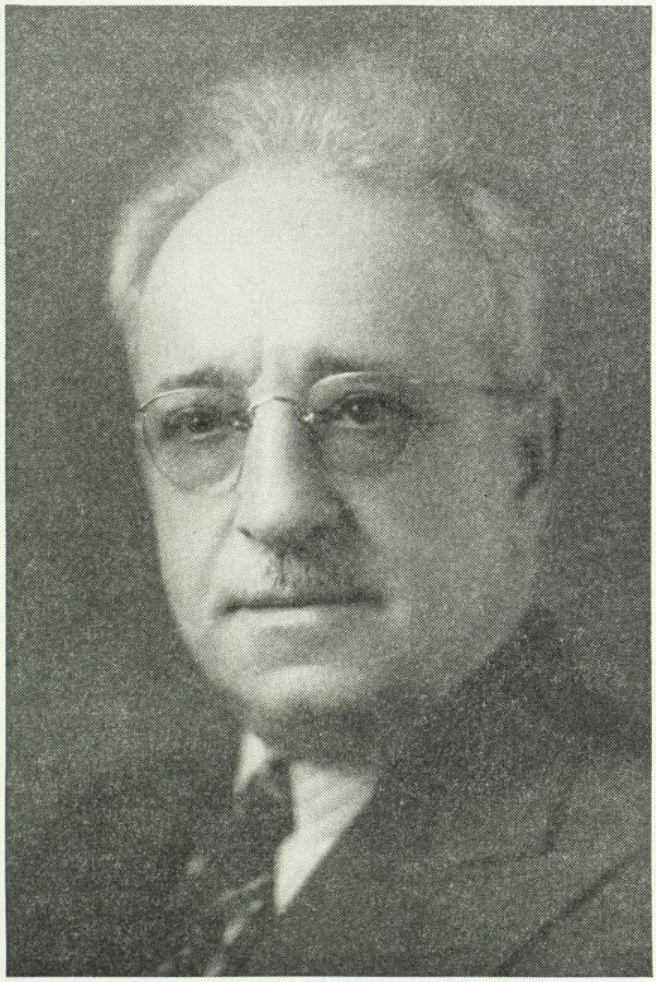
La réforme médicale actuelle, dont vous avez tous pu suivre le développement, a pris son point de départ dans les nouvelles notions fournies par l'anatomie. Cependant, il est juste de dire que ce furent surtout les découvertes d'anatomie pathologique qui amenèrent cette révolution. Aussi beaucoup de médecins sont-ils enclins à traiter l'histologie de simple science de luxe. Mais il suffit de jeter un coup d'œil sur le passé pour comprendre l'influence exercée par l'anatomie sur le développement de la médecine. En parcourant, à un point de vue élevé, l'histoire de cette dernière, nous verrons qu'en tout temps les progrès durables de la science ont eu pour cause des découvertes anatomiques; que chaque grande époque médicale a été précédée d'une série de notions nouvelles sur la scructure du corps humain. Ainsi, dant l'antiquité, nous voyons la première étude du corps humain, œuvre de l'école d''Alexandrie, préparer le système de Galien; au moyen âge, les progrès que Vésale fait faire à l'anatomie précèdent la réforme de la Médecine. Enfin, au commencement de notre siècle, Bichat pose les premiers principes de l'Anatomie générale, et de nouvelles voies s'ouvrent à la Science médicale...

« VIRCHOW »

IN MEMORIAM

LE DOCTEUR J.-URGEL GARIÉPY
(1882-1951)

Des raisons de santé et les exigences des règlements universitaires et hospitaliers avaient condamné le Dr Gariépy à la retraite depuis 1949. Il trompait mal, depuis ce temps, ce besoin d'activité que l'on garde après une carrière comme la sienne.



Il venait, habituellement à la fin de la matinée, s'asseoir parmi nous, prendre part à nos discussions et profiter encore de cette atmosphère de cordialité confraternelle qui fait le charme de nos activités hospitalières.

Son isolement, son désœuvrement nous attristaient. Il avait, au cours de cette année, perdu les derniers membres de sa famille immédiate, son frère et sa nièce, et ces deuils rapprochés l'avaient durement éprouvé.

La nouvelle de son décès subit, connue dès le retour en ville, après une fin de semaine d'été, me ramena à ce dimanche soir du mois d'août 1944 où nous avions appris avec stupeur la mort de son ami, le Dr Anselme Léger. La disparition du Dr Gariépy n'a pas causé la même douloureuse surprise. Son mauvais état de santé nous permettait d'appréhender une fin semblable qu'il souhaitait peut-être, depuis que ses activités avaient ralenti.

Son entrée à l'hôpital Notre-Dame, comme interne, date de 1907, l'année de sa graduation à l'Université de Montréal. Le Dr Gariépy était né dans la métropole en 1882. Il avait

terminé ses études primaires chez les Frères des Ecoles Chrétiennes et fait son cours classique au Collège de l'Assomption.

Ce montréalais s'en alla, dès 1908, pratiquer durant cinq ans la médecine et la chirurgie générale à Cap Chat dans le bas St-Laurent. La tâche était rude, harassante mais, en revanche, les loisirs qui agrémentaient capricieusement la vie du médecin de campagne lui permettaient de pratiquer son sport favori, la pêche. Les années ne changèrent rien à cette habitude, puisque nous le retrouvons en 1938-40 président du Club de Pêche et de Chasse du Lac des Grandes Baies et, à partir de 1940, vice-président de l'Association des pêcheurs sportifs du Québec.

Le 15 septembre 1915, il s'enrôle comme chirurgien à l'hôpital général Laval No 6. Il traverse en Angleterre en mars 1916, puis en France dès juillet. Après une période d'entraînement chirurgical, on le retrouve à l'hôpital No 6, à Troyes, et à Joinville-le-Pont, jusqu'à l'armistice. Dès le début des hostilités, il complète ses études de chirurgie en France et revient au Canada en juillet 1919. Il est démobilisé en 1920 et il revient à l'hôpital Notre-Dame en février 1921 comme assistant dans le service de chirurgie. En 1928, il est nommé agrégé; en 1935, il est chargé du cours de médecine opératoire et devient titulaire de cette chaire en 1937. Il s'intéresse à ce point à cette tâche qu'il s'impose d'écrire, pour les étudiants, un manuel de médecine opératoire qui paraît en 1939. Cette année là, il devient second chef-adjoint du service de chirurgie.

Il a déjà, depuis 1933, consacré beaucoup de temps à la chirurgie du sympathique. Il écrit abondamment sur ce sujet, ce qui lui donne à cette époque et dans nos milieux, figure de pionnier.

Il a, d'ailleurs, la plume facile et la liste de ses écrits médicaux et para-médicaux est imposante. Elle lui fait honneur car elle représente un effort soutenu, une préoccupation scientifique, une discipline intellectuelle qui ne sont pas monnaie courante chez-nous.

En mars 1943, à la mort du Dr B.-G. Bourgeois, le Dr J.-U. Gariépy devient chef du service de chirurgie à l'hôpital Notre-Dame, et quelques mois plus tard, professeur de clinique chirurgicale.

Il se consacre alors à cette double tâche; il réorganise et se dévoue à son service, stimule le recrutement, prépare et exécute le programme de la résidence en chirurgie, dont il a saisi l'urgente nécessité.

Le Dr Gariépy était un généreux, un enthousiaste, un impulsif. Ces traits de son caractère lui valurent bien des joies et de nombreux déboires. Il fit preuve, à l'égard de la chose hospitalière et universitaire d'un zèle admirable que ne stimulait pas l'intérêt personnel; il était heureux de servir et trouvait sa récompense dans l'honneur qu'on lui faisait en lui confiant une tâche ingrate.

Citons, en ultime hommage, ces quelques lignes de son dernier écrit, « l'Ame du Chirurgien » qu'il donnait à l' « Union Médicale » du Canada en 1950: « la considération ne tient pas à conséquence, car le chirurgien fait son devoir, tout son devoir; il met son savoir et son habileté au service de l'humanité. Il sera un jour victime de ses œuvres, mais il mourra avec la satisfaction du bien accompli. »

ROGER-R. DUFRESNE

BULLETIN

LE PROJET D'ASSURANCE-MALADIE

Lors du dernier Congrès de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada, on exposa un projet d'Assurance-maladie au cours d'une assemblée publique de son Comité d'Economie médicale. Ce projet fut aussi soumis aux membres du Conseil de l'Association qui l'approuvèrent et crurent même opportun de souhaiter qu'on en complétât l'étude, afin qu'il prenne la forme d'un plan élaboré susceptible d'être appliqué, si les circonstances obligeaient jamais à une telle éventualité. Car, et cette remarque est d'une première importance, l'Association n'a jamais eu l'intention d'imposer un projet ou un plan quelconque, elle n'a jamais pensé non plus qu'on devrait sans plus sursoir et réfléchir, réaliser immédiatement l'organisation d'une assurance-maladie.

Elle a plutôt pensé qu'il était impérieux de préparer les voies en vue d'une urgence qui, n'étant pas actuelle (est-ce bien le cas?), pourrait être très prochaine. Elle a cru qu'il valait mieux être prêt en face de cette urgence, afin d'aiguiller l'opinion des gouvernants et du public dans un sens conforme à des principes de bonne sociologie, de saine économie politique, à l'exercice d'une médecine progressive et aux intérêts bien compris de la profession médicale. Le projet de la Fédération des Sociétés Médicales de la Province de Québec est devenu celui de l'Association, afin que l'adhésion de cette dernière lui donne plus d'ampleur en groupant un plus grand nombre d'adhérents et lui attribue en plus un caractère national.

D'aucuns se récrieront et proclameront que l'Association trouble les cartes, qu'elle vient bousculer intempestivement la sérénité et le calme de notre existence professionnelle, qu'elle contribuera à rendre intenable la pratique de la médecine en la lestant d'une bureaucratie tracassière et importune. Cependant, n'a-t-elle pas certaines tâches à remplir pour soutenir son prestige et défendre l'opinion de nos médecins dans certaines conjonctures graves et litigieuses? Ses membres, les médecins de langue française, doivent-ils toujours, sinon subir, du moins recueillir en ressentant un malaise inhérent à une certaine indifférence de leurs groupements professionnels, le bénéfice de l'initiative progressive d'autres sociétés ou associations? Ce n'est pas l'avis des membres du Conseil de l'Association.

Un autre aspect de la question s'offre à notre réflexion. Il se trouve dans la hiérarchie des valeurs humaines sur un plan supérieur. Le médecin doit regagner, s'il l'a perdu, et conserver, s'il le possède encore, le respect et la considération du public. Et c'est en participant activement et directement lui-même à la solution du problème économique en regard des soins médicaux, c'est en rendant ses propres soins facilement accessibles à toutes les classes de la société qu'il gardera les attributs attachés à sa personnalité professionnelle, et demeurera un homme de science bien sûr, et surtout un homme de cœur.

Le projet dont il s'agit a été connu par la voie des grands quotidiens. Il n'a rien de compliqué, il ne contient pas en détail les modalités d'application. Il respecte certains principes; les voici:

le droit des provinces dans le domaine de la Santé;

le respect de la libre entreprise et de la libre concurrence;

l'intervention d'un plafond des revenus des abonnés en regard des honoraires versés aux médecins, ce qui implique un compromis financier établi à l'amiable entre les médecins et ce groupe d'abonnés ou d'assurés;

l'opération sans profit du plan d'assurance;

l'extension de l'assurance-maladie aux soins donnés dans les hôpitaux, au domicile et au cabinet de consultation;

la présence de médecins dans la direction du plan de cette assurance-maladie.

Le litige pourra peut-être porter sur l'arbitraire des honoraires versés aux médecins pour les soins aux assurés dont les revenus ne dépassent pas le plafond fixé et sur le niveau même du revenu-plafond, mais toutes les garanties pourraient être données par une étude d'un actuariat sérieux et par l'établissement d'un barême d'honoraires venant d'un organisme autorisé comme le Collège des Médecins et Chirurgiens.

Nous avons, au Comité d'Economie médicale, envisagé la possibilité de réaliser un tel projet dans chacune des provinces, car nous n'oublions pas que notre Association est une institution nationale, que ses études et décisions doivent en principe porter sur le plan national, intéressant la profession médicale et la population du Canada.

L'horizon de nos vues dépasse la Province de Québec.

Pour ce qui est de la Santé, elles se posent sur le régime de chaque province et couvrent ainsi le pays. Et de la sorte, en prenant connaissance de nos travaux, chacune d'elles avec sa mentalité, avec ses conceptions politiques et économiques, pourra y puiser ce qu'elle trouvera de profitable pour elle-même.

Une dernière remarque doit être ajoutée avant de terminer ces quelques réflexions. Elle pourrait au besoin ajouter au caractère de vraisemblance et de sens commun offert par le projet de la Fédération que l'Association a adopté pour recommandation.

Sir Earl Page, médecin, est le Ministre de la Santé dans le cabinet Australien. En août 1951, il adressait la parole à l'Académie de Médecine de Toronto, et il y exposait sa conception d'un service de Santé National reposant sur l'assurance-maladie [1].

Le projet de Sir Page comporte l'assurance-maladie *volontaire* « prépayée », organisée et administrée *sans profits par des organismes privés*. Le gouvernement aide ces organismes ou ces plans d'assurance-maladie, afin d'en rendre les bienfaits accessibles aux moins fortunés. Sir Page met en valeur, dans ce projet, le fait que les médecins restent indépendants de la politique et du gouvernement, que le gouvernement n'est pas impliqué dans l'administration des plans d'assurance tout en restant libre de contribuer par de l'aide financière, qu'enfin la pratique de la médecine conserve la libre initiative du médecin, seule sauvegarde de zèle et de progrès individuel.

Ce projet australien se calque exactement dans sa charpente et ses postulats sur celui de la Fédération des Sociétés Médicales accepté par l'Association au Congrès des Trois-Rivières.

La transcendance d'une idée ou d'une conception se trouve en elle-même et est par elle-même. Cependant, le jugement favorable qu'en portent les hommes, sans en changer sa nature et sa véridicité, en rend son acceptation plus accessible à l'esprit. Le témoignage des hommes la renforce de l'extérieur.

Voici donc ce projet d'assurance-maladie de la Fédération, tel qu'adopté par le Conseil de l'Association et comme devant être le schéma d'une assurance-maladie à instaurer éventuellement dans chaque province canadienne.

Roma AMYOT.

---

1. Sir Earle Page: « Partnership of state, medical Professors and Community. » *Can. Med. Ass. Journ.*, **65**: 378 (octobre) 1951.

* * *

« A SAVOIR QUE LES AUTORITÉS PROVINCIALES ET LES COLLÈGES DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS NE RECONNAISSENT AUCUN PLAN À PRIME PRÉ-PAYÉE QUI NE PRÉSENTE LES CONDITIONS SUIVANTES:

A — POSSÈDE UNE CHARTE PROVINCIALE;

B — ASSURE LA SÉCURITÉ À LA CLASSE DES CITOYENS À REVENU MINIME, GRÂCE À UN PLAFOND ADÉQUAT ET LA CLAUSE DES MÉDECINS PARTICIPANTS;[1]

C — ASSURE DES SERVICES COUVRANT NON SEULEMENT L'HOSPITALISATION ET LES SERVICES MÉDICO-CHIRURGICAUX À L'HÔPITAL, MAIS AUSSI À DOMICILE ET AU BUREAU;

D — DISTRIBUE, EXCEPTION FAITE DES FRAIS ADMINITRATIFS INDISPENSABLES, TOUS LES REVENUS DES COTISATIONS EN PRESTATIONS;

E — COMPRENNE UN BUREAU MÉDICAL EFFICACE AFIN D'ASSURER AUX ABONNÉS DES SERVICES MÉDICAUX DE LA PLUS HAUTE QUALITÉ;

F — ASSURE DES HONORAIRES MINIMA SELON UN BARÈME ÉTABLI PAR LES COLLÈGES DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS.»

Ce qui signifie que les honoraires pour soins donnés à un assuré à revenu ne dépassant pas le plafond déterminé seront ceux du barême, mais que les honoraires pour soins à un assuré dont le revenu est supérieur au plafond peuvent être établis par le médecin traitant comme dans tout acte médical actuel. Dans cette dernière alternative, les honoraires seraient constitués, partie par la prestation de l'assurance et partie par un supplément requis du client lui-même, pour compléter la somme demandée.

ÉLOGES MÉRITÉS

Le congrès des Trois-Rivières, le vingt-et-unième en date, est terminé et c'est sur une note optimiste qu'il s'est déroulé et qu'il a pris fin, laissant dans l'esprit de ceux qui l'ont préparé et de ceux qui y ont assisté un réconfort puissant pour la profession médicale et un grand espoir pour l'avenir de l'Association des Médecins de Langue Française. Ici se posent deux questions: l'expérience a-t-elle réussi? quelles conclusions en tirer? Avant de répondre à la deuxième, il est bon de ressasser les événements qui se sont produits et de les analyser. Quant à la première, voici ce que nous pouvons penser. Première épreuve, pour ainsi dire, de l'initiative prise en septembre 1950 par le conseil de l'Association de tenir désormais un congrès général chaque année, le vingt-et-unième a été, de l'avis unanime, une réussite complète tant par l'assistance de nombreux congressistes que par la valeur incontestable des travaux présentés par des confrères consciencieux qui ont su retenir l'intérêt de leurs auditeurs.

Les différentes séances ont été présentées dans un décor inusité, il est vrai, mais le local s'y prêtait de façon merveilleuse et tous les événements se trouvaient centralisés au Palais de l'Industrie. Le président, le docteur Denoncourt, a eu l'heureuse idée de baptiser les salles de conférences de noms connus de l'Association, noms encore vénérés par la profession parce qu'ils sont dans le souvenir de tous les confrères. La *Salle Brochu* éveillait l'idée du fondateur de l'Association, professeur à Québec, qui, en 1900, a eu l'initiative avec ses confrères de Québec et d'ailleurs, de jeter les bases d'une organisation aujourd'hui florissante et respectée. Que de chemin parcouru! Si le professeur Delphis Brochu avait assisté au vingt-et-unième congrès, il aurait sûrement été profondément touché de cet honneur et de la reconnaissance que tous les confrères, avec Denoncourt, lui ont témoignés en cette circonstance. La *Salle Normand,* en l'honneur du président du congrès de 1906, tenu aux Trois-Rivières. Le docteur L.-P. Normand était le père du secrétaire de celui de 1951. Les annales de l'Association du temps rapportent que le troisième congrès traçait la route à d'autres après avoir bénéficié de l'expérience des deux précédents. La *Salle de Blois.* Qui ne connaît le président du seizième congrès, celui de 1940, le

deuxième tenu dans la cité de Laviolette? Le docteur de Blois est le seul survivant de cette vaillante génération qui a établi le courant en formant l'Association des Médecins de Langue Française du Canada. Le docteur Charles-N. de Blois a assisté aux séances d'octobre en manifestant encore une activité peu commune. Il a établi le lien entre la génération d'hier et celle d'aujourd'hui, laquelle marche sur les traces de la première et a pu constater avec émerveillement les progrès accomplis par son œuvre.

Il n'y avait pas de Salle Denoncourt. Il faudra qu'au prochain congrès des Trois-Rivières ce nom soit mis en évidence, sur le même pied que les autres, pour honorer le président actuel. Le succès du vingt-et-unième congrès repose sur ses épaules et aussi sur celles de ses hardis collaborateurs. Leur travail incessant, leur habileté méthodique et leur louable tenacité nous a fourni l'occasion de profiter des leçons de nos maîtres en médecine et de repartir, chacun dans notre sphère d'activité, pour mettre en pratique les conseils si bienveillamment fournis.

En récapitulant les événements, ne serait-il pas dans l'ordre de mentionner la réception du Directeur général et du président du congrès à l'adresse de ceux qui ont permis le succès de nos assises: présidents de séances, rapporteurs, organisateurs du programme scientifique, social et matériel, membres du conseil et du comité d'économie médicale; la chaleureuse réception de la ville des Trois-Rivières, maire et échevins en tête, à tous les congressistes et à leur femme; ouverture solennelle à laquelle prirent part les plus hautes autorités religieuses du diocèse, les autorités provinciales et civiles du Québec, les représentants de la France en la digne personne de l'Ambassadeur au Canada et du délégué du gouvernement français. A cette séance d'ouverture, après l'allocution du président, le secrétaire-trésorier général remit la médaille d'or, insigne d'office, au nouveau Directeur général, le docteur Emile Blain, qui en était à son premier congrès depuis sa nomination en septembre 1950. Puis le Directeur général, en reconnaissance des services rendus à l'Association, remit le parchemin au docteur J.-A. Vidal, président du XXe congrès, et à son secrétaire, le docteur Pierre Smith.

Nous avons touché un mot des séances scientifiques et de l'assistance (déjà, durant la première journée, avant même que l'ouverture ne fût faite officiellement, un nombre remarquable de médecins s'étaient présentés au bureau d'inscription). Et les séances

de spécialités: obstétrique, cardiologie, ophtalmo-oto-rhino-laryngologie, réunissaient un auditoire nombreux, sous l'habile direction du dévoué directeur du programme scientifique.

Il y a aussi le comité d'économie médicale qui a présenté le résultat de ses études de l'année: « assurance-maladie avec plafond des revenus », conclusion d'un projet proposé par la Fédération des Sociétés Médicales et modifié. Ce projet ne vise pas à établir l'assurance-maladie obligatoire, mais formule le désir de proposer certaines normes à respecter par les différentes sociétés d'assurance-hospitalisation ou autres, si la nécessité se fait sentir d'établir tel plan. Les congressistes ont écouté avec beaucoup d'intérêt et avec une bienveillante attention l'habile exposé du président du comité d'économie médicale, le docteur Roma Amyot. Si l'on juge de l'attention de l'auditoire par la pertinence des questions qui ont été posées à la suite de la communication, nous pouvons être amplement satisfaits de la perspicacité de nos confrères qui ont manifesté un grand intérêt et une connaissance profonde des choses qui touchent la population en regard de la profession médicale.

Puis la fête aux huîtres qui a été marquée, comme les autres réceptions d'ailleurs, du sceau de la plus grande cordialité. Et la réception gracieusement offerte par un groupe de représentants de maisons pharmaceutiques. Enfin la séance de clôture à laquelle prirent la parole, outre le président du congrès, le Directeur général le docteur Emile Blain, M. de Vial, consul de France, MM. les docteurs J.-Baptiste Jobin, président du XXIIe congrès qui aura lieu à Québec en septembre 1952, Eugène Thibault, président de la Fédération des Sociétés Médicales, et M. le professeur Pierre-H. Hillemand, délégué du gouvernement français, qui a su gagner l'estime de tous nos confrères. Pour terminer, les médecins des Trois-Rivières nous ont invités à un buffet qui a couronné le XXIe congrès. Mentionnons aussi le déjeuner-conférence offert aux dames, le vendredi, l'excursion en bateau, le buffet des Révérendes Sœurs de l'hôpital Saint-Joseph, la démonstration d'art culinaire par le professeur Bernard, au Cap-de-la-Madeleine, événements dont les dames revinrent très enchantées. Et puis les exhibits commerciaux furent achalandés, les confrères comprenant le rôle que jouent les maisons de produits pharmaceutiques et l'étroite collaboration qui doit présider à nos rapports mutuels.

Oui, l'expérience a réussi. Pour être plus juste, disons que Trois-Rivières n'en était pas au stade de l'expérience puisque ce qui paraissait osé en 1906 et plus récemment en 1940 nous a paru tout naturel en 1951. Les choses ont évolué avec une souplesse insoupçonnée et c'est à peine si on pouvait percevoir la touche de nos confrères trifluviens qui donnait de l'allant à tous les événements scientifiques et sociaux. Tout s'est passé avec une belle discipline et nous n'avons remarqué que peu de retard.

L'encouragement a été spontané. Les congressistes se sont pressés aux multiples séances. Ce fait doit retenir notre attention. Il incite les officiers de l'A. M. L. F. C. à continuer dans ce large sentier tracé par leurs valeureux prédécesseurs: science répandue par nos savants cliniciens, étude de nos problèmes, de nos déficiences, de notre potentialité d'action, de nos succès et de nos insuccès, le tout présenté comme le disait si bien un ancien rédacteur en chef de notre bulletin officiel, *L'Union Médicale du Canada,* « avec la plus grande bienveillance » et aussi avec le plus grand souci de servir la cause de la profession médicale, puisque l'Association des Médecins de Langue Française du Canada, en secondant nos universités, veut donner son appoint à l'extension de la médecine canadienne-française. Encouragement spontané de la part de quelques personnalités marquantes du monde médical et je citerai le nom du dévoué sénateur Lacasse et du docteur Ulysse Forget, président de l'Association Médicale Franco-Américaine, qui, malgré leurs multiples occupations, ont pu nous procurer le plaisir et l'honneur de participer à nos assises. Encouragement spontané de la part des membres du conseil de l'association: aux deux séances nous constations avec plaisir la présence de la presque totalité des membres, de plus, les autres s'étaient excusés pour des raisons valables. Encouragement spontané de la ville des Trois-Rivières qui ne nous a pas restreint ses faveurs, qu'elles viennent de l'autorité religieuse et municipale, de la radio ou de la presse.

A toutes ces marques d'attention nous nous permettons de rester sensibles et de prodiguer nos plus sincères remerciements à nos patrons d'honneur, à Son Excellence, l'évêque des Trois-Rivières, au gouvernement provincial qui, par l'intermédiaire du Ministère de la Jeunesse, nous a permis d'utiliser le Palais de l'Industrie, au personnel de ce dernier lequel a fait preuve d'une fructueuse coopération, au comité des dames qui a si amicalement reçu les épouses

des congressistes, aux rapporteurs, au professeur Hans Selye, aux présidents de séances, à tous les collaborateurs de l'organisation scientifique et matérielle, aux nombreuses firmes qui ont étalé leurs produits, aux exposants des exhibits scientifiques, aux membres du conseil, au personnel de la presse et de la radio qui a contribué à diffuser les activités de l'association et les événements du congrès.

En terminant, l'Association des Médecins de Langue Française du Canada se dit enchantée de pouvoir assurer à la population tous les services qu'elle est en mesure de lui rendre, car si elle existe, elle n'oublie pas que c'est là son devoir envers la société.

Docteur H. Trudel,
secrétaire-trésorier général.

L'HYPERTENSION PAR LE SEL CHEZ LES LAPINS ET SES RELATIONS AVEC LA GLANDE SURRÉNALE

Toku Ro FUKUDA,
Laboratoire de Physiologie,
Faculté de Médecine de l'Université Chiba,
Chiba (Japon).

Quoiqu'il soit un procédé routinier, donner du sel à l'animal en expérience pour avancer le développement de l'hypertension expérimentale du type de Goldblatt, n'a pas encore prouvé que l'hypertension chez le mammifère puisse être causée seulement par l'administration du chlorure de sodium. Sapirstein et autres (3) ont récemment rapporté le cas où ils ont réussi à provoquer « l'hypertension de sel » au rat abreuvé de la solution hypertonique de chlorure du sodium. Mais la juste proportion appliquée entre le sel et l'eau et la prolongation suffisante de l'expérimentation sont bien considérées comme importantes. A l'autopsie, « l'hypertension de sel » se trouvait associée avec l'hypertrophie du cœur et du rein relative au poids du corps. Cependant, concernant la glande surrénale, ils n'ont donné aucune description mais suggéré que le travail maintenant en progrès indique que « l'hypertension de sel » n'est pas abolie par la surrénalectomie bilatérale.

Tout à fait indépendamment de cela, nous avons aussi réussi à produire l'hypertension aux lapins, en leur donnant l'extrême quantité de sel très longtemps. A l'autopsie, des changements remarquables se montraient dans la glande surrénale et cela suggérait le mécanisme possible pour le développement de l'hypertension de ce type par rapport à la glande surrénale.

MÉTHODE

On employait les lapins adultes de 2 à 3 kg de poids. Le régime journalier était de 50 g. de la farine de blé avec légumes. Durant toute l'expérimentation, on leur donnait 5 g. de chlorure de sodium mêlé dans la ration; on leur permettait de boire de l'eau librement. La pression artérielle était déterminée à l'oreille, suivant la méthode ordinaire.

RÉSULTATS

Développement de l'hypertension de sel.

Les animaux pouvaient bien tolérer l'ingestion excessive de sel, et la diarrhée ne paraissait pas. Durant toute l'expérimentation, qui durait même un an, aucun signe du dommage rénal, tel que l'œdème, l'albuminurie, n'était observé et la quantité journalière de l'urine était environ 200 cc. Après la latence d'environ un mois, la pression artérielle de presque tous les lapins commençait à s'élever lentement (Fig. 1). Le développement de cette hypertension était accéléré par la basse température, mais cette hypertension une fois apparue dans un lapin quelconque, persistait tant que les animaux continuaient à prendre le régime de sel excessif. Le niveau de l'hypertension n'était pas très haut. La pression sanguine après 4 mois de l'administration de sel était 92 $\pm$ 12 mm. Hg en moyenne (12 cas) tandis que la pression normale était 73 $\pm$ 14 mm. Hg (13 cas). « L'hypertension de sel » diminuait lentement après la cessation de l'administration de sel (Fig. 1).

A l'autopsie, les animaux expérimentaux, dans la première durée de «l'hypertension de sel », ne montraient aucune anomalie importante sauf l'hypertrophie de la glande surrénale. L'hypertrophie des glandes était due à la prolifération de la partie corticale, spécialement dans la zone intermédiaire. La chromeréaction de la médullaire devenait aussi remarquablement intense. On pouvait observer quelques changements histologiques dans le rein: l'hyperplasie de l'épithélium glomérulaire, le rétrécissement de l'espace capsulaire et l'en-

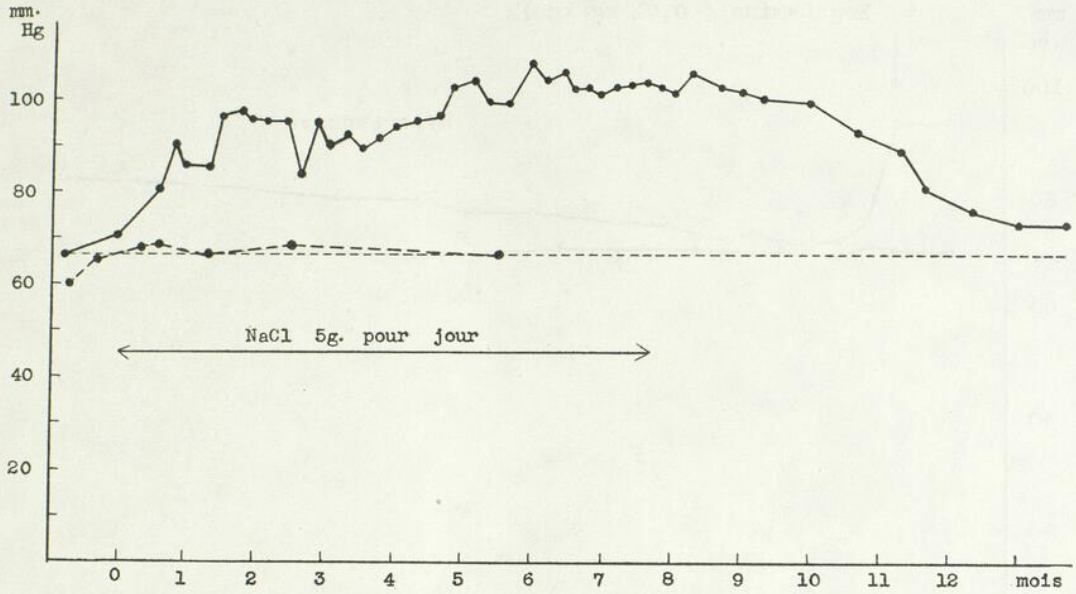


Fig. 1. — Effet de l'administration de sel sur la pression sanguine.

flure des tubules. Mais le pouvoir d'excréter la créatinine exogène n'était pas détérioré. Au tableau no 1 on voit que le pourcentage de la créatinine excrétée pendant 5 heures après l'administration de 200 mg de la créatinine dans la veine augmente beaucoup dans les lapins expérimentaux.

TABLEAU I

Pourcentage de la créatinine excrétée pendant 5 heures après l'administration intraveineuse de 200 mg.

	Hypertensive	*Normal*
1.	84	37
2.	65	38
3.	59	41
4.	57	

« *L'hypertension de sel* » *par rapport à la glande surrénale.*

Quand les animaux expérimentaux ont été privés des glandes surrénales bilatérales, la tension descendait peu à peu au niveau normal, malgré l'administration continuelle du sel (Fig. 2). Quand, d'un autre côté, les animaux avaient été précédemment surrénalectomisés bilatéralement, aucune élévation de la pression sanguine n'était observée pendant que le sel était appliqué. L'existence de la glande surrénale était donc d'une première importance pour le développement et le maintien de « l'hypertension de sel ».

Voici l'observation concernant le rôle joué

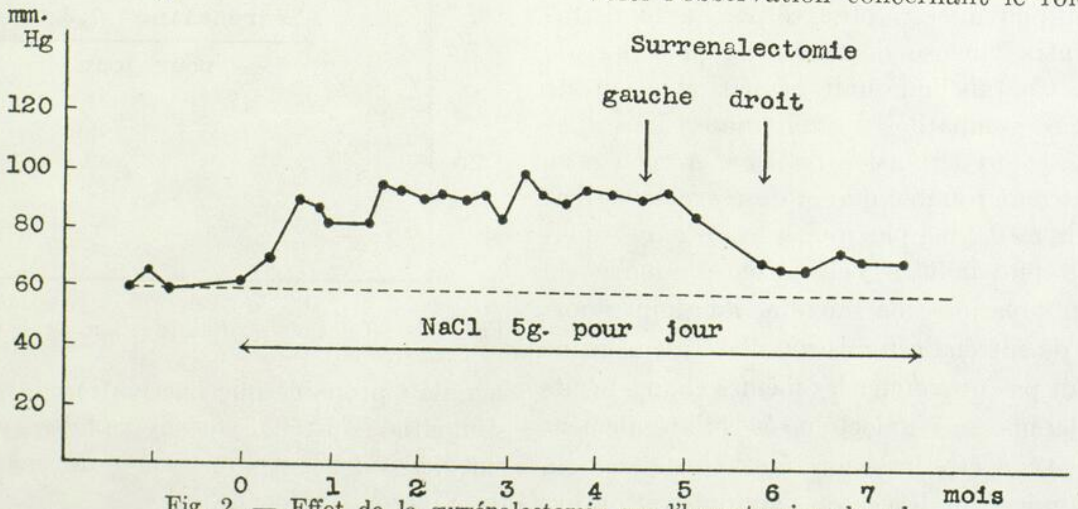


Fig. 2. — Effet de la surrénalectomie sur l'hypertension de sel.

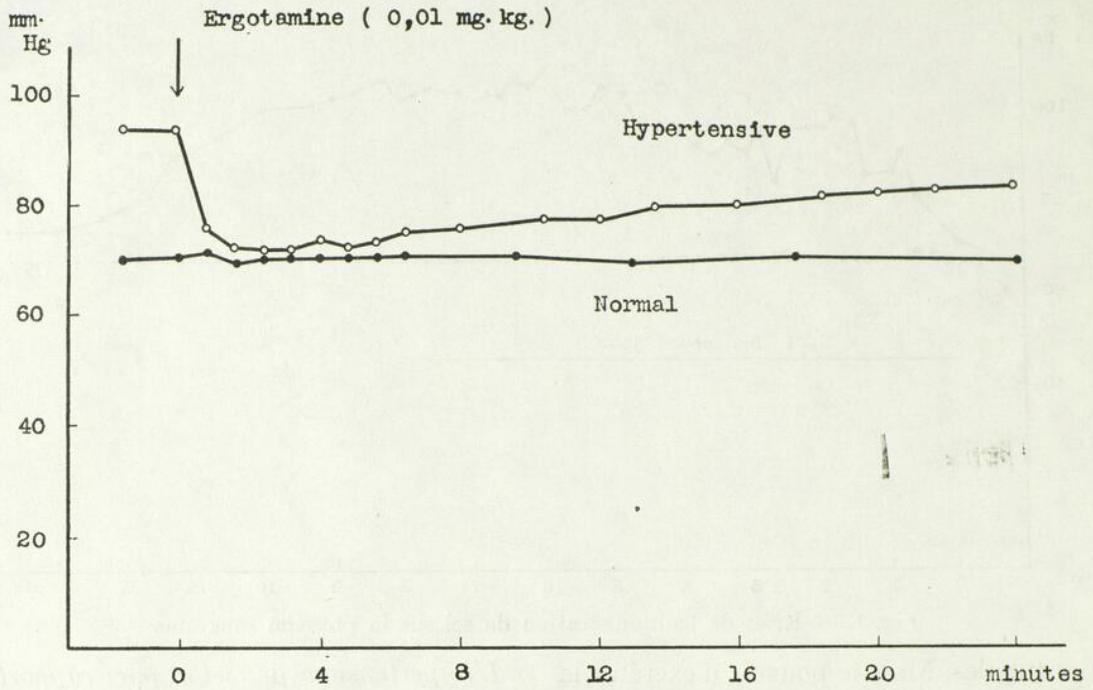


Fig. 3. — Effet de l'ergotamine sur la pression sanguine.

par la glande surrénale. L'ergotamine en dose qui n'a aucune influence appréciable sur la pression sanguine des lapins normaux causait une chute remarquable de la pression chez les lapins expérimentaux (Fig. 3). Cependant, le sang héparinisé des animaux expérimentaux ne contenait pas plus la pression-substance pour la préparation de sinus-auricule du crapaud que celui de l'animal témoin. Mais les animaux, d'un autre côté, montraient la sensibilité à l'adrénaline augmentée environ dix fois, et l'effet minimum de l'augmentation de tension pouvait être observé par l'administration intraveineuse de 0,001 mg pour kg. du poids. Ce fait indiquait la participation du système sympatho-surrénal dans l'installation de « l'hypertension de sel ». A cet égard, il était remarquable que la dose excessive d'adrénaline (0,2 mg par jour sous-cutané), quoiqu'elle pût induire l'élévation graduelle du niveau de la pression sanguine aux lapins normaux ou surrénalectomisés unilatéralement, ne pouvait pas provoquer les mêmes changements aux lapins surrénalectomisés bilatéralement (Fig. 4). Cette relation était justement la même que dans le cas de l'administration excessive de sel. La partie corticale, comme l'indiquent ses changements histologiques, doit avoir joué aussi un rôle essentiel. Ainsi, il

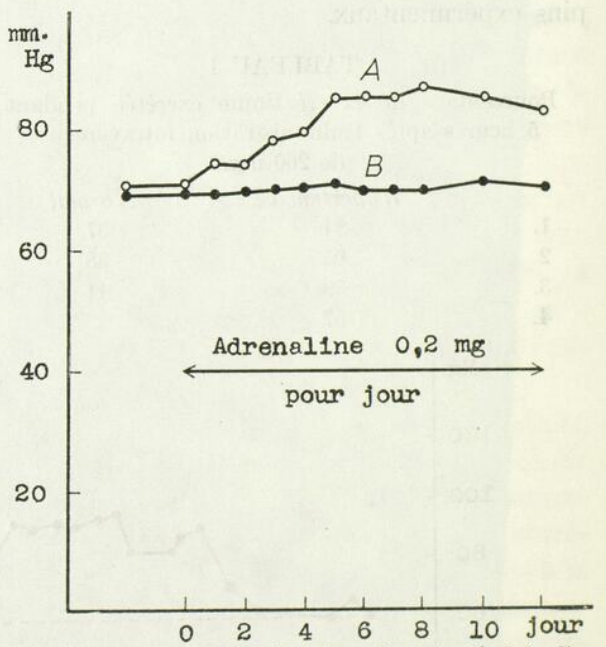


Fig. 4. — Effet de l'administration de l'adrénaline excessive.

semblait probable que l'activation du système sympatho - surrénal et hypophyso - cortico - surrénal fût nécessaire pour le développement de « l'hypertension de sel ».

CONCLUSION ET DISCUSSION

La haute tension expérimentale provoquée par l'administration prolongée de sel excessif a été rapportée, et l'explication possible en a été offerte par rapport à la glande surrénale. Cela diffère de la haute tension du type de Goldblatt dans lequel la glande surrénale semble jouer un rôle moins significatif (Rogoff (2), Fukuda et Sakô (1)). Ici, le chlorure de sodium doit fonctionner comme « stress » sur le système sympatho-surrénal et hypophyso-cortico-surrénal (Selye (4)). L'étude ultérieure est requise pour éclairer le mécanisme immédiat de l'élévation de la pression sanguine.

Résumé

Les lapins nourris du sel excessif développaient l'hypertension artérielle après une latence d'un mois environ. L'existence de la glande surrénale est essentielle pour le développement de cette haute tension. Quelques mécanismes possibles pour le développement de « l'hypertension de sel » sont proposés comme évidents dans le sens de l'activation du système sympatho-surrénal et de l'hypophyso-cortico-surrénal.

Je remercie beaucoup le docteur K. Okutsu de sa coopération dans cet essai et aussi je suis bien reconnaissant au Prof. H. Selye de la bienveillance qu'il a montrée pour reviser ce manuscrit.

BIBLIOGRAPHIE

1. T. R. FUKUDA et N. SAKO: *Jap. J. Physiol.*, sous presse.
2. J. M. ROGOFF, E. N. NIXON et G. N. STEWART: *Proc. Soc. Exp. Biol. and Med.*, **41**: 57, 1939.
3. L. A. SAPIRSTEIN, W. L. BRANDT et D. R. DRURY: *Proc. Soc. Exp. Biol. and Med.*, **73**: 82, 1950.
4. H. SELYE: *Text Book of Endocrinology*. Montréal, 1949.

LE CARCINOÏDE DU TUBE DIGESTIF

S. LAUZÉ,
Hôpital Notre-Dame et Institut d'Anatomie pathologique
de l'Université de Montréal.

Le carcinoïde est une tumeur assez familière au chirurgien qui a appris à ne pas se troubler de la chose, bien que le nom porte en lui une consonnance assez inquiétante. A la suite d'études d'ensemble faites en ces derniers temps, surtout dans les milieux américains, on est en droit de se demander s'il ne faut pas restituer à ce mot sa valeur intégrale qui en est une de malignité, même si elle est tempérée par une désinence à valeur amoindrissante. C'est à Oberndorfer que revient la paternité de ce nom; l'histologiste voulait par là, souligner que cette tumeur, de par sa localisation sous la *muscularis mucosæ*, de par ses caractères d'infiltration, offrait une image analogue au cancer ou carcinome, alors que la clinique opposait un démenti à cette impression née d'une figure histologique. Il s'agissait là toutefois, d'une opinion prématurée, le temps ayant permis de mieux préciser l'évolution de cette entité.

Carcinoïdes du grêle. Re: localisation.

Duodénum	Jéjunum	Iléon	Div. de Meckel
9	29	164	6

Le carcinoïde peut survenir partout le long du tractus digestif. Si son incidence est plus grande dans l'appendice que partout ailleurs, on le trouve néanmoins assez fréquemment sur le grêle, nomtament dans la région iléale, dans le colon (surtout dans la partie cæcale), au rectum et même dans l'estomac (18 cas rapportés). On en a rapporté à 4 reprises dans la vésicule biliaire et on en a même trouvé dans des kystes pseudo-mucineux de l'ovaire (6 cas). Sa localisation au grêle ou au côlon a contribué à mieux faire connaître un aspect de cette tumeur, car à ces endroits moins bien étudiés que l'appendice, elle a pu évoluer plus longtemps, ce qui a donné aux métastases le temps de se produire. Pearson et Fitzgerald estiment que le rapport d'incidence entre le carcinoïde-grêle et le carcinoïde-appendice est de 1 à 10. Après l'appendice, c'est l'iléon qui est la localisation de choix; ensuite viennent le jéjunum et le duodénum; on l'a trouvé quelquefois dans le fond d'un diverticule de Meckel. L'âge du porteur varie de 20 à 86 ans, la moyenne se situe aux environs de 60. Cook a colligé dans la littérature antérieure à 1930, 104 carcinoïdes du grêle, auxquels il ajouta 11 cas personnels. Ariel a fait de même pour les années de 1930 à 1939, en recueillant 76 cas, auxquels il additionna 11 cas personnels. Fitzgerald et Pearson rapportèrent 24 cas en 1949. Sur ce total de 236, on a trouvé des métastases dans 73 cas, soit une proportion de 32%. Sur 48 cas, où on a des renseignements sur la localisation des métastases, les ganglions régionnaux étaient envahis; chez 25 d'entr'eux, le foie était le siège de métastases. Quant aux autres localisation, elles s'établissent comme suit: mésentère, os vertébraux, ganglions inguinaux, pancréas, testicule, duremère rachidienne, rate, rein et surrénale, côlon et rectum.

Carcinoïdes du grêle. Re: moyenne d'âge.

68 cas colligés par Cook	54,3
11 cas de Cook	62.
121 cas colligés par Ariel	57.

Ages extrêmes: 20-86.

Il serait peut-être intéressant de mentionner l'incidence comparative du carcinoïde du grêle avec les autres tumeurs du grêle qu'a faite Ariel. Sur 120 tumeurs du grêle, il a trouvé 10 carcinoïdes, soit une proportion de 8,3.

Carcinoïdes du grêle. Re: malignité.

	Nombre	Bénin	Malin
Cas colligés par Cook avant 1930	104	83	21
Cas de Cook	11	8	3
Cas colligés par Ariel, 1930-39	76	42	34
Cas d'Ariel	11	6	5
Cas Pearson et Fitzgerald	24	14	10
Total:	236	68%	32%

Dans le grêle, cette tumeur évolue silencieusement dans la plupart des cas. Cependant, c'est un fait remarquable qu'en ces dernières années, l'attention des cliniciens ayant été attirée sur cette entité, on a pu la déceler plus fréquemment. Le symptôme le plus constant est l'obstruction précédée de troubles digestifs vagues, où prime la diarrhée. D'après Miller et Hermann (citée par Pearson et Fitzgerald) une radiographie montrant un « kinking » dans un intestin grêle, sans masse dans la lumière, est caractéristique du carcinoïde.

Carcinoïdes du gros intestin.
De 1912 à 1949 (d'après Horn)

Cæcum	*Côlon*	*Rectum*
14 dont 7 ont donné des métastases.	6 dont 3 ont donné des métastases.	29 dont 5 ont donné des métastases.

De toutes les portions de l'intestin, l'organe qui est le plus souvent le siège du carcinoïde est sans contredit l'appendice. C'est en fait si banal, qu'on a de la peine à trouver une étude statistique de son incidence. L'âge moyen de son apparition se situe vers 25 ans; cette différence d'âge entre l'apparition du carcinoïde du grêle et de l'appendice ne tient pas à une nature différente de la tumeur, mais bien au fait que l'appendicectomie met fin prématurément à l'évolution du carcinoïde. Par cette raison également, peut-on expliquer la faible proportion de carcinoïde appendiculaire ayant donné les métastases; la littérature n'en rapporte que 23 cas (P. et F.). Lorsqu'elle est située dans l'appendice, cette tumeur ne donne pas de signes cliniques; certains ont voulu y voir une cause occasionnelle d'appendicite aiguë. Il s'agit plutôt d'une coexistence, car on voit mal par quel mécanisme, une petite tumeur sous-muqueuse, d'ailleurs presque toujours située dans le bout distal de l'organe (46 sur 50; Masson, Arch. of Patho. 1928) donnerait lieu à une inflammation aiguë. La découverte est affaire de hasard.

Le carcinoïde se rencontre encore dans le gros intestin. Horn en a recueilli 49 cas publiés depuis 1912. La localisation se distribue ainsi: 14 au cæcum, parmi eux 7 ont donné des métastases; 6 dans le côlon dont 3 ont donné des métastases et 29 au rectum dont 5 ont donné des métastases. On remarque une diminution notable de malignité dans le cas du carcinoïde du rectum, par rapport à ceux qui sont situés dans le côlon. Cela tient à deux faits. D'abord, à cet endroit, il est plus accessible et partant il est dépisté plus tôt. De fait, la plupart des cas rapportés ont été trouvés au cours d'une rectoscopie de routine. Ensuite, l'entité appelée carcinoïde du rectum diffère du carcinoïde situé ailleurs, même si elle paraît avoir quelques liens la rapprochant du carcinoïde situé ailleurs, même si elle paraît avoir quelques liens la rapprochant du carcinoïde classique. Stout, qui s'est particulièrement intéressé à cette question du carcinoïde du rectum, admet qu'il offre des figures qui ne sont pas communes aux carcinoïdes provenant d'ailleurs dans le tube digestif.

Nous rapportons un carcinoïde du grêle aux métastases généralisées ayant entraîné la mort d'un homme de 82 ans.

Observation.

Le malade est transporté d'urgence à l'hôpital après s'être effondré alors qu'il était dans la rue. Depuis cinq mois, il souffre de malaises digestifs vagues qu'il attribue à une grippe qui ne guérit pas. Il possède quand même un bon appétit.

Cet épisode est attribué à un infarctus du myocarde postérieur (electro-cardiogramme) dont se remet le malade. Dans le cours du troisième mois de son hospitalisation, il ressent une douleur à l'hypochondre droit à l'angle externe de la 11e côte. Cette douleur persiste jusqu'à la mort qui survient 2 mois après son apparition, sans autre trouble digestif.

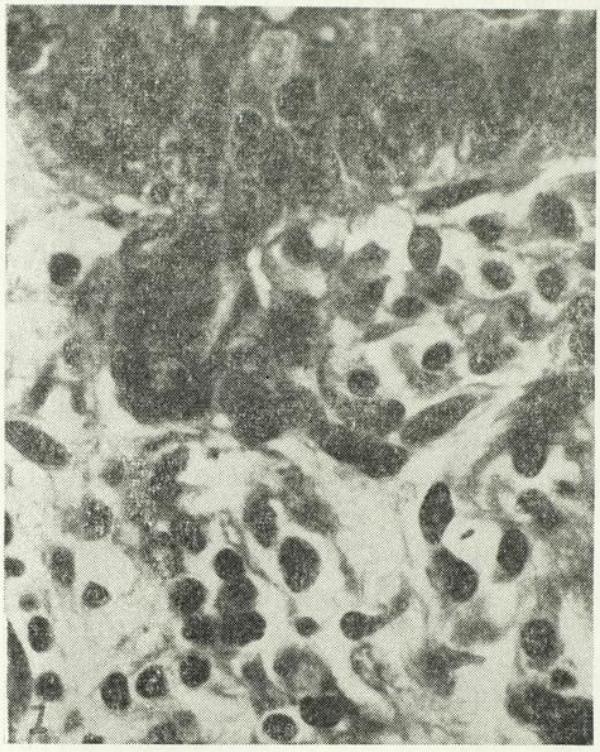
Autopsie

Voici les faits saillants de l'autopsie:

A l'examen externe, on note une cicatrice médiane sous-ombilicale (prostatectomie). Le cœur pèse 360 gms. La paroi du ventricule gauche mesure 20 mm. d'épaisseur; on n'y trouve pas de trace d'infarctus.

Poumon: l'apex gauche présente un placard de pneumonie ardoisée. Absence de tumeur.

Reins: les reins (100 et 110 gms.) sont le siège d'une sclérose vasculaire: absence de tumeur.



1. Genèse de l'appendice neurogène. (Photo d'une préparation du Prof. Masson.) En haut, muqueuse appendiculaire d'où émane un groupe de cellules faisant saillie à travers la membrane basale pour tomber dans un nerf.

Pancréas: dans la tête du pancréas on note trois minuscules formations tumorales.

Foie: (1 800 gms.) Cet organe est farci de métastases dont quelques unes sont nécrotiques à leur centre. Dans le lobe droit, on trouve une cavité de 10 cms. de diamètre remplie de sang et délimitée par du tissu tumoral nécrotique.

Intestin: dans la région iliale, on trouve sur la paroi de l'intestin deux petites tumeurs de 1,5 cm. de diamètre, faisant une plicature à leur niveau. Ces tumeurs sont plus visibles sur le versant séreux où on les aperçoit par transparence que sur le versant muqueux où elles ne provoquent qu'une angulation de la paroi.

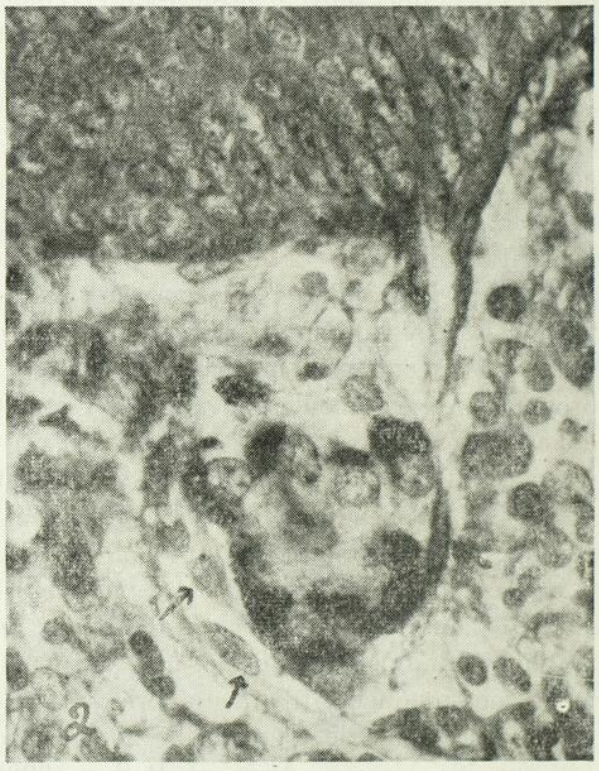
L'appendice est en place et n'offre rien de de particulier.

Prostate: a la place de la prostate, on trouve un tissu bourgeonnant, blanchâtre, paraissant être tumoral.

HISTOLOGIE

Myocarde: il offre des lésions dégénératives diffuses ultérieurement habitées de tissu scléreux.

Iléon: de la couche sous-muqueuse, partent des boyaux cellulaires qui infiltrent toute l'épaisseur de la paroi. Ces boyaux sont constitués de petites cellules basophiles munies d'un noyau rond très régulier quant à sa grandeur et à sa qualité de chromatine. A la phériphérie des boyaux, les cellules se disposent en palissade, mais à l'intérieur, les cellules n'ont aucune disposition particulière. Les cellules sont chargées de granulations ocres d'une grande finesse qui a viré



2. Appendice neurogène (photo d'une préparation du Prof. Masson.) Membrane basale encore ouverte (droite); groupe de cellules argentaffines émigrées dans un nerf, (les flèches indiquent les cellules de Remark.)

au noir après argentation (Fontana ou Biel chowski suivi d'un traitement à l'or.) Il s'agit d'un *carcinoïde.*

Foie: cet organe contient plusieurs métastases en tout point semblables à la tumeur de l'intestin grêle. Il existe en outre, des formations tumorales papillaires (ces dernières sont le siège d'hémorragie.) dans l'un et l'autre forme, on trouve des granulations intra-cellulaires. (Fontana)

Pancréas: il est également le siège de métastases.

3. Iléon de notre cas. A droite, la muqueuse intestinale: le reste de la photo montre les boyaux de carcinoïde dans un stroma fibreux dense. (Hémalun-phloxine.)

Hypophyse: dans le lobe postérieur de l'hypophyse, on trouve un îlot minuscule de tumeur métastatique. Il nous a été, toutefois, impossible de mettre les granulations argentaffines en évidence à cause du fixateur employé (Mullerformol.)

Prostate: la prostate est le siège d'un *épithélioma* glanduliforme qui infiltre modérément le tissu avoisinant.

Il convient de noter que toutes les métastases sont celles d'un carcinoïde et non celles d'un épithélioma de la prostate.

CONCLUSIONS.

Carcinoïde du grêle.

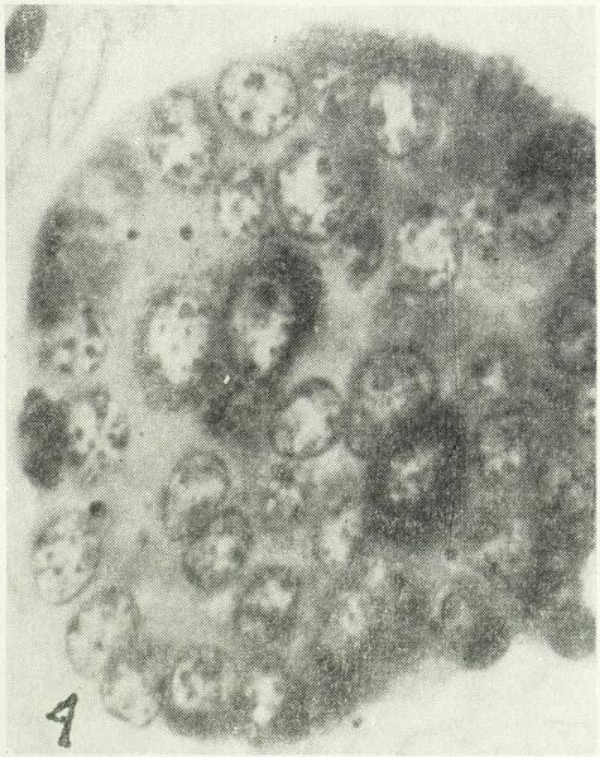
Métastases au foie, pancréas et à l'hypophyse.

Coexistence d un épithélioma de la prostate sans métastase.

* * *

GENÈSE

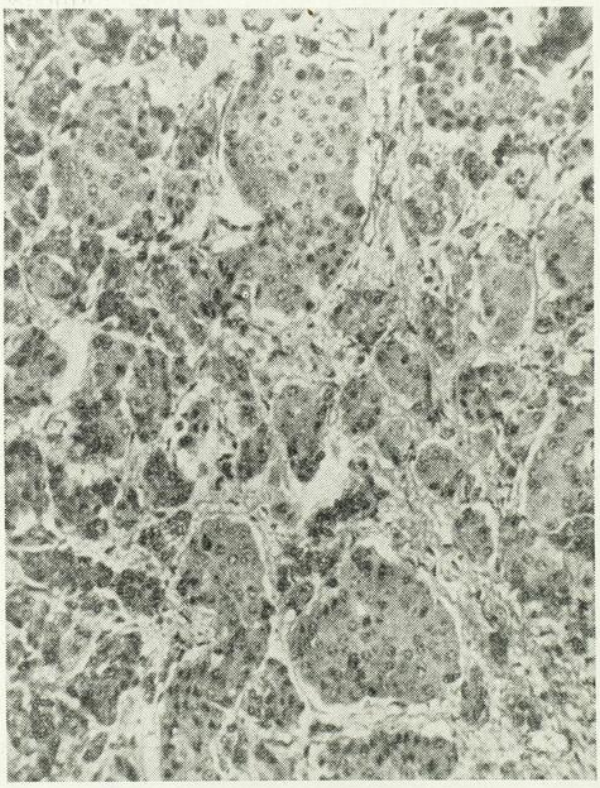
Le carcinoïde est une petite tumeur qui se compose de cellules argentaffines ou pré-argentaffines (Masson Ann. An. Path. 1924 et Stout, Ann, J. Path. 1942, 18,993). A l'appendice, lorsqu'on le voit au début de sa formation, on le trouve situé surtout dans la sous-muqueuse de la région apicale ou encore, dans l'axe d'un appendice oblitéré. Il est composé de travées



4. Un boyau de carcinoïde du grêle (Fontana suivi d'un Kernechtrot.)

de cellules épithéliales cubiques, cylindriques, fusiformes ou polygonales dont la couche la

plus externe se dispose en palissade. Quelquefois, ces travées sont creusées d'une petite formation glandulaire bordée par un Klitteisen. En faisant un fontana, on se rend compte que la plupart de ces cellules sont argento-réductrices et les granules mis ainsi en évidence, se disposent électivement dans la région infranucléaire des cellules bordant une cavité et des cellules palissadiques de la couche externe de la travée. Dans les cellules de l'intérieur de la travée, qui en général, en contiennent moins, les granules argentaffines sont dispersés diffusément dans toute la cellule. Il existe enfin des cellules et des boyaux cellulaires entiers qui ne sont pas argento-réducteurs au fontana, mais l'argentaffinité est un phénomène très relatif à la technique employée et, un carcinoïde qui ne montrait que peu de substance argentaffine



5. Métastase dans le pancréas. (Hémalun-phloxine.)

après traitement au liquide de fontana, en montre une quantité considérable après imprégnation à l'argent sur bloc d'après la méthode de Bielchowski. Ces résultats, quantitativement différents selon la technique d'argentation employée, laissent supposer que le produit argentaffine appelé « entéramin » par Erspamer n'est pas une substance nettement définie. Cet auteur, à partir de la cellule entéro-chromaffine des glandes de Lieberkuhn, a pu prouver que le pigment argentaffine était précédé par l'apparition de granules acidophiles qu'il a qualifiés de pré-entérochromaffines. Ce fait rend compte de certains carcinoïdes dénués de pigment (2 cas rapportés par Masson) et confirme l'opinion de Masson, que l'argentaffinité actuelle n'est pas une condition essentielle du carcinoïde.

Au contact de cette néoplasie épithéliale, le tissu conjonctif et le tissu musculaire de la paroi intestinale s'hypertrophient pour donner naissance à un stroma conjonctivo-musculaire important. Lorsque la tumeur siège dans le

6. Métastase dans le foie: imprégnation à l'argent (Bielchowski) suivi d'un virage à l'or. Noter l'abondance de granules noirs.

grêle ou dans le colon, cette prolifération de tissu rétractile crée une plicature à angle aigu qui occasionne une sub-conclusion et parfois une obstruction intestinale.

Le carcinoïde provient de la cellule de Nicolas-Kultschitsky du revêtement lieberkuhnien. L'opinion des auteurs est aujourd'hui unanime sur ce point et il est inutile d'y insister. Mais très peu d'histologistes se sont souciées du mécanisme particulier de cette néogenèse, soit qu'ils ne l'aient pas soupçonné, soit qu'ils aient minimisé son importance et pourtant, son intelligence élucide la présence de carcinoïde loin de la muqueuse intestinale et sans attache avec elle; car, la question du carcinoïde est intéressante et « curieuse » (Masson, Ann. An. Path. 1928), tout autant à cause de son mécanisme très particulier de formation qu'à cause de son aspect histologique et des cellules nettement différenciées qui la constituent. En effet, le carcinoïde ne naît pas directement de l'épithélium intestinal par prolifération de proche en proche, comme dans le cas des néoplasies épithéliales banales. Entre lui et l'épithélium de la glande qui lui a donné naissance, il y a rupture de contact. Il y a quelquefois des relations de contiguité qui, à l'examen superficiel, peuvent faire croire à une relation entre les travées carcinoïdiennes et l'épithélium intestinal, mais un examen attentif permet de repousser cette hypothèse. Lorsque la continuité existe, c'est que le carcinoïde, devenu franchement malin, envahit de dehors en dedans la muqueuse intestinale, comme le fait un néoplasme malin quelconque, logé à la périphérie d'une muqueuse.

Pour bien comprendre ce problème de genèse du carcinoïde, il faut se reporter aux travaux de Masson, sur l'appendice neurogène. Cet auteur, voulant préciser la nature du carcinoïde, fit une argentation au fontana et se rendit compte que les cellules de la tumeur étaient argentaffines, au même titre que les cellules de Kultschitsky. Voulant serrer le problème de plus près, il eut l'idée de chercher s'il ne trouverait pas ces cellules argentaffines isolées dans la sclérose des appendicites chroniques oblitérées et il trouva de telles cellules, non pas dans la sclérose, mais toujours dans des nerfs hyperplasiés, où elles sont soit isolées, soit groupées en petits amas. Sûr de l'identité de ces cellules avec les cellules de Kultschitsky, il se mit à la recherche de figures de passage du revêtement lieberkuhnien dans les nerfs. Par une constance toute bénédictine, il parvint à saisir sur le fait un groupe de deux ou quatre cellules du revêtement lieberkuhnien, faisant hernie à travers la résille réticulaire basale, pour tomber dans un nerf du plexus sous-muqueux. Ce groupe de cellules perd ses attaches avec la glande, émigre dans le nerf pour aller s'arrêter à une coudure ou aller buter sur un amas de cellules ganglionnaires.

Au moment de l'effraction de la membrane basale, ces cellules ne sont pas argentaffines, mais avant que le bourgeonnement ait perdu ses attaches avec le fond de la glande, les cellules aux avant-gardes se chargent de pigment argento-réducteur; ce qui signe à la fois leur provenance et leur nature. Le neurotropisme de ces cellules est en ce moment absolu. Les nerfs du plexus de Meissner s'hypertrophient sous l'influence de cette injection par des cellules épithéliales. C'est là, dans ses grandes lignes, la constitution de l'appendice neurogène. On y trouve toujours, pour peu qu'on les recherche, des cellules argentaffines isolées, on en trouve même quelquefois en formation acineuse.

Dans le carcinoïde au début, la constitution est essentiellement la même, la seule différence résidant dans le revirement de la quantité des éléments. Alors que dans l'appendice neurogène, les nerfs montrent une hyperplasie très marquée, les cellules argentaffines sont rares et demandent d'être recherchées, tandis que dans le carcinoïde, la pullulation des cellules argentaffines est si grande qu'elle masque l'élément nerveux, qu'elle déborde pour infiltrer le stroma ou le muscle de la paroi intestinale. Entre ce carcinoïde bien constitué et l'appendice neurogène, il existe des formes de passage que l'on ne sait comment dénommer, à cause du nombre peu élevé d'éléments épithéliaux intra-nerveux; trop grand pour mériter le nom d'hyperplasie et pas assez pour mériter celui de tumeur. Ces formes, pour embarras-

santes qu'elles soient quand il s'agit de l'étiquette, n'en demeurent pas moins très intéressantes parce qu'elles montrent bien la filiation entre ces deux entités. Ainsi entendu, le carcinoïde n'est pas une tumeur provenant directement du revêtement épithélial de l'intestin, mais une tumeur tirant son origine d'une prolifération exagérée des cellules argentaffines de provenance intestinale, préalablement émigrées dans les nerfs, (Masson 1928) ou si l'on veut, c'est la tumeur de l'élément épithélial de l'appendice neurogène.

Ce n'est pas non plus une tumeur qui, à son origine, emprunterait la voie nerveuse pour son envahissement, car au moment de l'effraction de la basale, les cellules du revêtement intestinal ne se conduisent pas comme des cellules tumorales. S'il existe dans l'appendice neurogène, un mouvement de migration des cellules argentaffines, il n'a pas la valeur de l'invasion. La résille basale s'ouvre devant le bourgeonnement épithélial, mais elle n'est pas détruite car elle se referme après son passage. Or, dans le cas d'une tumeur, étant donné que toutes les néo-cellules possèdent leur potentialité reproductrice, il n'y a pas de rupture de pont entre le point d'origine et les points les plus avancés de la prolifération. De plus, dans l'appendice neurogène, les cellules ne prolifèrent pas ou si peu, qu'il ne saurait être question de tumeur. S'il s'agissait d'une infiltration tumorale, on devrait voir une stroma-réaction. Il n'en est rien; le tissu conjonctif sous-muqueux reste indifférent devant ce phénomène. Seul l'élément nerveux s'hyperplasie.

Au moment donc de leur pénétration dans les nerfs, les cellules épithéliales n'ont pas les caractères des cellules tumorales et ce mouvement de pénétration n'a rien de l'invasion; il s'apparente plutôt à certain mouvement de migration que l'on rencontre au cours de l'embryogenèse (v. g. cellules des gonades) et ce n'est qu'au bout d'un temps indéterminé que ces cellules peuvent devenir néoplasiques pour donner la tumeur appelée carcinoïde.

Ceci nous amène à considérer le degré de malignité de cette tumeur. Comme elle donne quelquefois des métastases, on doit se demander si elle est destinée à en donner dans tous les cas. Par ses caractères cytologiques, elle offre l'image d'un néoplasme d'accroissement lent, sans indice de malignité. Les cellules sont de grandeur uniforme, toutes semblables; les noyaux, de taille et de colorabilité régulières, ne sont jamais en mitose. Par ses caractères histologiques par contre, elle offre des caractères d'envahissement très net dans le tissu conjonctif et dans le tissu musculaire, sans formation de capsule.

Certains auteurs ont voulu faire de fines distinctions d'ordre cytologique pour tenter de préciser le pronostic de cette tumeur, négligeant la portée significative de l'infiltration. C'est d'ailleurs peine futile, puisque des carcinoïdes d'un typisme cellulaire remarquable comme le nôtre, donnent des métastases par voie sanguine. Mais n'y aurait-il pas deux sortes de carcinoïdes: l'un bénin, l'autre malin? La différence d'âge dans l'apparition du carcinoïde du grêle (60 ans) et de l'appendice (25) pouvait donner prise à une telle hypothèse. Toutefois, il convient de faire remarquer que la figure histologique de ces deux carcinoïdes est identique, ce qui a une grande valeur dans l'individualisation d'un néoplasme. Dans le groupe appendiculaire, il y a un grand nombre de carcinoïdes qui se sont vu extirper ce début de leur évolution, à l'occasion d'une crise appendiculaire ou d'un appendicectomie de routine; ce qui contribue à abaisser l'âge d'apparition du néoplasme, tandis que ceux qui sont logés dans le grêle n'ont été extirpés que beaucoup plus tard dans leur évolution, alors qu'ils donnaient lieu à des phénomènes de sub-obstruction. Le mot apparition n'a donc pas la même valeur selon qu'on parle du grêle ou de l'appendice. De ce décalage d'âge, loin de conclure à une différence de nature, on doit plutôt conclure qu'entre 25 ans et 60 ans, il y a une durée d'évolution d'un même néoplasme et constater que cette évolution est longue.

De plus, si le nombre de métastases du carcinoïde de l'appendice est peu élevé (23 cas),

cela tient de la précocité relative de son ablation et signifie que l'agressivité de la tumeur est faible.

Cette manière de voir est d'ailleurs corroborée par un certain nombre de cas suivis dans leur évolution où la mort avec métastases généralisées est survenue longtemps après l'ablation de la tumeur primitive.

Conclusions.

Il faut aujourd'hui renverser l'adage clinique que le carcinoïde est une tumeur bénigne et donner à ce mot son sens le plus large, qui en est un de malignité, même si celle-ci est tempérée par la désidence « oïde ». Cette dernière signifie tout au plus que le « carcinome » évolue très lentement et non pas que la tumeur a figure de cancer tout en évoluant à la façon d'un néoplasme bénin, comme on l'a cru pendant un certain temps. Le recul, il convient de le souligner, a donné raison à l'histologiste Oberndorfer qui a tenu à inclure dans le nom qu'il donnait à cette tumeur un élément de malignité, même si une évolution clinique, d'ailleurs trop courte, ne semblait pas alors lui donner raison.

BIBLIOGRAPHIE

I. M. ARIEL: « Argentaffin (carcinoid) tumors of the small intestine. Report of 11 cases and review of the literature. » *Arch. Path.*, **27**: 25, 1939.

H. H. COOKE: « Carcinoid tumors of small intestine. » *Arch. Surg.*, **22**: 568, 1931.

GASPAR: « Metastasizing carcinoid tumor of jejunum. » *Journal of Path.*, **6**: 515, 1930.

J. HORN et C. ROBERT: « Carcinoid tumors of the colon and rectum. » *Cancer*, **2**: 819, 1949.

P. MASSON: « Appendicite neurogène et carcinoïdes. » *Ann. An.-Path.*, **1**: 3, 1924.

P. MASSON: « Carcinoids (argentaffin-cell tumors) and nerve hyperplasia of the appendicular mucosa. » *Am. Journ. of Path.*, **4**: 181, 1928.

P. MASSON: « The significance of the muscular "stroma" of argentaffin tumors. » *Am. Journ. of Path.*, **6**: 499, 1930.

Carl PEARSON et Patrick J. FITZGERALD: « Carcinoid tumors. A re-emphasis of their malignant nature. » *Cancer*, **2**: 1005, 1949.

E. B. POTTER et J. M. DOCTER: « Carcinoid tumor of the cecum with metastasis. » *Am. Journ. of Path.*, **20**: 143, 1944.

R. STIGLIANI: « Su alcune Particolarità istologiche dei carcinoidi. » *Arch. "de Vecchi"*, **4**: 195, 1941.

A. P. STOUT: « Carcinoid tumors of the rectum derived from Erspamer's preenterochrome cells. » *Am. Journ. of Path.*, **18**: 993, 1942.

H. WILSON: « Carcinoid of the rectum. » *Arch. of Path.*, **48**: 187, 1949.

T. E. WYATT: « Argentaffin Tumors of the gastrointestinal tract. Report of three cases: one with distant metastases. » *Ann. Surg.*, **107**: 260, 1938.

DIAGNOSTIC PRÉCOCE DES TUMEURS PULMONAIRES[1]

Jules PRÉVOST et **André MACKAY,**
de la Clinique des Maladies du Thorax, hôpital Notre-Dame (Montréal).

Le titre de ce travail contient la clef du succès dans la lutte contre le cancer du poumon. En effet, c'est par un diagnostic précoce que l'on peut espérer une guérison, et pour y arriver, il faut un travail d'équipe qui groupe les disciplines les plus diverses. Le chef de file est le praticien, le médecin de famille, car c'est lui qui note le premier les changements dans les habitudes respiratoires de son malade et qui cherche une explication à la toux, aux douleurs, aux hémoptysies, etc., etc.

Un autre chef de file est le radiologiste; celui de l'hôpital comme celui de la clinique anti-tuberculeuse. Il doit avoir l'œil ouvert aux images suspectes de tumeur, et même si celle-ci a l'air bénigne, il doit diriger le malade vers un centre spécialisé, sans se contenter de lui dire de revenir dans trois ou six mois pour un examen de contrôle. Le radiologiste, non plus que le clinicien, ne doit se désintéresser d'une tumeur radiologique d'apparence bénigne, même sans signe clinique, car ni l'un ni l'autre n'est en mesure d'en préciser la nature.

Nous parlerons seulement des tumeurs du poumon, cancéreuse ou autres, passant sous silence les tumeurs métastatiques.

Cancer du poumon

Le cancer du poumon est dans la majorité des cas (plus de 99%), un épithélioma bronchique ou carcinome bronchogénique. Il est aussi fréquent que le cancer d'estomac auquel on pense plus volontiers et il apparaît à tout âge, bien que dans 90% des cas, il survienne après quarante ans et surtout dans la sixième décade; cinq hommes sont atteints pour une femme. C'est probablement le cancer le plus fréquent chez l'homme. Fait intéressant à noter, c'est que la très grande majorité de ceux qui en sont atteints sont des gens qui fument la cigarette d'une façon excessive et pendant de nombreuses années.

Symptomatologie

A quels signes ou symptômes reconnaît-on le cancer du poumon? Nous aimerions pouvoir vous le dire; malheureusement, il n'y a pas de symptômes cliniques ou radiologiques pathognomoniques, d'un cancer pulmonaire, surtout au début. Nous ne pouvons vous parler que des signes qui orientent vers ce diagnostic. L'aspect clinique varie presqu'à l'infini et le cancer peut aussi bien prendre la forme d'une pneumonie à virus, d'une atélectasie segmentaire, d'une pneumonie non résolue, d'un abcès pulmonaire, d'une T.B. ou d'un empyème. Certaines tumeurs (environ 5% des cas opérés) sont silencieuses et ne sont découvertes qu'à l'occasion de films de routine.

D'abord et surtout, tout changement dans les habitudes respiratoires qui se prolonge au-delà de trois semaines, surtout après quarante ans et chez un homme, doit y faire penser. Au contraire du cancer d'estomac qui survient surtout chez des gens qui n'ont jamais eu de troubles digestifs jusqu'à la cinquantaine, le cancer du poumon est plus fréquent chez les vieux tousseurs chroniques qui voient la toux s'aggraver ou des hémoptysies apparaître, ou les expectorations changer d'aspect et de goût; en somme, qui voient leurs habitudes respiratoires se modifier d'une façon quelconque.

Il y a aussi tous les signes respiratoires pathologiques qui isolés ou groupés, doivent, s'ils se prolongent, attirer notre attention. Parmi les symptômes les plus fréquents, la toux se rencontre dans environ 80% des cas. Cette toux, au début, est irritante, sèche, non productive et toujours attribuée à la cigarette. Elle ne devient productive que tardivement, alors que

1. Communication au XXIe Congrès de l'A.M.L.F.C., Trois-Rivières, octobre 1951.

les expectorations, accompagnées de température et de frissons, sont dues à l'infection secondaire.

L'*hémoptysie* survient dans plus de la moitié des cas; elle varie de quelques filets de sang dans les crachats, ne se répétant pas avant des mois, jusqu'à l'hémoptysie foudroyante et mortelle. Elle ne se distingue aucunement de l'hémoptysie des tuberculeux.

La *douleur* se rencontre aussi dans environ la moitié des cas. Son intensité est variable mais elle ne devient habituellement intense que dans les cas avancés où il y a envahissement du médiastin, de la plèvre ou de la paroi. Une douleur particulière est celle de la tumeur à l'apex au cours du syndrome de Pancoast. Dans cette localisation, il y a précocément envahissement du plexus brachial. La douleur s'irradiant à l'épaule passe facilement pour une douleur d'arthrite ou de péri-arthrite.

L'*amaigrissement* est fréquent (environ les trois quarts des cas).

Un symptôme plus rare que l'on trouve dans environ un dixième des cas est la sibilance localisée, constante au même endroit et qui témoigne toujours d'une obstruction bronchique partielle. Si on élimine la présence d'un corps étranger et une sténose cicatricielle, il n'y a qu'une tumeur, bénigne ou maligne, qui puisse donner ce signe, d'où son importance.

Parfois les premiers symptômes, dans environ un cas sur vingt sont extra-thoraciques et dus à des métastases cérébrales. Chez ces malades, les premiers signes seront neurologiques et apparaîtront longtemps avant les signes pulmonaires. D'ailleurs, tous les neuro-chirurgiens exigent une radiographie pulmonaire, avant d'opérer une tumeur cérébrale, car il leur est arrivé si souvent d'avoir affaire à une métastase d'un épithélioma bronchique.

Localisation

La principale cause de variabilité des signes cliniques est la variabilité de localisation des lésions. Si celle-ci siège par exemple dans une bronche souche (25% des cas) ou encore dans une grosse bronche lobaire ou segmentaire (50% des cas), nous aurons plutôt de la toux, des hémoptysies, des sibilances (surtout dans les bronches moyennes), mais peu de douleur. La lésion sera facilement accessible à la bronchoscopie.

Si au contraire (25% des cas), la tumeur origine dans les petites bronches, en plein parenchyme, elle restera complètement silencieuse pour longtemps et pourra ne se manifester que par des métastases, à moins que le patient n'ait une tumeur toute périphérique, qui touche très tôt la plèvre et provoque de la douleur et une toux d'irritation.

Une localisation particulièrement et que nous mentionnions tout à l'heure est à l'apex, où la douleur à l'épaule est assez précoce. Cette localisation provoque un syndrome de Claude Bernard-Horner avec enophtalmie, myosis, absence de sudation à l'hémi-face, etc., etc.

Radiologie

Les signes radiologiques ne sont pas plus pathognomoniques que les signes cliniques. L'image des gros hiles, les condensations parahilaires, les infiltrations à pourtour polycyclique, l'atélectasie segmentaire, les ombres bien arrondies, les ombres floues, sont des signes de cancer que la radiologie permet de dépister, avant même parfois l'apparition des signes cliniques, mais il est regrettable cependant que le diagnostic véritablement précoce reste aujourd'hui encore bien difficile, pour ne pas dire impossible. Le radiologiste habituellement décrit ces lésions et les interprète à la lumière de son expérience, mais il ne peut tout de même pas en déduire la nature histologique.

Autres investigations

Quels sont nos moyens pour arriver à un diagnostic précis, lorsqu'un ou plusieurs des signes cliniques ou radiologiques énumérés précédemment nous ont mis sur la piste d'un cancer? Après le questionnaire, (qui doit porter tout particulièrement sur les points suivants: le malade a-t-il été exposé à la tuber-

culose? aux poussières et vapeurs irritantes? aux mycoses etc...?) l'examen clinique minutieux afin d'établir la relation entre la pathologie pulmonaire et les autres maladies organiques, les épreuves de laboratoire (formule sanguine, sédimentation globulaire, analyse d'urine, B.W., séro-diagnostic, Mantoux, etc.) et la radiographie de routine, nous avons d'abord la radiographie avec grille et sous diverses incidences, les tomographies, les bronchographies par instillation intra-bronchique d'huile iodée; tout ceci aide à localiser la tumeur et à préciser son extension.

La *bronchoscopie* montre la tumeur dans près de 75% des cas et dans la majorité de ceux-ci permet une biopsie qui signe le diagnostic. De plus, l'endoscopiste peut apprécier certains signes d'envahissement: fixité de l'éperon trachéal, envahissement de la trachée qui témoignent d'une lésion trop avancée pour songer à une cure radicale.

Cytologie bronchique — (Dr Simon Lauzé).

Ces dernières années, un moyen d'investigation s'est ajouté aux méthodes classiques et jouit d'une assez grande faveur actuellement. C'est la recherche des cellules cancéreuses dans les sécrétions bronchiques. Elle peut se faire à partir du produit d'aspirations bronchiques ou à partir des crachats. Comme l'épithélioma siège sur une bronche dont il ulcère ou remplace la muqueuse les cellules desquament et sont expulsées dans les crachats. Ces cellules desquamées sont isolées de leur contexte et leur examen ne donne pas au pathologiste la même certitude que l'examen d'une biopsie où il est possible de constater la prolifération et l'envahissement. Mais une étude détaillée des cellules anormales du crachat permet de découvrir certains caractères de malignité; conglomérats cellulaires, cellules à noyaux trop grands par rapport au cytoplasme, noyaux trop fortement colorables, noyaux à contour mal défini. Ces signes, s'ils ne sont pas toujours adéquats pour affirmer la présence d'un épithélioma d'une façon péremptoire suffisent pour considérer ces cellules comme suspectes de malignité. L'examen histologique doit se faire sur plusieurs échantillons avant qu'on puisse éliminer la possibilité d'un cancer. En général, ou admet que 8 à 10 examens négatifs suffisent. Le résultat de cet examen ajouté aux autres investigations est d'un précieux secours dans l'établissement d'un diagnostic. Dans certains milieux, on a obtenu jusqu'à 84% d'examens des crachats positifs dans les cancers des bronches. Chez nous, à Notre-Dame, les résultats sont loin d'être aussi élevés, soit que nous ayons été trop prudents dans nos conclusions, soit surtout parce que nous n'avons pas le personnel suffisant pour examiner un assez grand nombre d'échantillons.

Il n'y a aucun doute que la cytologie a une grande valeur pour le chirurgien thoracique, car elle permet le diagnostic dans bien des cas où les lésions sont périphériques, et de ce fait inaccessibles au bronchoscope. Espérons le jour où ces examens seront faits systématiquement chez les tousseurs et cracheurs chroniques d'un certain âge et chez les malades atteints de lésions pulmonaires imprécises.

Thoracotomie exploratrice

Lorsque nous aurons employé toutes les méthodes que nous avons énumérées, il restera environ 30% des cas où nous aurons un doute sérieux de cancer du poumon, sans avoir pu le trouver. Devons-nous attendre l'évolution de la maladie et risquer une hémoptysie foudroyante, une suppuration, une perforation, une compression, ou d'autres complications graves, avant de porter un diagnostic qui ne sera que tardif et ne permettra plus un acte curateur? Nous sommes fortement opposés à cette attitude de tergiversation, et n'étant pas chirurgiens, nous sommes d'autant plus à l'aise pour insister sur la thoracotomie exploratrice comme moyen de diagnostic. D'ailleurs de nos jours, dans des mains expertes et dans un milieu bien outillé, avec une équipe bien entraînée, la thoracotomie exploratrice n'est pas plus dangereuse que la laparotomie explora-

trice. Et refuseriez-vous à un patient une laparotomie parce que le repas ou le lavement baryté ne vous a pas donné la preuve d'une masse abdominale? Non! certes pas! Et nous sommes d'avis que le porteur d'une masse intra-thoracique, potentiellement maligne doit bénéficier du même traitement et avoir l'avantage d'une thoracotomie exploratrice. Trop souvent, il s'écoule un intervalle de six mois et plus entre l'apparition des premiers symptômes et l'acte opératoire. En présence de lésions suspectes, il faut faire une thoracotomie exploratrice et même sans la confirmation pré-opératoire du laboratoire.

Ne confondons pas thoracotomie exploratrice et cure radicale. Bon nombre de malades peuvent être opérés avec succès, une fois le diagnostic établi, mais par contre nous croyons qu'il est préférable de ne pas intervenir chez ceux qui présentent des métastases évidentes de voisinage ou à distance. La survie de ces derniers est surprenante et atteint souvent deux ou trois ans.

Tumeurs bénignes

Les tumeurs bénignes sont habituellement plus longtemps et plus souvent silencieuses au point de vue clinique et partant plus souvent volumineuses au point de vue radiologique. Leur localisation, d'après la radiologie, aide à présumer de leur nature; les tumeurs neurogéniques étant habituellement postérieures, dans la gouttière costo-vertébrale et les tumeurs embryogéniques étant plus souvent antérieures et para-médiastinales. Mais ces règles ne sont pas absolues.

Les principales tumeurs bénignes que nous rencontrons dans le poumon sont, à part les kystes congénitaux ou acquis, les adénomes (dont la bénignité est d'ailleurs mise en doute par certains auteurs), les papillomes, les hamartomes, les angiomes, les lipomes, les fibromes, les ostéomes, les myxochondromes, les myéloblastomes, les tératomes, les goitres plongeants et les tumeurs parathyroïdiennes. Toutes ces tumeurs doivent être investiguées de la même manière que les cancers pour en arriver à un diagnostic précis et lorsque celui-ci ne peut pas être prouvé par les méthodes ordinaires, on ne doit pas hésiter à faire une thoracotomie. Il faut d'ailleurs se rappeler que la seule preuve de bénignité ou de malignité est dans l'histologie, et nous sommes fortement d'opinion que les tumeurs même bénignes doivent être enlevées, avant de causer des complications, ce qu'elles feront tôt ou tard dans la plupart des cas.

Conclusions.

En terminant, permettez-nous de rappeler que le praticien d'abord reste celui qui doit le premier penser au cancer du poumon, soit en notant des changements dans les habitudes respiratoires, soit en ne trouvant pas d'explication à la toux, aux douleurs, aux hémoptysies, etc. Il doit se rappeler que si l'auscultation est muette dans 50% des lésions pulmonaires, on peut en dire autant des tumeurs endo-bronchiques. Le pronostic actuel si sombre des cancers pulmonaires est dû au long retard entre l'apparition des symptômes et le diagnostic précis, retard qui varie de 8 à 11 mois.

Robert Monod dit avec raison: « La chirurgie pulmonaire a fait d'immenses progrès depuis le temps où elle se limitait à la résection de quelques côtes. Aujourd'hui, la chirurgie endo-thoracique d'exérèse représente la conquête la plus récente et peut-être la partie la plus difficile de la chirurgie contemporaine. »

N'oublions pas qu'elle est une chirurgie d'équipe; elle exige la sélection et l'entraînement d'une véritable équipe opératoire, les rôles étant répartis entre le chirurgien, l'anesthésiste, le médecin, le radiologiste, l'endoscopiste et le pathologiste.

Si nous vous prenons, vous, médecins en exemple, comme le font Overholt et Hastwell dans leur récente monographie, vous êtes, vous, docteur, en moyenne un homme de 44 ans, et il y a peut-être quelqu'un parmi vous qui a ou qui aura un cancer du poumon. Ce cancer est curable ou il ne l'est pas. Parmi les curables, il y en a qui le savent et d'autres qui ne

le savent pas. Ce sont ces derniers qui ne le savent pas et qui sont curables, qu'il faut atteindre et guérir. Rappelez-vous qu'il n'y a pas d'examen physique complet sans une radiographie pulmonaire. Soyez soupçonneux de toute anomalie et dirigez vos malades vers les centres spécialisés le plus tôt possible.

BIBLIOGRAPHIE

1. D. CARR, E. F. SKINNER, S. G. ROBBINS et C. R. KESSLER: « Primary neoplasms of the Lung. » *Diseases of the Chest,* **17**: 618 (juin) 1950.
2. E. A. GRAHAM: « The Problem of Bronchogenic Carcinoma. » *Surg. Clin. of N. A.,* 1259-1277 (oct.) 1950.
3. S. W. HARRINGTON, W. S. TINNEY, H. J. MOERSCH, G. V. BRINDLEY, Jr, et O. T. CLAGETT: « Symposium on Bronchogenic Carcinoma. » *Proceedings of the Mayo Clinic,* **19**: 353 (12 juillet) 1944.
4. A. A. LIEBOW, G. LINDSBOG et W. BLOOMER: « Cytological studies of sputum and bronchial secretions in the diagnosis of Cancer of the Lung. » *Cancer,* **1**: 2, p. 223.
5. Olivier MONOS: « Diagnostic des cancers du poumon. » *Semaine des Hôp. de Paris,* **25**: 3859 (14 décembre 1949); cité dans *Revue Médicale U. de M.* **2**: 58 (février) 1950.
6. Richard H. OVERHOLT et Sherman W. ATWELL: *Cancer of the Lung.* Monographie publiée par l'American Cancer Society Inc.
7. Robert R. SHAW: « Early Detection of Bronchogenic Carcinoma. » *Diseases of the Chest,* **18**: 185 (septembre) 1950.

REVUE GÉNÉRALE

DU PRONOSTIC IMMÉDIAT ET ÉLOIGNÉ DES CONVULSIONS DE L'ENFANCE[1]

C.-A. GAUTHIER et Claude BÉLANGER (Québec).

De toutes les questions posées au médecin par les parents inquiets, celles qui concernent l'avenir des enfants qui font des convulsions, comportent peut-être le plus d'aléas, et sont sans doute, pour celui qui doit répondre, causes de bien grands soucis. C'est que d'abord, il faut donner réponse; et d'autant plus près de l'exactitude, ou du moins de la probabilité, que le public, grâce aux renseignements, certes incomplets, mais très utiles, répandus par des sociétés qui font excellente cause, est devenu plus au fait et pose souvent des questions à point et beaucoup plus précises qu'il ne le faisait autrefois. Il y va tout autant de la qualité du service que le médecin rend, que du prestige de la profession en général. C'est là, une des raisons de ce travail. Une seconde réside dans le nombre même des enfants « faisant des convulsions » qu'il nous est donné de voir.

Il pourrait paraître oiseux, au début de ce travail, de dire qu'autant le syndrome épileptique peut se manifester sans convulsions, autant convulsion n'est pas synonyme d'épilepsie. Si nous le mentionnons ici, ce n'est que pour soulager la responsabilité du médecin qui, à ce sujet, doit faire le point et souvent éclairer, par des explications nettes, l'esprit de beaucoup de gens dont les connaissances ne sont que superficielles et les conclusions souvent erronées.

Comme premier jalon, voyons rapidement ce que disent quelques auteurs. On se souvient de l'école qui, parlant des convulsions « essentielles » (celle qui ne veut pas dire son nom), concluait *Hic sunt traeponemæ*. On sait maintenant combien outrée était cette conclusion étiologique unique. Collin déclarait le pronostic toujours mauvais si le début de la convulsion était tonique, tandis qu'au contraire il était bon chez un début clonique. — Heureux quand, pouvant constater de visu, il ne lui était pas nécessaire de se fier entièrement à la description faite par les membres de la famille! Blechmann n'avait-il pas lancé le défi suivant: « Jamais un grand enfant fébrile faisant des convulsions ne deviendra un épileptique ». Puis Rohmer fut convaincu que 90% des convulsions de l'enfant du premier âge reconnaissaient comme cause la spasmophilie. Kutnit, tout aussi décisif, déclarait que 90% (aussi) des convulsions du nourrisson étaient résultantes de l'otite. Abadie voyait dans la convulsion de l'enfant en santé (l'expression nous surprend!) la signature d'une encéphalopathie. (ici, le terme est vaste) Gilbert-Robin au contraire y retrouvait le tempérament épileptoïde, tandis que Cruchet reconnaissait alors les manifestations plus ou moins tardives d'une encéphalite. Tout récemment, Jean Guillaume écrivait que plus des quatre cinquièmes des lésions cicatricielles corticales résultaient de traumatismes obstétricaux méconnus ou oubliés. C'est donc le « Tot capita... »

Deux choses nous frappent à la suite de ces lectures: d'abord, il semblerait que l'on était à rechercher *LA* cause des convulsions; et puis, le ton d'allure quasi-péremptoire des déclarations qu'on y trouve, nous étonne bien un peu. Et une pensée nous vient à l'esprit: n'est-

1. Travail du Service de neurologie, hôpital de l'Enfant-Jésus (Québec), présenté au XXIe Congrès de l'A. M. L. F. C., Trois-Rivières, octobre 1951.

il pas vrai que le penser médical subit trois périodes différentes avec l'âge et le temps? A une certitude à toute épreuve succède le doute, non moins profond et aussi impressionnant que le premier état, pour finalement faire place à un relativisme clinique (et thérapeutique) basé sur l'expérience, alors que les déclarations se font moins dogmatiques en même temps que plus rares.

Etablir un pronostic implique la connaissance des causes en jeu et l'évaluatoin des facteurs qui accompagnent ces causes ou leur succèdent. L'un de nous s'est efforcé de le démontrer dans un travail sur les épilepsies, publié en 1950.

Or, connaissance de causes ne signifie pas que l'on doive en éliminer d'emblée ou en négliger plusieurs qui sont possibles, pour ne se préoccuper que d'une seule qui peut paraître probable. — C'est qu'en effet dans les convulsions de l'enfance, il est permis de croire que les causes sont fréquemment multiples; et la série de 297 cas étudiés par Oberman dans laquelle cette multiplicité est vraiment prouvé chez 162 cas, doit retenir l'attention. De même, dans un autre travail fort poussé, et faisant un pas de plus, quand il dit que la cause est *rarement* unique, ce chercheur fort écouté ne laisse pas sans impressionner. De cela il est bon de se rappeler au cours des recherches étiologiques que requiert chaque cas.

Quelques courts commentaires, forcément incomplets, à ce sujet, sont ici bien à leur place. Pour les besoins de compréhension, et en fait, on reconnaît deux grands groupes étiologiques pouvant provoquer comme symptômes, les convulsions chez l'enfant et le nourrisson. Ces causes sont soit héréditaires, soit acquises.

Dans le premier groupe, on parle quelques fois d'épilepsie dite familiale. On conçoit facilement la sévérité d'une telle étiquette, et on entrevoit non moins aisément les implications socio-économiques. A ce sujet il semble opportun de souligner que ne peuvent être appelées familiales que les épilepsies qui donneront le même type de tracé électro-encéphalographique tant chez l'enfant que chez les ascendants en ligne directe. Trop de facteurs extrinsèques viennent s'interposer pour avoir la même valeur en collatérale, et de la sorte, influencer considérablement la qualité du pronostic. Dans le premier cas il est nettement mauvais; dans le second, il dépend des autres causes ou facteurs autrement décelables. Ce premier point nous semble important.

On rencontre le symptôme convulsion chez des jeunes enfants alors que chez les uns une agénésie structurale du cerveau est en cause, et chez les autres une atrophie corticale est démontrable. Ici, aucune hésitation: l'avenir est très sombre et les mesures thérapeutiques décevantes. Mais l'attitude pourra être différente chez les hydrocéphales présentant des convulsions. Le pronostic sera alors influencé par deux facteurs: la qualité et le degré de l'hydrocéphalie que démontrera soit l'encéphalo soit la ventriculographie, et (en découlant nécessairement) le degré d'opérabilité que le neuro-chirurgien y rencontrera. Mais, ici encore, l'expérience démontrera que les suites immédiates et éloignées peuvent être causes de déboires imprévisibles et la vertu de prudence sera signée par la réserve que l'on apportera dans les promesses d'avenir.

Un dernier point concernant l'hérédité; il est litigieux et nous n'avons pas l'intention de déclencher une polémique (nous nous en sommes toujours abstenu). A cause d'une littérature vaste et très répandue sur ce sujet, plusieurs jeunes personnes viennent depuis quelque temps, se sachant issues de parents alcoolique, demander si le danger d'épilepsie (nous allions dire l'épouvantail dans ces cas) était réel soit pour eux-mêmes soit pour leurs enfants (après le mariage!). En somme, un pronostic de médecine social. Ces cas sont si fréquents qu'il vaille la peine de s'y arrêter. Que l'alcoolisme vrai ait une influence dégénérative est un fait connu en anthropologie génétique comme en médecine. La toxicologie et l'embryologie nous l'apprennent; la pratique de la médecine nous le prouve. Que certains alcooliques donnent naissance à *des* épilepti-

ques demeure un fait. Qu'il y ait toujours au moins un épileptique dans une famille d'alcooliques est faux. Que tous les issus d'alcooliques fassent des convulsions n'est pas moins faux. Et qu'un grand nombre d'alcooliques n'aient jamais engendré d'épileptiques est très exact. Si a vingt ans, on n'a jamais fait de convulsions, seuls des facteurs pathologiques *nouveaux* peuvent possiblement entrer en jeu dans l'avenir. Il est permis de dire qu'il en est de même pour la seconde génération. Mais, il y a un mais... Tous les alcooliques « avérés » n'engendrent pas des épileptiques. Pourquoi? Ne serait-il pas permis de penser plutôt que l'état d'ébriété chez les conjoints peut avoir une influence épileptogène surtout (et probablement seulement) au moment de la fécondation? La pallissade, direz-vous? mais non. Chronologiquement que sont ces moments dans la vie humaine comparativement au temps global de l'influence de l'alcool? Bien peu, vraiment. Il en résulterait donc que l'imprégnation ou la sursaturation alcoolique ne pourrait être épileptogène soit chez l'ovule soit chez le spermatozoïde ou peut-être chez les deux, jusqu'à ce moment précis, non pas tant peut-être à cause du degré de saturation alcoolique globale et constante de l'organisme, que à cause de celle, plus transitoire, mais *actuelle*, des deux ou d'une seule des cellules qui s'uniront. Cela peut sembler problématique, ne représente pas un énoncé mais bien plutôt une vue de l'esprit, peut-être très discutable, et ne s'appliquerait qu'à ceux des cas chez qui ne viennent pas se surajouter les effets de causes acquises. Mais il en résulte le point suivant dont nous sommes convaincus. A ces jeunes inquiets, il nous paraît très important de dire que si *eux* engendrent dans des conditions d'ébriété, il devient alors beaucoup plus possible, mais non nécessairement probable, que le danger de rejetons épileptiques soit grandement augmenté. Et pourquoi? Serait-ce cette fois par possibilité d'hypersensibilisation cellulaire de caractère familial, nous ne savons trop; mais une enquête très poussée nous a quelques fois démontré que le fait existe. D'où la ligne de conduite et l'avertissement.

Passer en revue les causes du second groupe, celles qui sont acquises, serait tout aussi inutile que fastidieux. Nous pouvons tous les retrouver à loisir dans les traités. Et le temps ne nous permet que d'en commenter rapidement certains aspects. Ainsi, la prématurité per se, est-elle aussi fréquemment cause de convulsions qu'on voudrait le prétendre en certain milieu. Nous croyons que l'on peut nettement répondre non, telle que nous le prouve l'observation très prolongée d'un très grand nombre de cas de prématurés. Mais il faudra toujours ajouter: a moins qu'elle n'ait été accompagnée de l'une des trois conditions suivantes: un traumatisme obstétrical connu, un état asphyxique prolongé et, plus tard, un ictère grave. Sans aller aussi loin qu'un chiffre de 90% (tel que rapporté) il est bien certain que le traumatisme lors de la naissance est d'importance très grande tant dans l'évaluation étiologique que dans l'élément pronostic. Les lésions vasculaires alors produites (sans parler d'autres) ont sans doute un effet qui, même tardivement, ne sera pas négligeable. Mais l'asphyxie grave et prolongée des nouveaux-nés, avec l'anoxie consécutive, durant laquelle se produisent souvent des lésions irréversibles, nous paraît encore plus redoutable dans ses effets immédiats et tardifs. Quant à l'ictère grave du nourrisson, il semble que ce soit là une des manifestations pathologiques les plus à craindre, (et peut-être les plus négligées) et une étude entreprise parait nous démontrer les très grands dégâts neurologiques qui en résultent et dont les manifestations sont souvent éloignées. En conséquence, on peut dire que les premiers temps de la vie humaine doivent être le sujet d'enquête d'anamnèse qui ne sera jamais assez complète et que ces facteurs auront une influence certaine sur la qualité du pronostic.

L'état spasmophilique (la tétanie hypocalcémique) nous paraît d'autant plus grave dans ses effets, d'abord, qu'il est accompagné d'autres causes pouvant aussi provoquer des con-

vulsions, et puis ensuite qu'il y a de retard apporté à l'administration du très effectif agent thérapeutique qu'est le phospho-gluconate de calcium. Car ici entreront en jeu les effets, ceux-là la plupart du temps irréversibles, des lésions secondaires aux convulsions mêmes: variations tensionnelles prononcées, extra-vasations vasculaires et dégâts irréparables dans ces zones péri-vasculaires plus ou moins étendues avec adhérences cicatricielles tardives.

Tous connaissent les convulsions dites reflexes au cours de la dentition et à la suite de brulûres graves et accidentelles. Peut-on dire que l'on se soit préoccupé autant des mêmes phénomènes qui accompagnent les parasitoses intestinales? Dieu sait pourtant combien fréquentes sont les convulsions chez l'enfant infesté d'oxyures. (La plupart du temps signé par une éosinophilie élevée) et nous savons le grand nombre d'enfants infestés que nous voyons. Voilà un champ d'action où la thérapeutique causale est souveraine, et un des rares cas où le pronostic peut se permettre d'être catégoriquement bon.

Puis, dernier point étiologique que nous voulons toucher, les tumeurs cérébrales ne sont pas l'apanage de l'âge adulte. Le neuro-chirurgien nous en a péremptoirement démontré la fréquence au cours du très jeune âge. Ici, signe de localisation et ophtalmoscope (un des instruments indispensables de l'omnipraticien) montre la voie. Et la neuro-chirurgie, dans un très grand nombre de cas a littéralement bouleversé la qualité du pronostic.

Oui, la connaissance des causes influence directement la qualité du pronostic. Mais combien poussé et patient doit être le questionnaire, combien exigeantes doivent être les recherches de clinique et de laboratoire dans ces cas. Ne s'agit-il pas en effet de l'avenir d'un être humain?

Mais d'autre facteurs, ceux-là consécutifs aux causes, viennent aussi influencer le pronostic. Et ce sera surtout ici, qu'après en avoir scruté les détails et pesé les conditions, on trouvera les éléments, indispensables à l'énoncé portant sur l'avenir. Voyons-en quatre qui ont trait à la qualité même des phénomènes convulsifs.

D'abord l'âge d'apparition du symptôme; ou bien on lui trouvera une ou des causes, ou bien on l'appellera essentiel, mot qui, en somme, ne fait que couvrir l'ignorance ou l'impossibilité dans laquelle nous nous trouvons de bien comprendre le pourquoi et le comment. Ford, dont les statistiques impressionnent, en rencontre 25% où les causes ne sont pas décelables. Sherman, non moins consulté, semble plus heureux dans ses recherches et donne 12%. Lennox, dont l'expérience est si vaste, ne consent pas à donner de proportions. — Que ce chiffre varie du quart au dixième, il n'en reste pas moins vrai que, pour ce groupe assez imposant, le pronostic doit être très réservé. Quant aux autres, si les convulsions apparaissent avant l'âge de cinq ans, les facteurs héréditaires et les traumatismes obstétricaux constituent le groupe le plus sévèrement atteint. Souvent aussi trouverons-nous ici ceux qui sont infestés de parasites et qui présentent des troubles d'assimilation ou d'utilisation des vitamines D et K. L'avenir semble alors moins sombre. Doit-on mentionner les otites, mastoïdites et abcès cérébraux. Nous en avons dit un mot, et dans ces cas la présence de méningisme ou de méningite, sinon d'encéphalo-méningite vient assombrir le tableau.

Après l'âge de cinq ans, à part les troubles métaboliques, les infections (en général) et les parasitoses intestinales, les tumeurs cérébrales viendront ici compliquer les essais d'évaluation et en général la réserve doit être grande.

Et Marfan et Lasègue disaient. « Toute convulsion de l'enfance qui n'a pas fait sa preuve, a d'autant plus de chance de se transformer en épilepsie chez l'adulte, qu'elle a apparu de bonne heure ». A la vérité, elle ne se « transforme » pas; c'est déjà une épilepsie. Et ils ajoutaient: « Par contre, plus on approche de la puberté, et surtout celle-ci franchie, les risques sont considérables de voir le mal comitial de l'enfant se transformer en mal comitial de

l'adulte ». Voilà qui est clair: si l'étiologie n'est pas nette, le pronostic est mauvais, plus tôt commencent les convulsions et plus elles persistent au temps pubertaire.

Il nous faut deuxièmement tenir compte du type d'attaque. Il n'y a pas si longtemps l'on disait: 24% des grandes convulsions accusent rémission, le type bravais-jasksonnien (local), 27%, le petit mal, 15%, et le status épileptique, bien près de zéro. Ces chiffres, trop précis du reste, n'étaient pas soutenables. Nous en reparlerons plus tard. Ce que l'on peut actuellement déclarer sans trop grand danger d'erreur — et que dans le premier cas le chiffre est considérablement plus élevé; que la neurochirurgie a contrôlé un grand nombre de cas de convulsions localisées. Quant au petit mal seul, il s'agit là d'une autre question.

Un autre point: quand les convulsions sont accompagnées de, ou alternent avec soit des attaques de petit mal, soit des équivalences psychomotrices, cette fois il s'agit d'épilepsie nette et le pronostic est ordinairement plutôt sévère. Cependant nous revenons aussi sur ce point dans un moment.

Mais plus important encore à notre avis sont la fréquence des convulsions et le cycle d'apparition qu'elles peuvent suivre. Wilkins, dans une longue étude comparative chez un grand nombre de cas observés pendant plus de dix années, a tiré des conclusions qui longtemps firent loi. Les agents thérapeutiques nouveaux les ont quelques peu adoucies. Mais en général, quand chez les jeunes les convulsions surviennent une fois par mois au moins, on assistera à une rémission dans au moins la moitié des cas. Si au contraire elles se déclanchent plus d'une fois le mois, on serait bien avisé de ne pas parler de plus de 20% de rémissions. Si elles sont beaucoup plus rares, même avec fièvre, le pronostic est ordinairement bon. Au contraire, nous croyons que tout différents sont les cas où l'apparition des convulsions revêt, sur une période de temps suffisamment long, un cycle défini de régularité, soit à tous les X jours, semaines ou mois. Ce caractère de régularité est nettement plus sérieux et une imposante série de cas suffisamment longtemps observés nous permet d'affirmer que le pronostic est alors presque mauvais et les rémissions plutôt rares.

Enfin, dernier facteur touchant la convulsion même que nous mentionnons, leur durée antérieure. Un questionnaire patient nous apprendra une des deux possibilités suivantes: ou bien l'enfant n'a pas été traité, ou bien il a reçu une médication antérieure. Dans le premier cas, les trois facteurs précités nous permettent d'entrevoir les effets secondaires des convulsions mêmes et influencent d'avantage le pronostic. Si, au contraire des drogues anticonvulsives ont été administrées, le pronostic sera différent selon les résultats ou l'absence de résultats obtenus, en tenant compte de la qualité de la médication, de la durée, et surtout de la régularité de son administration. Périodiquement ou inégalement employée, la médication anti-convulsive perd en effet toute signature et, dans ces cas, on ne devra jamais se hâter d'établir le pronostic.

Mais les progrès de la science médicale sont récemment venus eux aussi profondément altérer le pronostic des convulsions de l'enfance.

Ainsi, l'électro-encéphalographie, pour presque récente qu'elle soit, impose à nos connaissance des faits nouveaux dont il faut de toute nécessité tenir compte. Ici, et avec les années, de moins en moins de spéculation; et il nous est difficile de songer à un examen complet d'un enfant présentant des phénomènes convulsifs répétés, sans le secours de l'E.E.G. Sans aller trop loin, disons que dans un nombre de cas élevé l'E.E.G. permet un pronostic mauvais donné, cette fois, avec certitude. Que son secours dans les T.C. au début est inestimable. Que dans les lésions autres et localisées son aide est très précieux. Autant de cas, pour ne mentionner que ceux-là, où le pronostic est nettement influencé par une recherche technique, progrès récent de la science.

Puis, le neuro-chirurgien, avec les immenses progrès qu'il a réalisés au cours des vingt-cinq dernières années, vient lui aussi influencer (pour ne pas dire davantage) le pronostic.

Nous en avons dit un mot en parlant de l'hydrocéphalie. Toutes les conditions ne sont pas aussi aléatoires. Et l'apport de la neuro-chirurgie dans le contrôle des convulsions, surtout localisées, est tel, qu'il constitue un exemple superbe et bien encourageant de ce que doit être la collaboration médico-chirurgicale. Sans aucun doute aussi, le pronostic s'en trouve-t-il influencé!

Finalement, la médication anti-convulsive elle-même doit entrer en ligne de compte. A l'un de nous, il a été donné de présenter des travaux sur trois agents thérapeutiques différents avant qu'ils ne fussent lancés sur le marché. Nous serions presque près de dire que l'arsenal thérapeutique dont nous disposons maintenant contre le phénomène convulsion est tellement puissant que le médecin risque de devenir de plus en plus tenté de ne s'occuper que du traitement du symptôme. A la vérité, un bon nombre de malades se soucient fort peu de connaître exactement le pourquoi de leur maladie. Ils ne l'apprécieraient, du reste, que bien mal. Ce qu'ils veulent surtout (de même que leur famille) c'est de voir cesser les convulsions, et le plus tôt. Nous savons que nous devons nous efforcer de comprendre pourquoi et comment. Le fait est que ces convulsions cessent; jusqu'à quel point? Eh bien, écoutons ce que Lennox écrivait en août 1951: « le degré exact d'activité des agents chimiques ne peut être précisé, mais si nous considérons les convulsions dites physiologiques ce qui suit demeure bien en deça de la vérité: au moins les trois quarts des malades peuvent voir diminuer leurs attaques de trois quart du nombre qu'ils présentaient sans l'aide des drogues nouvelles. De ceux-là peut-être la moitié seront-ils en complète rémission »... Comment maintenant ne pas dire que la thérapeutique n'est pas venue profondément altérer le pronostic?

Et peut-on parler de guérison du phénomène convulsif? Pour ne pas prolongé indûment cet exposé, nous nous contenterons seulement de dire que nous croyons que la prudence indique qu'il est éminemment préférable la plupart du temps d'employer le mot « contrôle » — Car « guérison » est absolu, et « rémission » laisse un degré plus ou moins élevé de craintes dans certains esprits.

En guise de tentative de conclusion nous pourrions dire ce qui suit.

Chez le nourrisson et dans la seconde enfance, si les convulsions sont courtes, sans lésions décelables, pyrétiques, symptomatiques, reflexes ou spasmophiliques, le pronostic est alors rassurant, en y mettant les réserves que la prudence impose.

Si les convulsions sont fréquentes, fortes, et accompagnées d'omnubilation, l'hésitation sera permise et l'on demandera du temps pour tenir l'enfant sous observation clinique et thérapeutique.

Si les convulsions apparaissent dans un cycle régulier, sont accompagnées de petit mal, sont sans cause apparente, ou sont accompagnées d'équivalences le pronostic est mauvais.

L'âge avançant, on se souviendra de l'aphorisme de Marfan-Lasègue.

Enfin, songeant à la récente déclaration de Lennox, on se rappelera aussi que plus grande est l'activité thérapeutique des agents, plus élevé est aussi l'index toxique; que le succès dépend surtout de la régularité d'administration soutenue et prolongée de doses équilibrées et proportionnées et que le contrôle du phénomène convulsion est présentement, en médecine et en chirurgie considérablement meilleur, quand il n'est pas définitivement obtenu.

LA MÉDICATION ANTICOAGULANTE[1]

Maurice GERVAIS,
Chirurgien à l'Hôpital Général de Verdun (Montréal).

Depuis environ une dizaine d'années, nous assistons à un évident regain d'actualité touchant les maladies cardiovasculaires. L'emploi des médicaments anticoagulants y a largement contribué et nous ferons quelques remarques brèves à propos des indications et de l'administration de cinq anticoagulants que nous employons; l'héparine, le dicoumarol, le danilone, le tromexan et le cumopyrin.[2]

Les anticoagulants sont utilisés en général dans le traitement et la prévention de toutes les formes de la maladie thrombo-embolique veineuse et artérielle; phlébo-thrombose, thrombo-phlébite, embolie pulmonaire, embolie et thrombose artérielles, thrombo-angéite oblitérante, gelure, thrombose coronarienne avec infarctus du myocarde, ainsi qu'au cours des interventions chirurgicales vasculaires pour prévenir toute formation de thrombus à l'endroit des sutures.

Héparine

Les débuts de l'héparine datent de 1916. MacLean (1), travaillant dans le laboratoire d'Howell à l'Université Johns-Hopkins, isola deux phosphatides agissant sur la coagulation sanguine, 1 — la cuorine, provenant du cœur et 2 — l'héparphosphatide de Baskoff, extrait du foie de chien. Plus tard, Howell et Holt (2) remarquent que ce deuxième phosphatide diffère de l'héparphosphatide de Baskeff et, puisqu'il provient du foie, ils le nomment héparine. En 1933, Charles et Scott (3), travaillant sous la direction de Best, à Toronto, établissent les méthodes d'extraction et de purification de l'héparine. En 1935, Jorpes, de Suède, trouve sa formule chimique et, l'année suivante, deux auteurs suédois, Hedenius et Wilander (4), rapportent les premiers essais cliniques de l'influence de l'héparine par voie endoveineuse dans les affections cardiovasculaires. En 1937, Murray (5), de Toronto, et ses collaborateurs établissent les premières bases solides de la médication anticoagulante au moyen de l'héparine.

Nature

L'héparine est un éther polysulfurique de mucoïtine. Elle se trouve dans plusieurs tissus du corps humain mais surtout au niveau du foie et des poumons et dans les plasmocytes d'Erlich, qui sont de petites cellules d'aspect sécrétoire situées dans le tissu conjonctif autour des vaisseaux.

Mode d'action

Inactive par voie buccale, elle prolonge le temps de coagulation si employée par la voie parentérale. Elle possède une triple action: 1) action antithrombique, elle empêcherait la coagulation du fibrinogène par la thrombine. Cette action exige la présence d'un co-facteur lié à la sérum-albumine; 2) action anti-prothrombique, elle empêcherait la conversion de la prothrombine en thrombine même en présence de calcium; et 3) action anti-thromboplastique, elle inhiberait l'agglutination des plaquettes.

Administration

Au point de vue clinique, pour un traitement efficace, la dose employée doit doubler ou tripler le temps de coagulation. L'héparine se donne de diverses façons.

a) *Voie intraveineuse discontinue.* La dose à donner est de 50 à 100 milligrammes toutes les

---

1. Travail présenté aux Trois-Rivières, le 5 octobre 1951, lors du XXIème congrès de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada.

2. Nous remercions le docteur A. Hemming, de la Compagnie Geigy, de New-York, et M. Maurice Olivier, des Laboratoires Abbott, de Montréal, de nous avoir gracieusement fourni les comprimés de tromexan et de cumopyrin qui ont servi à cette étude. Le Tromexan est un produit Geigy et le Cumopyrin, un produit Abbott.

quatre heures. C'est la méthode préconisée par Bauer (6), elle est très pratique et donne d'excellents résultats. Les fluctuations du temps de coagulation sont considérées par plusieurs comme un inconvénient et par d'autres, ainsi l'école suédoise (7), nécessaires au traitement. Les injections intraveineuses répétées sont un désavantage, elles risquent de rendre la veine inutilisable par la formation d'un hématome. Afin d'éviter cet ennui, il est bon de masser le point d'injection avec un tampon pendant cinq minutes environ. Quant à la dose exacte à employer, il est parfois nécessaire de pratiquer le test de De Takats qui se fait simplement. On calcule le temps de coagulation immédiatement avant une injection intraveineuse de 50 milligramme d'héparine puis 15 minutes et une heure après. Si le temps de coagulation a doublé ou davantage le temps de coagulation initial, on emploiera cette dose toutes les quatre heures. Si le temps de coagulation au bout de 15 minutes et une heure est moindre que le double, il faut refaire le test avec une dose plus forte afin de trouver la dose adéquate.

Avec cette méthode, la plupart des auteurs ne s'occupent pas de la mesure du temps de coagulation sauf pour les deux premiers jours et suppriment les injections nocturnes mais augmentent la dose de la première et de la dernière injection de la journée.

b) *En goutte-à-goutte intraveineux continu.* C'est la méthode d'administration la plus physiologique mais aussi la plus difficile, la plus désagréable pour le patient et celle qui exige le plus de surveillance. On calcule le temps de coagulation et on installe le goutte-à-goutte intraveineux d'un soluté dextrosé ou salé de 1 000 cc. contenant de 100 à 200 milligrammes d'héparine à un rythme de 25 gouttes à la minute. Toutes les deux heures jusqu'à l'élévation du temps de coagulation et ensuite deux fois par jour il faut calculer le temps de coagulation et accélérer ou diminuer le rythme du goutte-à-goutte suivant cette mesure d'avoir un temps de coagulation constant de 25 à 35 minutes. Cette méthode employée surtout par Murray (8) présente de multiples inconvénients. Le patient doit demeurer au lit, il reçoit trop de liquide, et il est très désagréable d'avoir une aiguille dans une veine pour une période de plusieurs jours. C'est pour cette raison que la méthode est impopulaire.

c) *Injection sous-cutanée intermittente.* Méthode mise au point par Cosgriff (9) du Presbyterian. On donne une dose initiale de 50 milligrammes par voie intraveineuse et une heure plus tard une autre dose de 50 milligrammes dans le tissu sous-cutané et ensuite toutes les trois heures une dose moyenne de 30 milligrammes toujours dans le tissu sous-cutané. Le temps de coagulation doit être fait deux fois par jour deux heures et demie après l'injection, la dose à donner étant calculée suivant cette analyse. Celui-ci doit osciller entre 25 et 35 minutes. Il existe peu de fluctuations du temps coagulation mais il peut se produire des ecchymoses et des indurations aux points d'injections.

Cette méthode est très pratique et le traitement est administré par la garde-malade sans que la présence du médecin soit nécessaire au lit du patient.

d) *Voie intra-musculaire intermittente.* Méthode tentée et analysée par Bauer, Jorpes et leurs associés (10) qui lui trouvent bien des inconvénients. Une dose de 200 milligrammes d'héparine en voie intra-musculaire a un effet sur la coagulation sanguine de neuf à dix heures environ; les doses à donner quotidiennement sont donc trop fortes, les injections sont douloureuses et ils notent un fort pourcentage d'hématomes fessiers.

Cette méthode est avantageusement remplacé en utilisant des solutions d'héparine-retard.

e) *Voie intra-musculaire ou sous-cutanée utilisant l'héparine-retard.* Afin de prolonger la durée d'action de l'héparine, on la combine à des solutions contenant de la gélatine, du dextrose, de l'eau et de l'acide acétique. Plusieurs préparations d'héparine-retard sont actuellement utilisées et il faut bien s'assurer de

la dose contenue dans l'ampoule qu'il faut liquéfier en l'agitant sous l'eau chaude. Une dose de 200 ou de 300 milligrammes est injectée tous les jours ou tous les deux jours. Il est préférable de calculer le temps de coagulation toutes les douze heures pendant les trois premiers jours du traitement.

Cet emploi de l'héparine-retard a été mis à l'épreuve par Loewe (11) et possède l'avantage d'espacer les injections et d'économiser le produit. Par ailleurs, les difficultés sont grandes quant aux doses à employer et l'injection est parfois tellement douloureuse que le patient s'oppose à une deuxième. Les hémorragies sont rares et peu importantes au cours d'un traitement avec l'héparine, car son action est rapide mais d'une durée de trois à quatre heures. Si toutefois, le saignement inquiète, il suffit de donner 50 milligrammes d'une solution de 1% de sulfate de protamine en injection endoveineuse lente qui neutralisera l'effet de l'héparine en moins de cinq minutes.

Le dicoumarol

Dès 1921, deux médecins vétérinaires, Schofield, en Alberta, et Roderick, dans le North Dakota, découvrent, presqu'en même temps, une maladie hémorragique du bétail provoqué par l'ingestion de foin et de trèfle moisis. De 1934 à 1941, Link et son équipe (12, 13), de l'Université du Wisconsin, font des recherches sur cette maladie et réussissent à isoler, identifier et réaliser la synthèse du produit responsable de cette maladie hémorragique, qu'ils nomment dicoumarol. Le dicoumarol est utilisé en clinique depuis 1941 (14).

Nature

Au point de vue chimique, sa formule est le 3-3' méthylène-bis (4-hydroxycoumarine).

Mode d'action

Le dicoumarol provoque un abaissement du taux de la prothrombine par un mécanisme encore imprécis. Il semble qu'il s'oppose à la formation de la prothrombine en bloquant la vitamine K au niveau du foie. Absorbé facilement par le tube digestif, il n'agit qu'après une période de latence variable de 24 à 72 heures.

Administration

En général, on donne une dose d'attaque de 200 milligrammes les deux premiers jours. La dose d'entretien variera de 0 à 100 milligrammes, en se basant sur la prothrombinémie qui doit être calculée tous les matins pour une dizaine de jours et ensuite tous les deux ou trois jours. Un moyen fcaile à retenir pour les doses à donner chaque jour est celui-ci; A une prothrombinémie au-delà de 30%, donner 100 milligrammes; Entre 30% et 20%, donner 50 milligrammes et pour une prothrombinémie inférieure à 20%. aucun médicament pour ce jour-là. Pour un traitement efficace, la prothrombinémie doit osciller entre 10% et 30%.

De 10 à 20% des patients montrent une susceptibilité particulière au dicoumarol et nécessitent des doses moindres.

Inconvénients et dangers

Une dose de dicoumarol administrée a une action sur la prothrombinémie qu'après une période de 24 à 72 heures et une fois la médication cessée, l'effet peut durer de 6 à 10 jours. C'est un inconvénient sérieux qui explique les difficultés de maniement de cette drogue. Les hémorragies consécutives au dicoumarol se rencontrent dans environ 3% des patients sous forme d'épistaxis, d'hématurie ou de saignement des gencives. Dans ces cas, il faut donner immédiatement une dose massive de 50 à 75 milligrammes de vitamine K et aussi des transfusions de sang frais car la vitamine K n'agit qu'au bout de 24 à 31 heures. Si le lendemain, le taux de prothrombinémie n'est pas remonté à un niveau certain, on peut répéter l'injection de vitamine K. Il est à déconseiller d'employer à nouveau le dicoumarol chez un patient qui a saigné.

Le danilone

En 1947, Mentzer et ses collaborateurs Meu-

nier et Molho (15) réalisent la synthèse d'un nouveau produit doué d'action antivitaminique K et hypoprothrombinémiante, le phényle-indanedione. La même année, Soulier et Guéguen (16) en confirment cliniquement l'action hypoprothrombinémiante. De plus, ils affirment que ce produit agit au bout de 24 heures, donc plus rapidement que le dicoumarol et qu'il est moins toxique, son effet cessant en 24 à 36 heures. Au Canada, Jaques et ses associées (17), du département de physiologie de l'Université de Saskatchewan, l'expérimentent sur le chien et le lapin et avec les mêmes résultats que les auteurs français.

Nature

La formule est le phényle-2-indanedione 1-3. Il est fabriqué et distribué au Canada sous le nom de danilone.

Mode d'action

Le danilone agirait sensiblement à la façon du dicoumarol. Toutefois, l'injection de fortes doses de vitamine K ne feraient pas cesser l'action du produit.

Administration

Nous utilisons le danilone depuis avril 1950. Dans la majorité des cas, nous donnons 100 milligrammes (2 comprimés) deux fois le premier jour et ensuite un comprimé, deux ou trois fois par jour suivant le taux de prothrombinémie que nous demandons quotidiennement pour cinq jours et ensuite tous les trois jours.

Avantages

Comme vous voyez, ce médicament possède des avantages évidents. Il agit plus rapidement et son action cesse en moins de 36 heures, donc moins dangereux et plus facile à contrôler.

Nous n'avons jamais observé d'hémorragies consécutives à l'emploi du danilone. Des doses fortes de vitamine K n'aideraient nullement à corriger une réduction trop marquée de la prothrombine et il faudrait donner des transfusions, toutefois celles-ci semblent nécessaires que très rarement selon les auteurs qui l'ont employé plus souvent que nous.

LE TROMEXAN

Le tromexan est un nouvel anticoagulant synthétisé en 1948 par Rosicky en Tchécoslovaquie et largement expérimenté et utilisé en clinique depuis dans quelques pays européens. On l'emploie aux Etats-Unis depuis plus d'un an mais il n'est pas encore en vente au Canada.

Nature

C'est un autre dérivé du dicoumarol ayant comme formule chimique, l'esther éthylique du 3-3-carboxymethylene-bis(4-hydroxycoumarine).

Mode d'action

Semblable au dicoumarol mais plus soluble, 20 fois moins toxique, 6 fois moins puissant, absorbé et excrété plus rapidement. Son action sur la prothrombinémie apparaît 12 heures après administration avec effet maximum dans 24 heures et retour à la normale dans 48 heures environ.

Administration

Nous employons le tromexan depuis trois mois. Les comprimés sont dosés à 300 milligrammes. La dose d'attaque varie de 900 à 1 500 milligrammes (3 à 5 comprimés) pour le premier jour et la dose d'entretien de 600 à 900 milligrammes. Pour les dix premiers patients, nous avons toujours utilisés la dose unique i.e. 2 ou 4 comprimés par jour en une fois selon le procédé de Burke et Wright (18). Maintenant nous préférons diviser la dose et l'administrer toutes les huit heures. Nous exigeons une prothrombinémie quotidienne pour cinq jours et ensuite tous les trois jours.

Avantages

Etant absorbé et éliminé plus rapidement, le tromexan est plus facile à manier car nous savons que le taux de la prothrombine calculé le matin est en rapport direct avec la dose administrée la veille et il est simple d'augmenter

ou de diminuer la dose suivant les besoins et espérer un effet rapide. En cas d'hémorragie, on conseille des doses massives de vitamine K et des transfusions.

LE CUMOPYRIN

Préparé par Link de l'Université du Wisconsin, le cumopyrin est un autre anticoagulant mis à l'étude aux Etats-Unis depuis près de deux ans (19, 20). Il n'est pas encore distribué au Canada.

Nature

Dérivé du dicoumarol, sa formule est le 3,4-(2'-méthyl-2'-méthoxy-4'-phenyl) dihydropyranocoumarine.

Mode d'action

Il agit à la façon du dicoumarol mais il est deux à trois fois plus puissant et contrairement au danilone et au tromexan son action est prolongée. L'action apparaît en deçà de 24 heures avec un effet maximum à 36 heures et retour à la normale qui varie de 4 à 8 jours.

Administration

Les comprimés sont dosés à 25 et 50 milligrammes. Nous employons le cumopyrin depuis peu de temps et nous avons toujours donné 125 milligrammes comme dose d'attaque. Les jours suivants, la dose varie de 0 à 50 milligrammes suivant le taux de la prothrombine. Il est nécessaire de demander une prothrombinémie quotidienne pour dix jours et ensuite tous les trois jours.

Avantages

Beaucoup plus puissant que les autres produits, les doses de cumopyrin sont faibles. Il y a moins de saturation des tissus. Les auteurs qui ont bien étudié ce produit affirment qu'il est plus facile de prévoir son action et que le taux de la prothrombine est plus stable. Son inconvénient est le retour du taux de la prothrombine à la normale qui peut varier de quatre à huit jours. En cas d'hémorragie, on doit donner de fortes doses de vitamine K et des transfusions. A date nous n'avons pas une grande expérience de ce produit mais le fait de pouvoir obtenir une action hypothrombinémiante en moins de 24 heures et de continuer cette action avec de très faibles doses constitue un avantage important.

COMMENTAIRES

Il est souvent indiqqué de combiner l'héparine à un autre anticoagulant, utilisant l'héparine, qui a un effet immédiat, pour quelques jours en attendant l'effet du deuxième produit. C'est la méthode la plus courante.

L'héparine doit être utilisée de préférence aux quatre autres anticoagulants dans les cas de chirurgie vasculaire où le danger de thrombose est toujours présents, 2) chez les patients âgés, 3) en présence d'insuffisance hépatique.

En général, on peut commencer l'héparine 24 heures après une intervention chirurgicale s'il n'y a pas de doute quant à l'hémostase.

Les contre-indications à l'emploi de l'héparine sont 1) les dyscrasies sanguines 2) la présence d'ulcérations actives gastro-intestinales et 3) à la suite d'interventions sur le cerveau et la moelle épinière.

En résumé, l'héparine est un merveilleux médicament non toxique, à effet anticoagulant immédiat et de courte durée, qui s'administre de plusieurs façons sans grand danger d'hémorragie. Les inconvénients sont le coût très élevé du produit et la nécessité d'injections car elle est inactive par voie orale.

Les contre-indications à l'emploi des autres anticoagulants sont 1) l'insuffisance hépatique et rénale, 2) la présence d'ulcérations gastro-intestinales 3) l'endocardite sub-aiguë 4) la présence de jaunisse ou de cirrhose et les dyscrasies sanguines. Il est plus prudent aussi de les éviter au cours du dernier mois de grossesse, s'il y a menace de fausse-couche et dans certains cas de métrorragies. Le danilone et le tromexan sont préférables si on prévoit un acte chirurgical proche.

Pour un effet thérapeutique adéquat, il est nécessaire d'avoir une prothrombinémie variant de 10 à 30 pour cent et il est reconnu

que les échecs sont dus surtout à un dosage insuffisant ou à des analyses de laboratoire imprécises.

Il semble y avoir moins de danger d'hémorragie avec le danilone, le tromexan et le cumopyrin qu'avec le dicoumarol.

La valeur thérapeutique des anticoagulants est bien établie même si quelques indications restent discutables. Il se fait actuellement dans plusieurs pays de multiples travaux de recherche sur les anticoagulants et nous avons voulu vous dire aussi brièvement que possible ce que nous savons à l'heure actuelle de ces médicaments.

BIBLIOGRAPHIE

(1) J. MacLEAN: « The thromboplastic action of cephalin. » *Am. J. Physiol.*, **41**: 250, 1916.
(2) W. HOWELL et E. HOLT: « Two new factors in blood coagulation. Heparin and pro-antithrombin. » *Am. J. Physiol.*, **47**: 328, 1918.
(3) A. F. CHARLES et D. A. SCOTT: « Studies on heparin. » *J. Biol. Chem.*, **102**: 425, 1933.
(4) HEDENIUS et O. WILANDER: « The influence of intravenous injection of heparin in man on time of coagulation. » *Acta Med. Scand.*, **88**: 443, 1936.
(5) G. MURRAY, L. B. JAQUES, T. S. PERRETT et C. H. BEST: « Heparin and thrombosis of vains following injury. » *Surgery*, **2**: 165, 1937.
(6) G. BAUER: « Heparin theropy in acute deep venous thrombosis. » *J. A. M. A.*, **131**: 196, 1946.
(7) G. BAUER: « Nine years' experience with heparin in acute venous thrombosis. » *Angiol.*, **1**: 161, 1950.
(8) G. MURRAY: « Anticoagulant therapy with heparin. » *Am. J. Med.*, **3**: 468, 1947.
(9) S. W. COSGRIFF, R. J. CROSS et D. V. HABIF: « The management of venous thrombosis and pulmonary embolism. » *Surg. Clin. N. America*, 324, avril 1948.
(10) G. BAUER, H. BOESTROM, E. JORPES et S. KALLNER: « Intramuscular administration of heparin. » *Acta Med. Scand.*, **136**: 188, 1950.
(11) L. LOEWE: « Anticoagulant therapy with Heparin-Pitgin menstruum in thrombo-embolic disease. » *Am. J. Med.*, **3**: 447, 1947.
(12) H. A. CAMPBELL et K. P. LINK: « Studies on the hemorrhagic sweet clover disease. The isolation and crystallization of the hemorrhagic agent. » *J. Biol. Chem.*, **138**: 21, 1941.
(13) M. A. STAHMANN, C. F. HUEBNER et K. P. LINK: » Studies on the hemorrhagic sweet clover disease. Indentification and synthesis of the hemorrhagic agent. « *J. Biol. Chem.*, **138**: 513, 1941.
(14) H. R. BUTT, E. V. ALLEN et J. L. BOLLMANN: « A preparation from spoiled sweet clover which prolongs coagulation and prothrombin time of the blood. » *Proc. Staff Meet. Mayo Clin.*, **16**: 388, 1941.
(15) P. MEUNIER, C. MENTZER et D. MOLHO: « Sur l'activité antivitaminique K hémorragique d'une indanédione. » *Compte rendu de l'Acad. des Sciences*, **224**: 1166, 1947.
(16) J. SOULIER et J. GUEGUEN: *Compte rendu Soc. de Biol.*, **141**: 1007, 1947.
(17) L. B. JAQUES, E. GORDON et E. LEPP: « A new prothrombopenic drug, phenylindanedione. » *Canad. M. A. J.*, **62**: 465, 1950.
(18) G. E. BURKE et I. S. WRIGHT: « Tromexan. Experimental and clinical properties. » *Circulation*, **3**: 164, 1951.
(19) W. D. BATTLE: « The effects of 4-hydroxycoumarin anticoagulant No. 63 upon the prothrombin time in dogs and human beings. » *J. Lab. and Clin. Med.*, **85**: 8, 1950.
(20) G. W. ALLEN et E. HULL: « Experiences with a new anticoagulant. » *New Orleans Med. and Surg. J.*, **103**: 323, 1951.

CE QUE LE PRATICIEN DOIT RETENIR DE L'UROLOGIE EN PÉDIATRIE [1]

Paul BOURGEOIS, F.R.C.S. (C),
Professeur d'Urologie à l'Université de Montréal.

L'intérêt qu'apporte le praticien, à la solution du problème de l'enfant malade a stimulé favorablement la collaboration de la pédiatrie et de l'urologie. Des observations nombreuses nous apprennent que l'enfant n'est pas un petit adulte, mais cependant il peut, tout comme celui-ci, souffrir de lésions variées, à chacun des segments de l'arbre uro-génital.

De nos jours, la vulgarisation de la pyélographie intraveineuse pose le diagnostic; l'accomplissement technique des instruments miniature facilite le traitement.

L'essor sans cesse grandissant de l'urologie infantile ou pédiatrique, trouve son explication dans tous ces facteurs.

La séméiologie nous offre toutefois une valeur limitée dans la période néo-natale; le tout-petit ou le nourrisson décrivent mal l'irradiation de leur douleur; ils ne remarquent pas si leurs urines sont rouges ou troubles; ils peuvent difficilement nous expliquer le trouble qu'ils ont à vider leur vessie.

Souvent les renseignements nous sont fournis par la mère; mieux encore, l'observation, pleine de patience, de tact et de douceur, dirige notre attention du côté de l'appareil en cause.

Le questionnaire et l'examen de l'enfant plus âgé est plus facile en présence des parents; il conserve sa confiance et veut même quelquefois nous aider.

L'examen doit être complet; vouloir couper court peut conduire au désastre et nous faire ignorer une lésion plus importante que celle qui est l'objet de la consultation.

L'expérience des vingt dernières années, nous enseigne que nos services sont habituellement requis pour des tuméfactions abdominales, des hématuries ou des pyuries rebelles et des malformations génitales.

Les tuméfactions abdominales de l'enfant sont habituellement la manifestation physique d'un gros rein ou d'une vessie distendue.

L'inspection démontre au niveau de l'un des hypochondres, une voussure parfois considérable; la palpation perçoit une masse beaucoup plus abdominale que lombaire; l'intestin est refoulé vers la ligne médiane et très souvent, il est possible de trouver la continuité avec le rein du côté correspondant.

De quoi peut-il s'agir? De trois choses principalement: *une tumeur, une hydronéphrose* ou rarement un *rein polykystique.*

La tumeur seule et sans symptôme, caractérise l'adénosarcome embryonnaire, mieux connu sous le nom de tumeur de Wilms. Elle est pleine, solide, lourde et relativement mobile. De la précocité du diagnostic dépendra la survie.

L'hydronéphrose est plus rénittente, son volume est instable, elle peut disparaître complètement pour se reproduire au cours de violentes douleurs abdominales. La pyélographie intraveineuse démontre son existence et sa cause.

Le rein polykystique peut exister sans signe même avec une destruction avancée du parenchyme. On ne doit jamais l'oublier dans les tuméfactions bilatérales.

La vessie distendue offre une toute autre image; ici, la tumeur est médiane, sus-pubienne, peu mobile; elle s'accompagne de troubles de la miction, dysurie, pollakiurie ou incontinence; elle apparaît graduellement et progressivement, parfois sans douleur si l'infection tarde à se manifester.

Comme l'a si bien décrit, Meredith Campbelle, de New-York, il est impossible de séparer chez l'enfant, les deux grands syndromes: infection et obstruction.

L'appareil urinaire est un système d'égout et malgré la musculature puissante des parois

1. Communication au XXIème Congrès de l'A. M. L. F. C., Trois-Rivières, octobre 1951.

de ses conduits et de ses réservoirs, il exige une pente régulière, sans obstacle ou sans modification de niveau. La moindre valve, le plus large rétrécissement peuvent nuire singulièrement à la vidange et exiger de la part des fibres contractiles un surcroît de travail allant jusqu'à l'hypertrophie.

Si l'effort se continue, la fatigue se manifeste et se traduit par l'épuisement de la contraction. Le résidu s'installe, la dilatation commence et la pression rétrograde compromet le fonctionnement rénal.

Ce tableau, qui résume les constatations et les effets de l'hypertrophie de la prostate chez l'homme avancé, est assez fréquent dans l'enfance. Il nous permet de croire que dans un appareil neuf à vidange normale, l'infection urinaire puisse difficilement s'installer.

C'est pourquoi, dans tous les cas, où le médicament de choix, ne réussit pas en quelques heures à juguler les symptômes, il est impératif de chercher l'obstacle responsable de leur persistance. Il peut siéger à l'orifice du prépuce, à l'urètre, au col vésical ou au bassinet. Il peut s'agir d'une atrésie orificielle, d'un corps étranger d'un calcul ou d'un vaisseau anormal.

Rappelons nous que l'infection et la douleur existent rarement seules; elles sont plutôt les effets d'une obstruction méconnue.

L'hématurie, en urologie infantile, n'est pas un symptôme d'importance capitale comme chez l'adulte. Elle n'existe à peu près jamais dans les tumeurs de Wilms, elle accompagne rarement les lithiases et sauf dans quelques cas isolés de tuberculose, nous pouvons dire que nous la rencontrons surtout dans les traumatismes importants et dans les néphrites.

Elle est exceptionnellement macroscopique et se découvre plutôt lors de l'examen microscopique des urines. Elle justifie quand même un examen approfondi et mérite d'être étiquetée. Le moindre doute sera levé par la pyélographie intraveineuse qui permettra d'éliminer une affection importante.

La pyurie rebelle au traitement, commande, lorsqu'elle est réelle, une exploration complète de l'arbre urinaire. Nous voyons très souvent des enfants qui ont été soumis inutilement, à toute la gamme des antibiotiques ou des médicaments colorants.

L'analyse des urines est un examen des plus précieux mais elle exige des précautions particulières. Il reste entendu qu'un rapport qui revient normal sans ces précautions reste un rapport normal, mais tout rapport pathologique demande un contrôle sérieux. Nous savons tous, que les bacilles du smegma, ont été pris pour des bacilles de Koch et que les colibacilles peuvent exister au niveau du vagin ou du périné.

Chez la petite fille, la prise directe est toujours possible. Un bon nettoyage de la vulve, l'emploi d'un lubréfiant stérile et d'un cathéter approprié permettent d'obtenir un échantillon des plus satisfaisants.

Chez le petit garçon, il faut retrousser le prépuce et nettoyer scrupuleusement le gland, avant de le faire uriner directement dans un flacon stérilisé. Ceci n'est pas toujours facile; l'enfant est gêné, il ne ressent pas le besoin et malgré toute patience, il est possible de ne rien obtenir. L'application d'une éprouvette stérilisée, maintenue par du diachylon, solutionnera le problème.

L'analyse sera toujours pratiquée sur un spécimen frais, car autrement des modifications importantes peuvent se produire dans le milieu et compliquer la situation.

Il faut toujours demander l'identification microbienne et obtenir aussi souvent que possible les tests de sensibilité vis-à-vis des antibiotiques et des sulfamidés.

Les malformations congénitales peuvent être apparentes ou non apparentes. Les premières sont celles que l'œil averti reconnaît à la simple inspection au cours de l'examen complet. Le phimosis, la verge palmée, l'hypospadias balanique, pénien ou scrotal, l'exstrophie vésicale, l'épispadias et les ectopies testiculaires sont faciles à constater et ne devraient jamais être méconnus.

Certains cas compliqués ou rares commanderont la prudence, afin d'éviter l'erreur possi-

ble sur l'identification du sexe; autrement l'on s'expose à des ennuis sérieux vis-à-vis de l'enfant, des parents et même des tribunaux.

Les malformations congénitales non apparentes et que nous appelons mieux, anomalies, se reconnaissent par l'endoscopie ou la pyélographie. Elles peuvent se situer à n'importe quel niveau de l'arbre urinaire mais sont plus fréquentes et plus variées au niveau du rein.

Les dédoublements des voies excrétrices avec ou sans abouchement anormal d'un des uretères sont parmi ces anomalies celles que nous avons le plus souvent rencontrées. Elles exigent pour être dépistées des explorations particulières et je ne les mentionne qu'à titre de rappel.

Le temps mis à notre disposition limite à l'extrême ces quelques considérations.

Nous avons voulu vous rappeler que le mouvement éducationnel entrepris par le pédiatre et le praticien, nous incite à offrir à leurs petits malades, les moyens d'examen et de traitement dont bénificient nos adultes. Leur sincère collaboration et une meilleure compréhension de la physiologie nous ont fait reconnaître les différences essentielles qu'ils établissent entre les deux groupes. Nous nous rensommes rendus compte qu'il n'est pas simplement question de diminuer le calibre des instruments.

Nous retenons que les besoins en calories, eau, protéines, substances minérales et vitamines sont plus grands; nous comprenons plus que jamais l'importance de l'équilibre humoral, l'intolérance à la perte de sang et au choc opératoire; nous redoutons la haute susceptibilité à l'infection; nous appliquons fidèlement les principes de patience et de douceur de la chirurgie plastique à la correction des malformations.

Pour tous ces motifs, nous croyons sincèrement que l'urologiste de carrière, peut à l'heure actuelle, dédier à l'enfant malade ou handicapé, le meilleur de son art.

CONTRIBUTION À L'ÉTUDE DU CANCER DE LA VESSIE[1]

Philippe LAGASSÉ (Sherbrooke).

Le cancer de la vessie occupe une place prépondérante au chapitre des tumeurs des voies urinaires pour trois raisons, 1° d'ordre anatomique parce que localisé dans un viscère creux au carrefour de trois orifices excréteurs au fond du pelvis, 2° d'ordre fonctionnel par sa localisation sur les voies éliminatrices principales de l'urée, sa relation étroite à la fonction génitale et sa situation dans le seul réservoir qui assure naturellement la continence des urines, 3° d'ordre pathologique parce que la tumeur atteint un viscère très sensible à la douleur, a des répercussions importantes sur l'appareil urinaire supérieur, et son traitement pose systématiquement un problème majeur.

D'observation courante entre 30 et 60 ans et singulièrement chez l'homme, la tumeur maligne et primitive est le plus souvent d'origine épithéliale. Je me limiterai aux épithéliomas de la vessie sans tenir compte des tumeurs d'origine musculaire, conjonctives ou autres d'ailleurs proportionnellement beaucoup plus rares.

Le signe le plus constant, observé dans les tumeurs des voies urinaires est sans doute l'hématurie. Une cystoscopie faite en période hématurique permet de localiser la source du saignement. La tumeur maligne de la vessie se

1. Communication au XXIe Congrès de l'A.M.L. F.C., Trois-Rivières, octobre 1951.

manifeste le plus souvent par une hématurie spontanée, capricieuse, avec pyurie, et associée à des troubles vésicaux.

Pour différencier les tumeurs, la cystoscopie exploratrice, le toucher rectal ou vaginal avec le palper bimanuel au besoin sous anesthésie générale, la cystographie, restent à la base de l'examen. La valeur de la biopsie exploratrice est mise en doute par Archie Dean (New-York) dans au delà de 50% des cas; la malignité étant en réalité plus fréquente à l'examen des pièces totales qu'elle n'apparaît au simple prélèvement.

En cas d'incertitude la taille exploratrice ouvre la voie à l'observation macroscopique des lésions et apporte de précieux renseignements en même temps qu'elle permet de pratiquer une biopsie correcte avec examen extemporané.

Quant à la durée moyenne de survie d'un sujet porteur d'une tumeur vésicale maligne laissée à son évolution spontanée; elle varie avec la plus ou moins grande rapidité d'évolution du cancer; soit entre 19 et 30 mois.

Difficultés thérapeutiques

L'indication de la forme de traitement à opposer à ces tumeurs se heurte à deux facteurs inconnus et mystérieux; 1) La bénignité ou la malignité d'une petite lésion dont il est impossible d'affirmer la malignité dans certains cas de toute apparence bénigne même à l'examen histologique et qui évoluent comme des tumeurs malignes.

Le pourcentage des papillomes évoluant avec la forme maligne étant assez restreint, il serait illogique de proposer à ces malades une cystectomie totale, rendant la majorité de ces malades infirmes d'une implantation urétéro-intestinale en plus de compromettre chez eux l'activité sexuelle.

2) Sur notre ignorance de l'étendue de l'infiltration de la tumeur dont nous ne connaissons ni la limite profonde ni l'extension latérale vrais.

L'étude histologique de la paroi vésicale nous montre en-dessous d'un épithélium cylindro-pavimenteux selon l'état de réplétion ou de vacuité, un chorion qui se défend mal, où, au lieu de trouver comme dans l'intestin un tissu réagissant par une production scléreuse, on voit de nombreux hystiocytes jeunes et réagissant par la production de lymphocytes, ce chorion a son système réparti dans toute la vessie et sous-jacent à l'épithélium. Il communique avec le tissu para vésical par des lymphatiques passant à travers la vessie par les mailles de la musculeuse trabéculée.

Comme corollaire à ces difficultés, il faut ajouter le polymorphisme des tumeurs vésicales et le différent degré de malignité des cancers vésicaux.

Traitements proposés

Il serait illusoire de vouloir passer ici en revue tous les traitements déjà préconisés dans le cancer de la vessie. Nous allons nous limiter à l'étude sommaire de procédés thérapeutiques déjà connus;

1) *la radiumthérapie*
2) *la cystectomie partielle*
3) *la cystectomie totale.*

La radiumthérapie

Le professeur Darget de Bordeaux a porté un très vif intérêt à l'étude du traitement du C. A. de la vessie par le radium à vessie ouverte. Ayant à son crédit une expérience de près de vingt-cinq ans de ce procédé, sa méthode lui a donné des cas très intéressants de longue survie. La radiumthérapie a été appliquée dans tous les cas possible;

1) formes massives

2) formes infiltrées macroscopiquement avec fermeté de la base ou absence de mobilité et à l'histologie, envahissement de la paroi musculaire.

3) formes d'infiltration microscopique où seul l'histologie nous apprend l'envahissement.

4) formes sessiles ou à pédicule large et sans infiltration même microscopique.

Voici les résultats obtenus sur 76 cas publiés en 1939: 40% de guérisons datant de

plus de 5 ans; 62% de guérisons datant de plus de 18 mois.

En 1949: 42 nouveaux cas:

a) Malades opérés au moins depuis 4 ans et davantage: 21 cas. Deux malades opérés au cours de l'occupation n'ont pas donné de nouvelles. Un mort de maladie intercurrente; restent 18 cas, 8 considérés comme guéris, soit 44%.

b) malades opérés depuis deux ans et davantage: 25 retenus, 13 guéris; 46%.

c) malades opérés depuis 15 mois et davantage: 34 cas, 21 cas guéris ou favorables; 60%.

Dans cette dernière statistique, les tumeurs infiltrées massives ne représentent que 6 cas.

La mortalité opératoire globale de Darget est inférieure à 5%.

Après cette longue expérience, l'auteur exclut désormais la radiumthérapie des tumeurs infiltrées perceptibles au palper surtout. Pour le reste des cas, exception faite des tumeurs épithéliales à globe épidermiques, il emploie le radium quel que soit le siège de la tumeur. Ce procédé, selon l'auteur est la thérapeutique de choix dans les cancers histologiquement infiltrés.

Grâce au magnifique travail et la persévérance de Darget, nous sommes actuellement mieux en mesure d'apprécier l'utilité de l'usage du radium; et les opinions actuelles sont les suivantes.

Pour ce qui regarde les cancers superficiels (épithélioma papillaire et cancer en surface) il est aujourd'hui reconnu que le traitement conjugué, exérèse ou destruction avec radiumthérapie offre beaucoup moins de chance de récidive *in situ*. Michon et Gilbert associent la radiumthérapie à la cystectomie élargie de la calotte.

Mais en matière de cancers vésicaux infiltrés, la majorité des urologistes, Gayet, Marion, Gouverneur et Couvelaire refusent de donner à la radiumthérapie une valeur effective et ont renoncé à son emploi. La cystite intense, les phénomènes d'intolérance inhérente à la pose des aiguilles de radium en milieu vésical, et la pyélonéphrite ont été si intenses, qu'on se demande si ce traitement n'a pas plutôt aggravé la condition des malades...

De même que l'exérèse et l'électro-destruction des cancers bien limités et infiltrés de la base de la vessie nous a donné systématiquement une récidive sur place à Cochin ainsi la radiumthérapie est en pareil cas impuissante. Elle peut freiner momentanément l'évolution du cancer, mais elle ne guérit pas.

A mon avis, le pivot de la question tourne autour de la thérapeutique à prendre en présence d'un cancer plus ou moins infiltré, et c'est autour de ce point capital que gravitent les plus vives discussions;

a) Selon l'appréciation de l'étendue de la tumeur, Darget fait une exérèse élargie, profonde, et demande au radium les grandes limites de son efficacité.

b) En dehors de la cystectomie trigonale de Couvelaire qui a donné un résultat retentissant, ce même auteur, de même que Gouverneur, Dufour et Robert visent le stade de l'infiltration précoce pour donner à la cystectomie totale élargie toute sa valeur. Le cancer vésical n'étant pas une tumeur lymphophile, l'exérèse totale élargie offre dans ces conditions la possibilité d'ablation complète du cancer.

La cystectomie partielle

Cette opération a été faite sur une très large échelle et la matière ne doit pas manquer pour juger sa valeur. Séduisante parce que techniquement facile à réaliser, elle a été pratiquée dans toutes les variétés de cancer. La plupart du temps, on a eu des déboires avec au hasard un résultat de guérison à longue échéance.

La C. P. garde la réputation d'être une opération mauvaise dans les cas de tumeurs infiltrées. La plupart du temps, après une période de repos relatif, on assiste à un réveil de l'infiltration latente. Pour vous citer la pensée de Cibert « Malgré que cette opération (la C. P.) ait donné à certains de bon résultats, elle a toujours été suivie dans ma pratique de ré-

cidives si rapides, que je ne l'utilise plus. Dans les cas de tumeurs infiltrées, la récidive est toujours rapide ».

R. Gouverneur et P. Aboulker nous fournissent un lourd document contre la C. P.:

Première statistique en 1948 portant sur 27 cas:

10 tumeurs du dôme; 7 récidives; 6 morts

17 tumeurs inférieures; 17 morts; soit 100% de mauvais résultats.

Deuxième statistique en 1949 portant sur 44 cas:

14 cas localisés à la vessie supérieure (dôme et faces latérales)

11 récidives 10 fois mortelles; 3 survies de durée variable mais inférieure à 5 ans.

32 cas localisés à la vessie inférieure. Sur 30 cas suivis; 23 morts dont 22 par récidive; 2 récidives curables; 5 malades guéris.

Même si le souci de conserver les 3 orifices nous porte facilement aux opérations conservatrices, en matière de cancer infiltrant la cystectomie partielle même élargie, passant à 4cm. de la tumeur, et enlevant en bloc le tissu cellulaire avoisinant est incomplète car nous ne savons rien de l'étendue locale de l'infiltration cancéreuse à la sous-muqueuse restante, ni des limites vraies de son extension.

Sous l'angle de la pratique, la C. P. garde ses défenseurs. Et pour citer Michon « Il est exagéré de refuser droit de cité à la cystectomie partielle. Comme je suis convaincu que dans l'ensemble les résultats éloignés de la C.P. sont très mauvais du moins lorsqu'il s'agit de tumeur du bas fond; pour les tumeurs de la calotte où l'on peut faire parfois des résections très larges, je pense que les résultats heureux ne sont pas exceptionnels ».

Les indications de la C. P. nous sont données dans la thèse inaugurale de Léger « Cette opération ne semble satisfaisante que dans les tumeurs suspectes de malignité ou bien s'il existe une infiltration très limitée qui n'a pas été perceptible cliniquement ou radiologiquement ».

La cystectomie totale

L'indication de cette opération découle loquement des insuccès obtenus avec les autres méthodes, et ceci est un argument très lourd en faveur de la C.T. élargie. Non que cette opération ait une prétention curative car avec un recul de temps suffisant, cette opération mérite très peu ce qualificatif. Pourquoi alors s'y arrêter! En dehors de guérisons plus nombreuses auxquelles nous espérons arriver un jour, les résultats palliatifs qu'elle nous apporte sont excellents.

Ce n'est pas une opération nouvelle. On attribue à Bardenhauer le mérite d'avoir fait une première cystectomie totale en l'année 1887.

Cette opération comporte l'exécution de deux actes opératoires essentiels;

a) l'ablation de toute la vessie avec l'aire cellulo-ganglionnaire qui l'entoure.

b) la dérivation du cours des urines.

Chez l'homme l'opération est rendue plus difficile par l'étroitesse du bassin et la position anatomique de la prostate, et peut être faite par voie abdominale exclusive ou par voie combinée périnée-abdominale; cette dernière étant indiquée la plupart du temps par l'étroitesse du bassin ou l'extension du cancer à la prostate, afin de faciliter de clivage prostato-rectal. La voie abdominale exclusive est suffisante dans la majorité des cas, et évite de blesser le sphyncter anal sur lequel on doit compter pour assurer la continence des urines.

Cette opération, longtemps pratiquement abandonnée « a techniquement perdu sa raison d'être une opération d'exception. »

Grâce à la technique chirurgicale moderne, au secours des antibiotiques, à la mise au point de la réanimation et des soins anté et post-opératoires, ainsi qu'à une sélection judicieuse des cas, la C.T. élargie prend aujourd'hui droit de cité à côté des opérations d'exérèse large de la cavité pelvienne.

Et pour vous donner la pensée de mon Maître le professeur Fey, je vous cite textuellement ses paroles « Je considère depuis 20 ans

la cystectomie totale comme du plus haut intérêt. A cette époque je fis 7 cystectomies dont 6 pour des cas inopérables, c'est-à-dire pour des cas ou Legueu renonçait à faire une cystectomie partielle. De ces 6 cas, un seul survécut 2 ans. Le 7e était opérable; il avait 55 ans quand je l'ai opéré et il m'a écrit en janvier dernier (1949); âgé de 75 ans il vit en bonne santé et s'accommode fort bien à son urétérostomie cutanée bilatérale.

Et de nous dire plus loin « Lorsqu'on fait le diagnostic de cancer du sein, ou même si l'on a la conviction qu'un cancer se développe dans un sein, on enlève largement la glande avec les muscles sous jacents et les ganglions de l'aiselle. On obéit aux grands principes qui règlent la chirurgie du cancer; les résultats sont plus ou moins satisfaisants mais on a fait ce qu'on pouvait; et la malade après l'intervention, si elle est touchée dans son esthétique, ne l'est dans aucune fonction essentielle et reprend une vie normale.

Lorsqu'on fait le diagnostic de cancer de la vessie, ne doit-on pas, selon les mêmes grands principes, retirer en bloc la vessie, la prostate et le tissu cellulaire pelvien, c'est-à-dire pratiquer non pas les exérèses limitées, mais bien la plus large des exérèses envisagées au chapitre technique (a tant faire que de décider une cystectomie totale, autant en tirer tout le bénéfice possible).

Malheureusement après l'intervention, le malade a perdu sa miction, les fonctions génitales et les deux reins sont toujours exposés à l'infection et à la destruction ».

Cependant, l'opération radicale se heurte à des contingences particulières; le grand âge du patient, l'extrême malignité de certaines tumeurs, pour ne citer que les formes anaplastiques, les malades gras à paroi abdominale épaisse avec distance ombilico-pubienne réduite, les tumeurs basses, fixes, envahissant le plancher pelvien, la pauvre résistance du malade; autant de facteurs qui doivent être pris en très grande considération; autant de raisons qui offrent des risques trop grands.

Je vous apporte l'opinion du professeur René Kuss à cet appui « Selon le degré d'infiltration limité à la musculeuse, nous faisons une cystectomie totale. Mais lorsque la tumeur a pris une adhérence à la paroi pelvienne ou à un organe avoisinant, tel le rectum chez l'homme, cette opération chez un homme le plus souvent fatigué ne nous a donné aucun résultat intéressant. Tous les malades sont morts dans un intervalle de 6 mois. Mieux vaut dans ce dernier cas pratiquer une simple implantation urétéro-intestinale, afin de soulager l'appareil supérieur la plupart du temps en rétention par la compression inférieure de l'uretère et éviter aux malades la période terminale extrêmement douloureuse et pénible. »

Conclusions pratiques

D'une façon générale le traitement des tumeurs épithéliales superficielles ne prête pas à discussion. Le traitement conservateur est admis comme thérapeutique de choix. Il ne varie pas dans sa forme mais dans son application; la radiumthérapie, la résection transurétrale et la cystectomie élargie ont toutes donné des résultats intéressants.

Mais comme il est très rare d'observer un cancer au début, et que le diagnostic de tumeur maligne est la plupart du temps posé plus tard par la palpation d'une induration pariétale, la problème du traitement du cancer vésical reste très grave et non résolu.

Selon l'âge du malade, son état physique et les signes cliniques observés il reste à décider: soit une cystectomie totale élargie avec dérivation du cours des urines; soit l'exclusion vésicale isolée par la simple dérivation du cours des urines.

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

L'Union Médicale du Canada
(Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872)

Tome 80, No 11 — Montréal, novembre 1951

SUR LA CLASSIFICATION ET LE TRAITEMENT DES MÉGACÔLONS

La maladie décrite par Hirschsprung (de Copenhague), en 1890, et que l'on désigne sous le nom de mégacôlon congénital, est une affection essentiellement caractérisée cliniquement, par une constipation opiniâtre, un gros ventre tympanique et une évolution chronique; anatomiquement, par une dilatation totale ou segmentaire du côlon, s'accompagnant le plus souvent d'allongement et d'hypertrophie des parois.

C'est une affection rare, d'une haute gravité, que l'on observe chez le nouveau-né, dans laquelle il n'y a aucun obstacle au cours des matières. Aussi la maladie est-elle considérée comme le résultat d'une malformation d'origine embryonnaire.

A côté de ces faits bien individualisés au point de vue anatomo-clinique et auxquels seuls il convient de donner le nom de *mégacôlon congénital* ou de *maladie de Hirschsprung,* il faut en ajouter d'autres plus fréquents, comportant un meilleur pronostic et décrits par Marfan [1], Bensaude et Hillemand [2]. Il s'agit de *rétro-dilatations secondaires* à un obstacle situé sur le trajet du côlon. Cet obstacle peut être d'ordre mécanique, anatomique ou fonctionnel. Comme ces dilatations peuvent se rencontrer au cours d'affections diverses, relever de causes variées, nous avons proposé de les désigner avec M. Gaujoux [3] sous le nom de *syndrome de Hirschsprung,* dans une étude d'ensemble sur cette question.

L'exemple le plus typique à cet égard chez l'enfant est celui du dolichocôlon. Cet allongement excessif du gros intestin, localisé le plus souvent dans sa portion terminale au niveau de l'anse sigmoïde et s'accompagnant d'une laxité particulière du mésentère peut donner lieu à des coudures et réaliser ainsi un obstacle mécanique au cours des matières. Il s'ensuit une dilatation secondaire du gros intestin, qui se traduit par les mêmes symptômes cliniques (constipation opiniâtre et gros ventre tympanique), mais en diffère par une moindre gravité et une évolution plus favorable.

D'autres fois, chez l'adulte, il s'agit d'une rétro-dilatation à la suite d'une sténose d'ordre anatomique, en rapport avec un processus tumoral comme le cancer et dont le diagnostic étiologique est d'une importance capitale.

Enfin, récemment, Hillemand attirait l'attention sur une autre variété de mégacôlon qu'il a décrit et à laquelle il a donné le nom de *mégacôlon fonctionnel* [4]. Pour ceux qui savent voir et comprendre, la clinique offre parfois

1. A.-B. Marfan: Article « Constipation » *in Traité des Maladies de l'Enfance,* de Grancher, Comby et Marfan, Paris, 1897, t. II, p. 660.

2. R. Bensaude et P. Hillemand: « Maladie de Hirschsprung. » *Annales de Médecine,* tome XII, No 6, décembre 1922, p. 425.

3. M. Gaujoux: *Archives de Médecine des Enfants,* 1908, p. 721, cité dans notre travail sur le mégacôlon *(Thèse de Paris,* 1925, p. 21).

4. P. Hillemand, Ch. Durand, P. et R. Nalpas: « A propos du mégacôlon. Le mégacôlon fonctionnel. » *La Presse Médicale,* No 35, 25 juillet 1942, p. 475.

des conditions exceptionnelles pour la recherche scientifique et certaines observations de malades ont une valeur vraiment expérimentale, voire même doctrinale.

Hillemand, en présence d'un cas de mégacôlon idiopathique chez un morphinomane, décide de le désintoxiquer, avant de le soumettre au chirurgien. Quelle ne fut pas sa surprise, après l'avoir soustrait pendant un certain temps à l'influence de la drogue, de constater à la radio la disparition complète du mégacôlon.

Cette observation servit de point de départ à Hillemand dans l'étude des mégacôlons fonctionnels. Par la suite, il a constaté des faits analogues dans l'insuffisance thyroïdienne, à la suite d'un traumatisme crânien, de lésions organiques du système nerveux central ou d'un choc émotif.

C'est là un nouveau chapitre des mégacôlons, dont le docteur Pierre Hillemand nous entretenait récemment, à Montréal, à l'hôpital Sainte-Justine et à l'Hôtel-Dieu, après avoir brillamment représenté la France au XXI[e] Congrès de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada, en octobre dernier, à Trois-Rivières.

Telle est la *classification actuelle des mégacôlons*. Il y a donc lieu de distinguer:

1° Des *mégacôlons primitifs, d'origine congénitale,* s'observant chez le nouveau-né, où il n'y a aucun obstacle au cours des matières: c'est la vraie maladie de Hirschsprung;

2° Des *mégacôlons secondaires* ou *symptomatiques* d'un obstacle anatomique ou mécanique au cours des matières et auxquels il convient de donner le nom de syndrome de Hirschsprung;

3° Des *mégacôlons fonctionnels,* récemment décrits par Hillemand, qui peuvent être en rapport avec une intoxication, un trouble endocrinien, nerveux ou psychique.

On le voit, le cadre des mégacôlons s'est considérablement élargi. Aussi cette question, à l'heure présente, n'intéresse pas seulement les pédiatres, les gastro-entérologues, les radiologistes et les chirurgiens, mais tous les médecins.

Et si le traitement de cette grave affection a fait dans ces dernières années de remarquables progrès, nous le devons aux travaux de Leriche sur la physiologie et la chirurgie du sympathique[5], et aux recherches anatomo-pathologiques de Bodian, dont la récente découverte est d'une grande importance pratique[6].

Leriche, se basant sur le rôle que jouent le sympathique et le para-sympathique dans le fonctionnement de l'intestin, eut l'idée de réaliser des sections physiologiques (à la novocaïne) ou anatomiques du sympathique innervant la partie dilatée du côlon. On sait que le para-sympathique active les mouvements péristaltiques de l'intestin et relâche les sphincters, tandis que le sympathique a des propriétés contraires. Les résultats obtenus par la sympathectomie furent excellents dans la plupart des cas. Malheureusement ces résultats ne sont pas durables.

Il fallait donc trouver autre chose. En pratiquant des autopsies d'enfants

5. L. Ombrédanne et Marcel Fèvre: *Précis Clinique et Opératoire de Chirurgie Infantile,* cinquième édition, Paris, 1949, p. 480.

6. Martin Bodian (de Londres): «Le mégacôlon et son traitement.» *Archives Françaises de Pédiatrie,* tome VII, No 7, 1950, p. 661.

morts à la suite de mégacôlon, Bodian eut l'idée d'étudier au point de vue histologique, non pas la partie dilatée du côlon, mais la zône située en aval de la dilatation, la région distale, qui est habituellement rétrécie. Il trouva à cet endroit, dans 28 cas qu'il eut l'occasion d'examiner au point de vue microscopique, une lésion constante: l'*absence de cellules nerveuses ganglionnaires.* Ces recherches ont été confirmées par Whitehouse et Kernohan, de la Clinique Mayo, qui ont fait les mêmes constatations dans les 11 cas qu'ils ont observés [7].

La conclusion de ces recherches anatomo-pathologiques, c'est que dans les cas de mégacôlon congénital, lorsque le traitement chirurgical est indiqué, il faut pratiquer, non pas l'ablation de la partie dilatée du côlon, mais bien celle de la région distale, de cette zône rétrécie qui précède la dilatation et où se trouve la lésion fondamentale. En d'autres termes, l'intervention idéale est la *recto-sigmoïdectomie* ou *exérèse du segment aganglionnaire.*

D'après les observations publiées à date, on constate chez les malades ainsi opérés une disparition progressive de la dilatation colique et le rétablissement du fonctionnement normal de l'intestin.

Un autre argument en faveur du bien-fondé de la théorie de Bodian, c'est que lorsqu'on pratique une colectomie totale pour mégacôlon, en respectant la région distale, c'est-à-dire en laissant le rectum, on assiste au bout d'un certain temps au développement d'un mégailéon.

Si les résultats éloignés et les recherches physiologiques confirment cette nouvelle conception de l'étiologie de la maladie de Hirschsprung, on pourra dire que les travaux de Bodian auront abouti à une importante découverte.

Paul LETONDAL.

7. F. R. Whitehouse et J. W. Kernohan: *Arch. Intern. Med.*, 82, 71, 1949, cités par Bodian *in Archives Françaises de Pédiatrie,* tome VII, No 7, 1950, p. 670.

HYGIÈNE ET MÉDECINE SOCIALE

LA SEMAINE NATIONALE D'IMMUNISATION[1]

Ad. GROULX, M.P.H.,
Directeur du Service de Santé de la Ville de Montréal.

Nous sommes très heureux d'apporter notre collaboration à la campagne de la Ligue canadienne de santé, division du Québec, et à la Semaine nationale d'immunisation. D'autre part, nous apprécions cette collaboration de la Ligue canadienne de santé dans l'organisation d'une semaine nationale de propagande et d''éducation. C'est un merveilleux travail d'équipe réunissant dans un effort commun par tout le pays, les initiatives de chacun, de chaque village, de chaque province, pour vulgariser et inculquer davantage l'idée de la vaccination et de l'immunisation contre certaines maladies infectieuses et contagieuses pour lesquelles nous possédons un mode d'immunisation efficace; c'est le cas de la diphtérie, de la coqueluche, du tétanos, de la variole, de la typhoïde et de la tuberculose.

Parlant ces jours derniers devant les membres du Comité diocésain d'Action catholique, à l'Université de Montréal, je disais: « bien que les maladies contagieuses n'évoluent plus selon leur rythme épidémique ancien, certaines d'entre elles, bien qu'évitables et dont le nombre de cas et décès est très diminué, comme la diphtérie et la coqueluche, sont encore trop fréquentes et l'objet de beaucoup de soucis pour la famille. L'immunisation de *tous* les enfants dès la première enfance éviterait bien des maux et des deuils, encore trop fréquents, comme cela a été le cas pour la variole ».[2]

La situation actuelle des maladies contagieuses pour les neuf premiers mois de l'année révèle que depuis le 1er janvier 1951, on a enregistré 10 407 cas de maladies contagieuses et 19 décès contre 12 356 et 23 décès pour la période correspondante en 1950, soit une diminution de 1 949 cas. Parmi ces maladies, nous notons que, au cours de cette période de neuf mois cette année, il y a eu 24 cas et 4 décès attribuables à la *diphtérie* et 543 cas et 1 décès dus à la *coqueluche*. Les taux de mortalité de ces deux maladies, en 1950, étaient respectivement de 0,4 et 0,5 par 100 000 de population.

En 1927, année précédant, à Montréal, l'emploi systématique de l'anatoxine de Ramon, le taux de mortalité par diphtérie était de *30* contre *0,4* et *14,4* contre *0,5*: ces chiffres indiquent une diminution très marquée de ces taux; cependant, comme je vous le disais au début, les cas et décès attribuables à la diphtérie en particulier, bien que faibles, sont trop nombreux et trop fréquents quand nous possédons une mesure de protection aussi efficace que l'*immunisation*. Seulement, trop de parents encore s'en abstiennent et leurs enfants ne sont pas protégés.

Dans sa causerie à cette émission, le 17 septembre dernier[3], mon collègue, le docteur G. Charest, épidémiologiste et surintendant de la division des maladies contagieuses au Service de santé, nous disait: « nous constatons que 20% des enfants d'âge scolaire, particulièrement dans certains districts ayant une population plus dense, ne sont pas immunisés ». Il est regrettable, en effet, qu'une telle

1. Causerie prononcée à « La Tribune des Conférenciers de CKAC — Quart d'heure de Concordia », par le docteur Ad. Groulx, lundi, le 15 octobre 1951.
2. « L'aspect physique de la famille », travail présenté à la réunion annuelle du Conseil diocésain de l'Action catholique, à l'Université de Montréal, le dimanche 23 septembre 1951.
3. « La rentrée des classes et la contagion — Conseils ». Causerie prononcée par le docteur G. Charest, surintendant de la division des maladies contagieuses, à la Tribune des Conférenciers de CKAC — Quart d'heure de Concordia, le lundi 17 septembre 1951.

proportion d'enfants n'ait pas bénéficié de l'immunisation plus tôt, dès la première enfance.

Depuis la mise à la portée de tous de l'immunisation systématique et gratuite contre la diphtérie à Montréal, en septembre 1928 jusqu'au 1er septembre 1951, 371 740 enfants ont été immunisés contre la diphtérie; depuis septembre 1944, date du début de l'immunisation combinée, 131 912 enfants ont été immunisés contre la coqueluche; ce qui veut dire que chaque année, on procède à l'immunisation contre la diphtérie et la coqueluche d'environ 16 000 enfants. Depuis quelques années, le Service de santé utilisait et recommandait un *vaccin combiné* permettant d'immuniser contre la diphtérie et la coqueluche par une même série d'injections.

Actuellement, à la suite d'expériences heureuses, le Service de santé emploi le *vaccin trivalent* (diphtérie, coqueluche et tétanos). On en recommande l'emploi dès *l'âge de trois mois* selon la technique suivante que je vous indique pour votre renseignement. La dose de vaccin trivalent à injecter est de ½ cc. pour la première dose et de 1 cc. pour les deuxième et troisième doses. Trois mois plus tard, c'est-à-dire vers l'âge de 8 ou 9 mois, une quatrième dose de 1cc. devra également être donnée. Subséquemment, *deux doses de rappel* devront être administrées; la première vers l'âge de 2 ans et la seconde vers l'âge de 5 à 6 ans, avant l'entrée à l'école.

Si tous nos bébés étaient immunisés *dès l'âge de trois mois* ou tôt durant l'âge préscolaire, la diphtérie et la coqueluche disparaîtraient complètement de nos murs. Nous lançons ici un appel aux parents, aux médecins, au personnel de nos consultations de nourrissons et d'enfants d'âge préscolaire, municipales et indépendantes, pour que *l'on immunise tous les enfants de Montréal,* selon cette technique simple et sûre en se rappelant que les cas de décès survenus l'an dernier l'ont été parmi des enfants non immunisés.

En plus de mettre les consultations municipales à la disposition du public, le Service de santé de Montréal fournit gratuitement le vaccin trivalent aux médecins en clientèle, aux institutions et organisations volontaires.

La vaccination contre la variole, instituée après 1885, a éliminé cette maladie de nos murs et déjà depuis bon nombre d'années, soit depuis 1930, nous n'avons à regretter *aucun cas de variole.* Chaque année, plusieurs milliers d'enfants et d'adultes sont vaccinés et revaccinés. Il ne faut pas cependant pour cette raison ralentir nos efforts. La variole existe dans certains pays qui, autrefois, paraissaient éloignés mais qui aujourd'hui, à cause des moyens de transport modernes, sont plus rapprochés de nous.

Pour vous donner une idée de l'importance du travail de la vaccination contre la variole, je puis ajouter que depuis 1938, par exemple, jusqu'à date, on a procédé à 316 028 vaccinations, soit un chiffre variant entre 20 000 et 25 000 par année.

Le vaccin BCG (bacille Calmette-Guérin) est un vaccin qui, donné à la naissance ou dans les quelques jours qui suivent, confère à l'organisme une résistance vis-à-vis la bacille tuberculeux chez les enfants vaccinés.

Aujourd'hui, une nouvelle technique, la méthode par scarification a été adoptée; elle est beaucoup plus simple et inoffensive. Il faut vacciner les bébés dès les huit premiers jours après la naissance. Cependant, si cela n'a pas été fait, il sera possible de recourir à ce mode de vaccination parès avoir fait une épreuve à la tuberculine, dite épreuve de Mantoux ou épreuve de Vollmer, ou selon une autre méthode reconnue aujourd'hui, l'épreuve au BCG, qui est encore plus simple.

Relativement à la méthode de vaccination, il ne faut pas oublier que le bébé vacciné à la naissance doit être revacciné à des intervalles fixes, à 3 ans et à 7 ans. Autrement, l'immunité conférée par le BCG va en diminuant et peut disparaître même, laissant l'organisme démuni en face du bacille ou de tout contact nouveau.

La revaccination a aussi sa valeur, s'il s'agit d'enfants vaccinés à d'autres âges. On peut procéder selon les mêmes données à la vacci-

nation des enfants d'âge scolaire en prévoyant la revaccination aussi à des périodes définies.

Au sujet de la vaccination contre la tuberculose, je désire ajouter qu'en Europe, depuis la guerre, on a vacciné au-delà de 20 millions d'enfants. On ne saurait admettre qu'on se soit livré sur un nombre aussi considérable d'enfants sans avoir été convaincu de l'innocuité et de l'efficacité de ce mode de vaccination. D'ailleurs dans les pays où la vaccination est répandue on a obtenu des résultats encourageants dans la lutte contre la tuberculose.

Si nous avons pu faire disparaître la variole de cette province; si nous avons réussi à réduire si considérablement la morbidité et la mortalité de la diphtérie, c'est à la vaccination et à l'immunisation que nous le devons. C'est pourquoi, je fais un appel des plus pressants aux parents pour qu'ils profitent de la Semaine nationale d'immunisation qu'organise la Ligue canadienne de santé à travers tout le pays, du 13 au 20 octobre, pour faire immuniser et vacciner tous ceux de leurs enfants qui ne le sont pas.

Nous vous rappelons que, pour le Service de santé de Montréal, chaque semaine de l'année est une semaine d'immunisation, que tous les jours les consultations municipales sont ouvertes et mises gratuitement à votre disposition. Vous pouvez y amener vos enfants et il n'y a aucune raison pour négliger d'assurer à tous les enfants cette protection contre de terribles maladies.

Parents, vous ferez ainsi une bonne action et aiderez à sauver des vies tout en protégeant vos enfants et en leur assurant la part de bonheur à laquelle ils ont droit.

VACCINATION CONTRE LA VARIOLE IMMUNISATION CONTRE LA DIPHTÉRIE, LA COQUELUCHE, ET LE TÉTANOS CONSEILS AUX PARENTS [1]

G. CHAREST, M.P.H.,
Surintendant, Division des maladies contagieuses, Service de Santé de Montréal.

La génération présente de jeunes parents peut difficilement se faire une idée exacte de ce qu'est la variole ou « grosse picote » puisque le dernier décès survenu à Montréal remonte à 1918 et que le dernier malade à être traité dans notre ville a été hospitalisé en 1930.

Cette maladie contagieuse considérée comme la plus grave à cause de sa propagation rapide et de son taux élevé de mortalité est donc complètement disparue de notre province et même du pays tout entier, grâce à la vaccination obligatoire qui remonte chez nous à 1885.

Cette maladie terrible a fait 60 000 000 de victimes au XVIIe siècle et n'en a pas moins semé la mort jusqu'au début du XXe siècle bien qu'Edward Jenner, médecin anglais, ait découvert le vaccin en 1796. Cependant le Relevé épidémiologique hebdomadaire par l'Organisation Mondiale de la Santé nous fait voir que dans un pays peut-être éloigné du nôtre, des centaines de cas et de décès surviennent encore chaque semaine et que cette

1. Causerie prononcée à l'émission « Tribune des Conférenciers — Quart d'heure de Concordia », au poste CKAC, le lundi 30 juillet 1951.

maladie existe toujours avec une virulence accrue.

Durant l'année 1950, la variole a été signalée plus près de nous puisqu'elle a été apportée en Grande-Bretagne et deux éclosions ont causé de nombreux cas et décès dans ce pays.

Il est toujours possible, à cause des facilités du transport aérien, que la maladie soit réintroduite chez nous, comme ce fut le cas pour la Grande-Bretagne.

Le règlement municipal numéro 324 qui s'applique surtout à l'enfant d'âge scolaire oblige tous les parents à faire vacciner leurs enfants qui entrent à l'école pour la première fois et les directeurs et directrices d'écoles sont également tenus par la loi à n'accepter aucun enfant qui n'a pas été vacciné.

Durant le mois d'août qui commence, dans les 61 consultations municipales réparties à travers la ville, il y aura des séances spéciales durant les avant-midi et après-midi pour faciliter la tâche des parents qui auront des enfants à faire vacciner. En plus, une consultation située au Parc Lafontaine ouverte pendant juillet et août, sera à la disposition des parents, durant toute la journée sur les terrains de jeux où ils amènent leurs enfants pour se récréer.

Il est préférable de ne pas attendre durant les derniers jours qui précèdent l'entrée à l'école car sept jours doivent s'écouler avant que l'on soit certain que le vaccin prendra effectivement et si un premier essai s'est révélé infructueux, une deuxième inoculation devra être faite avant que l'on puisse certifier que l'enfant est protégé contre cette maladie.

La revaccination est également importante après un laps de temps donné, environ sept ans, pour les étudiants qui poursuivent leurs études à l'université ou à des écoles spécialisées et pour les personnes qui doivent voyager à l'étranger car la protection conférée par le vaccin diminue graduellement d'année en année et il est évident qu'une nouvelle vaccination s'impose dans ces circonstances.

De plus, les médecins praticiens sont toujours à la disposition des parents pour pratiquer la vaccination contre la variole car le vaccin est fourni par le Service de santé et ils peuvent s'en procurer dans les huit centres sanitaires de même qu'au bureau central du Service de santé.

Enfin la vaccination contre la variole ne présente que peu d'inconvénients chez l'enfant. A partir du quatrième jour après l'inoculation, une petite vésicule commence à se former et vers le sixième jour l'enfant ressent un peu de fatigue et de démangeaison au niveau de la pustule en voie de formation. Il ne faut pas couvrir cette pustule d'un « protecteur », mais la laisser à l'air libre, et défendre à l'enfant de se gratter.

J'en arrive maintenant à l'immunisation contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos.

Une dose de rappel de ce vaccin trivalent doit être administrée à l'enfant vers l'âge de 5 à 6 ans, c'est-à-dire avant l'entrée à l'école.

Cela suppose que l'enfant a été immunisé antérieurement et a reçu au moins trois injections.

La pratique suivie par le Service de santé de la Ville de Montréal consiste à inoculer les nourrissons contre ces trois maladies dès l'âge de 3 mois, surtout à cause des dangers et complications dus à la coqueluche durant les premiers mois de la vie.

Depuis le début de l'année 1951, deux décès attribuables à la diphtérie sont survenus chez des enfants non immunisés.

Nous constatons dans certains districts que 20% des enfants qui atteignent l'âge scolaire et commencent à fréquenter l'école, ne sont pas protégés contre la diphtérie.

Même si le risque encouru par cette négligence de la part des parents n'a pas eu d'effets funestes, il ne faut pas laisser l'enfant plus longtemps sans protection contre une maladie aussi grave que la diphtérie.

Les parents doivent donc voir aussitôt à ce que ces retardataires reçoivent au moins trois injections du vaccin trivalent contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos.

Quant au tétanos, c'est une maladie grave quoique rare, mais qui, à cause des nombreux

accidents qui surviennent à notre époque, doit être évitée et prévenue surtout lorsqu'il n'y a pas d'injections supplémentaires à donner pour obtenir cette protection.

Nous incitons fortement les jeunes mamans, à l'occasion de nouvelles naissances à faire administrer le vaccin trivalent contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos dès l'âge de trois mois comme nous l'avons mentionné déjà. Les deuxième et troisième doses seront données à un mois d'intervalle, et une quatrième dose trois mois plus tard. Depuis quelques semaines, des nouvelles venant des Etats-Unis et rapportées dans les journaux conseillaient de retarder l'immunisation contre la diphtérie et la coqueluche, durant la saison d'été à cause de la coïncidence possible de la poliomyélite durant cette période.

Le Service de santé de la Ville de Montréal après avoir étudié la question, a jugé qu'il n'y avait pas de preuves qu'une relation même éloignée pouvait exister entre le fait d'être immunisé et celui de contracter la poliomyélite dans la forme paralytique.

Tout d'abord il est exceptionnel de contracter la poliomyélite avant l'âge d'un an; en deuxième lieu, le vaccin que nous employons à Montréal ne contient aucun irritant local et est absorbé rapidement par l'organisme.

Enfin durant les épidémies de 1946 et 1949 à Montréal, on n'a jamais constaté qu'il existait de prédisposition chez les enfants immunisés depuis quelques mois à développer la forme paralytique de la poliomyélite.

Le programme d'immunisation contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos, comporte de nombreux avantages et doit être appliqué tel que préconisé durant tout le cours de l'année.

S'il faut que l'enfant qui entre à l'école pour la première fois soit vacciné contre la variole et immunisé contre la diphtérie et la coqueluche, les parents doivent également se préoccuper de l'état de santé de ce nouvel élève. Dans les cliniques municipales, avant la vaccination les médecins procèdent à un examen physique qui renseigne les parents sur les défauts et anomalies qui peuvent nuire à l'enfant dans son travail scolaire.

Un traitement de ces défauts physiques doit être institué durant le mois d'août afin qu'aucun retard ne survienne à l'entrée des classes en septembre. Il y a également les autres écoliers et écolières à qui l'on a remis durant l'année scolaire des avis concernant différents défauts physiques, tels la carie dentaire, l'hypertrophie des amygdales, les troubles visuels, la dénutrition, etc., qu'il faut faire traiter et surveiller afin qu'ils entreprennent une nouvelle année dans des conditions de santé favorable à la poursuite de leurs études.

En suivant ces conseils, les parents augmenteront la résistance et la vigueur corporelle de leurs enfants et créeront ainsi dans leur famille une ambiance de joie et de bien-être, qui compensera pour les labeurs et les sacrifices qu'ils se sont imposés.

LE DIABÈTE VU PAR UN HYGIÉNISTE[1]

Lucien DUBREUIL, M.P.H.,
Assistant-surintendant de la Division de l'hygiène de l'enfance,
Service de Santé.

Le diabète devient de plus en plus un problème d'hygiène publique auquel les services de santé doivent s'intéresser.

Il suffit pour s'en convaincre, de consulter les statistiques; nous y voyons qu'à Montréal seulement, pour la période de 1920-1925, il y avait une moyenne de 74 décès attribuables à cette maladie, donnant un taux de 11,5 par 100 000 de population. De 1925 à 1930, la moyenne des décès a monté à 99 avec un taux de 13,4. De 1930 à 1935, les décès ont atteint la moyenne de 153 donnant un taux de 18,6. De 1935 à 1940, la moyenne des décès fut de 204 avec un taux de 23,5. De 1940 à 1945, le nombre des décès a encore augmenté et a atteint la moyenne de 264 avec un taux de 28,4. De 1945 à 1950, les chiffres ont encore augmenté: 287 décès en moyenne avec un taux de 28,1.

Ces chiffres sont suffisants, je crois, pour nous prouver qu'il y a là un problème et le Service de santé de Montréal, sous l'habile direction du Dr Groulx, l'a compris et veut faire sa part dans ce nouveau domaine, toujours d'une façon préventive évidemment. Comment cela peut-il être réalisé?

Rappelons-nous d'abord que le diabète, qui est une maladie de la nutrition, est presque toujours acquis et la plupart du temps évitable. On peut le définir comme suit: « Une maladie dans laquelle les cellules du pancréas ont perdu leur capacité d'utiliser le sucre, d'où accumulation dans le sang et passage dans les urines ». Ceci doit nous faire apprécier la grandeur et l'utilité de la découverte de l'insuline par Banting, substance qui rend d'immenses services à l'humanité en remplaçant ou en compensant, si vous aimez mieux, l'insuffisance du pancréas qui ne sécrète plus assez d'insuline pour utiliser les sucres. C'est là que l'insuline commerciale joue son rôle si important.

Cette insuffisance des cellules pancréatiques n'est évidemment pas le seul facteur dans l'histoire du diabète, mais c'est le principal.

Causes prédisposantes au diabète:

1° — *L'hérédité,* un sujet qui est né de parents diabétiques court beaucoup plus de risques de le devenir que son voisin né de parents indemnes.

2° — *L'obésité,* prédispose aussi au diabète.

3° — Les travailleurs de l'esprit sont plus souvent atteints que les travailleurs manuels.

4° — *Le sexe joue* aussi un rôle; et c'est le sexe féminin qui l'emporte.

5° — *L'âge* aussi est important et l'on trouve les cas de diabète en majorité entre les âges de 50 et 59.

6° — *La race* peut aussi avoir une influence.

Comment savoir maintenant, ou du moins comment soupçonner que nous pourrions être atteints de cette maladie afin de nous diriger immédiatement chez notre médecin?

Cela peut débuter par des éruptions sur la peau et les organes génitaux qui causeront des démangeaisons. Il y aura parfois apparition de furoncles ou d'anthrax. Vous remarquerez peut-être aussi une perte de forces appréciable, de l'impuissance, malgré un appétit quelquefois désordonné, besoin fréquent, exagéré même de boire et d'uriner et en plus, une perte de poids appréciable.

D'après ce qui a été dit précédemment, vous vous rendez compte qu'il y a dans la vie humaine une période pré-diabétique et une période diabétique. La première peut durer plus ou moins longtemps et peut même dans certains cas, durer toute la vie. C'est ce que nous

1. Causerie prononcée à « La Tribune des Conférenciers de CKAC — Quart d'heure de Concordia », par le docteur Lucien Dubreuil, lundi, le 24 septembre 1951.

voudrions vous aider à atteindre en vous donnant les quelques conseils qui suivent.

D'abord, évitez l'obésité en réduisant la quantité des aliments. Ceci prend d'autant plus d'importance que le sujet est plus exposé au diabète, c'est-à-dire s'il est issu de parents diabétiques par exemple.

L'obésité est souvent un signe avant-coureur du diabète de sorte que la prévention de l'obésité peut très souvent vouloir dire la prévention du diabète. Ainsi une personne d'un âge moyen doit s'efforcer de maintenir son poids dans les limites de la normale et ce, par tous les moyens à sa disposition. Le premier est la diète ou régime alimentaire approprié: tous les aliments peuvent être permis mais dans des proportions réduites, surtout ceux qui font faire de l'embonpoint. En d'autres termes, il faut rester sur son appétit. Le deuxième est de prendre de l'exercice et ceci d'une façon quotidienne et modérée.

2° — Usez de sucreries en très grande modération et en les prenant comme dessert, non entre les repas.

Les personnes sans facteur héréditaire pourront peut-être se permettre d'absorber des sucres en quantité sans provoquer l'apparition du diabète mais ceux qui possèdent ce facteur héréditaire devront être doublement prudents.

3° — Evitez les sauces et les aliments trop épicés.

4° — Les diabétiques, avant de contracter mariage, devraient toujours se faire examiner, fournir un certificat prénuptial et en demander un à l'autre partie. Si cette précaution était toujours prise, l'incidence du diabète serait seulement de ce fait grandement réduite car, comme Whito l'a démontré, si deux personnes diabétiques se marient, tous leurs enfants sont prédestinés au diabète. Si un diabétique épouse une personne non diabétique mais qui est un candidat au diabète par hérédité, la moitié de leurs enfants sont prédestinés. Si deux personnes non diabétiques mais prédestinées au diabète se marient, un quart de leurs enfants seront diabétiques. Maintenant, si un diabétique épouse une personne absolument indemne de diabète, aucun de leurs enfants ne sera diabétique.

Il y a maintenant un fait très important que vous ne devez jamais perdre de vue, c'est que le diabète aggrave les suppurations et la plupart des maladies infectieuses. Il prédispose au cancer (surtout au cancer du foie) et à la tuberculose qui est un mode de terminaison ordinaire du diabète. On rencontre assez souvent aussi chez les diabétiques, la coronarite, l'angine de poitrine, la myocardite et les artérites. Il y a beaucoup d'autres complications au diabète que je passe sous silence mais je pense que je vous en ai dit suffisamment pour vous convaincre de prévenir cette maladie dans la mesure du possible.

Si vous avez le moindre doute sur votre état, allez donc, sans tarder, consulter votre médecin. Vous vous éviterez ainsi bien des désagréments et des chagrins.

En suivant ces conseils, vous courez bien des chances de demeurer dans la catégorie des pré-diabétiques et de mener aussi une vie plus longue et plus agréable. Vous nous aiderez en même temps à abaisser le taux de cette terrible maladie. Vous aurez donc du même coup, rempli un devoir personnel et un devoir social pour lesquels vous retirerez immédiatement votre récompense.

POURQUOI NOS ENFANTS DOIVENT JOUER[1]

Les définitions du dictionnaire laissent parfois à désirer. Il en est ainsi des deux mots « travail » et « jeu » lorsqu'ils sont appliqués aux activités de l'enfant. Car, peut-on savoir exactement quand un enfant commence à « travailler »? Peut-être est-ce lorsqu'à l'école il apprend à lire? A moins qu'apprendre à déchiffrer les lettres soit pour lui simplement un autre « jeu », à peine différent de ceux qu'il pratique en dehors de l'école.

Tout dépend des attitudes et des idées imprimées à l'enfant dès ses premières années — en fait dès sa naissance — attitudes qui seront les siennes lorsqu'il se mesurera avec le monde extérieur. S'il arrive à conserver intacte cette curiosité naturelle que possèdent la plupart des petits, l'enfant grandira en trouvant du plaisir dans la découverte et pourra continuer à ne faire qu'une distinction de principe entre « jeu » et « travail ».

Les jeux de l'enfant et, par dessus tout, la manière dont ces jeux sont dirigés, ont donc une influence considérable sur son développement, du point de vue physique, mental, affectif et social. Il n'est pas rare qu'un enfant, paraissant extrêmement occupé à faire quelque chose qui peut sembler à première vue d'importance secondaire réponde à des adultes l'interrogeant sur son activité: « Je travaille, ne me dérange pas ». Car, à ses yeux, ce qu'il fait est extrêmement important et il est préférable de le laisser terminer, si c'est possible.

Pour un enfant, jouer c'est travailler. En jouant, il cherche à atteindre un but et lorsqu'il l'atteint, il développe ses aptitudes et en même temps éprouve une satisfaction qui pourront influencer considérablement sa manière de penser dans l'avenir. Un pédagogue éminent a dit: « Un bon psychologue peut deviner ce que sera un enfant à l'âge adulte en observant ses jeux ».

On peut dire que l'enfant commence à travailler dès sa naissance. Tout d'abord, le nouveau-né manifeste son activité par des mouvements spontanés et non coordonnés. La coordination se fera graduellement. Les deux premières années de sa vie, l'enfant apprend à s'asseoir et à se tenir debout, puis à marcher et à courir. Toutes ces activités sont pour lui à la fois un jeu et un travail, ou plutôt un jeu-travail, puisque, comme nous l'avons vu plus haut, il est difficile de distinguer l'un de l'autre.

A mesure que l'enfant grandit, ces activités motrices deviennent presque automatiques. C'est à ce moment qu'il faut développer chez l'enfant de nouveaux intérêts, et l'aider à élargir ses horizons. C'est pourquoi il est absolument essentiel de lui donner des instruments éducatifs appropriés. Il n'est pas besoin pour cela que l'enfant s'amuse avec des jouets compliqués et chers qui souvent présentent des inconvénients sérieux. Des cubes en bois, une balle, un tas de sable, un seau et une pelle peuvent procurer à l'enfant des plaisirs sans fin. Les jouets trop perfectionnés et trop variés que parents et amis bien intentionnés donnent aux enfants les déroutent et ne les amusent pas plus que les autres. Un jouet doit donner libre cours à l'initiative et à l'imagination de l'enfant.

Ce n'est que plus tard, pendant la période scolaire, qu'intervient une certaine distinction entre le travail et le jeu. L'idée générale du travail se développe et engendre chez l'enfant un sens de la responsabilité à l'égard d'autrui dans la réalisation d'un objectif commun et, de son côté, le jeu développe en lui l'esprit d'équipe.

Le jeu ne doit pas s'arrêter lorsque l'enfant grandit. Ainsi les sports, qui relèvent d'un besoin naturel d'exercice physique et du désir de jouer, sont particulièrement importants pour les personnes d'activités sédentaires et monotones. L'éducation physique, la danse, le chant,

1. O. M. S.

etc. contribuent au développement général de l'enfant, tandis que le dessin et la peinture lui donnent le sens des proportions et des couleurs, et les travaux manuels, tels que la menuiserie, la sculpture, etc. encouragent son esprit d'invention.

Enfin l'enfant doit avoir les moyens de jouer et de s'ébattre dans des espaces libres, tels que parcs, jardins ou terrains de jeux. Ceux-ci sont trop rares encore dans les grandes villes, mais l'architecture et l'urbanisme modernes commencent à accorder l'importance qu'il mérite à cet important problème. Multiplier et améliorer ces espaces, donner à l'enfant le milieu favorable à son libre développement, telle est la tâche que doivent s'assigner ceux que préoccupe le bien-être des jeunes.

VARIÉTÉS

EN DEVOIR

L'UNION OUVRIÈRE ET LA PROFESSION MÉDICALE

par J. P. NICOL,
Directeur de l'Education et des Recherches pour l'Union Internationale des travailleurs dans l'industrie de la pulpe, du sulphite et du papier.

Né à Thorold, Ontario, en 1915, M. Nicol termina ses études à l'Université de Toronto en 1938 où il obtint son diplôme ès-Arts. Il fut appelé au Barreau de l'Ontario en 1941, et pratiqua le droit à Toronto jusqu'en 1944 alors qu'il accepta ses fonctions actuelles. Reconnu comme un penseur judicieux et objectif, M. Nicol, au cours de cet article spécial, transmet les impressions qu'il a amassées pendant ses contacts quotidiens avec un groupe considérable et représentatif des unions ouvrières au Canada.

Il y a une génération, le médecin était une personne que l'on demandait seulement dans les cas d'urgence, pour traiter un bras cassé ou pour soigner la fièvre et d'autres maladies graves. Les ouvriers s'intéressaient alors à plus d'argent et à moins d'heures de travail. En somme les médecins et les chefs ouvriers n'avaient rien en commun.

De nos jours, les ouvriers ont à cœur la sécurité sociale qui comprend l'assurance en cas de maladies, accidents et hospitalisation, compensation pour la perte de travail due aux maladies et accidents, etc. Dans tous ces plans d'assurance, le médecin joue un rôle primordial car son certificat est la clef qui permet le payement des bénéfices aux travailleurs, les frais du médecin ou de l'hôpital, peu importe si ces paiements proviennent des compagnies d'assurance, d'organisations telles que la Croix Bleue, ou de compensations provenant de subsides gouvernementaux.

Le public en général peut très difficilement analyser le domaine économique et interprète souvent dans l'erreur les chiffres élevés qui apparaissent sur les états financiers des compagnies d'assurance. Comme les compagnies d'assurance possèdent beaucoup d'argent, selon l'impression qui existe, il n'est pas nécessaire de pratiquer l'économie lors du règlement des réclamations.

Examinons alors le mirage qui fait croire que les fonds d'une compagnie d'assurance sont inépuisables. Beaucoup de gens payent des primes qui s'accumulent pour former un capital. Lorsque ces primes se chiffrent par milliers, leur ensemble peut se chiffrer à un moment d'argent très considérable. Mais ce montant doit couvrir un champ très vaste. D'abord une petite proportion, soit 10 à 15 pour cent ou plus, est retenue par la compagnie pour payer salaires, entretien et autres dépenses d'administration. La balance est employée pour payer les soins d'hôpitaux (sur la recommandation du médecin), la perte de temps au travail (sur la recommandation du médecin), et les frais du médecin (que plusieurs personnes croient augmentés lorsqu'ils peuvent être perçus par une compagnie d'assurance).

Nous pouvons donc réaliser facilement l'importance du rôle des médecins. Si le médecin approuve seulement les périodes d'hospitalisation et de convalescence qui sont nécessaires et s'il ne profite pas des moyens faciles de percevoir ses honoraires par l'entremise des plans d'assurance, les fonds d'assurance dureront longtemps. Si le médecin n'est pas aussi consciencieux, les fonds peuvent être dépensés et seront alors insuffisants pour répondre aux réclamations qui seront faites.

La compagnie d'assurance détermine le montant de la prime après une analyse judicieuse de tous les faits disponibles relatifs à cette question. Mais, depuis toujours, l'expérience démontre que la prime n'est jamais suffisamment élevée et que les fonds ne réussissent pas à répondre aux réclamations soumises. La prime doit être augmentée, et l'année suivante elle sera peut-être augmentée de nouveau. Cette tendance est aggravée par l'inflation qui fait monter le coût de la vie et par la concurrence sans cesse grandissante qui existe entre les compagnies d'assurance elles-mêmes, ce qui résulte en primes initiales non fondées.

Lorsque les compagnies d'assurance augmentent le taux de la prime, elles donnent des faits démontrés par des analyses qui indiquent pourquoi l'augmentation est nécessaire. L'examen de ces faits révèle que le médecin a souvent tort. Les dossiers de l'expérience démontrent que parfois les patients sont hospitalisés plus longtemps qu'il est nécessaire, qu'ils sont souvent envoyés à l'hôpital pour être sous observation alors que ces soins pourraient se donner à la maison, que les honoraires plus élevés existent pour des patients assurés que pour ceux qui ne le sont pas, et que certains cas obtiennent les bénéfices maximum disponibles sous un plan d'assurance en dépit de l'augmentation des taux dans une région particulière. L'on croit de plus en plus que les médecins « saignent » les plans d'assurance en abusant des fonds d'assurance.

Cependant, les médecins généralement ne semblent rien faire pour se défendre contre de telles accusations et de telles opinions. Il existe des cas où les médecins exigent moins de frais que les honoraires en vigueur lorsque l'allocation de l'assurance est moindre. Mais qui est au courant de ce fait? Pourquoi le médecin tournerait-il les patients contre lui — en se montrant en désaccord avec ce dernier dans le but de faire épargner quelques dollars à une compagnie d'assurance? Voilà un point de vue qui n'est pas présenté aux yeux des travailleurs ou du public.

Dans le passé, lorsqu'une personne simulait la maladie, le meilleur traitement consistait à lui donner une pilule inoffensive et la renvoyer chez elle. De telles personnes se limitaient au nombre des neurotiques puisqu'elles devaient payer de leur poche les frais du médecin et de plus compenser elles-mêmes la perte de temps en salaire. Il n'existait alors aucune raison de risquer de les offenser et la meilleure solution consistait à se soumettre à leurs caprices.

Aujourd'hui la compagnie d'assurance peut payer les frais, alors plus de gens essaient de jouer le médcein — car ils n'ont rien à perdre. Même dans les cas ou un individu doit payer lui-même pour une consultation, il n'hésitera pas à risquer $5. pour une visite chez le médecin s'il anticipe de recevoir un certificat d'une valeur de $20 ou $40 en bénéfices d'assurance, qui proviennent de la poche des autres travailleurs. Voilà la difficulté. De nos jours les gens qui vont consulter un médecin pour un mal imaginaire ne sont pas nécessairement des neurotiques. Ils peuvent essayer de tromper la société. Lorsque le médecin insiste sur l'honnêteté absolue, il ne protège pas la compagnie d'assurance, mais il protège tous les travailleurs de sa région. La compagnie d'assurance ne paye pas son argent propre, elle paye l'argent qu'elle reçoit des autres, et si ce montant est insuffisant, elle augmente les primes.

Il faut considérer à la base de ce domaine, que le médecin n'est pas seulement un homme qui prodigue des soins, mais qu'il est devenu un administrateur officiel important dans la société. Il succède à l'avocat comme arbitre des réclamations sociales. Le sceau du notaire est remplacé par le certificat du médecin. Ce fait suscite donc un très gros problème dans le domaine des relations publiques, car si le public soupçonne quelques certificats médicaux, il leur donnera beaucoup moins de valeur.

Les certificats médicaux doivent être de premier ordre si la bonne réputation du médecin doit être maintenue. Même si la compagnie d'assurance impose une obligation non désirable sur les épaules du médecin en lui deman-

dant de bien analyser les contrats, il ne peut se soustraire à ce devoir sans nuire à lui-même, à la profession et aux gens qu'il soigne. Les devoirs professionnels ne peuvent se séparer des devoirs sociaux.

Les certificats sont beaucoup plus que la clef des coffres-forts des compagnies d'assurance. Ils sont aussi la clef pour obtenir des positions aujourd'hui et influencer le droit d'une personne au travail et déterminer son genre d'emploi. Un travailleur peut ne plus avoir droit aux compensations des accidents du travail par suite d'un rapport médical, mais lorsqu'il retourne à l'usine, le rapport du médecin de la compagnie peut indiquer que ce travailleur n'est pas en état de reprendre son ancien travail. Plusieurs de ces cas exigent un procédé de réhabilitation. Dans certains cas, le travailleur ne retournera jamais à son ancienne occupation et doit apprendre un nouveau métier ou travailler comme journalier le reste de sa vie. Dans trop de cas, personne ne se donne la peine d'expliquer ce fait au travailleur.

L'on se demande pourquoi les médecins ne prennent pas une part plus active en recommandant un programme de réhabilitation et des métiers alternatifs, surtout en avisant le patient le plus vite possible des besoins et des problèmes de réhabilitation, etc. Trop souvent le patient prend connaissance de son état seulement lorsqu'il retourne au travail, et même dans ce cas il est renseigné indirectement. Il apprend sa condition avec surprise et n'a aucune personne à consulter si ce n'est le chef ouvrier.

Ici, il semble que le médecin ne réalise pas les conséquences de son rôle, qu'il ne considère pas la portée très grande de l'état du patient ou l'effet que sa condition apportera sur son porte-monnaie.

La profession médicale est mieux reconnue que toutes les autres professions. Cette haute réputation a été acquise au cours de plusieurs générations de travail ardu et de succès. Mais la profession subit actuellement un ajustement très difficile qui implique de grandes conséquences sociales, dans la nouvelle période de sociologie que nous traversons. A moins que la profession ne s'ajuste rapidement, le travail des générations précédentes sera oublié par un public changeant qui voit seulement les effets sociaux actuels des actes des médecins.

La profession médicale semble au courant de ce fait et s'occupe présentement d'entraîner les futurs médecins pour ce nouvel état. De plus en plus, les écoles médicales introduisent des cours de sociologie dans leur programme d'études. Ce cours est nécessaire et utile. De nos jours, les médecins doivent connaître l'économie, la sociologie et un peu de science commerciale. Ce qui est encore plus important, il doit posséder suffisamment de conviction morale pour dire non lorsque non est la réponse honnête qu'il doit donner.

Cependant, ce qui est plus pressant actuellement à corriger, c'est l'ignorance de sociologie du médecin qui doit connaître les nouvelles demandes de la société et les conséquences de ses propres actions. Voilà la tâche la plus difficile, et dans l'opinion du monde ouvrier, il s'agit du travail le plus urgent et le plus important au point de vue des relations publiques, que la profession médicale doit envisager à l'égard de ce problème. Il existe beaucoup d'ironie dans le fait que le médecin, étant l'une des personnes qui travaillent le plus de nos jours, n'a pas le temps d'assister aux cours qui se donnent dans sa région, sur l'économie, la sociologie et d'autres sujets qui pourraient lui donner une compréhension plus grande dans ces domaines.

RÉFLEXIONS SUR LA MÉDECINE INTERNE[1]

Professeur A. LEMIERRE,
Membre du Comité de Direction de l'Association des Médecins de Langue Française.

Plus encore que les événements, c'est l'évolution des Sciences médicales au cours de ce dernier demi-siècle qui a contribué à conférer aux Congrès tenus en France et à l'étranger un aspect nouveau et s'écartant de plus en plus de ce qu'il était jadis.

Déjà, lors du Congrès international de 1900, les représentants de la médecine avaient senti la nécessité de se scinder en un certain nombre de sections distinctes. A côté de celle de pathologie interne, il y eut les sections de pathologie générale, d'anatomie pathologique, de neurologie, de pédiatrie, de dermato-syphiligraphie, sans compter celles, d'ailleurs médicales par leurs tendances, de bactériologie et de parasitologie. Il est vrai qu'entre ces diverses sections il n'y avait pas de cloisons étanches. Elles tinrent des réunions plénières. Tout auditeur muni d'une instruction tant soit peu étendue pouvait passer de l'une à l'autre sans s'y sentir dépaysé. Certains de nos maîtres d'alors ont pu même faire, en restant égaux à eux-mêmes, des communications dans plusieurs sections différentes.

Par la suite, à Paris du moins, nous n'avons plus vu se réaliser rien de semblable. Certes, nos Congrès périodiques de l'Association des Médecins de Langue française, dont la suite ne s'est jamais interrompue que pour laisser passer les orages, méritent bien, par leur esprit et par la diversité des questions qui y sont traitées, le nom de Congrès de Médecine interne. Mais on comprend qu'ils jouissent d'une audience moins étendue.

La médecine s'est, pour ainsi dire, compartimentée et ses compartiments sont devenus de plus en plus imperméables les uns aux autres. La faveur du corps médical est allée aux Congrès de neurologie, de pédiatrie, de gastro-entérologie, de phtisiologie, de cardiologie et à d'autres encore, exclusifs de toute autre partie de la médecine, où affluent ceux qui se consacrent uniquement ou presque uniquement à l'étude et à la pratique d'une de ces spécialités. Bien souvent le médecin non spécialisé, l'interniste, pour user d'une expression qui commence seulement à pénétrer en France, mais que je retiens et que je me réserve de définir plus exactement tout à l'heure, se sent étranger à de tels milieux et s'abstient d'y paraître.

Dans le beau discours qu'il a prononcé à la Séance inaugurale du XVIIe Congrès français de Médecine, l'an dernier, à Genève, mon ami, le Professeur Maurice Roch, a traduit en termes excellents les sentiments qu'éprouvent beaucoup d'entre nous en face de cette segmentation de plus en plus accentuée de la science médicale et de ses applications. Il voudra bien me pardonner et ne pas me taxer de plagiat si je m'inspire de quelques-unes de ses paroles.

Force nous est de reconnaître que la spécialisation est inévitable, nécessaire et souhaitable. Sans tomber dans le lieu commun en rappelant, devant un auditoire si averti, de quelle moisson de faits et de notions disparates ne cesse de s'enrichir la médecine, à un rythme toujours plus accéléré à mesure que se multiplient dans le monde les centres de recherches, souscrivons seulement à l'aveu qu'aucun d'entre nous ne peut émettre la prétention d'enregistrer dans sa mémoire la symptomatologie de tous les états morbides nouvellement identifiés, dont la liste s'allonge au fil des jours, et d'en faire du premier coup le diagnostic quand ils se présentent à lui; de détenir le secret et de tirer partie, sans le secours de quelqu'un d'autre, de toutes les techniques de laboratoire; de manier avec dextérité toute la série des instruments et appareils d'exploration et de me-

1. Extraits du discours prononcé le 11 septembre 1950 à la Séance inaugurale du 1er Congrès International de Médecine Interne, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de Médecine de Paris, par le Professeur Lemierre, président du 1er Congrès International de Médecine Interne.

sure, délicats et compliqués, avec lesquels on ne se familiarise et dont on ne peut attendre de réponse valable qu'au prix d'un apprentissage prolongé et d'un usage ininterrompu. Pour que le progrès ne subisse pas d'arrêt et qu'il s'intensifie, il faut que certains d'entre nous s'astreignent, dans leurs études et leur pratique, à orienter leurs activités dans un sens toujours le même et étroitement défini. Quiconque aspire à la maîtrise dans une spécialité, ou simplement à y faire figure honorable, doit consentir à ne pas trop souvent détourner ses regards vers ce qui s'en écarte, car la vie humaine est brève et les possibilités d'assimilation du cerveau humain ont des limtes.

Mais ce n'est là qu'une des faces de la Médecine. En dépit de ce que s'affirme l'existence de spécialités de plus en plus nombreuses, plus nettement différenciées et plus hermétiques, la tradition est demeurée vivante des grands précurseurs qui, rompant avec les doctrines nébuleuses du passé et confiants dans les seules perceptions de leurs sens, ont, sur la base de leurs constatations cliniques et anatomopathologiques, édifié la médecine moderne; la tradition qui, remontant aux Morgagni et aux Avenbrügger, s'est perpétuée avec les Laënnec, les Bright, les Addison, les Trousseau, les Traube, les Kussmaul (pour ne citer que quelques exemples pris au hasard), dont le nom reste attaché à la description d'une maladie, d'un groupe de maladies, d'un symptôme ou d'un syndrome pathognomoniques, ou à l'invention d'une éminente méthode d'exploration, et qui, comme en témoignent leur existence et leurs écrits, ne sont restés étrangers à aucune des disciplines médicales. Souvenons-nous de la diversité des sujets abordés avec une égale compétence par Trousseau, dans ses célèbres Cliniques de l'Hôtel-Dieu, que nous relisons toujours avec fruit. Et, vers la fin du XIXe siècle, un Jaccoud et un Dieulafoy ont pu tirer de leur propre expérience et rédiger sans l'aide de collaborateurs des traités de Pathologie interne où des générations d'étudiants ont puisé le plus solide de leur instruction.

Cette tradition, déjà plus que centenaire, s'est maintenue, quand, sous l'impulsion des travaux de Claude Bernard et de Pasteur, des horizons inattendus se sont profilés devant la Médecine, justifiant, tant étaient vastes les territoires pleins de promesses soudain ouverts à la curiosité des chercheurs, que chacun d'eux n'entreprit d'en explorer qu'une parcelle restreinte. Cette époque, dont la nôtre est le prolongement, a connu une pléiade de grands cliniciens, prompts à percevoir, dans le flux montant des acquisitions nouvelles, ce qu'il était indispensable d'en retenir et de mettre à profit, non seulement pour ne pas rester en retard sur leur temps, mais pour apporter leur propre pierre à l'édifice commun, et qui n'en sont pas moins demeurés des adeptes fervents de la Médecine interne, entendue dans son sens le plus large.

Certes, d'autres pays que la France peuvent à bon droit s'enorgueillir d'avoir possédé des savants de cette envergure. Mais, dans cet amphithéâtre qu'il a illustré par l'éclat de son enseignement, ma pensée se reporte invinciblement vers l'un des nôtres, un des plus représentatifs de cette période, à mon maître, le Professeur Fernand Widal.

Qu'il me suffise de lire devant vous ces quelques mots inscrits sur le monument dédié à sa mémoire par ses amis et ses disciples:

Sérodiagnostic
Cytodiagnostic
Cure de déchloruration
Syndrome azotémique
Colloïdoclasie

Chez ceux de ma génération quels souvenirs ces quelques mots, en leur sèche concision, évoquent d'une œuvre scientifique éblouissante, de secrets arrachés à l'inconnu, d'innovations techniques, d'idées lumineuses et fécondes, qui sont demeurées comme les fils directeurs de ce qui s'est fait par la suite et de ce qui se fait encore!

Par l'ubiquité de son savoir, par l'ampleur et la diversité de ses travaux, Widal a dominé la médecine dont aucune branche n'a échappé à son emprise et qu'il n'ait fait progresser.

Il a réuni en lui les qualités les plus éminentes du clinicien. Son champ d'études a été avant tout l'hôpital, et notamment cet Hôpital Cochin où, pendant plus d'un quart de siècle, des médecins du monde entier sont venus s'instruire à son école. Il possédait au suprême degré l'art d'extraire de l'interrogatoire et de l'examen somatique du patient et de mettre en lumière le point spécial, le minime détail, inaperçu ou sous-estimé des autres, qui conférait au cas le plus banal en apparence un intérêt inattendu ou qui était la clef d'un diagnostic difficile. Puis, sans quitter le ton familier et en restant accessible à tous, il s'élevait à des considérations plus générales d'une originalité et d'une pénétration singulières, qui s'imprimaient profondément dans la mémoire de ses auditeurs et ouvraient les intelligences à de fructueuses méditations.

Un impérieux besoin de savoir, servi par une infaillible perspicacité et un choix judicieux de lectures, le poussait à rechercher et le mettait à même de discerner, parmi ce qui passait devant ses yeux, ces cas qu'il appelait « privilégiés », ces cas qui, scrutés sur toutes leurs faces, puis soumis au contrôle de toutes les investigations et de toutes les épreuves compatibles avec le respect dû à la personne humaine, prêtent, pour quiconque est préparé à en tirer parti, à des déductions susceptibles d'élucider la pathogénie des processus morbides complexes, d'en faciliter ultérieurement le diagnostic, d'en perfectionner la thérapeutique, et qui ont été le point de départ et le principal instrument de ses travaux les plus notoires.

On m'objectera peut-être que ce dont ont été capables Widal et ses contemporains risque de s'avérer de moins en moins réalisable et que les grandes découvertes, qui résistent à l'épreuve du temps, deviendront peu à peu l'apanage exclusif des chercheurs qui, pendant toute leur existence, s'acharnent à approfondir le même sillon.

N'en croyons rien. La race n'est pas près de s'éteindre des cliniciens clairvoyants, munis d'une haute culture, et qui, parce que leur curiosité toujours en éveil les poussera à d'heureuses incursions dans les directions les plus diverses, parce que leur expérience se rajeunira sans cesse à toutes les sources rencontrées sur leur chemin, sauront eux aussi, dépister, au hasard de l'observation journalière, ces cas privilégiés dont parlait Widal, les mettre en valeur et exercer sur l'orientation des sciences médicales la même influence salutaire que leurs plus illustres devanciers.

Telle est, dans son sens le plus large, la Médecine interne. Cependant la tendance actuelle est de réserver cette application à celle dont le domaine embrasse, sans discrimination, toutes les maladies dites internes de l'adolescence et de l'âge adulte et la qualification d'interniste à celui qui en fait profession. Le pédiatre, dont la compétence s'étend à l'ensemble des maladies internes de l'enfance, est, à tout bien considérer, un interniste, mais il a ses hôpitaux, ses sociétés, ses congrès particuliers, et il est classé parmi les spécialistes, avec tout le prestige qui s'attache à ce mot dans un certain public.

La Médecine interne, telle qu'on la définit plus précisément aujourd'hui, est, disons le bien haut, elle aussi une spécialité. Sur le terrain scientifique, comme sur le terrain pratique, elle en a tous les caractères et toute la dignité.

C'est à l'interniste qu'échoit la mission de guider les premiers pas des étudiants dans les Facultés, de les initier à cette éducation des sens que Corvisart plaçait à la base de la formation du clinicien, de graver dans leur esprit les notions fondamentales d'où dépend leur comportement futur au cours de leur carrière professionnelle.

C'est à l'interniste que, le plus souvent, ceux qui souffrent font le premier aveu de leurs misères. C'est sur son service d'hôpital que sont dirigés sans distinction préalable tous les malades médicaux et nombre de malades chirurgicaux. C'est à lui qu'incombe la charge, passez-moi cette expression familière, de les débrouiller, de les interroger longuement, d'en pratiquer l'examen somatique et psychique minutieux, de découvrir le siège et la nature de

leur mal, de faire le point sur leur état général. D'emblée son rôle est celui d'un arbitre et ses responsabilités sont grandes. De l'orientation première de son diagnostic dépend le sort de ceux qui se sont confiés à lui.

Ce diagnostic exige-t-il un supplément de précisions et l'interniste n'a-t-il pas en main les moyens techniques nécessaires pour cela; le traitement qui s'impose échappe-t-il à ses attributions, c'est à lui de diriger le patient sur le spécialiste médical ou sur le chirurgien de son choix, en informant celui-ci de ses propres constatations, de dresser ensuite le bilan des renseignements recueillis, de les coordonner et de décider, d'accord avec le spécialiste ou le chirurgien, de la thérapeutique à instituer.

Inversement le malade, se fiant à ses propres impressions souvent trompeuses, croit-il devoir consulter d'emblée un chirurgien ou un spécialiste chirurgical, celui-ci usera de prudence en réclamant avant de rien entreprendre, l'examen et les conseils de l'interniste. Et c'est ce qui se passe habituellement.

En ce qui concerne ceux qui, dès leur sortie de l'Ecole, et sans avoir par des études suffisamment prolongées perfectionné leur instruction générale, sont tout de suite allés vers une spécialité médicale, ils feront bien de se défier d'eux-mêmes. Heureusement, pour beaucoup de spécialistes médicaux, et ce sont les plus avertis, la situation se présente sous un jour différent.

Jusqu'à présent la tradition s'est maintenue en France d'imposer à ceux qui aspirent à devenir chefs de service dans les hôpitaux de faire préalablement la preuve, sur le terrain théorique et clinique, qu'ils possèdent des clartés substantielles de toutes les branches de la pathologie médicale. Libre à eux, après avoir passé par cette filière, dont ils gardent l'empreinte ineffaçable, de se consacrer entièrement à une spécialité de leur choix, à laquelle la plupart d'entre eux se sont d'ailleurs déjà préparés.

Bien plus, nos agrégés, avant d'accéder aux chaires de cliniques spécialisées, sont assez souvent appelés à occuper temporairement certaines chaires d'enseignement général, excellente occasion pour eux de procéder à une révision et à un rajeunissement de leurs connaissances anciennes. On peut critiquer ce système; mais il ne paraît pas que, tout en assurant la pérennité et la prééminence de la Médecine interne, il ait entravé le recrutement de médecins spécialisés dont la science et les travaux font autorité.

Sous des formes différentes et suivant les coutumes de chaque pays, c'est, me semble-t-il, sensiblement ce qui se passe ailleurs.

Les plus éminents des spécialistes médicaux ne sont, tout compte fait, que des dissidents, des enfants perdus, mais aussi des enfants splendides, de la Médecine interne. Contraints par la force des choses à ne plus diriger leurs activités que vers une catégorie de maladies et de malades, ils n'en restent pas moins marqués au coin de leur formation première, pour le plus grand avantage de la discipline qu'ils s'emploient à faire progresser.

Cependant l'interniste, fort de ses mérites et conscient d'être, par son enseignement dans les chaires de pathologie et de clinique médicales, le gardien de la culture générale des médecins, entend ne subir aucun effacement et ne pas laisser s'affaiblir son prestige.

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

SILICOSE

Traitement et directives

Quant au traitement de ces différentes conditions pulmonaires industrielles, il consiste surtout en des mesures hygiéniques et prophylactiques. L'état et les organismes de santé y pourvoient par des règlements et des lois. Ils rencontrent habituellement la coopération des employeurs qui y voient leur intérêt autant que celui de l'employé.

Dans la Province de Québec, la concentration permise de silice libre ne doit pas être de plus de cinq millions de particules par pied cube d'air.

Concentration de poussière de silice permise (Haute teneur)

	Millions de particules par pied cube
Québec	5
Ontario (Mines d'or)	8,5
Sud Afrique	4,5
Australie	6
Etats-Unis	5

Les directives à donner à l'employé devant une image anormale dépendront d'un grand nombre de facteurs dont les principaux sont: l'emploi, l'âge, le temps d'exposition, l'état général et les conditions associées. Par exemple, chez un ouvrier dans la cinquantaine qui a été exposé pendant une vingtaine d'années, il n'y a pas lieu nécessairement, même en présence d'une radiographie positive, de faire changer d'emploi si l'épreuve de tolérance est bonne. D'abord l'ouvrier y perdra en gages, sera mécontant et deviendra inquiet au sujet de sa santé. De plus, une des caractéristiques de la silicose est que la maladie continuera d'évoluer insidieusement même en dehors de l'exposition. Mieux vaut donc le laisser à son emploi, puisqu'il est satisfait de son sort, tout en exerçant une surveillance clinique et radiologique périodique.

Les directives seront bien différentes par contre, chez un ouvrier encore jeune, avec peu de temps d'exposition. Quant au traitement à proprement parler, il est symptomatique tout au plus.

Aluminium

Et que dire du traitement par l'aluminium?

Ce mode de traitement a été fort discuté de toutes parts depuis les démonstrations de Denny, Robson et Irwin à l'Institut Banting de Toronto en 1936. On avait alors démontré que les fines particules d'aluminium avaient une action inhibitrice sur la silice dans les poumons d'animaux de laboratoire. Pendant des années, on a alors essayé de faire inhaler des poussières d'aluminium aux employés de diverses industries, par des procédés différents.

Les résultats, sans être véritablement contradictoires, ne sont pas du tout concluants, tant en ce qui concerne le traitement lui-même que la prophylaxie. Si l'on tient compte du fait que la silicose ne se développe que lentement et après de nombreuses années d'exposition, ce n'est que l'élément « temps » qui permettra de conclure à l'efficacité de cette méthode prophylactique.

Résumé

1 — Il n'y a que la silice et l'asbestos qui peuvent causer une fibro-nodulation pathologique.

2 — De nombreuses conditions pulmonaires peuvent simuler la silicose.

3 — Problème social, hygiénique et médical qui peut être facilement contrôlé et résolu par collaboration des unions, des employeurs, des organismes d'hygiène et des médecins.

Gaétan JARRY,
(directeur médical de l'Institut Bruchési)

THIOURACIL ET PROPYL-THIOURACIL DANS LE GOITRE TOXIQUE DIFFUS

Soixante-dix malades furent traités au thiouracil et au propyl-thiouracil. Dose quotidienne: 600 mg de thiouracil, 300 mg de propyl-thiouracil, jusqu'à ce que le métabolisme basal soit réduit à un niveau normal. Cette dose fut réduite de moitié et davantage pour obtenir une dose d'entretien minimum. Après une année de traitement, on cessa la médication, on maintint une observation suivie des malades. Une rémission de 6 mois à un an après la cessation du traitement fut jugée significative. Quarante sept malades poursuivirent le traitement pendant un an. On put suivre 39 de ces malades pendant une durée de 6 mois à 4 ans; 30 d'entre eux maintiennent une rémission de plus de 6 mois (77%) et 25 de plus de 4 années.

Neuf sujets eurent une rechute, dont un 10 mois après le traitement et les 8 autres en deça de 4 mois. Il découle que si la rémission dépasse 6 mois ou à plus forte raison 1 année, les risques de récidive sont peu probables. Manifestations toxiques chez 9 malades: 7 cas sur 37 malades au thiouracil, 2 cas sur 46 malades au propyl-thiouracil. Chez 27 malades, on mesura le volume de la thyroïde avant, pendant et après le traitement. Dans 13 cas (48%) le volume diminua, il demeure le même dans 12 cas (45%) et augmenta chez 2 malades (7%) durant le cours du traitement.

La granulopénie se montrant chez 24 malades fut traitée à la pyridoxine à la dose de 60 mg à 150 mg par jour.

(Samuel Greenberg et Maurice Bruger, *Am. J.M.Sc.*, **220**: 373, oct. 1950).

PROPHYLAXIE DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU PAR LA PÉNICILLINE

La pénicilline constituerait un agent prophylactique remarquable de la maladie rhumatismale. Soit par l'étude des poussées articulaires, soit par la recherche du streptocoque hémolytique dans le pharynx des malades, on a constaté que la pénicilline par la bouche ou par voie parentérale agit sûrement à titre prophylactique contre l'infection rhumatismale.

Des auteurs constatèrent ces effets avec des doses de pénicilline buccale de 800 000 unités quotidiennes en quatre doses de 200 000 unités jusqu'à une dose totale de 5 000 000 d'unités pendant la première semaine de chaque mois.

D'autres utilisèrent la pénicilline retard chez des enfants à infection rhinopharyngée et susceptibles d'infection à streptocoque: une première dose de 300 000, une seconde de 300 000 et une troisième de 600 000 unités à quarante-huit heures d'intervalle. (André Ravina: *La Presse Médicale*, **59**: 976, 7 juillet 1951)

RADIOTHÉRAPIE DE L'ARTHRITE, DE LA BURSITE ET DE LA RADICULITE

La radiothérapie des bursites aiguës et chroniques, plus particulièrement sous-daltoïdiennes et plus rarement de l'oléocrane et du genou, de l'arthrite chronique plus spécialement de la hanche et des radiculites causées par de l'arthrite vertébrale, peut donner des résultats heureux. Dans le cas des douleurs radiculaires, un diagnostic différentiel portant sur les nombreux facteurs possibles d'irritation et de compression des racines rachidiennes, doit être établi avant de soumettre le malade à la radiothérapie. Si l'arthrite vertébrale est reconnue comme facteur étiologique, le traitement aux rayons X peut être tenté d'autorité et avec espoir de succès. En ce qui concerne l'arthrite chronique, c'est dans l'arthrite rhumatoïde où l'emploi de la cortisone et de l'ACTH est encore au stage préliminaire, où celui des sels d'or comporte certains risques d'intoxication ou d'intolérance, que la radiothérapie peut se montrer utile. (L. J. Gelber: *Int. Record of Medicine*, **64**: 62, fév. 1951).

TRAITEMENT DE L'ÉTAT DE MAL ASTHMATIQUE

Hospitalisation, ce qui au surplus éloignera le malade de certains allergènes éventuels inhérents au milieu familial. Apaisement du

malade affolé, par le médecin. Cessation de toute thérapeutique par l'épinéphrine (adrénaline), l'éphédrine ou de tout autre médicament sympathicomimétique. Hydratation du malade par des solutés glucosés et salés en intraveineuses durant les premiers jours. Aminophylline toutes les 4 ou 6 heures. De l'iodure de soude comme expectorant. Elévation manuelle du diaphragme. La bronchoscopie peut être nécessaire contre l'asphyxie. Des antibiotiques par voie parentérale ou par aérosol peuvent être utiles pour prévenir une infection bronchique. Les antihistamines sont contre-indiquées. (W. S. Eisenstadt: *Minnesota*, **33**: 983, oct. 1950.)

L'ARTÉRITE TEMPORALE

On en connaît pas exactement la cause. Dans le tiers des cas, elle peut amener la cécité de l'œil homolatéral à l'artérite. Elle se montre exclusivement chez les blancs de 55 à 80 ans et surtout du sexe féminin. Un syndrome infectieux et une douleur violente, lancinante fronto-temporal constituent les principaux symptômes, du moins au début. L'artère temporale est proéminente, nodulaire, tortueuse, elle cesse de battre. On observe de l'hyperleucocytose sanguine et une sédimentation du sang élevé. Il s'agit d'un processus d'artérite granulomateuse intéressant toutes les couches des vaisseaux. D'autres artères sont concomitamment le siège des mêmes lésions inflammatoires. L'histamine intraveineuse pourrait aider à écourter la symptomatologie et éviter la cécité. (Meade et coll. *South M. J.*, **43**: 40, janvier 1950).

LE VIRUS "C" ET CERTAINES PARALYSIES INFANTILES SANS PARALYSIE

Le virus « C » ou virus coxsakie a été isolé en 1948 par Dalldorf et Sickles. Cette curieuse dénomination vient du nom d'une petite ville américaine de l'Etat de New-York. Deux malades de cette ville présentaient des signes de poliomyélite. Les auteurs isolèrent de ces deux malades un virus qui possédait des caractères biologiques différents de ceux du virus poliomyélitique. Il se particularise par dessus tout par le fait qu'il se montre virulent pour la souris à la mamelle, alors que celui de la poliomyélite n'est pathogène que pour le singe. Il serait tentant de croire que certains syndromes de poliomyélite aiguë, épidémique mais sans paralysie auraient comme agent pathogène ce virus « C » ou de coxackie. (Dalldorf — *Bull. New York Acad. Me.*, **26**: 329, mai 1950.)

QUELQUES CAUSES MÉDICALES DU SYNDROME ABDOMINAL AIGU

Les syndromes abdominaux aigus ne sont pas toujours, loin de là, d'ordre chirurgical et, conséquemment, ne doivent pas être systématiquement traités par des procédés chirurgicaux. Le diagnostic différentiel est parfois difficile et doit découler non seulement de l'examen clinique seul, mais être étayé en plus par des investigations complémentaires de laboratoire et de radiologie.

Quelques-unes de ces causes? Le coma diabétique, un zona intercostal, un anévrisme disséquant de l'aorte, la mononucléose infectieuse, une fièvre typhoïde, la porphyrie aiguë, une pneumonie du lobe inférieur droit, une tuberculose miliaire, une hépatite amibienne, la fièvre rhumatismale avec réaction péritonéale, une péricardite urémique, une hépatite à virus, une maladie d'Addison, une malaria, une péricardite tuberculeuse, une pancréatite chronique calculeuse. (G. G. Duncan et B. Beidleman — *S. Clin. North Am.*, **30**: 1597, déc. 1950.)

ACTH, CORTISONE ET SELS D'OR DANS L'ARTHRITE RHUMATOÏDE

Les sels d'or, la cortisone et l'ACTH ont leurs indications respectives dans le traitement de l'arthrite rhumatoïde. Les cas légers ou d'installation récente, ceux qui intéressent des malades à instabilité émotionnelle, à plus forte raison psychonévrotique ou psychotiques, les malades cardiaques et sévèrement hypertendus, les porteurs d'ulcères gastro-duodénal, les

tuberculeux et ceux qui sont l'objet d'une infection, les diabétiques, ne devraient pas être soumis à la cortisone et à l'ACTH. Les sels d'or leur seraient plutôt destinés. Par ailleurs, un échec à l'essai des sels d'or pendant 4 mois, une arthrite sévère de longue durée, tenace ou très douloureuse, une intolérance aux sels d'or ou des signes d'intoxication par cette médication indiquent l'emploi de la cortisone. Il est à présumer, et la tentative en vaut la peine, qu'une thérapeutique combinée, comportant une attaque par la cortisone ou l'ACTH qui agissent rapidement mais dont l'action est fugitive et une consolidation des résultats par les sels d'or, serait bénéficiable aux malades. (Russell L. Cecil — *International Record of Medicine*, **164**: 237, mai 1951.)

LE B A L COMME TRAITEMENT DE CERTAINES NÉVRITES DIABÉTIQUES

Cette substance agit sur les éléments ensymatiques de la cellule et par un mécanisme qui interviendrait pour réduire et même annihiler les effets toxiques de l'arsénic, de l'or, du mercure. Peut-on invoquer le même mode d'action dans le cas de la névrite diabétique? Il est actuellement impossible de répondre à cela. Il n'en est pas moins vrai que le B A L semble exercer une influence favorable sur certaines névropathiques diabétiques qui ont résisté à toute autre thérapeutique en usage. On pourrait utiliser des doses de 50 à 100 mg. une ou deux fois par 24 heures, par voie intramusculaire. On remarque que souvent une exacerbation des douleurs et des paresthésies suit immédiatement l'injection et persiste de 30 à 90 minutes. Ce phénomène s'épuise si la même dose est maintenue. Il se montre de nouveau si elle est augmentée. Il semblerait comporter un pronostic favorable. (R. Shneider — *Cleveland Clin. Invest.*, **17**: 197, oct. 1950.)

LA BANTHINE CONTRE L'ULCÈRE DUODÉNAL

Cet anticholinergique semble posséder une action favorable sur la cicatrisation de l'ulcère duodénal. Si tous ne guérissent pas, un nombre imposant de malades montrent une amélioration rapide, clinique et radiologique.

Cependant, tous les sujets ne peuvent tolérer la dose de 100 mg. toutes les 6 heures. De la sécheresse de la bouche, des troubles visuels, de la constipation et de la dysurie peuvent obliger à discontinuer la médication.

On doit retenir que tout sujet souffrant d'une hypertrophie prostatique ou d'un rétrécissement au col de la vessie sera sujet à de la rétention s'il est soumis à la banthine. En plus, il est vraisemblable que la banthine sera susceptible d'aider dans des cas d'hyperexcitabilité des colons, d'hypersécrétion gastrique ou d'hyperacidité, de colite ulcéreuse, de dysménorrhée et de certains troubles fonctionnels de la vessie. (Ch. H. Brown et E. Collins — *Cleveland Clin. Quart*, **8**: 234, oct. 1950.)

MESURES THÉRAPEUTIQUES MODERNES EN PSYCHIATRIE

Les plus employées sont la convulsiovothérapie par l'électro-choc, la cure par l'insuline, la lobotomie pré-frontale et la psychothérapie dynamique.

L'électro-choc est la thérapeutique de choix des états dépressifs, de la psychose maniaco-dépressive, de la mélancolie d'involution, de la dépression réactionnelle (mélancolie affective). En plus, ce traitement pourra influencer favorablement les syndromes secondaires à des processus psychopathiques, bien que n'influençant pas l'évolution de ces derniers. Enfin, l'électro-choc constitue aussi, à séances plus fréquentes, et plus nombreuses, un bon traitement des états maniaques. Son efficacité est beaucoup plus problématique et aléatoire dans la schizophrénie.

L'insuline à doses comateuses est le traitement le plus employé dans la schizophrénie. Les résultats obtenus sont loin d'être favorables. Certains succès démontrent cependant la supériorité de ce traitement sur les autres. L'insuline à doses sub-comateuses ou à des doses plus faibles encore peuvent aider contre

des phénomènes émotionnels et affectifs de la psycho-névrose anxieuse. En plus, on peut aussi l'employer dans les syndromes mélancoliques, quoique l'amélioration soit plus lente à apparaître qu'avec l'électro-choc.

La lobotomie pré-frontale est actuellement considérée comme une mesure de pis-aller, de dernier ressort. Quand tout a été utilisé, on lobotomise. Non pas pour toute affection mentale, la section des fibres fronto-thalamiques semblant bénéficiable aux anxieux, aux agressifs, aux agités à quelque catégorie qu'ils appartiennent. Elle ne restaure pas un délire, si toutefois elle le rend moins actif. Elle ne régénère pas une arriération mentale, ni une démence. Son action est peu profitable sur les éléments hallucinatoires solidement installés. Elle améliore souvent le comportement d'un groupe important de schizophrènes.

La psychothérapie psychanalytique ou celle qui s'inspire des données psychanalytiques, soit individuelle, soit réalisée en groupe pour influencer un plus grand nombre de malades à la fois et ainsi sauver du temps, est une méthode qui devrait rendre des services à un nombre important de psycho-névrotiques. Cette psychothérapie éclairée et aidée par des enquêtes sociales, par des tests psychologiques qui approfondissent les personnalités psychiques des sujets et le climat dans lequel ils vivent, doit être cependant mise en œuvre par des médecins spécialisés, parfaitement au fait de la neuro-anatomie, de la neuro-pathologie et de la neurologie clinique. Ces dernières exigences éviteront des erreurs grossières de diagnostic, des efforts inutiles et surtout des omissions coûteuses pour le malade et le prestige de la psychiatrie. (Irving J. Sands —*Dis. Nerv. System,* **11**: 233, août 1950.)

Roma AMYOT.

ANALYSES

Dans le but d'uniformiser les indications bibliographiques qui accompagnent les analyses, afin de les rendre plus complètes et utilisables, on est prié de les inscrire dans l'ordre suivant adopté par le « Quarterly Cumulative Index Medicus » : nom de l'auteur, titre de l'article, nom du périodique, le volume, la page, le mois (le jour du mois si le périodique est hebdomadaire), l'année. Exemple : J. Beerens. — Tuberculose et démence précoce. « Ann. Med. Psychol. », **94**: 1 (juin) 1938.

MEDECINE

A. F. FELLER, G. F. BADGER, R. G. HODGES, W. S. JORDON, G. H. RAMMELKAMP et J. H. DINGLE: **La faillite des antihistaminiques pour la prévention ou la cure du rhume simple ou des maladies respiratoires.** *(The failure of antihistaminic drugs to prevent or cure the common cold and undifferentiated respiratory diseases.)* "New England J. Med.", **243:** 296 (11 mai) 1950.

Beaucoup de réclame s'est faite pour annoncer ces médicaments anti-histaminiques comme efficaces dans le traitement du simple rhume ou de diverses maladies de l'arbre respiratoire. Selon les auteurs, ils n'ont d'abord aucune valeur reconnue même comme agents préventifs. Ils se sont adressés à de très nombreux sujets qui se sont offerts volontairement. Le fiasco a été complet. Depuis la parution de ce travail de très nombreuses publications sont venues renforcer leur opinion.

Paul-René ARCHAMBAULT.

R. J. HOAGLAND, E. N. DEITZ, D. W. MYERS et H. C. COSAND: **L'auréomycine dans le traitement du rhume simple.** *(Aureomycin in the treatment of the common cold.)* "New England J. of Medicine", **243:** 273 (16 nov.) 1950.

Les auteurs ont tenté leurs expériences dans un hôpital militaire. Chez les uns ils ont donné de l'auréomycine, chez les autres des placebos. Conclusions: pas de différences chez les deux groupes qui souffraient de rhume simple.

Paul-René ARCHAMBAULT.

G. W. MELCHER, C. D. GIBSON, H. M. ROSE et F. KNEELAND: **La terramycine dans le traitement de la pneumonie primaire atypique et pneumococcique.** *(Terramycin in the treatment of pneumococcic and primary atypical pneumonia.)* "J. A. M. A.", **143:** 1303 (12 août) 1950.

Dix-huit cas de pneumonie lobaire à pneumocoque et sept cas de pneumonie primaire atypique ont été traités par la terramycine aux doses suivantes: la première dose: 2 grammes suivis d'un gramme toutes les six heures. Les auteurs n'ont noté aucun signe d'intoxication. Des troubles gastro-intestinaux plutôt bénins (nausées, vomissements, diarrhées) sont apparus chez 9 des vingt et un malades. La terramycine s'est montrée très efficace chez tous. Au bout de 36 heures de traitement en moyenne, l'hyperthermie était disparue de même que les graves symptômes du début de ces infections pneumococciques.

Paul-René ARCHAMBAULT.

R. GREENSPAN, H. McLEAN, A. MILZER et H. NECHELES: **Les antiacides et l'auréomycine.** *(Antiacids and Aureomycin.)* "Amer. Jr. Dig. Dis.", **18:** 35 (janv.) 1951.

L'auréomycine est un médicament très efficace dans maintes maladies infectieuses. A ces avantages évidents s'opposent des troubles fâcheux: nausées, vomissements, diarrhées, douleurs épigastriques. Afin de combattre ces troubles gastro-intestinaux, on a suggéré l'emploi de médicaments antiacides. Les auteurs ont choisi 10 sujets auxquels ils ont donné 30 cc. de gel d'hydroxide d'alumine 15 minutes auparavant. Ils ont constaté que la concentration de l'auréomycine dans le sang était fortement diminuée. C'est pourquoi ils s'adressèrent plutôt à la cellulose carboxyméthyle de soude (carméthose) afin que l'absorption intestinale du médicament soit moins diminuée. Aussi vit-on les incidents gastro-intestinaux

fort réduits lorsqu'aux deux fois on donna 15 minutes avant la prise d'auréomycine, la carmethose plutôt que le gel d'alumine. Il faut empêcher autant que possible les troubles digestifs sans nuire pour cela à l'efficacité du médicament.

Paul-René ARCHAMBAULT.

J. G. FORTNER et E. S. MOSS: **Décès après ponction sternale: observations de 2 cas.** *(Death following sternal puncture: report of two cases.)* "Ann. Int. Med.", **34:** 809 (mars) 1951.

La ponction sternale, procédé relativement peu compliqué, est capable d'entraîner la mort. La littérature médicale ne fait mention que de 4 accidents mortels auxquels les A. ajoutent, deux cas personnels. Ils font suivre ces observations de quelques commentaires sur la symptomologie et le mécanisme de ces accidents.

Symptomatologie:

1) Il s'agit d'individus, malades depuis assez longtemps, anémiques, avec état général médiocre.

2) Aucun malaise précis n'est ressenti par le malade durant la ponction.

3) Dans la plupart des cas, on a éprouvé certaines difficultés à pratiquer la ponction et souvent des tentatives antérieures ont été vaines.

4) L'aspiration n'a ramené de moelle osseuse que dans le tiers des cas.

5) Dès qu'on eût retiré le trocart, un ensemble de symptômes et de signes assez caractéristiques sont apparus, traduisant des modifications rapides du débit cardiaque et de l'anoxie cérébrale: perte de conscience, pâleur, diaphorèse intense, dyspnée progressive, pouls filiforme. P.A. nulle, turgescence des veines jugulaires, contractions toniques et cloniques des membres, opisthotonos.

6) Mort survient, en général, 5 à 10 minutes après le retrait du trocart.

Mécanisme:

Au cours de la ponction, si le trochart dépasse la table interne du sternum, il peut s'en suivre une lacération du ventricule droit ou d'une artère coronaire, suivie d'hémorragie intrapéricardique brutale et compression cardiaque (cardiac tamponade).

Cette lacération est facilitée par le fait que le trochart est fixé solidement dans le sternum et que le cœur à chaque contractoin vient s'y apposer et s'y déchirer.

Les plaies observés mesurent environs ½ cms, sont linéaires et de profondeur variable.

Les A. conseillent dans de tels cas d'aspirer immédiatement l'épanchement péricardique, pendant qu'on se prépare à réparer chirurgicalement la plaie du myocarde.

Gilles GOSSELIN.

R. T. BEEBE, S. PROPP, J. C. McCLINTOCK et A. VERSACI: **Agranulocytose fatale au cours du traitement d'un goitre toxique par le propyl-thiouracil.** *(Fatal Agranulocytosis during treatment of toxic goiter with Propylthiouracil.)* "Ann. Int. Med.", **34:** 1035 (avril) 1951.

L'avènement de la médication anti-thyroïdienne comme agent thérapeutique du goitre toxique a laissé croire, à ses débuts, que la chirurgie serait peut-être supplantée dans ce domaine de la pathologie. L'expérience accumulée, depuis quelque sept ans, ne semble pas vouloir confirmer ces espoirs, et a même révélé les dangers que peut comporter leur administration. Quoique de nouveaux composés moins toxiques soient actuellement à notre disposition, il arrive de voir survenir des réactions fâcheuses.

Les récations, secondaires à l'administration de propyl-thiouracil, sont plutôt rares et de l'ordre de 3% (leucopénie, urticaire, agranulocytose, prurit, nausées, arthralgie, céphalée, ictère, sclérœdème, paresthésies, abcès dentaires, etc.) Les réactions fatales sont de l'ordre de 0,006%.

Les A. recommandent de surveiller la formule sanguine et la différentielle leucocytaire à toutes les semaines au début du traitement, puis de mois en mois. Ils rapportent l'observation d'une malade de 85 ans, hospitalisée parce qu'elle présentait la plupart des symptômes et des signes de l'adénome toxique. Elle reçut des doses quotidiennes variant de 200 à 250 mg. de propyl-thiouracil durant son séjour à l'hôpital. A son départ, on lui recommanda de surveiller l'apparition d'angine, de dysphagie, d'éruption cutanée ou de nausées. Elle fut revue, quelques trois semaines plus tard, avec un tableau typique d'agranulocytose aiguë (hyperthermie, angine rouge, déshydratation, anémie, leucopénie, agranulocytose, moelle sternale hypoplasique et dépourvue complètement de cellules de la lignée myéloïde; celles-ci étaient en partie remplacées par de lymphocytes matures). Malgré les antibiotiques, les transfusions et la pyridoxine la malade mourut 5 jours plus tard.

Les A. concluent 1) qu'il est impossible de tracer un même programme pour tous les malades qui reçoivent le propyl-thiouracil 2) qu'on doit bien choisir ces malades en fonction de leur coefficient intellectuel et de leur docilité à suivre les directives données 3) qu'il faut contrôler la formule sanguine à tous les 15 jours 4) que les personnes âgées présentent plus souvent des réactions fâcheuses.

Gilles GOSSELIN.

CARDIOLOGIE

Irving G. KROOP: **Atrésie tricuspidienne d'origine congénitale.** *(Congenital tricuspid atresia.)* "Am. Heart J.", **41:** 549 (avril) 1951.

L'atrésie de l'orifice tricuspidien est une lésion rare mais importante. On doit poser ce diagnostic avec sureté avant de considérer la chirurgie. En effet, l'opération de Blalock-Taussing et celle de Potts ont donné de bons résultats. Les auteurs décrivent en détail deux cas. Eward et Burchell ont classifié ainsi les types anatomiques d'atrésie de la tricuspide.

Type 1: absence de transposition des gros vaisseaux.

A — Avec atrésie pulmonaire; fermeture du septum ventriculaire.

B — Avec sténose subpulmonaire.

Type II: présence de transposition des gros vaisseaux.

A — Avec sténose pulmonaire ou sub-pulmonaire.

B — Avec absence de sténose pulmonaire ou sub-pulmonaire.

On doit penser à une atrésie tricuspidienne avec la cyanose, la déviation à gauche de l'axe électrique et une image radiologique montrant une ventricule droit peu visible.

La plupart des détails anatomiques de l'atrésie tricuspidienne peuvent être déterminés avant l'opération par l'angiocardiographie et la cathétérisation.

Paul DAVID.

NEURO-PSYCHIATRIE

F. M. FOSTER: **Le traitement de l'épilepsie psychomotrice.** *(Therapy in psychomotor epilepsy.)* "J. A. M. A.", **145:** 211 (27 janv.) 1951.

Les crises psychomotrices sont des manifestations épileptiques qui surviennent seules ou en association avec d'autres types. Il n'y a pas de convulsions, ni toniques, ni cloniques et le patient ne se souvient pas de ce qu'il a fait durant ces crises. Les équivalents épileptiques et les états de fugue épileptiques sont des synonymes.

On connaît la valeur du dilantin dans le grand mal, du tridione dans le petit mal, mais on n'avait pas de médicament aussi efficace pour la forme psychomotrice. Gibbs, Everett et Richards prétendent avoir comblé cette lacune en introduisant la phénylacéthylurée.

Avant l'introduction de ce dernier médicament les deux tiers des malades voyaient leurs crises jugulées par le dilantin et le phénobarbital. La phénylacéthylurée jugule à son tour le tiers restant des syndromes non soulagés:

ce qui limite à une fraction la proportion des épilepsies psychomotrices non contrôlées.

Cependant, la phénylacéthylurée a le tort d'être toxique et les dépressions qu'elle provoque obligent souvent à suspendre le traitement.

Maurice COMEAU.

ANESTHESIE

Harold R. GRIFFITH: **Un plaidoyer en faveur de l'"Art de l'Anesthésie".** *(A plea for the "Art of Anesthesia".)* "Anesthesiology", **12:** 500 (juillet) 1951.

Parmi les anesthésistes qui ont pratiqué il y a trente ans, il y en a peu qui voudraient revenir aux procédés anciens ou l'instrumentation moderne et les médicaments reconnus comme essentiels aujourd'hui, étaient complètement ignorés. Il fallait plus qu'une simple habileté technique pour bien conduire une induction à l'éther avec un masque ouvert chez un patient qui n'avait reçu aucune prémédication.

Aujourd'hui, avec l'utilisation des médicaments qui émoussent la sensibilité et agissent très rapidement par la voie intra-veineuse, on est en train de perdre l'« Art de l'induction » pratiqué avec tant de succès par d'anciens maîtres célèbres. L'induction est devenu trop facile, les programmes opératoires trop chargés; l'aspect scientifique du cas l'emporte souvent sur l'individualité du patient.

Les jeunes qui désirent acquérir cet art doivent se rappeler que rien ne peut remplacer la leçon de l'expérience et qu'une grande partie des années de résidence doivent se passer en contact journalier avec un grand maître anesthésiste.

L'auteur condamne sévèrement les centres d'entraînement où les résidents sont en trop grand nombre et ne jouissent pas du contact intime et de la surveillance personnelle d'un nombre suffisant d'anesthésistes bien qualifiés et expérimentés. Le choix des candidats devrait se faire parmi les jeunes médecins qui ont pratiqué la médecine générale pendant quelques années; leur expérience et leurs relations avec le public les avantagent déjà beaucoup.

Que comprend donc l'« Art de l'anesthésie »? Tout ce qui peut contribuer à la bonne compréhension des anesthésistes avec leurs patients, leurs collègues, les chirurgiens, les infirmières, le personnel hospitalier et la société.

Un bon anesthésiste doit comprendre parfaitement le point de vue du patient et ne jamais oublier son angoisse et son appréhension. Il faut lui apporter du réconfort, de l'encouragement, de l'assurance, des explications intelligentes et parfois même lui dicter une ligne de conduite.

A côté de la dextérité artistique, il y a quelques détails d'une technique scientifique qui ne doivent pas être oubliés.

1 — On doit éviter de fixer le masque sur la figure du patient avec des courroies sans lui faire comprendre auparavant notre manière de procéder. D'ailleurs, aucune courroie ne peut remplacer une main habilement dirigée pour maintenir fermement et confortablement un masque.

2 — Les techniques d'induction rapide et calme doivent faire disparaître complètement l'usage des courroies gênantes pendant que les opérés sont encore conscients.

3—L'anesthésiste perspicace s'arrêtera aux moindres détails tels que: l'adaptation confortable de masque, le traumatisme des lèvres, des dents, du pharynx avec l'ouvre-bouche, la canule ou le laryngoscope. Un patient inconscient ne peut se protéger lui-même et il vous tiendra responsable de tous ces désagréments post-anesthésiques que vous auriez dû lui éviter.

4 — Toute conversation qui ne regarde pas directement l'intérêt du patient sera détournée. Pourquoi ne pas attendre que le patient soit endormi avant de parler d'activités sociales ou sportives?

5 — Les Nazis avaient trouvé un supplice très raffiné pour leurs victimes en dirigeant dans leurs yeux de puissants jets lumineux;

évitons donc ce tourment chez les malades conscients, principalement s'ils ont à subir une intervention sous anesthésie rachidienne ou locale.

6 — L'anesthésie rachidienne, acceptée souvent avec appréhension des malades, sera réservée aux cas où la ponction lombaire est réussie dès les premières tentatives, sinon, il vaut mieux passer à une autre technique. Ces succès obtenus que par entêtement ne font aucune bonne publicité si nous en jugeons par les conversations entendues dans les salons et les clubs.

On a tort de considérer comme une perte de temps, la visite post-opératoire des patients, même s'ils ne présentent pas de complications d'intérêt purement scientifique. Ces visites les rassurent, entretiennent la bonne entente et conservent d'excellentes relations avec l'opéré et avec son entourage.

L'anesthésiste doit faire reconnaître son status dans la société et pour cela, il doit faire partie, sans intérêt personnel ou lucratif, de différentes associations, clubs sociaux, organisations religieuses ou charitables.

Les responsabilités d'un citoyen dans notre société démocratique éxigent plus que des connaissances scientifiques et une technique habile. Les anesthésistes comme les autres citoyens possèderont de la bienveillance, de la coopération, de la patience, de la tolérance et de la générosité. Toutes ces qualités sont essentielles dans l'exercice de l' « Art de l'Anesthésie ».

Eugène ALLARD.

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.

RÉUNION SCIENTIFIQUE DU BUREAU MÉDICAL DE L'HÔPITAL NOTRE-DAME

Séance du 31 mai 1951

Syndrome de Reiter.

MM. L. SYLVESTRE et J.-P. ÉTHIER

Histoire clinique

Monsieur R.M. est hospitalisé pour urétrite compliquée de balanite, douleurs au niveau des articulations des membres supérieurs et gonflement, rougeur et impotence au niveau du poignet gauche; conjonctivite bilatérale.

Début des troubles, il y a 10 mois — troubles qui régressent en deux mois puis, sans cause apparente, vers le 16 avril exacerbation des douleurs aux membres supérieurs et gonflement marqué au niveau du poignet gauche et de l'articulation sterno-claviculaire gauche.

L'urétrite plutôt aiguë est suivie de troubles oculaires.

A l'examen

Conjonctives rouges.

Gland recouvert de vésicules et de croûtes molles.

Ecoulement urétral jaunâtre abondant.

Urines purulentes avec filaments lourds.

Poignet droit: léger gonflement non douloureux.

Poignet gauche: gonflement considérable, rougeur, douleur et impotence fonctionnelle complète.

Tronc: tuméfaction non douloureuse à l'articulation sterno-claviculaire gauche.

Laboratoire

27 avril — Examen microscopique — Sécrétions urétrales: polynucléaires, cellules épithéliales, absence de bactéries.

Urines: purulentes, gros filaments.

29 avril — Culture re: gono: négative.

Culture re: pleuro-pneumonia like organism: positive.

Les P.P.L.O. sont décelés dans le culot de centrifugation des urines.

Traitement

Terramycine — 18 grammes.

Disparition de l'écoulement urétral, mais il persiste de gros filaments lourds dans l'urine qui est limpide.

Culture des sécrétions prostatiques et du culot de centrifugation des urines — On ne décèle aucun organisme L. ou P.P.L.O.

Guérison de la conjonctivite — effet nul sur l'arthrite.

8-5-51 Sédimentation globulaire 25 mm.

19-5-51 Sédimentation globulaire 23 mm.

15 mai Dihydro-streptomycine 20 grammes en 10 jours.

Amélioration marquée de tous les symptômes douloureux aux différentes articulations. Avant la dihydro-streptomycine le malade marchait avec difficulté, à cause de douleurs aux talons, pieds, etc. Un certain degré de flexion du poignet est maintenant possible. Cette articulation est aussi diminuée de volume.

P.S. — Radiographie du poignet gauche 4-5-51. Léger degré d'ostéoporose. Il existe un très discret pincement de l'interligne articulaire radio-scaphoïdienne sans altération radiologi-

que du cortex sous condral. Pas de formation ostéophytique ni destruction érosive para-articulaire (Dr J. Michon).

Discussion.

M. Jean-Louis Léger: quel est le mode de propagation de l'organisme?

M. André Leduc: dans l'écoulement a-t-on isolé des organismes autres que P.P.L.C. et sur quels milieux poussent-ils?

M. Léon Béique: la cortisone serait-elle indiquée dans ces cas-là?

M. Simon Lauzé: quel est le diagnostic différentiel avec la kératose blennorragique?

M. Lucien Sylvestre répond au *docteur J.-L. Léger* que le mode de propagation de l'organisme est inconnu.

Au docteur A. Leduc: les organismes poussent sur les milieux d'ascite.

Au docteur Léon Béique: la cortisone serait indiquée.

Au docteur Simon Lauzé: la kératodermie est un symptôme du syndrome de Reiter.

Comportement de différentes souches microbiennes pathogènes vis-à-vis certains antibiotiques.

M. André LEDUC

1 — Cette étude est basée sur 339 souches microbiennes pathogènes différentes, isolées de tous les cas d'infection, de janvier à mai 1951.

2 — Plusieurs patients avaient cependant déjà reçu des antibiotiques (pénicilline-streptomycine) avant que les épreuves de sensibilité ne soient faites.

3 — Ces souches furent isolées d'infections diverses des voies respiratoires, urinaires, digestives, d'abcès, de furoncles, etc...

A — 63% de toutes les infections sont à staphylocoques pyogènes; 14% à colibacille; 9% à proteus; 7% à pyocyanique; 6% à streptocoques hémolytiques et un faible pourcentage à pneumocoques, pfeiffer, ærobacter et autres.

B — La pénicilline ne s'est montrée active *in vitro* que dans 21% des infections à staphylocoques; alros qu'elle n'a aucun effet dans les infections à colibacilles à proteus et à pyocyaniques. Elle semble agir cependant dans toutes les infections à streptocoques hémolytiques et à pneumocoques.

C — La streptomycine n'a d'effet thérapeutique que sur 40% des souches d'E. Coli; 26% des souches de proteus et 10% des souches de streptocoques.

D—La chloromycétine s'est montrée la plus active, ayant un effet inhibiteur sur un plus grand nombre d'agents infectieux. Elle atteint 91% des souches de staphylocoques pyogènes; 96% des souches de colibacille; 43% des souches de proteus; 95% des souches de streptocoques hémolytiques.

E — L'auréomycine et la terramycine ont une effet général plus marqué que la pénicilline et la streptomycine, quoique inférieur à la chloromycétine.

Sensibilité de 339 souches microbiennes pathogènes à cinq antibiotiques

	No de cas	*Pénicil.*	*Strepto.*	*Auréom.*	*Chlorom.*	*Terram.*
Staphylocoques pyogènes	215 63%	47 21%	—	158 **73%**	196 91%	183 85%
Escherichia coli	50 14%	—	20 40%	9 18%	48 96%	30 60%
Proteus	30 9%	—	8 26%	4 13%	13 43%	9 30%
Pseudomonas æruginosa (Pyocianique)	24 7%	—	—	—	—	—
Streptocoques hémolitiques	20 6%	20 100%	2 10%	18 90%	19 95%	19 95%
Total	339					

F — Le pyocyanique est tout à fait résistant aux antibiotiques étudiés.

Nous devons conclure qu'il y a un antibiotique de choix pour chacune des souches microbiennes infectieuses, dont la sensibilité ou la résistance doit être déterminée par des épreuves précises.

Discussion.

M. Albert Bertrand s'informe s'il existe une croissance accrue de la résistance du staphylocoque à la pénicilline et s'il ne se créerait pas de races résistantes par excès d'usage de la pénicilline.

M. Georges Leclerc: existe-t-il des cas résistants à la chloromycétine et sensibles à la pénicilline?

M. Léopold Morissette: les résultats *in vitro* sont-ils les mêmes que ceux *in vivo?*

M. André Leduc répond au *docteur Albert Bertrand* que le grand nombre de staphylocoques résistants à la pénicilline rencontrés à l'hôpital pourrait s'expliquer par l'échec des traitements donnés avant l'entrée du patient à l'hôpital.

Au docteur G. Leclerc: le staphylocoque qui est sensible à la fois à la pénicilline et à la chloromycétine l'est ordinairement plus à la pénicilline. Les doses efficaces sont moins fortes à la pénicilline.

Au docteur L. Morissette: il semble que les résultats concordent.

Que penser des précalibrations en photométrie.

M. Paul RIOPEL

Il existe de nombreux photocolorimètres et spectrophotomètres de toutes marques. En général, ces instruments sont bien construits et rendent de précieux services s'ils sont judicieusement utilisés.

Certains sont vendus précalibrés.

A première vue, cette initiative ne peut, semble-t-il, que faciliter le travail.

Des contrôles, réalisés au laboratoire de chimie de l'hôpital Notre-Dame, ont démontré les risques de ces précalibrations.

Dans un premier tableau, nous observons que certaines précalibrations manquent fortement de précision pour des dosages routiniers tels que: glycémie, cholestérol, index ictérique et protides.

Les causes d'erreurs sont également importantes dans le dosage des bromures (tableau II) où il arrive même de ne pouvoir obtenir aucun résultat négatif chez des sujets normaux n'ayant pris aucun bromure.

La préparation de gammes personnelles détourne ces erreurs qui sont explicables par la difficulté de retrouver tous les facteurs qui concourrent à l'élaboration des précalibrations (Technicien; produits chimiques; réactifs, matériel, etc.).

Discussion.

M. Albert Bertrand insiste sur le danger des analyses compliquées faites dans des laboratoires qui ne sont pas assez bien organisés et qui deviennent de plus en plus nombreux.

M. Paul Riopel démontre la nécessité de suivre les techniques modernes courantes dont on voit les normes dans la littérature, ainsi que les dangers de suivre aveuglément les techniques préconisées par les commerçants: techniques qui ne sont pas toujours à date.

Les organites épithéliaux nerveux et leurs lésions.

(Démonstrations avec transparents en couleurs)

M. Louis-Charles SIMARD

TABLEAU I

		APPAREIL "A"		APPAREIL "B"			
		Lectures	*Résultats*	*Lectures*	*Résultats*	*Différence*	*%*
Glycémies mg %	CL 12642	50	128	44,5	145	17	13,1
	BC 12436	47	138	41	160	22	15,9
	MP 12333	49	131	44	149	18	13,7
	SD 12632	47	138	42	156	18	13,0
	MB 12184	45	146	39	169	23	15,7
	MC 12657	52	120	47	137	17	14,1
	SD Ext.	47	138	41	160	22	15,9
	S.G. 12644	49	131	44	149	18	13,7
Protéines gm	MP 12333	30	6,0	21,5	7,32	1,32	22
	EP 12086	26,5	6,65	19,0	8,05	1,5	22,5
	R 12628	30	6,0	22,0	7,20	1,2	20,0
	RR 12560	29	6,20	20,0	7,80	1,6	25,8
	D 12332	31	5,80	22,5	7,10	1,3	22,4
Index ictérique unités	YC	49	20,2	44	22,3	1,1	5,4
	D 12641	72	9,8	67,5	10,4	0,6	4,7
	S 12324	75	8,4	72,0	8,8	0,4	4,7
	P 12588	68	11,1	64,0	11,8	0,7	6,3
Cholestérols mg	JL 12390	60,5	117	57,0	140	23	19,6
	MB 12668	49	168	44	205	37	22,0
	RR 12560	65	100	62	120	20	20,0
	ST 12650	48	174	43	213	39	22,4

TABLEAU II

				Précalibration	*Calibration personnelle*
Bromures sanguins mg %	15-11-49	MN	11107	21	3
	16 " "	MC	11180	15	0
	17 " "	MN	11107	15	0
	21 " "	MH	11914	13	0
	21 " "	MS	11433	14,5	0
	21 " "	MB	11148	17	0
	23 " "	MG	11854	16	0
	23 " "	MP	12044	10	0
	23 " "	MP	11837	11	0
	23 " "	MD	12017	18	1
	28 " "	MN	11107	14	0

NÉCROLOGIE

LE DOCTEUR J.-E.-A. LAFERRIÈRE

Le docteur J.-E.-A. Laferrière est décédé subitement à Montréal à l'âge de 57 ans, au début du mois d'août. Il avait fait ses études médicales à l'Université Laval de Montréal, et il était médecin de l'hospice de la Providence depuis plusieurs années.

LE DOCTEUR LÉO MONGEON

Le docteur Léo Mongeon est décédé en août dernier, à Montréal, à l'âge de 42 ans. Il avait terminé ses études de Médecine à l'Université de Montréal en 1937. Il faisait partie du personnel des anesthésistes de l'Hôpital Ste-Justine.

LE DOCTEUR JEAN PERRIN

Le docteur Jean Perrin est décédé au cours du mois d'août dernier, à St-Lambert, à l'âge de 38 ans. Après ses études de droit à l'Université McGill et à Québec, il avait pratiqué pendant deux ans dans une étude d'avocats de Montréal. Il étudia par la suite la médecine à l'Université de Montréal et obtint son diplôme en 1950.

LE DOCTEUR ANTONIN TURCOTTE

Le docteur Antonin Turcotte est décédé au cours du mois d'août dernier à l'âge de 61 ans. Après ses études à l'Université de Montréal, il avait exercé sa profession à Rivière au Renard et à St-Cyrille de Wendover.

LE DOCTEUR GUSTAVE VALOIS

Le docteur Gustave Valois est décédé, le 3 septembre dernier à Lachine, à l'âge de 69 ans. Il était médecin-hygiéniste de la ville de Lachine depuis de nombreuses années.

LE DOCTEUR ADOLPHE MARCOUX

Le docteur Adolphe Marcoux est décédé, le 10 septembre dernier, à l'âge de 66 ans. Il avait pratiqué la médecine à Beauport durant plus de quarante ans. Il avait été député du comté de Québec, de 1936 à 1939 à l'Assemblée législative Provinciale. Nos condoléances à ses fils les docteurs Gendron et Guy Marcoux.

NOUVELLES

ENSEIGNEMENT POST-UNIVERSITAIRE DE LA PÉDIATRIE À L'HÔPITAL STE-JUSTINE

Un enseignement post-universitaire de la pédiatrie, organisé pour les praticiens de médecine générale, était donné à l'hôpital Sainte-Justine, du 24 au 28 septembre dernier.

Plus d'une centaine de médecins — exactement 120 — s'étaient inscrits à ce cours de perfectionnement. La plupart — au delà de 80% — venaient d'en dehors de Montréal, quelques uns des régions les plus éloignées de la province de Québec, d'autres des provinces maritimes et de l'Ontario. Il n'est pas sans intérêt de relever que, parmi ces docteurs en médecine, 65% étaient diplômés de l'Université de Montréal, 30% de l'Université Laval et 5% de l'Université McGill.

Grâce à un programme bien adapté aux besoins du médecin de clientèle générale, où l'on avait mis l'accent sur les affections médicales de l'enfance, qui sont de beaucoup les plus fréquentes, grâce à des cliniques avec présentation de malades et à des démonstrations pratiques organisées, de façon particulièrement soignée, ce cours en vérité a obtenu un éclatant succès.

Ce succès est le résultat de la réflexion, d'un effort soutenu et d'un magnifique travail d'équipe qu'il convient de souligner. Il démontre également que la compréhension de l'âme du médecin, de la psychologie du praticien est indispensable pour réaliser une telle réussite.

Et ce cours, au surplus, a révélé à ceux qui pourraient en douter, qu'un hôpital général pour les enfants, comme Sainte-Justine, avec ses 550 lits, qui seront bientôt portés à 860 avec le nouvel immeuble de l'hôpital, possède des avantages exceptionnels pour l'étude des maladies de l'enfance: matériel clinique abondant et varié, équipement scientifique moderne, nombreux services illustrant les nouvelles disciplines de la pédiatrie, personnel médical expérimenté et entraîné à faire de l'enseignement.

Quand on songe que plus de 80% des auditeurs de ce cours étaient des médecins qui exercent leur profession en dehors des grands centres, où le praticien soigne presque 100% des enfants, l'on réalisera que le but de cet enseignement a été atteint: intéresser davantage le médecin de famille à la pédiatrie et le mettre au courant des derniers procédés de diagnostic et de traitement applicables en clientèle.

L'ouverture du cours eut lieu le lundi 24 septembre dernier, à 9 heures du matin, sous la présidence d'honneur de l'honorable Marc Trudel, ministre d'Etat, président du Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec. A cette séance inaugurale que présidait le docteur Gaston Lapierre, chef de service en médecine, on remarquait la présence de Mme L. de G. Beaubien, présidente de l'hôpital, de Mmes O. Castonguay et E. Letellier de St-Just, respectivement trésorière et secrétaire du Bureau d'Administration, des docteurs Edmond Dubé, directeur médical, et Paul-M. Larivière, conférenciers du jour, Raymond Labrecque, sous-directeur médical, Paul Letondal, directeur des cours de perfectionnement, Pierre Masson, de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal et Adélard Groulx, directeur du service de santé de la ville de Montréal.

Parmi les médecins qui ont collaboré à ce cours et contribué à son succès, mentionnons, en plus de MM. Dubé, Larivière, Labrecque et Letondal, les docteurs J.-A. Léveillé, président du Bureau Médical, Hermile Trudel, Edouard Laberge, Willie Major, N.-R. Bouziane, Marc Del Vecchio, Maurice Bonnier, Jean Denis, Robert St-Martin, Christophe Bisson, J.-Alcide Martel, J.-L. Desrochers, Roland Des Trois Maisons, Albert Royer, J.-A. Lapointe, Fernand Croisetière, Georges-A. Blanchard et Roland Voisard. Les séances furent présidées successivement par les docteurs Gaston Lapierre, Christophe Bisson, Henri Baril, Lucien Coutu et J.-A. Léveillé.

Le programme comprenait des cours sur les principaux chapitres de la pathologie infantile et des démonstrations pratiques sur les nouvelles techniques de la pédiatrie; ils furent illustrés par des présentations de malades et de films scientifiques. Un plan détaillé de la conférence était distribué avant chaque leçon et un certificat fut décerné aux médecins qui avaient régulièrement suivi cet enseignement, au cours d'une brève cérémonie à laquelle assistaient les autorités de l'hôpital.

On trouvera la liste des sujets traités durant cette semaine d'études dans *L'Union Médicale du Canada* (No d'août 1951, p. 1019).

Le grand nombre de praticiens qui se sont inscrits à ce cours et qui l'ont suivi jusqu'au bout, l'enthousaisme qui n'a cessé de régner du commencement à la fin, constituent un témoignage non équivoque d'appréciation et de confiance vis-à-vis de l'hôpital Sainte-Justine et cela montre qu'il n'est pas indispensable pour les nôtres d'aller à l'étranger pour se perfectionner en pédiatrie.

HONNEUR CONFÉRÉ AU DOYEN CHARLES VÉZINA

M. le professeur Charles Vézina, doyen de la Faculté de Médecine de l'Université Laval de Québec, vient de recevoir l'annonce qu'un doctorat *honoris causa* doit lui être décerné par l'Université de Paris. Le recteur de cette Université, M. Jean Sarrailh, vient de communiquer cette nouvelle.

LE DOCTEUR LOUIS-CHARLES SIMARD, RÉÉLU PRÉSIDENT DE L'INSTITUT DU CANCER DE MONTRÉAL

L'Institut du Cancer de Montréal a tenu récemment sa troisième assemblée annuelle à l'hôpital Notre-Dame. Les rapports pour l'année écoulée montrent une augmentation dans le nombre des malades traités et suivis. A l'issue de l'assemblée, eurent lieu les élections de l'Institut qui donnèrent les résultats suivants: Président et directeur: le docteur Louis-Charles Simard; vice-président: le docteur J.-A. Rouleau; trésorier: M. P.-E. Bonnier; secrétaire: M. René Laporte; conseillers: MM. Henri Geoffrion et Eugène Doucet, et les docteurs Paul Brodeur, François Archambault et J.-Raphaël Boutin.

ÉLECTIONS À LA SOCIÉTÉ CANADIENNE-FRANÇAISE D'ÉLECTRO-RADIOLOGIE

Lors de sa dernière assemblée, tenue fin octobre 1951, la Société Canadienne-française d'Electro-radiologie a élu son nouveau bureau pour 1951-52. Le docteur Origène Dufresne a été élu président. Les membres de l'exécutif sont les docteurs L.-A. Gagnier, 1er vice-président; Mathieu Samson, deuxième vice-président; Louis-Yvan Vallé, secrétaire général; Doriva Léonard, trésorier; J.-C. Robitaille, assistant secrétaire; Marc Del Vecchio, secrétaire des séances pour Montréal, et Jean Veilleux, secrétaire des séances pour Québec.

LA SOCIÉTÉ DE CARDIOLOGIE DE MONTRÉAL À L'HÔTEL-DIEU

La Société de Cardiologie de Montréal a tenu une séance à l'Hôtel-Dieu, le 10 octobre 1951. Le programme était le suivant:

Un cas de maladie congénitale, présenté pour diagnostic — par le docteur Fernand Séguin;

Un cas de péricardite calcipiante — par le docteur Pierre Marion;

Un cas de tétralogie de Fallot, opéré par le docteur Léon Lebel;

Un cas complexe d'endocardite maligne avec anévrysme du sinus de Valsalva — par le docteur Rodrigue Lefebvre.

Le président de la Société de Cardiologie de Montréal est le docteur Paul David et le docteur Arnold L. Johnson en est le secrétaire.

ÉLECTIONS DE LA "CANADIAN DERMATOLOGICAL ASSOCIATION"

La *Canadian Dermatological Association* a tenu son assemblée annuelle, à Montebello, les 18 et 19 juin 1951. Il y eut, à cette occasion, élections de l'exécutif. En voici les officiers:

Président: le docteur B. Usher, de Montréal; vice-président: le docteur J.-A. Foisy, de Montréal; secrétaire-trésorier: le docteur S. E. Grimes, d'Ottawa.

RÉUNION, À QUÉBEC, DE LA "MONTREAL DERMATOLOGICAL SOCIETY"

L'Hôtel-Dieu de Québec a reçu, le samedi 29 sept. 1951, les membres de la *Montreal Dermatological Society*. Un programme fort élaboré fut présenté par les dermatologistes de Québec.

BUREAU MÉDICAL DE "THE CANCER RESEARCH SOCIETY"

Les membres du Bureau médical consultatif de *The Cancer Research Society* sont les médecins suivants: M. W. Philpott, Mark Kaufmann, Louis-Chs Simard, H. Maurice Weisberg, A. D. Campbell, G. Gavin Miller, O. Dufresne, George Strean, J. H. Quastel, H. S. Morton, S. Jameson Martin, R. L. Denton, Campbell Gardner, Antonio Cantero, Alton Goldbloom, Harry Ballon, Paul Martin, Albert Jutras, Edmond Dubé et Léon Gérin-Lajoie.

L'ASSOCIATION DES MÉDECINS CANADIENS EN FRANCE

Les médecins canadiens qui étudient en France se sont groupés en association depuis quelque temps. La première assemblée de l'année eut lieu dernièrement à Paris et elle fut l'occasion de l'élection des futurs officiers. Le docteur Flavien Melançon a été élu président; le docteur Jean Delage, vice-président, et le docteur Jean Laframboise, secrétaire-trésorier.

Les docteurs Raoul Kourilsky et Chigot assistaient à l'assemblée.

ÉLECTIONS DE L'A. C. E. M. I.

L'Association Canadienne des Etudiants en Médecine et des Internes a tenu son assemblée annuelle à Kingston, en octobre 1951, sous les auspices de l'Université Queen. L'exécutif national pour 1951-52 y a été choisi. Il est constitué comme suit:

Président honoraire: docteur Charles Vézina, doyen de Laval; président actif: Jacques Baillargeon, Québec; vice-président: Jean-Maurice Michaud, Saskatoon; secrétaire: Louis-F. Roy, Moncton; trésorier: Gilles Morin, Boston, et délégué: Claude Roy, de Québec.

Tous les membres de l'exécutif sont des élèves de Laval. Le secrétaire permanent de l'Association est Pierre H. Beaudry, de Montréal, et le rédacteur du Journal de l'A. C. E. M. I. (*C. A. M. S. I.*), est J. Laurence Hutchison, de McGill.

APPROBATION DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE D'OTTAWA

La Faculté de Médecine de l'Université d'Ottawa, fondée en 1945, vient d'être approuvée par le Conseil d'Education Médicale et de Contrôle des Hôpitaux de l'*American Medical Association*.

Dix écoles de médecine au Canada sont actuellement approuvées par l'Association.

CONFÉRENCE ANNUELLE "LOUIS GROSS MEMORIAL"

La quatorzième conférence annuelle intitulée *Louis Gross Memorial* a eu lieu au *Jewish General Hospital* de Montréal, de 17 octobre, sous les auspices de la *Montreal Clinical Society*. Le conférencier invité était le docteur Myron Prinzmetal, de Los Angeles, qui traita des arythmies auriculaires.

LE DOCTEUR PIERRE HILLEMAND, À MONTRÉAL

Lors de son passage à Montréal, le docteur Pierre Hillemand, de Paris, gastro-entérologue réputé, a donné d'excellentes conférences et cliniques. Il a été l'invité d'honneur à une séance de la Société de Gastro-entérologie, tenue à l'Hôtel-Dieu, sous la présidence du docteur Paul Letendre. Il a également donné des cliniques avec présentation de malades dans les principaux hôpitaux de Montréal. Ces cliniques étaient suivies d'une conférence sur un sujet d'actualité relevant de la gastro-entérologie.

CANDIDATS NOMBREUX À L'ADMISSION EN MÉDECINE À MONTRÉAL ET À QUÉBEC

Quatre mille deux cents étudiants ont rempli, cette année, les formules de demande d'admission en médecine à Laval, McGill et l'Université de Montréal. De ceux-ci, 363 seulement ont été acceptés. McGill en a reçu 116 en 1ère de médecine et en a refusé 2 000; Montréal en a reçu 122 et refusé 1 200; Québec en a accueilli 125 et en a rejeté 1 000.

COURS À L'HÔPITAL GÉNÉRAL DE VERDUN

Les autorités de l'Hôpital Général de Verdun ont organisé une série de conférences hebdomadaires sur la physiologie normale et ses applications à la clinique, au diagnostic, à la pathogénie et à la thérapeutique.

L'organisation de ce cours a été confiée au docteur J.-M. Beauregard, F.R.C.P.(C), chef du Service de Médecine de Verdun.

Chaque samedi matin, à partir du 6 octobre 1951, de 8.30 heures précises à 10.30 heures, des conférenciers ont présenté d'abord un cours complet de physiologie humaine inspiré de la cinquième édition du volume de Best et Taylor. Par la suite, un invité d'honneur, versé dans la spécialité alors à l'étude, a donné les applications pratiques.

Tous les médecins, les internes et les étudiants en médecine sont invités à suivre ces séances et à prendre part à la discussion. Ces cours peuvent être d'un précieux avantage pour tous ceux qui veulent établir leur pratique médicale sur une base solide et principalement pour les médecins désireux, dans un avenir plus ou moins rapproché, de se présenter

DIURÉTIQUE
MERCURIEL
DE CHOIX

Mercuphyl★

'Bio-Chimique'

SÛR
BIEN TOLÉRÉ
EFFICACE

★ Marque d'une solution injectable de Mersalyl et de Théophylline U.S.P. additionnée de ½% de Borate de Procaïne.

Mercuphyl est un diurétique mercuriel de qualité supérieure auquel on devrait songer chaque fois qu'il est nécessaire de recourir à ce type de médication. En effet, son caractère sûr, son efficacité, sa bonne tolérance et la **possibilité de l'administrer avec un minimum de malaise** pour le malade sont autant d'éléments d'importance primordiale lorsqu'il s'agit d'une médication continue durant un **long laps de temps.**

Mercuphyl a son champ d'indications dans tous les cas d'insuffisance cardiaque. Il est surtout efficace dans ces cas où l'œdème ne se manifeste pas extérieurement, mais qui se trouvent améliorés symptomatiquement par la diurèse. Dans la dyspnée d'origine cardiaque, l'emploi fréquent et régulier d'un diurétique mercuriel efficace atténue considérablement les malaises du patient. Le Mercuphyl a encore comme indication l'hypertension, la crise cardiaque accompagnée de congestion pulmonaire, l'œdème cardio-rénal, la décompensation cardiaque, la cirrhose du foie et la néphrose.

Mercuphyl doit son efficacité à l'association de théophylline et de Mersalyl. Le premier de ces composants augmente la pression de filtration glomérulaire et seconde l'action du Mersalyl par inhibition de la réabsorption tubulaire du liquide de l'anasarque. Le liquide et les sels sont éliminés des tissus œdématiés et la fonction rénale est stimulée.

Mercuphyl est digne de confiance. L'expérience clinique montre que l'usage fréquent et régulier de ce diurétique parvient à maintenir une chloruration normale. Cette méthode présente l'avantage de garder le malade dans un état d'euphorie permanent en éliminant les dangers et la tension inhérents à la réapparition sporadique de l'anasarque.

Mercuphyl est sans danger. Le composé organique Mersalyl voit sa toxicité propre réduite par l'addition de la théophylline qui augmente et la vitesse et la plénitude de l'absorption du mercuriel. Le résultat est une accélération de son action et, par le fait même, de son efficacité. L'adjonction de borate de procaïne, anesthésique local, minimise la douleur locale au point d'injection. On peut dire que l'administration de Mercuphyl par une des voies intra-musculaire ou intra-veineuse ne donne lieu à aucune réaction locale notable et, quand elle existe, elle est très légère. Cette absence de réaction locale représente un avantage précieux lorsqu'il s'agit de traiter des malades ambulatoires ou dont le traitement doit être longtemps prolongé.

Posologie et Mode d'administration. En vue de fixer la tolérance individuelle, on commence par donner une dose de 0.5 c.c. La dose moyenne habituelle de l'adulte est de 1 à 2 c.c., par voie intra-musculaire ou intra-veineuse. On préfère en général la voie intra-musculaire à la voie intra-veineuse, la première étant moins dangereuse et tout aussi efficace. Toutefois, si l'on doit recourir à la voie i. v., on injectera lentement, à raison d'un maximum de 1 c.c. en 60 secondes, et de préférence en diluant la dose susdite avec une égale quantité de sang du malade. La voie sous-cutanée est à prohiber résolument et il faut éviter avec soin de provoquer un épanchement de la solution dans les tissus superficiels. Il importe de régler la posologie de manière à éviter une diurèse trop abondante, celle-ci étant susceptible, à son tour, de donner lieu à des incidents désagréables et particulièrement à une sensation de faiblesse accompagnée d'une déshydratation excessive. Lorsqu'elle se produit malgré tout, on la corrige en augmentant l'apport de chlorure de sodium.

Précaution. On prendra soin d'examiner régulièrement l'urine, au cours de traitements prolongés.

Contre-indications. Une affection rénale aiguë accompagnée d'anurie constitue en fait la seule contre-indication réelle à l'emploi du Mercuphyl. Celui-ci peut être utilisé, avec les précautions d'usage, dans la néphrite chronique avancée avec insuffisance cardiaque simultanée.

Présentation. En ampoules de 2 c.c.

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

aux divers examens de spécialité du Collège des Médecins et des Chirurgiens de la province de Québec, ou encore à ceux des certificats ou des *fellowships* du Collège Royal du Canada.

OFFICIERS DE L'ASSOCIATION DES BUREAUX MÉDICAUX DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

L'assemblée annuelle du Conseil de l'Association des Bureaux Médicaux de la Province de Québec a eu lieu récemment. Les élections se tinrent à cette occasion. Voici le résultat:

Président: le docteur Roland Décarie; 1er vice-président: docteur Edmond Potvin; 2ème vice-président: docteur J.-Emile Pelletier; secrétaire-trésorier: docteur Willie Major; secrétaire adjoint: docteur Rolland Blais; directeurs: docteurs M. Bergeron, M. Campbell, L.-P. Guay, J. Olivier et H. Robinson.

UN NOUVEAU JOURNAL MÉDICAL: "LA REVUE DU PRATICIEN"

Nous apprenons la venue d'un nouveau journal médical: *La Revue du Praticien*. Le nouveau journal est dû à la transformation du *Paris Médical* et du *Journal des Praticiens* en une revue unique d'enseignement post-universitaire. Les directeurs du *Paris Médical* et du *Journal des Praticiens* continuent leur collaboration à la nouvelle revue. Le premier numéro de la nouvelle *Revue des Praticiens* est consacré à des problèmes de gastro-entérologie plus particulièrement à l'ulcère gastro-duodénal. Nous retrouvons parmi les auteurs, dont le nom parait au sommaire de ce premier numéro, des autorités en la matière. Le docteur Jacques Mialaret, chirurgien des hôpitaux de Paris et très avantageusement connu dans les milieux scientifiques canadiens, a écrit sur le traitement chirurgical des ulcères perforés.

SUBVENTION FÉDÉRALE ACCORDÉE À L'HÔPITAL HOMÉOPATHIC, MONTRÉAL

L'hôpital Homeopathic, de Montréal, (2100, avenue Marlowe), vient de se voir allouer des fonds fédéraux, destinés à l'assister dans son programme de lutte anticancéreuse. C'est ce qu'annonce aujourd'hui l'hon. Paul Martin, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social.

C'est, ajoute M. Martin, la neuvième institution montréalaise qui reçoit une aide à la lutte anticancéreuse, depuis l'institution, il y a trois ans, des subventions fédérales.

L'hôpital Homeopathic, situé au même endroit depuis 25 ans, dessert une bonne partie de l'ouest de Montréal, St-Henri et la côte St-Paul. Il peut donner certains traitements que l'on ne trouve pas dans les hôpitaux voisins. Son personnel comprend deux radiologistes d'expérience, l'un spécialiste en radiodiagnostic et l'autre en radiothérapie. Il a, depuis 1943, un bureau d'inscription du cancer.

La subvention, versée à parts égales par les gouvernements fédéral et provincial, s'élève à $11 650.

SUBVENTION FÉDÉRALE À LA SOCIÉTÉ DE RÉHABILITATION

Dans le but d'assurer de meilleurs traitements aux enfants infirmes dans le Québec, la Société de réhabilitation, Inc., de Sherbrooke, procède à l'établissement d'un centre orthopédique, avec l'aide financière du Fédéral provenant des subventions à l'hygiène.

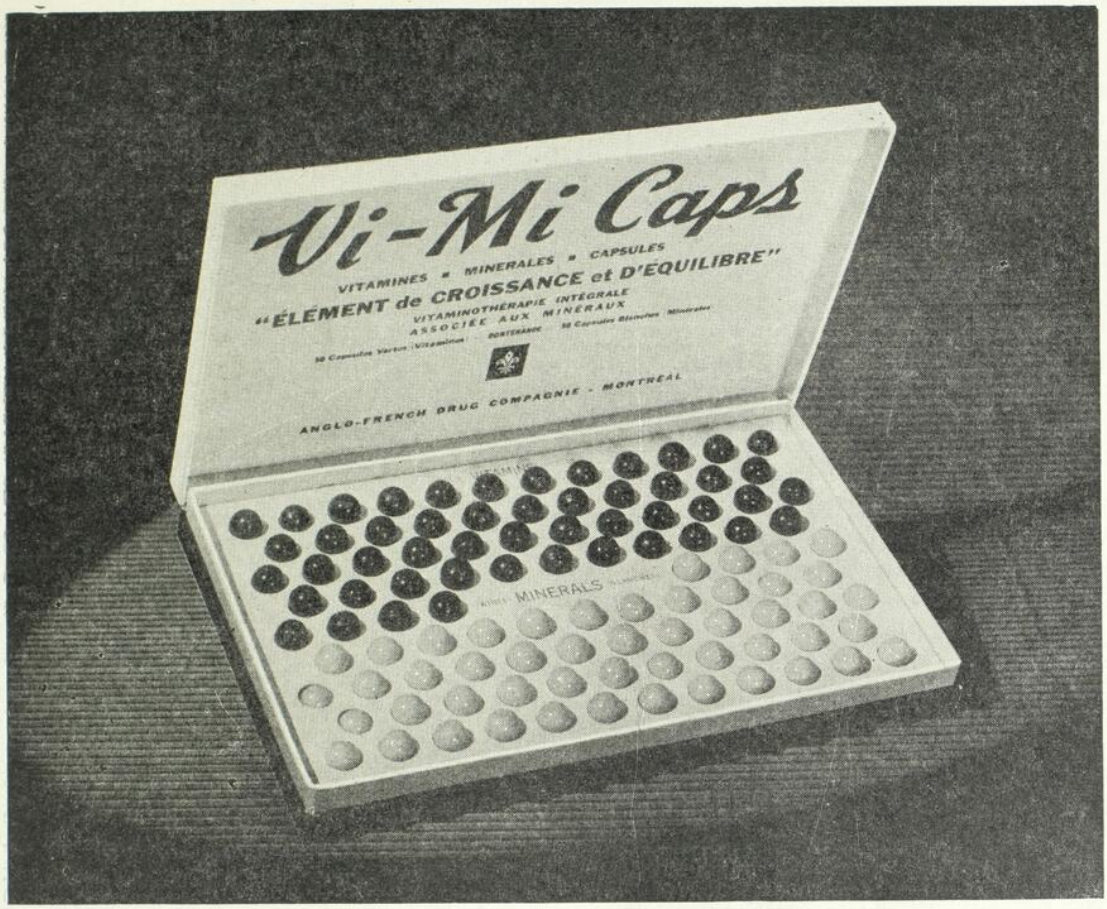
L'hon. Paul Martin, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, fait remarquer, en annonçant la remise de cette subvention, que près de la moitié des enfants que la Société traite depuis ses débuts, en 1943, sont désavantagés physiquement de quelque façon.

En plus de traiter les enfants confiés aux soins de la Société, le centre sera aussi au service d'autres enfants qui ont besoin de traitements orthopédiques. Son personnel comprendra, à service continu, un masseur-instructeur en éducation physique et, à service intermittent, un médecin spécialisé en orthopédie. Le montant de la subvention fédérale s'élève à $5 575.

PRÈS DE 30 000 LIVRES D'ALIMENTS IMPROPRES À LA CONSOMMATION CONFISQUÉES EN AOÛT

D'après le plus récent rapport mensuel de la division des Unités sanitaires du ministère provincial de la Santé, il appert que les inspecteurs sanitaires ont dû saisir, au cours du mois d'août 1951, 29 521 livres d'aliments impropres à la consommation à l'occasion d'inspections effectuées dans les établissements suivants: 170 boulangeries, 1 540 épiceries, 960 restaurants, 2 312 boucheries et 166 marchés publics.

Par ailleurs, la surveillance des produits laitiers a conduit les inspecteurs sanitaires dans 51 beurreries et fromageries, 219 laiteries publiques, 305 usines de pasteurisation et 924 vacheries et laiteries du producteur.



VITAMINES & MINÉRAUX sont indispensables au bien-être et.... à la SANTÉ

Vitamine A	10,000 U.I.
Vitamine B_1	1.5 mg.
Vitamine B_2	2.0 mg.
Niacinamide	10.0 mg.
Vitamine C	25.0 mg.
Vitamine D	1,000 U.I.

Phosphate dicalcique	200 mg.
Sulfate ferreux	15 mg.
Carbonate de cuivre	1.5 mg.
Citrate de manganèse	1.0 mg.
Sulfate de magnésium	1.0 mg.
Sulfate de zinc	1.0 mg.
Iodure de potassium	0.15 mg.

Posologie

Deux capsules par jour, une verte et une blanche, est la dose moyenne pour adultes ou pour enfants. Pour effet plus rapide, deux capsules de chaque couleur peuvent être données aux adultes.

Vi-Mi Caps

ANGLO-FRENCH DRUG CIE LIMITÉE, Montréal 18

202 CLINIQUES ANTITUBERCULEUSES EN AOÛT

Les cliniciens en tuberculose ont tenu au cours du mois d'août, dans les territoires desservis par les Unités sanitaires de la province, 202 cliniques antituberculeuses, examiné 11 253 personnes, procédé à 2 690 épreuves à la tuberculine et effectué 2 239 visites à domicile. Quant aux autres maladies contagieuses, on en a déclaré ou dépisté plus de six cents cas durant cette période et il a fallu examiner plus de huit cents contacts et cas suspects. Comme la période des vacances est consacrée à la vaccination antivariolique, les hygiénistes ont vacciné contre la variole plus de douze mille personnes. Ils ont immunisé 13 283 enfants contre la diphtérie et donné 13 434 immunisations de rappel. C'est dire que les hygiénistes du ministère provincial de la Santé que dirige l'honorable Albiny Paquette, m.d., ministre de la Santé, n'ont pas chômé durant cette période.

A PROPOS DES DEMANDES D'ADMISSION À L'ÉTUDE DE LA MÉDECINE ET DE LA SÉLECTION DES CANDIDATS

Au cours de l'année académique 1950-51, 1 112 aspirants à la carrière médicale ont manifesté le désir d'être admis par la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, à son cours régulier ou à une année prémédicale spéciale autrefois dénommée P.C.B. et connue maintenant sous le nom de B.Sc. II, option biologie. Parmi les demandes reçues, environ 10 provenaient d'Asie, 40 d'Europe, 800 des Etats-Unis et 265 des provinces canadiennes. La province de Québec a fourni 249 candidats.

On peut se demander pourquoi tant d'étudiants étrangers s'adressent à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal. Les franco-américains et les parents des diplômés de la Faculté y viennent afin de recevoir un enseignement de la médecine dont ils connaissent les tendances et les méthodes. Quant aux autres, on peut répondre d'abord que partout, et plus spécialement aux Etats-Unis, les candidats aux études médicales excèdent de beaucoup le nombre maximum des élèves qui peuvent être reçus dans les écoles de médecine. Aussi les aspirants demandent-ils simultanément leur admission à 2, 3, 4 ou même 10 Facultés dans l'espoir qu'une d'entre-elles les acceptera. Au surplus, le coût des études est moins élevé à l'Université de Montréal que dans les universités étatsuniennes et que dans la plupart des universités canadiennes. Enfin beaucoup d'étrangers, européens, asiatiques ou autres, désirent émigrer au Canada.

En procédant à la sélection, la Faculté de médecine ne perd pas de vue qu'elle doit desservir d'abord la population de la province de Québec et surtout celle de la région de Montréal. Pour l'année académique 1951-52, 211 étudiants de la province de Québec ont été acceptés par la Faculté de médecine, soit en première année de médecine, soit en B.Sc. II, option biologie. Les élèves de cette année prémédicale spéciale seront admis automatiquement l'an prochain en première année de médecine s'ils passent avec succès leurs examens. De ces 211 étudiants québécois, 9 n'ont pas complété leur inscription et ne se sont pas présentés.

Dix-huit autres étudiants de la province dont les dossiers antérieurs étaient insuffisants, sont entrés en B.Sc. II, option biologie, sans avoir reçu de la Faculté de médecine l'assurance qu'ils seront acceptés l'an prochain en première année de médecine.

Enfin, 20 autres candidats à l'admission n'ont pas été acceptés.

Plusieurs de ces derniers provenaient de collèges affiliés à l'Université Laval de Québec et avaient été refusés par la Faculté de médecine de cette institution parce que les notes obtenues au cours de leurs études et au baccalauréat étaient trop faibles. D'autres, ceux-ci de la région de Montréal, avaient mis 10 ans pour terminer leur cours classique ou présentaient des résultats scolaires insuffisants. Ils ne possédaient pas les aptitudes nécessaires à l'étude et à la pratique de la médecine. Ils ont été refusés parce que la Faculté de médecine, consciente de ses responsabilités vis-à-vis de la Société, n'admet pas les élèves qu'elle estime incapable d'acquérir une formation médicale satisfaisante. Certains avaient échoué aux examens de l'année prémédicale en 1950-51, ou antérieurement, et devenaient ainsi inadmissibles à la Faculté de médecine, en vertu d'un règlement datant de 30 ans. D'autres étudiants ne possédaient qu'un baccalauréat ès sciences. Or, la Faculté de médecine exige une connaissance suffisante de la philosophie et du latin en plus des sciences, c'est-à-dire un baccalauréat ès arts. Enfin, certains étudiants qui avaient échoué à la Faculté de médecine de Québec et avaient été priés de se retirer, se sont vus refuser l'accès à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal.

En conclusion, tous les étudiants de la province de Québec, susceptibles de réussir en médecine, ont été acceptés soit en première année du cours de médecine, soit dans l'année prémédicale spéciale organisée par la Faculté des sciences de l'Université de Montréal.

En plus des résidents de la province de Québec, la Faculté de médecine a accepté en première année quatre franco-ontariens de la région d'Ottawa, un franco-américain de l'état du Maine et une européenne émigrée à Montréal.

TRAITEMENT de L'HYPERTENSION

SOULAGEMENT ASSURÉ

Pour l'usage quotidien, le Veratrite est un agent hypotenseur recommandable et dépourvu de réactions secondaires fâcheuses. Il peut procurer une amélioration de la circulation, un abaissement progressif de la tension artérielle et une sensation de bien-être accru sans exiger un horaire compliqué ou un ajustement quotidien de sa posologie. Son prix économique, facteur important dans un traitement de longue haleine, milite en faveur du Veratrite comme médicament d'entretien de la plupart des malades hypertendus.

LITTÉRATURE ET ÉCHANTILLONS ENVOYÉS AUX MÉDECINS SUR DEMANDE.

Chaque tabule de VERATRITE contient:
Veratrum viride 3 UNITÉS CRAW*
Nitrite de sodium ..... **1 grain**
Phénobarbital ..... **¼ grain**
Dose initiale : 2 tabules 3 f. p. j. après les repas.
*Standardisé biologiquement du point de vue toxicité par l'épreuve Craw sur la daphnia magna.

Veratrite®

Manufacturé par IRWIN, NEISLER & COMPANY, DECATUR, ILLINOIS, U. S. A.
Représentants exclusifs au Canada:
HERDT & CHARTON, INC. - - 2027, Avenue du Collège McGill, Montréal

REVUE DES LIVRES

Jean SAIDMAN, fondateur de l'Institut d'Actinologie, et Jean MEYER, chef de Laboratoire de Finsenthérapie à l'hôpital Saint-Louis. — **Les ondes courtes en thérapeutique.** 3ème édition, revue et corrigée. Un volume de 262 pages, avec 85 figures. — G. Doin et Cie, éditeurs, Paris, 1951.

Cette 3e édition a renouvelé les deux tiers de l'ouvrage. La diathermie par ondes courtes est devenue classique; elle a supplanté peu à peu la diathermie par ondes longues. Elle deviendra la seule possible, le jour prochain où les conventions internationales qui limitent étroitement les fréquences réservées aux médecins, seront appliquées sans restrictions. Le matériel en est transformé.

Cet ouvrage expose les conditions de construction et de fonctionnement du matériel moderne et les notions qui, pour le physiothérapeute, doivent guider son choix dans l'achat d'un appareil. De nombreuses indications thérapeutiques périmées ont été élaguées. Par contre, plusieurs chapitres ont été considérablement développés. A côté du traitement des phénomènes douloureux, des affections viscérales et vasculaires, les troubles causés par le froid et les séquelles des traumatismes sont l'objet de chapitres nouveaux.

Enfin une dernière partie concerne les microndes, qui entrent à peine dans la thérapeutique.

Nous ne sommes plus au stade des essais: la diathermie par ondes courtes est de moins en moins un agent physique isolé. Participant à la « polyradiothérapie » sur laquelle insistait Saidman, elle prend dans les associations des agents thérapeutiques, physiques, chimiques et biologiques, une place bien déterminée et des plus importantes.

M. ALBEAUX-FERNET, L. BELLOT, J. DANEL, J. DERIBREUX et M. GELINET. — **L'année endocrinologique.** Deuxième année. Un volume de 140 pages. — Masson et Cie, éditeurs, Paris, 1951.

Les auteurs de l'Année Endocrinologique ont voulu donner non pas le résumé sec et strict des observations et des travaux endocrinologiques parus dans l'année, mais des exposés complets de sujets à l'ordre du jour, appuyés sur une bibliographie française et étrangère. Ils ont cherché la clarté et la précision en même temps que la solidité des faits rapportés. Ils s'adressent ainsi, à la fois, aux spécialistes soucieux d'être « à la page », aux étudiants voulant moderniser leurs dossiers et aux praticiens désireux de maintenir leurs moyens de diagnostic et de thérapeutique à la hauteur des récentes découvertes.

Divisions de l'ouvrage

Surrénales: Conception physio-pathologique et thérapeutique actuelle de la maladie d'Addison. — Le test de Thorn: exploration fonctionnelle de la corticо-surrénale par le compte direct des éosinophiles. — Syndrome de Cushing. — Emploi thérapeutique d'une hormone surrénale: la cortisone et d'une hormone hypophysaire: la corticotrophine.

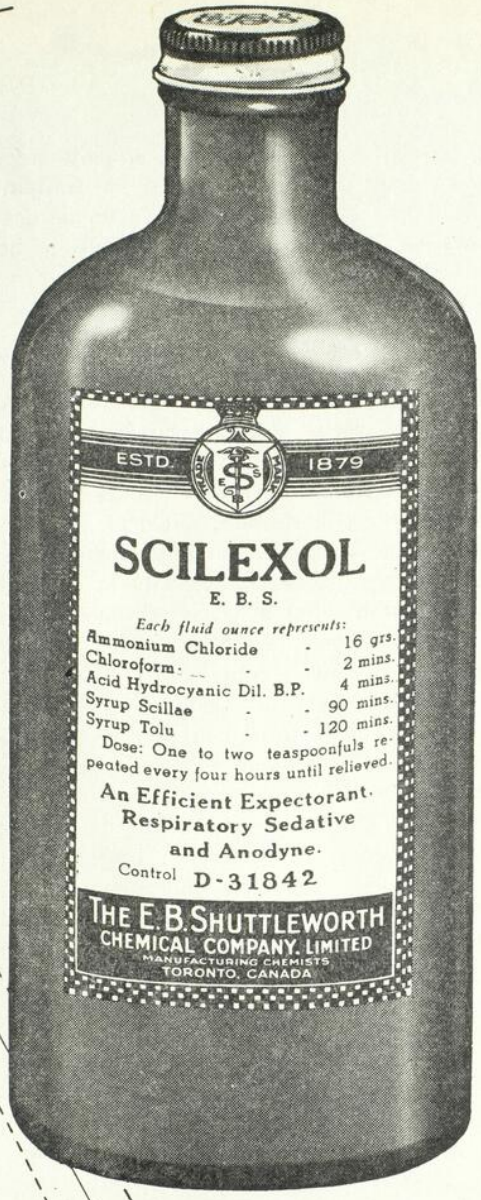
Corps thyroïde: Données nouvelles sur la thyréotrophine. — Les protéines iodées.

Neuro-hypophyse: Maigreurs hypophysaires. — Les séquelles endocriniennes des méningo-encéphalites de la base. — Les gonadotrophines en thérapeutique génitale masculine.

Ovaires: Les facteurs de la menstruation. — Frottis vaginaux. — Le diagnostic étiologique des aménorrhées. — Le diagnostic biologique et clinique de la grossesse. — Le traitement de la dysménorrhée par les antihistaminiques de synthèse. — Les œstrogènes de synthèse en thérapeutique générale. — Le traitement de certains accidents gravidiques par les œstrogènes de synthèse.

Testicules: Les 17 cétostéroïdes. — Individualisation physio-pathologique de certains cas de stérilité masculine.

LA TOUX ENRAYÉE AVEC LE SCILEXOL



Le Scilexol E.B.S. contient des expectorants qui dégagent les voies respiratoires de leurs sécrétions, et facilitent leur élimination.

Les spasmes de la toux seront vite enrayés si on associe au Scilexol E.B.S. les sédatifs suivants. *

1	**Codéine**	**1 gr. par once**
2	**Methadon**	**10 Mg. par once**
3	**Teinture d'opium camphrée**	**80 min. par once**

* Ordonnance pour narcotiques requise.

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

UNE COMPAGNIE ENTIÈREMENT CANADIENNE... DEPUIS 1879

Représentants:

M. Gaudias Lamontagne, 2317 Regent Ave., N.D.G., Montréal, P. Q.
M. J.-A. Le Febvre, 4995 Hampton Ave., Montréal, P. Q.
M. J.-L. Vallerand, 23, rue de l'Eglise, Québec, P. Q.
M. P.-E. Thibaudeau, 2425, boul. Girouard, Saint-Hyacinthe, P. Q.
M. J.-L. Racette, 5419, 4th Ave., Rosemount, Montréal, P. Q.

Affections pluri-endocriniennes et para-endocriniennes: Investigations étiologiques et traitement de l'hydrolipopexie. — Conception actuelle des infantilismes. — Maladie de Paget. Conceptions nouvelles et thérapeutique hormonale.

Sujets traités dans la première année (1949)

Surrénales: Diagnostic de la maladie d'Addison. Hypertension sèche d'origine surrénale et syndrome d'adaptation de Selye. Traitements actuels de la maladie d'Addison. Arthrites au cours de traitements par la désoxycorticostérone. — *Corps thyroïde*: Antithyroïdiens de synthèse dans le traitement des hyperthyréoses. Indications actuelles de la chirurgie dans le traitement des hyperthyréoses. Iode radio-actif. — *Hypophyse*: le test de l'intolérance à l'insuline. Les nanismes d'origine cérébrale. — *Ovaires*: Frottis vaginaux. Œstrogènes de synthèse. Troubles de la ménopause et leur traitement. Traitement des rhumatismes de la ménopause par les œstrogènes de synthèse. Obésités spongieuses féminines. — *Testicues*: Hormonothérapie masculine dans la gynécomastie. Arthroses au cours de traitements par la testostérone. — *Seins*: Hormonothérapie du cancer du sein par la testostérone. Hormonothérapie du cancer du sein par les œstrogènes de synthèse. — *Parathyroïdes*: L'hormone parathyroïdienne. Tests d'insuffisance parathyroïdienne.

Publiés sous la direction de Michel POLONOVSKI, professeur de Chimie médicale à la Faculté de Médecine de Paris, membre de l'Académie de Médecine; par MM. P. Boulanger, P.-J. Dallemagne, C. E. Dent, P. Favarger, A. Gajdos et M. Gajdos-Torok, R. Grangaud, E. Mach et R.-S, Mach, M. Machebœuf, P. Mandel, M. Polonovski et P. Valdiguié, J. Roche, G. Schapira et J. Kruh, J. Van de Velde et J. de Smet. — **Exposés annuels de biochimie médicale.** Treizième série. Un volume de 332 pages, avec figures. — Masson et Cie, éditeurs, Paris 1951.

Cette treizième série rassemble 13 conférences de chimie médicale faites par des biochimistes réputés à la Faculté de Médecine de Paris. Ces conférences portent sur des sujets d'actualité intéressant, au premier chef, le physiologiste et le médecin.

Cet ouvrage contient en outre la table alphabétique des auteurs des tomes I à XIII.

Chapitres de l'ouvrage

Les effets métaboliques de la cortisone et l'ACTH (René S. Mach et Evelyn Mach). — Squelette et hormones sexuelles (M. J. Dallemagne). — La résorption intestinale des acides gras chez l'animal supérieur (P. Favarger). — Quelques désordres du métabolisme des acides aminés (C. E. Dent). — Caroténoïdes et vision (R. Grangaud). — Acide glutamique et métabolisme cérébral (P. Boulanger). — Quelques récentes acquisitions sur la biochimie de l'hormone thyroïdienne (J. Roche). — Métabolisme de l'acétone (M. Polonovski et P. Valdiguié). — Les cuproprotéines sanguines et l'affinité pour le cuivre des diverses protéines plasmatiques (M. Machebœuf). — La biosynthèse de la protoporphyrine hémoglobinique (A. Gajdos et M. Gajdos Torok). — Rôle des hormones dans le métabolisme des lipides (J. Van de Velde et J. de Smet). — Sur les acides pentose et désoxypentosenucléique des tissus (P. Mandel). — Spécificité des hémoglobines et « maladies moléculaires » (G. Schapira et J. Kruh).

Sujets traités dans la douzième série

Synthèse des protéines et ribonucléoprotéides (J. Brachet). — Les substances anticholinestérasiques (C. Heymans). — Le diabète alloxanique (J.-P. Hoet et P. de Moor). — Métabolisme des amines (H. Blaschko). — Recherches sur la thiamine dans l'urine et le sang en vue de la détection d'états de carence (H. G. K. Westenbrink). — Recherches biochimiques sur le mode d'action des antibiotiques (M. Machebœuf et F. Gros). — Etudes sur les protéides, enzymes, ultravirus et microbes à l'aide des ultrasons (P. Grabar). — L'action des protéinases (P. Boulanger). — L'exploration biochimique de l'excitabilité des centres respiratoires (D. Santenoise). — Action biochimique des cyanures et des anticyanures (H. Benard). — Les protéines de Bence-Jones (M. Polonovski et F. Delbarre). — Biochimie de l'atrophie musculaire (G. Schapira et J. C. Dreyfus).

Sujets traités dans la onzième série

Le minimum alimentaire (A. Fleisch). — Le problème des protéines tumorales (F. Kogl). — Les applications de la diffusion moléculaire de la lumière à l'étude des protéines (P. Putzeys). — La chromatographie de partage (P. Boulanger et G. Biserte). — Les enzymes amylolytiques et phosphorolytiques. Dégradation et synthèse de l'amidon (Kurt H. Meyer). — La biochimie des acridines (L. Massart). — Elimination des gonadotropines et des stéroïnes au cours de la grossesse (M.-F. Jayle). — Aspects biochimiques du choc (G. Schapira). — L'estérase du sérum sanguin (A. Gajdos). — Données récentes sur les ptérines (M. Polonovski).

Nouveau Traitement Scientifique

pour les

ULCÈRES GASTRIQUES
et DUODÉNAUX

ROBUDEN

VOIE BUCCALE et INJECTABLE

Dragées à base d'EXTRAITS d'ESTOMAC et d'INTESTIN GRÊLE, préparés de diverses méthodes

Ampoules injectables à base d'EXTRAITS d'ESTOMAC et d'INTESTIN GRÊLE. préparés de diverses méthodes

Société suisse de gastro-entérologie

Genève 22-23 juin 1946
(Voir Médecine et Hygiène, no 78)

Suite des résumés des communications

II

P.-d. Dr H. Kapp (Bâle)

1. Le traitement de l'ulcère gastrique et duodénal par le Robuden.

L'accroissement, ces dernières années, des ulcères gastriques et duodénaux a contribué au fait que de nombreux cas ont dû être traités ambulatoirement. L'étude de nombreux médicaments dans des conditions graves a été ainsi rendue possible.

Rapport sur le traitement avec le Robuden.

Sur 30 cas d'ulcères gastriques, la niche, après le traitement, avait disparu dans 21 cas, persisté dans 9 cas et récidivé dans 5 cas. On constate donc un succès temporaire dans les deux tiers des cas et un succès durable dans environ la moitié des cas traités.

Sur 34 cas d'ulcères duodénaux, la niche, après le traitement, avait disparu dans 29 cas, persisté dans 5 cas et récidivé dans 5 cas. Succès temporaire, cinq sixièmes des cas et succès durable, deux tiers des cas.

On peut conclure sur la base de ces recherches que le traitement ambulatoire avec le Robuden fournit des résultats comparables à ceux du traitement par le repos et la diététique.

Documentation et échantillon médical envoyés sur demande.

Préparé par
LES LABORATOIRES ROBAPHARM SOC.
BÂLE, SUISSE

Représentants exclusifs au Canada
HERDT & CHARTON, INC.
2027, AVENUE DU COLLÈGE McGILL - MONTRÉAL

"L'Union Médicale du Canada" en 1882

L'œsthésie chez les dentistes

Nos lecteurs sont dé à, sans aucun doute, au fait du malheureux accident survenu dernièrement chez un dentiste à Québec. Un jeune homme ayant été mis sous l'influence du chloroforme pour l'extraction d'une dent, celle-ci fut extraite, mais, en dépit de tous les efforts, il fut impossible de ranimer le patient qui, l'instant d'après, rendait le dernier soupir. Une enquête tenue au sujet de cette affaire exonéra de tout blâme, et le dentiste qui avait extrait la dent, et le médecin qui avait administré l'anesthésique. Il fut prouvé que les précautions ordinaires avaient été prises au préalable et que tout avait été mis en œuvre pour rappeler à la vie l'infortunée victime.

Notre intention n'est pas de commenter ici le fait en question, au sujet duquel nous manquons d'informations suffisantes pour pouvoir en parler comme nous voudrions. Nous ne voulons pas non plus entreprendre de discuter les mérites respectifs de divers modes d'anesthésie; cette étude nous entraînerait trop loin et n'entre pas, d'ailleurs, dans le cadre que nous nous sommes tracé.

Nous désirons seulement profiter de l'occasion pour examiner une question des plus graves et qui emprunte au fait que nous venons de rapporter une importance qu'on ne saurait se dissimuler, nous voulons parler des garanties de sécurité que peuvent offrir à leurs clients les dentistes qui font usage d'anesthésiques, et des conditions dans lesquelles ceux-ci peuvent ou doivent être administrés.

Bien qu'un grand nombre de dentistes se servent, encore aujourd'hui, presqu'exclusivement du protoxyde d'azote pour produire l'anesthésie, il en est cependant beaucoup trop qui, de temps à autre, ont recours au chloroforme. C'est là, à notre avis, une erreur contre laquelle on ne saurait trop s'élever. Considérant le peu de temps nécessaire à l'extraction d'une ou de plusieurs dents, le fait qu'une insensibilité complète n'est pas toujours de rigueur, et ce qui est plus important encore, la position dans laquelle il faut, la plupart du temps, placer le patient afin d'opérer d'une manière convenable, il semble que le dentiste ne devrait jamais songer au chloroforme. Le chirurgien lui-même ne craint-il pas d'employer cet agent quand il s'agit d'une opération mineure, souvent beaucoup plus douloureuse et de plus longue durée que la simple extraction d'une dent? D'ailleurs, il est reconnu que le chloroforme est le plus dangereux de tous les anesthésiques ordinairement employés, et tous les autres s'accordent à en proscrire l'usage dans la chirurgie dentaire. S'il se présente des cas où il faille, de toute nécessité, donner le chloroforme, qu'on en laisse au moins l'administration à un médecin compétent, c'est-à-dire à une personne qui en connaît à fond les bons et mauvais effets et qui pourra, le cas échéant, prodiguer les secours nécessaires.

La position assise ou demi assise que les dentistes donnent ordinairement à leurs patients n'est pas non plus celle qui convient aux anesthésiques en général et plus particulièrement au chloroforme. Chacun sait qu'un des grands dangers de l'anesthésie chloroformique est l'anémie cérébrale produisant à son tour la syncope respiratoire et circulatoire, accidents éminemment favorisés par la position assise. Dans le cas du protoxyde d'azote, le danger de syncope est moindre, mais il existe toujours à un certain degré vu la gêne considérable de la circulation capillaire dans le cerveau. Or quels sont les dentistes qui, se servant du chloroforme pour anesthésier leurs malades, ont la précaution de placer ceux-ci dans une position quasi ou tout à fait horizontale? Il en est assurément, et nous voudrions que ce soit même le plus grand nombre, mais que d'exceptions! Nous tenons de source certaine qu'un dentiste de cette ville, ayant à faire l'extraction de quelques dents cariées chez une dame, administra le chloroforme sans avoir pris aucune précaution préalable. La patiente venait de dîner; elle était corsée à triple tour. On la mit dans la position assise et l'opérateur donna lui-même le chloroforme, sans se soucier de faire appeler un médecin, n'eût-ce été que pour ausculter cette malade qui se plaignait, paraît-il, de troubles du côté du cœur. Aucun accident ne survint pourtant, mais n'en reste-t-il pas moins établi qu'il y avait là une coupable imprudence?

Il est de fait que, en thèse générale, les personnes qui se présentent chez les dentistes et auxquelles ceux-ci administrent un anesthésique n'y sont guère préparées. Souvent elles sortent de table, et l'on oublie de s'informer si rien ne serre outre mesure la taille ou le cou, et ne gêne de quelque façon les mouvements respiratoires ou la circulation cérébrale. Or ces précautions sont de première nécessité surtout avec le protoxyde d'azote qui produit si facilement l'asphyxie.

Enfin, l'on néglige beaucoup trop souvent de faire faire, par un médecin compétent, un examen attentif des organes thoraciques du patient, afin de s'assurer si celui-ci ne souffre pas de quelques maladie du cœur ou des poumons de nature à favoriser la tendance à la syncope ou à l'asphyxie, et pouvant ren-

LA NATURE À SON MIEUX...

Vibelan

Le COMPLEXE VITAMINIQUE B

d'origine entièrement naturelle

Provenant de foie frais, de son de riz et de levure de bière

THE BRITISH DRUG HOUSES
(CANADA) LIMITED
TORONTO - CANADA

dre dangereux le sommeil anesthésique. D'après les statistiques recueillies par Lyman[1], nous voyons que sur 82 cas de mort par le chloroforme, l'éther et le protoxyde d'azote, de 1871 à 1881, et où l'autopsie a pu être pratiquée, il y en eut 52 chez qui l'on constata la maladie organique du cœur, des gros vaisseaux ou du poumon. Le plus souvent, ce fut la dégénérescence graisseuse du cœur et l'athérome des parois artérielles.

Ce qui précède suffira, croyons-nous à prouver aux plus incrédules de quels dangers peut être entourée l'administration d'un anesthésique chez un dentiste, et quelles précautions doivent être prises. Ces précautions sont résumées dans les propositions suivantes:

1° Le *chloroforme* ne doit jamais être employé par les dentistes. 2° De quelque agent que l'on se serve, les précautions préalables dont nous avons parlé concernant la position du malade, la constriction exercée par les vêtements, etc., doivent être prises autant que possible. 3° Les dentistes doivent avoir sous la main tout ce qui peut être nécessaire pour ranimer le patient au cas d'accident, v.g. appareil électrique, etc. 4° Les dentistes ne doivent jamais prendre sur eux de donnre un anesthésique, mais ils sont tenus de faire appeler un médecin compétent, tant pour examiner les malades et juger s'ils sont dans des conditions qui leur permettent de supporter l'anesthésie que pour administrer lui-même cet agent.

Nous terminerons nos observations sur ce sujet en nous demandant si vraiment les dentistes non médecins sont autorisés, par leur diplôme et la charte de leur association, à administrer eux-mêmes un anesthésique quelconque. Telle chose n'est pas permise en France si nous en croyons l'extrait suivant d'un bulletin du *Progrès Dentaire*[2]: « L'administration des anesthésiques est une opération réservée aux docteurs en médecine et qui est interdite par la loi aux officiers de santé, à plus forte raison aux dentistes dépourvus de diplômes médicaux ou de nationalité étrangère. » Nous croyons savoir que la charte et la constitution qui régissent l'*Association des Dentistes de la Province de Québec* ne fait pas du tout mention de l'administration des anesthésiques par les dentistes. Il s'en suit donc que cette administration est tacitement interdite à ceux-ci, et doit être laissée *aux seuls médecins*. La grande majorité des dentistes n'y ont pas la moindre objection, bien au contraire.

Nous ajouterons enfin que dans le cours des remarques précédentes nous n'avons pas voulu parler des dentistes en tant que corps. La plupart d'entre-eux, il nous fait plaisir de le dire, prennent toujours en ce qui regarde l'anesthésie de leurs patients toutes les précautions suggérées par la prudence. Mais il est des exceptions, ils le savent comme nous, et avec nous ils doivent désirer les voir disparaître.

1. Lyman, *Artificial Anoesthesia et Anoesthetics*, New York 1881.
2. *Progrès Dentaire*, juillet 1879.

AGRIPPOL

ANTIPYRÉTIQUE - ANALGÉSIQUE - ANTISPASMODIQUE

INDICATIONS

Les comprimés Agrippol s'emploient pour soulager les symptômes accompagnant les rhumes, le coryza, la grippe, la bronchite, l'asthme des foins, l'asthme bronchique, la dysménorrhée, les maux de tête et les névralgies.

COMPOSITION

Acétophénétidine — Acide acéthylsalicylique
Chlorhydrate d'aminoxide-atropine

ÉCHANTILLON MÉDICAL ET DOCUMENTATION COMPLÈTE SUR DEMANDE

HERDT & CHARTON, INC.

"MÉDICAMENTS DE MARQUE"

2027, AVENUE DU COLLÈGE McGILL — MONTRÉAL

NOUVELLES THÉRAPEUTIQUES

TROIS DES PRINCIPALES MALADIES VÉNÉRIENNES ENRAYÉES PAR UN NOUVEAU REMÈDE ANTIBIOTIQUE

Trois parmi les principales maladies vénériennes ont été traitées avec succès par un remède antibiotique puissant, la terramycine, selon un rapport portant sur cinq nouvelles études cliniques effectuées par des médecins américains bien connus.

Le Dr Louis T. Wright, à la tête d'une équipe de médecins du Harlem Hospital, à New-York, a obtenu un coefficient de 92,6% de guérisons sur une série de 177 cas de blennorragie, soignés par absorption de terramycine par la bouche.

Les mêmes docteurs ont déclaré que des résultats « extrêmement encourageants » ont été obtenus en donnant ce médicament à 20 malades atteints de lymphogranulomatose inguinale, maladie vénérienne causée par un virus et dont le traitement était jusqu'alors « très peu satisfaisant ». Des résultats similaires portant sur un total de 43 cas de granuloma venereum, une 3e infection vénérienne, ont été également signalés par ces mêmes praticiens et par un autre groupe de médecins.

La communication que le Dr. Wright et ses collaborateurs ont présentée à Washington au « Symposium on Recent Advances in the Study of Venereal Diseases », (Congrès Médical consacré aux progrès récents accomplis dans les recherches sur les maladies vénériennes), s'exprime en ces termes: « La découverte des remèdes antibiotiques aux résultats si remarquables et si faciles à administrer, rend possible d'envisager la suppression de maladies vénériennes très répandues ».

La blennorragie, en particulier, est l'une des maladies les plus anciennes, les plus fréquentes et les plus complexes dont souffre l'humanité; elle se rencontre sans distinction d'âge, de race ou de sexe, ni de climat, de saison ou de situation géographique. Ses complications sont multiples et comprennent notamment la stérilité, la semi-invalidité ainsi que la cécité des enfants nés de mères infectées.

Des cultures de bactéries prélevées parmi les 177 cas sus-mentionnés furent négatives, et révélèrent l'élimination dans les 24 heures des gonocoques qui causent la maladie. Des résultats également satisfaisants ont été aussi constatés en administrant la terramycine par doses de un gramme et deux grammes. Treize rechutes ont été signalées.

La même équipe de savants a obtenu une proportion de 95 à 96% de guérisons en traitant un second groupe de 260 cas de blennorragie à la fois par la terramycine et un autre antibiotique puissant, l'auréomycine, suivant une méthode comparable. On peut en tirer la conclusion que ces médicaments « sont des agents excellents dans le traitement de la blennorragie ». Ceux-ci, contrairement à la pénicilline pour laquelle on procède par injections intramusculaires, peuvent être absorbés sous forme de capsules, fait que l'on considère comme un avantage clinique marquant.

Parfois appelée ulcère tropical ou bubon climatique, la lymphogranulomatose inguinale se répand de plus en plus dans la plupart des pays. L'une des raisons de la résistance de cette affection aux traitements, est qu'elle est causée par un virus — un microbe si petit qu'il reste à peu près invisible au microscope. Etant donné que les virus attaquent l'organisme de façon différente de celle des bactéries, les affections qu'ils causent ont tendance à résister même aux agents chimiothérapeutiques les plus modernes. La terramycine et quelques autres puissants antibiotiques sont pratiquement les seuls médicaments susceptibles d'agir sur un certain nombre de virus.

Cependant, en contraste avec le traitement de 24 heures de la blennorragie, le Dr. Wright a fait absorber de la terramycine pendant une période d'un mois à 20 malades atteints de lymphogranulomatose. Les médecins estiment que la durée des soins devrait être même plus prolongée afin d'éviter les rechutes. Ces malades ont été ensuite régulièrement suivis pendant environ une année.

La granulomatose inguinale, aussi appelée ulcère génital, se manifeste par des ulcérations profondes de la peau et des muqueuses. Considérée primitivement comme une maladie tropicale, elle se rencontre de plus en plus fréquemment aux Etats-Unis. La terramycine agit puissamment contre cette affection: telle est la conclusion à laquelle aboutissent non seulement le Dr. Wright et son équipe, mais aussi le Dr. Robert B. Greenblatt et ses aides, au Medical College of Georgia, à Augusta. La première équipe a traité 11 malades avec ce médicament et la seconde; 32 malades: là encore, le traitement dura deux, trois et quatre semaines et même davantage, et l'observation des malades fut continuée ensuite pendant environ huit mois.

Deux des communications de l'équipe du Dr. Wright ont paru dans un numéro récent de la principale publication spécialisée dans cette branche de la médecine « Antibiotics and Chemotherapy », une autre communication dans le « New York State Journal of Medicine » et une quatrième au « Symposium on Recent Advances in the Study of Venereal Disea-

Tyrotrace est facile à employer—une application généreuse, une fois par jour, est ordinairement suffisante.

DEUX PUISSANTS ANTIBIOTIQUES DONNENT A CET ONGUENT UN VASTE CHAMP D'ACTION ANTIBACTÉRIEN

Tyrothricine et bacitracine *associées* font de TYROTRACE un onguent topique d'une efficacité remarquable dans le traitement des dermatoses pyogéniques et autres infections cutanées causées, ou compliquées, par des organismes sensibles—principalement les organismes gram-positifs, infections telles que:

- impétigo
- ecthyma
- plaies infectées
- ulcères
- folliculitis barbae
- infections secondaires compliquant l'eczéma et la gale

AVANTAGES

- grande efficacité contre les organismes gram-positifs en raison de l'action synergique antibactérienne de 2 puissants antibiotiques
- bien toléré—aucune réactions toxiques n'ont été signalées après l'emploi clinique de TYROTRACE
- en utilisant des antibiotiques *topiques*—on évite la possibilité de sensibilisations des malades aux antibiotiques ordinairement employées par voie parentérale
- sert de pansement occlusif hydrofuge—permet de couvrir par un bandage—empêche le bandage d'adhérer à la plaie, évitant ainsi d'endommager le tissu granuleux lorsqu'il est nécessaire de changer le pansement.

CONDITIONNEMENT — TYROTRACE est offert en tubes de ½ once.

Sharp & Dohme (Canada) Ltd., Toronto 13, Ontario.

TYROTRACE

Onguent Bacitracine-Tyrothricine

ses ». Le rapport Greenblatt a été publié dans le « Journal of Venereal Diseases Information ».

SELSUM [1]

La science médicale a découvert récemment que le selenium — ce métal rare qui fait ouvrir les portes au moyen de l'œil électrique — peut apporter une amélioration prolongée à ceux qui souffrent de pellicules. Un composé de ce métal constitue le principal ingrédient de la suspension Selsum.. C'est un nouveau médicament fabriqué par les Laboratoires Abbott pour le traitement de la dermite séborrhéique du cuir chevelu, dont les pellicules ne sont qu'une manifestation légère.

Selsum n'est pas annoncé comme un traitement curatif des pellicules, mais il soulage le brûlement et la démangeaison après deux ou trois applications. Il redonne au cuir chevelu une apparence normale et le débarrasse des squames caractéristiques pour une à quatre semaines, chez la plupart des patients.

Dans des essais cliniques chez 400 patients, Selsum a enrayé effectivement la dermite séborrhéique dans 81 à 85 pour cent des cas, et les pellicules, maladie moins grave, dans 92 à 95% des cas. Plusieurs de ces patients avaient essayé des shampooings et des préparations soufrées sans aucun effet.

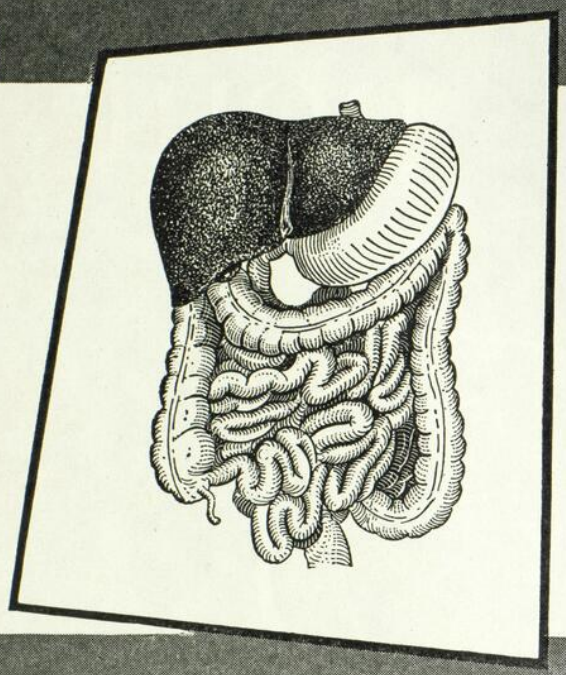
Selsum est un sulfure de selenium et est présenté sous forme de liquide orangé. Appliqué pendant le lavage des cheveux, il est de maniement facile et agréable et laisse le cheveu propre et souple. A l'opposé des onguents et autres préparations semblables, Selsum, que l'on rince peu après son application, ne laisse aucune tache de graisse sur les vêtements ni odeur désagréable après emploi.

On peut se procurer Selsum sur ordonnance médicale seulement. Les instructions particulières sont indiquées par le médecin et, après le début du traitement, il n'est pas nécessaire de répéter les applications plus d'une fois par semaine ou moins souvent.

1. Selsum est la marque déposée des Laboratoires Abbott pour le sulfure de selenium.

BUREAU À LOUER

Bureau et salle d'attente meublés à louer pour médecin. Instruments à vendre. Endroit propice à une bonne clientèle. S'adresser à : Madame Léo Mongeon — 10350, boulevard des Ormes, Ahuntsic. Tél.: DU. 1220.



Prévention ou soulagement des

Distensions Abdominales et Rétentions Gastriques

post-opératoires

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

On a aussi prouvé la grande valeur de l'Urecholine pour prévenir et/ou soulager la rétention d'urine post-opératoire et traiter la rétention chronique ou fonctionnelle. On a obtenu un soulagement symptomatique complet dans des cas choisis de mégacôlon.

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

* * *

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

URECHOLINE CHLORIDE

(marque déposée)

(Marque de chlorure de béthanechol)

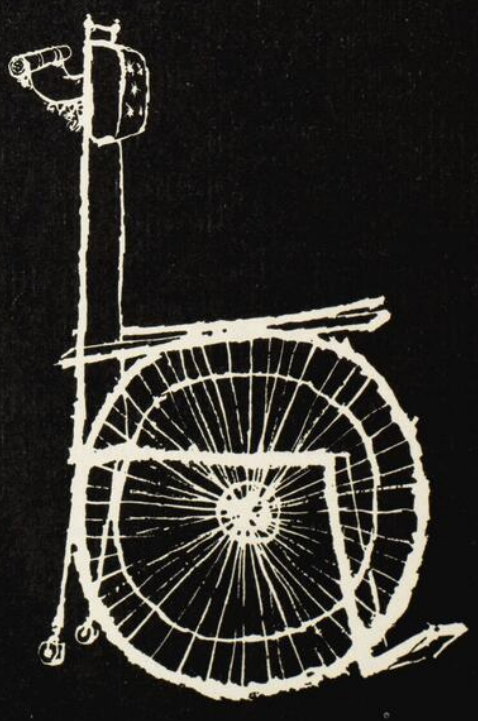
(Uréthane du chlorure de β-méthylcholine Merck)

MERCK & CO. LIMITED

Chimistes fabricants

MONTRÉAL TORONTO VALLEYFIELD

pour les



cas critiques

L'état critique créé dans l'organisme par les brûlures, les infections aiguës, les opérations graves et les convalescences prolongées peut imposer des exigences exceptionnelles à la corticale surrénale.

Heureusement, le médecin peut corriger cette déficience corticale surrénale par une injection sous-cutanée, intramusculaire ou intraveineuse de . . .

℞ L'extrait de Cortex Surrenal Upjohn

Les recherches effectuées par la maison Upjohn en physiologie et chimie surrénales ont contribué d'une manière significative à mettre à la disposition du corps médical des extraits standardisés de grande efficacité qui fournissent toutes les hormones cortico-surrénales naturelles.

Chaque cm³ d'Extrait de Cortex Surrénal Upjohn contient le principe biologique équivalent à 0.1 mg. de 17-hydroxycorticostérone, titrage standardisé par l'essai de Déposition au Glycogène appliqué au Foie du Rat. Alcool: 10%

Fourni en fioles de 10 cm³.

Upjohn Research

Médicament . . . Préparé avec soin . . . Pour la santé.

THE UPJOHN COMPANY, 384 RUE ADÉLAIDE, OUEST, TORONTO, ONTARIO, CANADA

ULCÈRE VARIQUEUX COMPLIQUÉ D'ECZÉMA

Guéri par pansement compressif

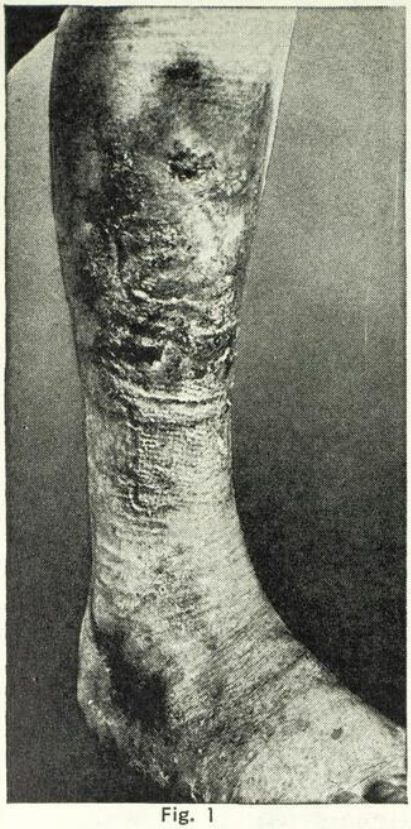


Fig. 1

Fig. 2

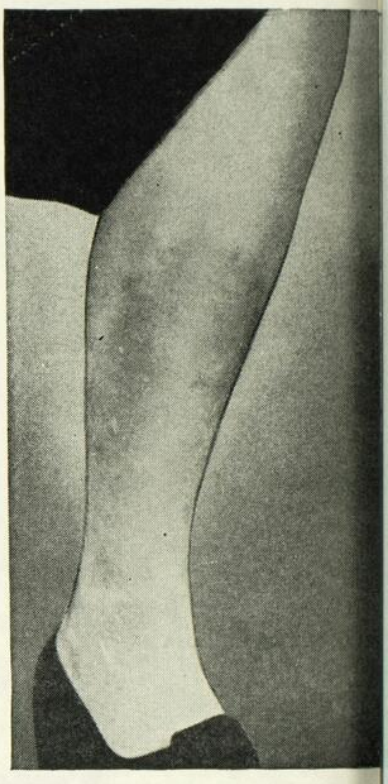


Fig. 3

HISTOIRE DE CAS

M. R., âgée de 40 ans. Ménagère. Ulcère variqueux de la jambe droite, compliqué d'eczéma grave. (Fig. 1).

TRAITEMENT

9 août. — L'ulcère et la peau avoisinante sont nettoyés avec de l'huile de foie de morue. Des bandes de Jelonet sont appliquées pour couvrir l'ulcère et la zone eczémateuse, avec un tampon d'ouate au-dessus de l'ulcère seulement. Toute la jambe est bandée avec de l'Ichthopaste et ensuite avec de l'Elastocrêpe. (Fig. 2).

23 août. — Bandages d'ichthopaste et d'Elastocrêpe répétés.

13 sept. — L'œdème diminue et la jambe est beaucoup moins douloureuse. De la lotion de calamine est appliquée sur toute la région avec un tampon d'ouate, surmonté d'un feutre au-dessus de l'ulcère. La jambe est de nouveau bandée avec de l'Elastocrêpe.

4 oct. — Lotion de calamine, tampon d'ouate et Elastocrêpe répétés.

11 oct. — *Idem* — répétés.

11 nov. — Guérison — (Fig. 3).

On conseille à la malade de continuer elle-même les applications de lotion de calamine et l'Elastocrêpe.

COMMENTAIRES

Dans ce cas, l'eczéma était plus ennuyeux que l'ulcère. Les deux conditions ont cependant répondu à l'effet calmant de l'Ichthopaste et à la pression constante de l'Elastocrêpe. Les détails et les illustrations ci-dessus sont authentiques. T. J. Smith & Nephew Ltd., de Hull, Angleterre, sont heureux de publier cet exemple typique parmi bien d'autres où leurs produits ont été employés avec succès, estimant que les résultats authentiques de ce genre sont d'intérêt général.

ICHTHOPASTE

Les bandages d'Ichthopaste sont du type "Pâte d'Unna" mais contiennent 2% d'Ichthyol. Les bandages mesurent 3½" de largeur par 6 verges de longueur.

JELONET

Le Jelonet (tulle gras) est un pansement de gaze à mailles ouvertes, imprégné de gelée d'huile de pétrole contenant 1% de Baume du Pérou. Il est recommandé comme pansement dans les greffes cutanées et pour le traitement de blessures, brûlures, etc. Le Jelonet est stérilisé, prêt à servir, et est fourni en bandes de 8 verges de long ou en boîtes de fer blanc, contenant 36 morceaux, mesurant 3¾" x 3¾".

ÉLASTOCRÊPE

Les bandages d'Elastocrêpe sont faits d'Elastoplast non tendu et son fournis en largeurs de 2½", 3" et 4" par 5/6 de verge de long, une fois appliqués.

SMITH & NEPHEW LIMITED

378 OUEST, RUE SAINT-PAUL, MONTRÉAL, P. Q.

Accepté

par le Conseil de l'A.M.A. pour la Pharmacie et la Chimie

Cafergot, N.N.R.

(E.C. 110)

Traitement Oral de la Crise de Migraine

Le **CAFERGOT** est le premier médicament efficace par voie buccale dans la crise de migraine. Chaque dragée contient:

1 mg. tartrate d'ergotamine
100 mg. caféine (pure)

. . . "*Pratiquement tous les malades de ce groupe avaient employé auparavant le tartrate d'ergotamine pour avorter ou soulager leur migraine, et tous constatèrent que E.C. 110 était plus efficace que l'ergotamine employée seule*" . . .
(*Horton, Ryan & Reynolds, Proc. Staff Meet., Mayo Clin., 23: 105, 1948*).

. . . "*Quoique E.C. 110 (CAFERGOT) fut développé surtout pour le traitement de la crise de migraine, il est tout aussi efficace et peut être employé dans d'autres céphalées, surtout la céphalée histaminique typique et atypique*" . . .
(*Hansel, Ann. Allerg. 6: 155 — 161, 1949*).

. . . "*Le CAFERGOT . . . semble être une préparation excellente pour l'avortement des maux de tête, surtout ceux du type de la migraine et de la céphalée histaminique*" . . .
(*Ryan, Postgrad. Med., 5: 330, 1949*).

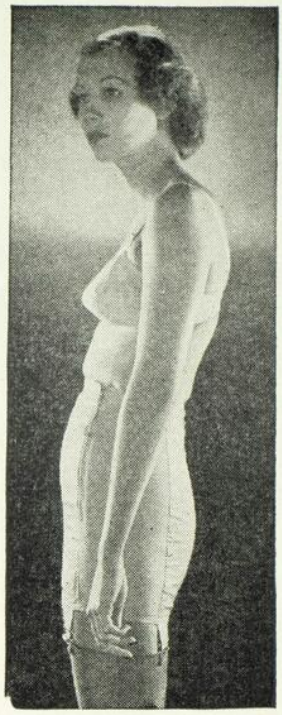
Littérature et échantillons sont à la disposition du Corps Médical.

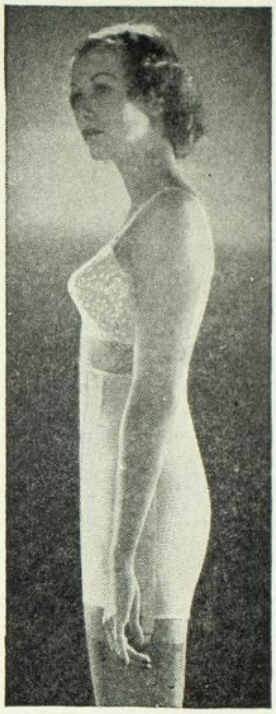
SANDOZ

SANDOZ PHARMACEUTICALS LTD.

391 ST-JACQUES OUEST MONTRÉAL, P.Q.

un bon support aide à former "l'instinct de la bonne attitude"[3]





Dans ces photographies, remarquer le port habituel de la malade sans support — le corps maigre, la tête penchée par en avant, les épaules voûtées, la poitrine plate, l'abdomen ptosé. Puis, remarquer la même malade dans le Support et le Soutien-gorge Spencer prescrits pour elle comme auxiliaires au traitement de la splanchnoptose. Une section abdominale à l'intérieur du support, faite de tissu non élastique, procure le relèvement abdominal supplémentaire requis par de telles malades. Ce Spencer — comme tous les Spencers — est garanti ne PAS perdre sa forme. Un support qui perd sa forme perd son efficacité.
Les Supports Spencer pour hommes sont d'apparence tout à fait masculine.

Adressez le coupon ci-dessous — ou *téléphonez* à une marchande de Supports Spencer (voir les pages jaunes sous "Corsets-Brassières-Retail") pour renseignements.

1. Spiesman, Manuel G., *Visceroptosis*, Rev. of Gastro., 7: 218-234 (mai-juin) 1940. 2. Goldthwait, J. E. et al. *Body Mechanics in Health and Disease*. J. B. Lippincott Co., Philadelphie, 1937. 3. Truslow, Walter, *Body Poise*, Williams and Wilkins Co., Baltimore, 1943.

SPENCER SUPPORTS (CANADA) LTD.,
Rock Island, P. Q.
Angleterre: Spencer Ltd., Banbury, Oxon.
Etats-Unis: Spencer, Inc., New-Haven, Conn.

Veuillez m'adresser la brochure "Les Supports Spencer dans la Pratique Médicale Moderne".

Nom .....

..... M. D.

Adresse 11-51

On convient généralement qu'il est essentiel de cultiver les muscles dans le traitement de toutes les formes de splanchnoptose. [1, 2, 3] Puis, il existe de la documentation pour montrer qu'un bon support aide à former "l'instinct de la bonne attitude de maintien" dans un tel traitement — spécialement chez ceux qui sont "paresseux et négligents". [3]

Dans un Spencer l'amélioration posturale est *immédiate*: il rappelle constamment à la malade son but d'exercer les muscles et de guider la contenance du corps. Et cette rectification du maintien et de la mécanique du corps s'atteint synchroniquement avec le retour des organes abdominaux à leur position normale. Si les Supports Spencer sont thérapeutiquement les plus efficaces c'est que: chaque Spencer est *créé, taillé et fait individuellement* dans nos ateliers de Rock Island, *après* qu'une corsetière a pris une description du corps et du maintien de la malade ainsi que des mesures détaillées. Ainsi, chaque Spencer est créé pour répondre aux indications médicales de chaque malade. Cependant, le prix des Spencers est raisonnable.

SUPPORTS SPENCER **dessinés individuellement**

une nouvelle offensive contre le rhume

PENEDRINE

MOM DEPOSE

protection à triple effet

composition

La ***PÉNÉDRINE*** est présentée sous forme d'un comprimé stable, enrobé de sucre.

Contenant:

Pénicilline G procaïnée 100,000 unités Int.

Phénoxadrine* (Marque de Commerce) 25.0 mg.

Acide acétylsalicylique 160.0 mg. (2½ gr.)

Phénacétine 128.0 mg. (2 gr.)

Caféine 32.0 mg. (½ gr.)

LA *PÉNÉDRINE* NE SERA DISPENSÉE QUE SUR VOTRE ORDONNANCE

**citrate dihydrogène de N, N-Diméthyl-2-(α-phényl-o-toloxy) -éthylamine.*

1 **PÉNICILLINE**—pour la prévention des complications secondaires débilitantes.

2 **ACIDE ACETYLSALICYLIQUE — PHENACETINE — CAFEINE** — pour le soulagement des malaises symptomatiques.

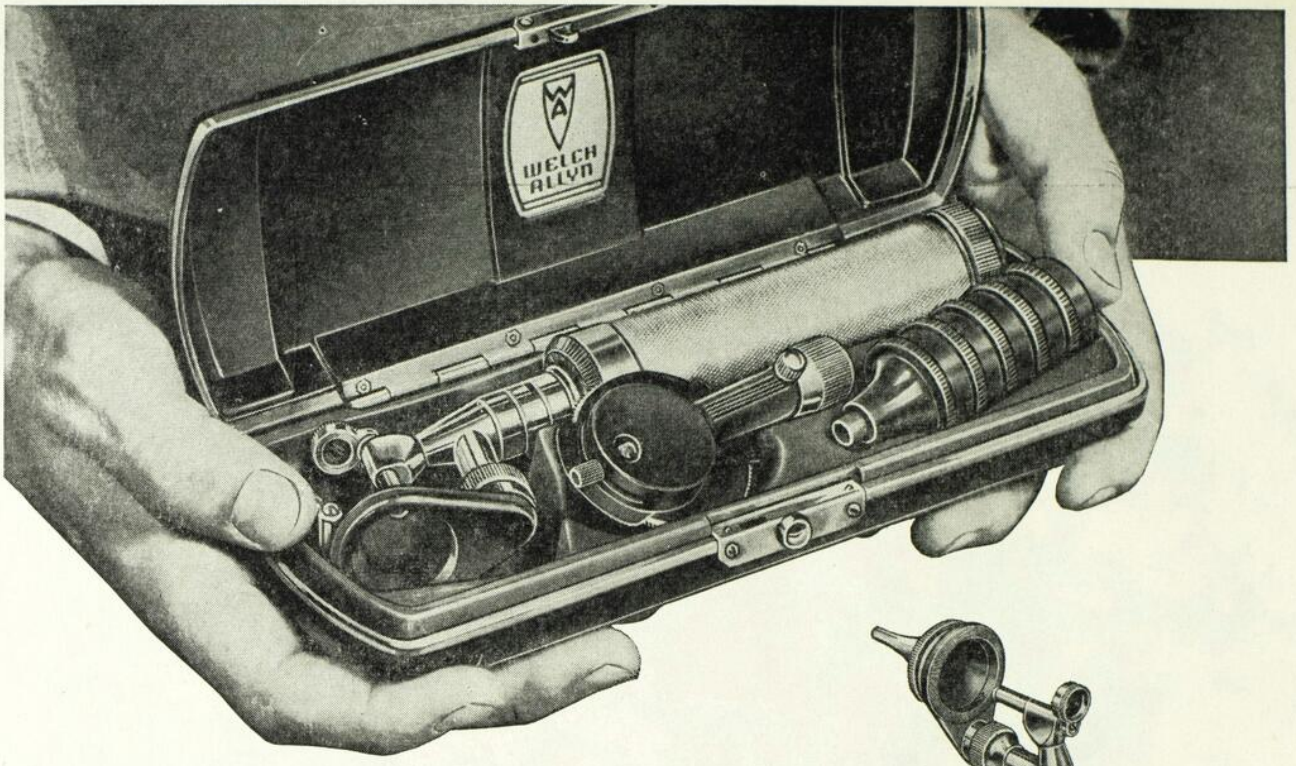
3 **ANTIHISTAMINIQUE**—pour le soulagement de plusieurs symptômes de l'infection primaire et le soulagement spécifique de la rhinite allergique.

Une nouvelle formule pour soulager les symptômes du rhume ordinaire et prévenir ses complications.

Les *Laboratoires Bristol* offrent à la profession médicale, pour la première fois, un produit unique réunissant dans une seule dose un antihistaminique, une préparation acide acétylsalicylique-phénacétine-caféine et de la pénicilline.

BRISTOL LABORATORIES OF CANADA LIMITED

286 OUEST, RUE ST-PAUL, MONTRÉAL, CANADA

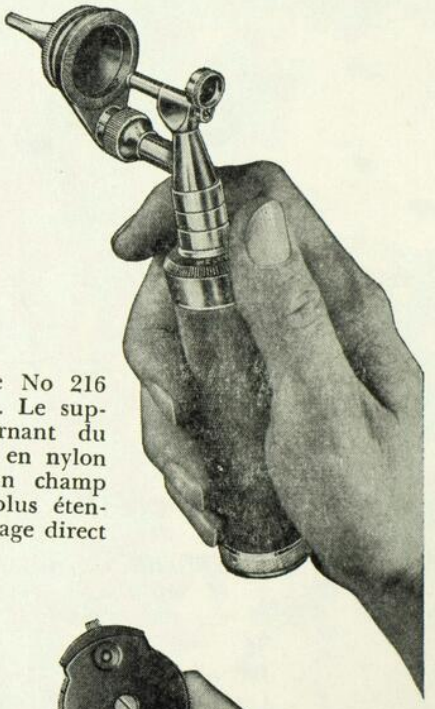


Une aide
pour des mains expertes . . .

LA COLLECTION OPHTALMOSCOPE-OTOSCOPE WELCH ALLYN

Maintenant disponible dans des coffrets "Sandura" No. 21 pour porte-piles de grande ou de moyenne dimension

Des facilités de diagnostic plus rapide et plus adéquat ont rendu la collection ophtalmoscope - otoscope Welch Allyn la plus populaire au monde. La collection No 983 (ci-dessus) en est une de plusieurs associations d'ophtalmoscopes, d'otoscopes et de porte-piles, qui répond à tous les besoins du praticien. Tout est contenu dans l'attrayant coffret No 21, plus condensé, durable et sanitaire que les anciens coffrets. Demandez à votre vendeur Welch Allyn de vous le montrer.



L'otoscope No 216 en action. Le support tournant du spéculum en nylon permet un champ d'action plus étendu. Eclairage direct brillant.

L'ophtalmoscope No 110. L'appareil rotatoire est muni d'une fente et d'un petit orifice standardisés, d'une grille à ligne blanche et d'un filtre anti-rouge. Système optique préalablement centré.

WELCH ALLYN, Inc.

Instruments de diagnostic à éclairage électrique • Auburn, N.Y.

J. F. Hartz Co., Limited
Toronto • Montréal • Halifax

Casgrain & Charbonneau, Limitée
Montréal • Ottawa • Québec

Cloutier & Cloutier Co.
Montréal

3 nécessités de la lutte contre l'agent infectieux:

1) Entraver son développement.
2) Réaliser l'antisepsie intestinale, hépatique, rénale.
3) Provoquer une diurèse, une chasse expulsive.

LABORATOIRES R. SAVOIRE
Vendôme (France).

ANTISEPSIE INTESTINALE, HÉPATIQUE, URINAIRE.

PYOCOLINE

6 à 10 COMPRIMÉS GLUTINISÉS PAR JOUR.

3 composants de PYOCOLINE, correspondant point par point:

1) Chlorure d'ammonium c.p. 0.25 gm.
2) Chlorhydrate d'orthoxyquinoléine 0.05 gm.
3) Hydrate de Terpine . . . . 0.03 gm.

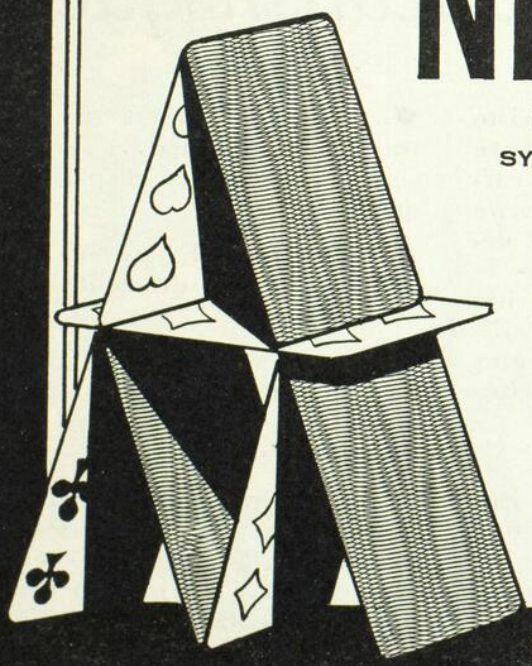
Pour 1 comprimé

Canada:
LABORATOIRES JEAN OLIVE,
200, rue Vallée, Montréal.

NEURO SOLÈNE

SÉDATIF DU VAGUE

SYNERGIE DES DOSES THÉRAPEUTIQUES FAIBLES



EXTRAIT JUSQUIAME
EXTRAIT VALÉRIANE
OXYDE DE ZINC
BARBITAL
O· GR· 017

Petits nerveux, pseudo-cardioques
1 comprimé, matin, midi et soir
Troubles du sommeil
1, à 2, en plus, au coucher

LABORATOIRES BRÉANT, PARIS · LABORATOIRES J. OLIVE 200 RUE VALLÉE · MONTRÉAL

SANS TOXICITÉ
SANS ACCOUTUMANCE - SANS INTOLÉRANCE

ÉQUILIBRE LE SYMPATHIQUE

L'Union Méd. Canada
Tome 80 — nov. 1951

Le nouveau Recueil des thérapeutiques de l'arthrite et du rhumatisme révèle que les salicylates procurent les mêmes bienfaits remarquables que les hormones corticales

. . . sans aucun risque !

La similitude frappante qui existe entre le succinate-salicylate (AMBERMIDE) et l'hormone corticale, comme traitement de l'arthrite et du rhumatisme, est clairement démontrée par les faits cités dans le AMBERMIDE "Index of Arthritic and Rheumatic Therapies — 1951" — une compilation des plus récentes constatations d'éminentes autorités dans le monde entier.

Le tableau comparatif ci-contre est basé sur des renseignements puisés dans l' "Index" . . . et il offre une comparaison exacte des bienfaits remarquables de ces deux thérapies.

Et . . . ce qui est de la plus grande importance pour le médecin praticien . . . ces observations démontrent d'une façon probante que le succinate-salicylate (AMBERMIDE) offre en outre d'autres avantages.

- AMBERMIDE est sûr pour un traitement prolongé . . . les effets secondaires pénibles et parfois tragiques sont évités.
- AMBERMIDE ne représente qu'une fraction du coût du traitement hormonal.
- Les Comprimés AMBERMIDE procurent un soulagement rapide, ils sont faciles à prendre, n'occasionnent aucun trouble gastrique.
- Les Comprimés AMBERMIDE se trouvent dans toutes les bonnes pharmacies. Flacons de 100 et de 500 comprimés . . . sur ordonnance médicale seulement.

Ces avantages exceptionnels démontrent que AMBERMIDE (succinate-salicylate) est le traitement de choix dans l'arthrite et le rhumatisme.

● **LISEZ CES FAITS**

BASÉS SUR LES CONSTATATIONS D'ÉMINENTES AUTORITÉS

Réactions bienfaisantes	Hormone corticale	Succinate-salicylate
1. Réduction dans la teneur en acide ascorbique du cortex surrénalien.	OUI	OUI
2. Augmentation de l'élimination urinaire de l'acide urique.	OUI	OUI
3. Inhibition de l'action de l'hyaluronidase.	OUI	OUI
4. Diminution des eosinophiles dans la circulation.	OUI	OUI
5. Diminution de la globuline gamma et des anticorps dans le sérum.	OUI	OUI
6. Affaiblissement de la réponse allergique.	OUI	OUI
7. Soulagement clinique des symptômes rhumatismaux.	OUI	OUI
8. Activation de l'oxydation tissulaire.	OUI	OUI
8. Favorisation de la phosphorylation.	OUI	OUI

● **POUR VOUS:** Nous nous ferons un plaisir de vous envoyer un exemplaire du "Index of Arthritic and Rheumatic Therapies — 1951". Adressez votre demande à Dépt...., THE PAN PHARMACALS LIMITED, Toronto 10, Canada.

AMBERMIDE

Ingrédients actifs dans chaque comprimé

*O-Hydroxybenzamide	2 gr.
Succinate de calcium	2.8 gr.
Hydroxyde d'aluminium	1.7 gr.
Hydroxyde *salicylamide de magnésium	0.649 gr.

Pour un soulagement symptomatique rapide de l'arthrite et du rhumatisme

Fièvre rhumatismale - sciatique-goutte - bursite - névrite - fibrosite - myosite

MAINTENANT!

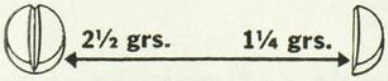
FORMAT POUR ENFANTS

ASPIRIN

MARQUE DÉPOSÉE AU CANADA

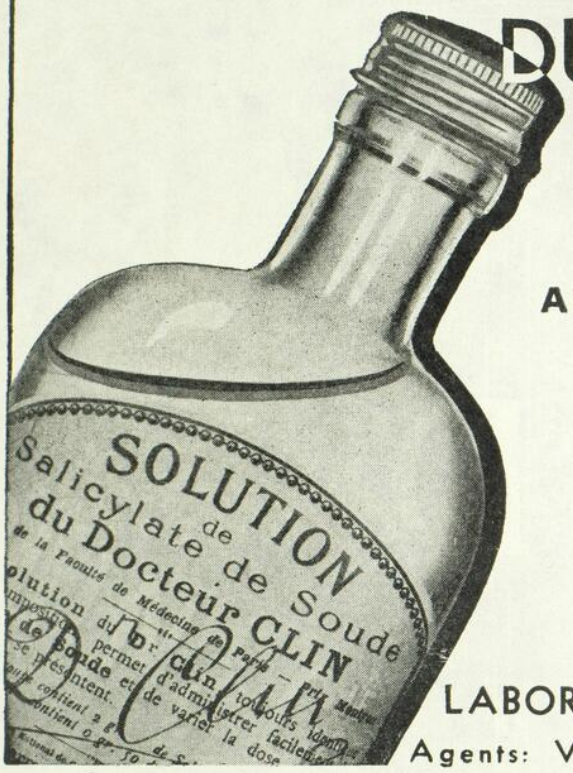
BAYER Véritable

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



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

LA SOLUTION
DE SALICYLATE DE SOUDE
DU DOCTEUR CLIN



RHUMATISME

ARTHRITISME • SCIATIQUE

TOLÉRANCE • ACTIVITÉ

Flacon de 300 c.c.

LABORATOIRES CLIN, COMAR & CIE, PARIS

Agents: VINANT Ltée, **200, rue Vallée, Montréal**

VALERIANATE PIERLOT

Calme les Maladies Nerveuses — Traite la Neurasthénie

Composition: Valérianate d'Ammonium.

Propriétés: Antispasmodique.
Stimulant diffusible et énergique, régulateur de l'innervation.

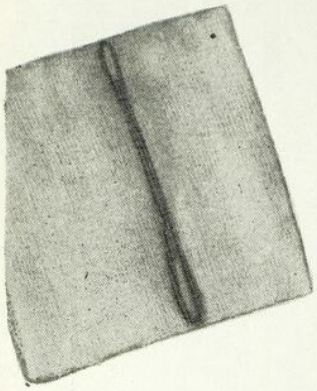
Indications: Excitabilité nerveuse, Insomnie, Migraines, Vapeurs, Toux nerveuse, Palpitations, Tremblement, Spasmes, Chorée, Convulsions, Attaques de nerfs, Hystérie, Névralgies, Sciatique, Règles douloureuses ou difficiles.

Posologie: Une à deux cuillerées à thé dans un quart de verre d'eau sucrée, matin et soir. Pour les enfants, moitié ou tiers d'une cuillerée à thé.

Présentation: Flacon de 120 cc.

Laboratoires H. RIVIER — Paris

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



Le monofilament SAUVEGARDE

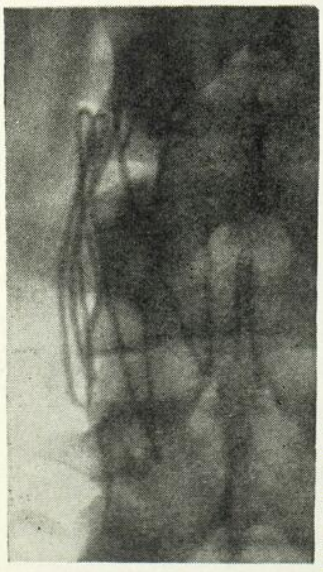
Occupe une grande surface sur la plaque à rayons-X

★ ★

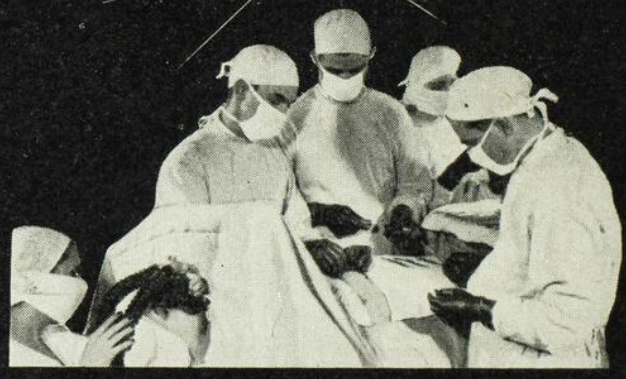
Non toxique, doux et non abrasif

★ ★

Solidement fixé aux replis de l'éponge



Comme une épée de Damoclès



— est suspendue la menace d'une éponge "oubliée". Supprimez cette menace . . . employez les éponges décelables aux rayons-X Ray-Tec qui se découvrent positivement et facilement.

RAY-TEC

ÉPONGES DÉCELABLES AUX RAYONS-X

Johnson & Johnson
LIMITED MONTREAL

AMINOPHYL EDDÉ

Dragées glutinisées dosées à 0 Gm. 10 d'Aminophylline

Médicament de fonds chez les Cardio-rénaux

AMINOBAÏNE

Insuffisances cardiaques

Association d'Aminophylline (5 cg.) et de Ouabaïne (1 mg.)
par dragée glutinisée de 0 Gm. 30 et
par Suppositoire — boîte de 10

AMINO-PAPAVÉRINE

Suppositoires de 2 Gm. (Aminophylline 5 cg. et Papavérine 2 cg.)

Anti-spasmodique vasculaire

SEDAMINOPHYL EDDÉ

Dragées glutinisées Aminophylline 0 Gm. 10 et Phénobarbital 0 Gm. 01

Sédatif Cardio-pulmonaire

J. EDDÉ, Limitée, 1154, Beaver Hall Sq., Montréal, Agent général pour le Canada.

MICROBIOLOGIE — HYGIÈNE — MÉDECINE PRÉVENTIVE

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

LE VACCIN B C G

PRÉVENTION DE LA TUBERCULOSE

PROTECTION DE 80% EN MILIEU TUBERCULEUX*

— Préparé suivant la technique de l'Institut Pasteur.

— Epreuves de sécurité sur chaque lot de vaccin.

— 3 voies: BUCCALE — INTRADERMIQUE — TRANS-CUTANÉE (Scarifications — Piqûres multiples).

— FOURNI GRATUITEMENT SUR DEMANDE dans la Province de Québec.

Le seul Service du BCG au Canada, depuis 1926.

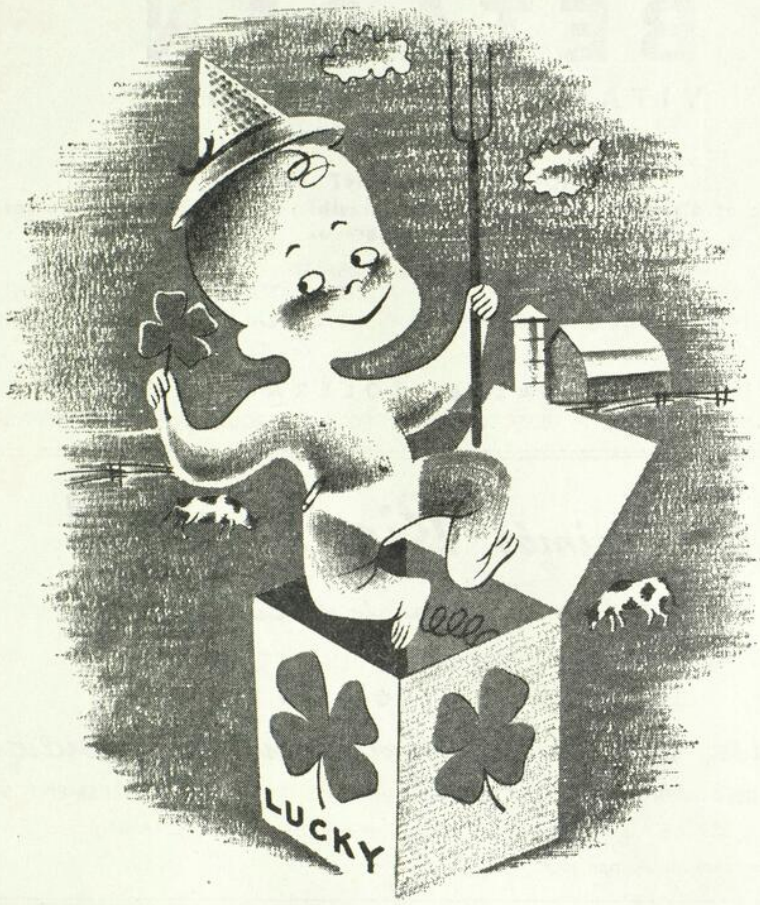
ALBERT CALMETTE
1863-1933

*J. A. BAUDOUIN: Am. Rev. Tuberc., 43: 581, 1941.
A. G. FERGUSON: Am. Rev. Tuberc., 54: 325, 1946.

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

2900, boulevard du Mont-Royal, Montréal, P. Q., Zone 26

(sans but lucratif)



Pourquoi "Lachance"?...

Combien chanceux est le mioche
qui a reçu de l'Infantol dès le berceau.
Car Infantol est une parfaite
protection contre
les déficiences vitaminiques
des premières années de formation.

Infantol

AVANTAGES

1. protection complète
2. miscible à l'eau
3. agréable au goût
4. non dispendieux

frank w. horner limited

BETAGEN

VITAMINE "B" COMPOSÉE

ÉLIXIR GLYCÉROPHOSPHATES

TONIQUE ET ALIMENT NERVIN

Pertes d'énergie et d'appétit — Anémie — Neurasthénie — Troubles gastro-intestinaux
Déséquilibre nerveux

PRINCIPAUX COMPOSANTS:
VITAMINE B_1 — RIBOFLAVINE — PYRIDOXINE — ACIDE NICOTINIQUE — ACIDE PANTOTHÉNIQUE
LÉCITHINE — AVÉNINE — GLYCÉROPHOSPHATES DE SODIUM, CALCIUM, POTASSIUM, STRYCHNINE

(1/160 gr. à l'once)

SAVEUR AGRÉABLE ● TOLÉRANCE PARFAITE

DOSE: UNE CUILLERÉE À DESSERT QUATRE FOIS PAR JOUR AVANT LES REPAS.

Comprimés Bicalgen-D

A base de Gluconate de Calcium

INOSITOPHOSPHATE DE CALCIUM ET MAGNÉSIUM
CÉRIUM OXALATE ● VITAMINE D

Grossesse, Lactation, Vomissements gravidiques

LE BICALGEN-D, COMPRIMÉ NON AROMATISÉ, PRESQUE INSIPIDE, ENTIÈREMENT SOLUBLE, EST LE MÉDICAMENT DE CHOIX POUR LA FEMME GRAVIDE.

Dose — Trois à six comprimés par jour.

Comprimés TRI-SULFA* *0.50 gm.*

Amélioré

ACTION RATIONNELLE DES SULFAS

CHAQUE COMPRIMÉ RENFERME:

● SULFAMÉTHAZINE 37% ● SULFADIAZINE 37%
SULFAMÉRAZINE 26%

NOUVELLE ASSOCIATION SULFAMIDÉE PERMETTANT DES DOSAGES ADÉQUATS TOUT EN DIMINUANT LE DANGER DE CRISTALLURIE

DOSE — UN COMPRIMÉ TOUTES LES 3 HEURES OU PLUS SELON L'AVIS DU MÉDECIN.

*Marque déposée.

Somenal

(COMPRIMÉ À 0.10 GRAMME)

NOUVELLE SYNERGIE BARBITURIQUE

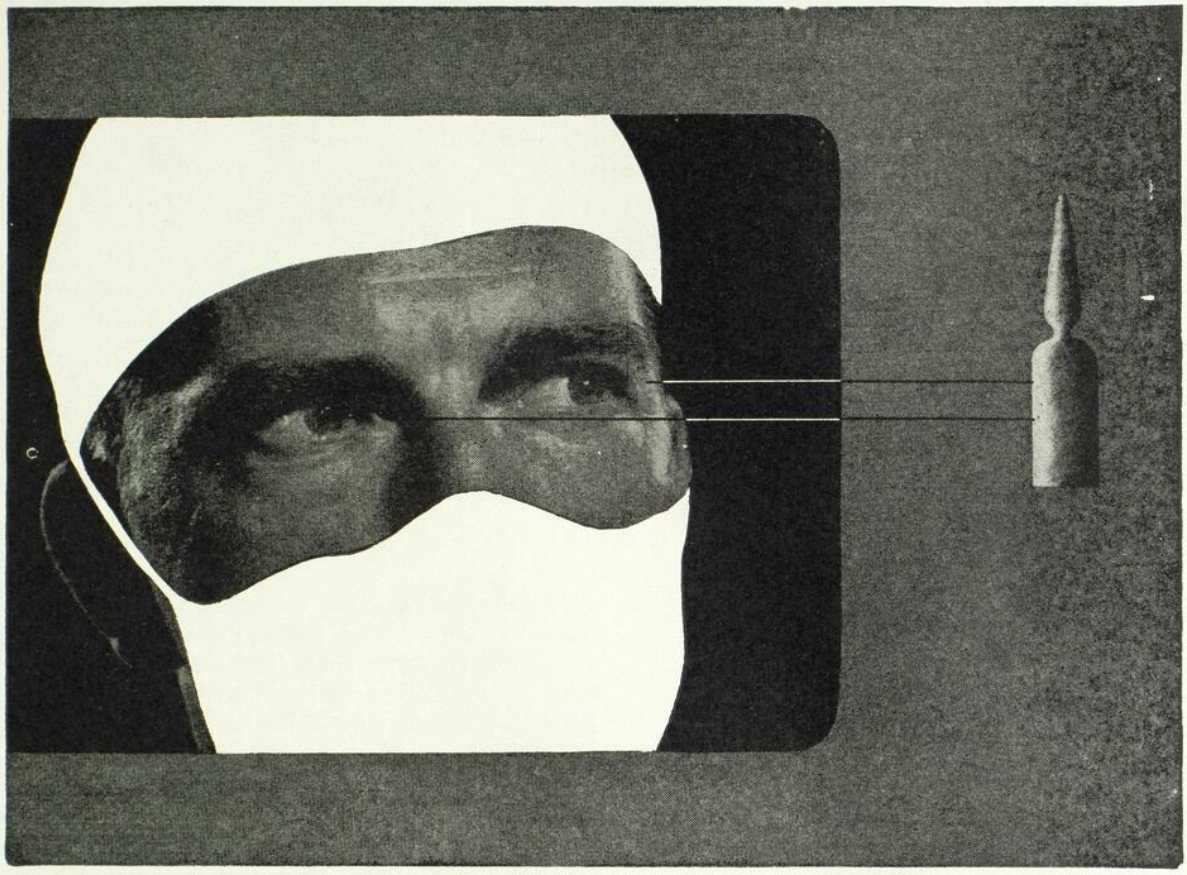
SOMENAL REPRÉSENTE L'EFFET RAPIDE DU BUTOBARBITAL ASSOCIÉ À L'EFFET PLUS PROLONGÉ DU PHÉNOBARBITAL.

ÉMOTIVITÉ • INSOMNIE • SPASMES • PHOBIE • ANXIÉTÉ

DOSE: Selon l'avis du médecin.

Butobarbital 0.05 gramme
Phénobarbital 0.05 gramme
} par comprimé.

La Cie **CANADA DRUG CO.** *Montreal*



Le chirurgien sait prévoir

La Prostigmine 'Roche' prévient le météorisme et la rétention urinaire après l'intervention chirurgicale. Le chirurgien attentif administre la Prostigmine 'Roche' à titre prophylactique et évite au patient les malaises dus aux gaz et au cathétérisme pendant la période post-opératoire. La Prostigmine est couramment employée par les meilleurs chirurgiens et constitue une aide précieuse pour faciliter la convalescence des opérés.

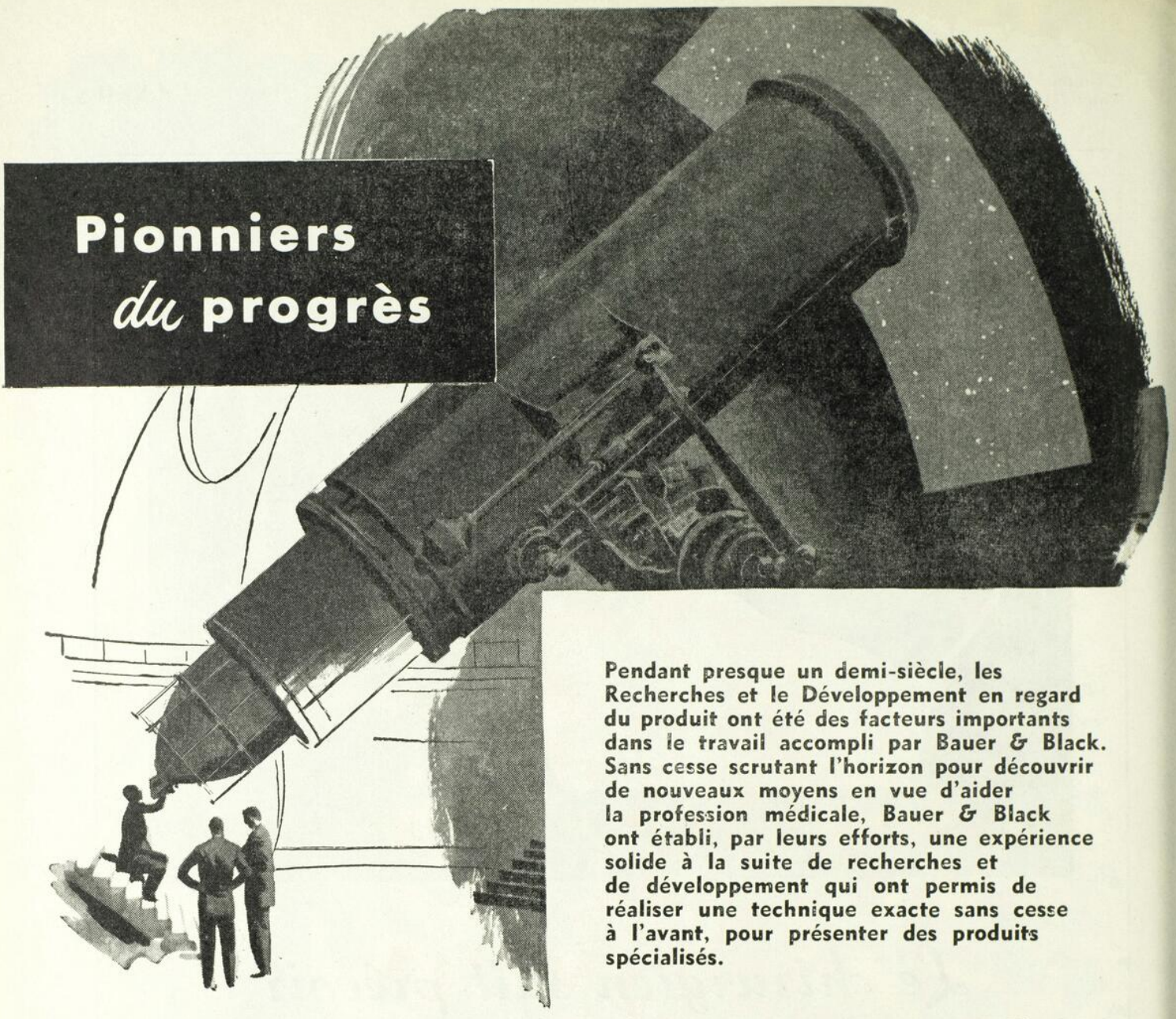
Nous vous enverrons sur demande toutes les informations nécessaires à l'emploi de la Prostigmine.

Boîtes de 6 et 50 ampoules de 1 cc.

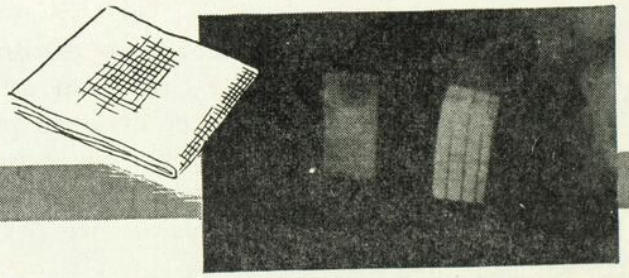
Prostigmine 'Roche'

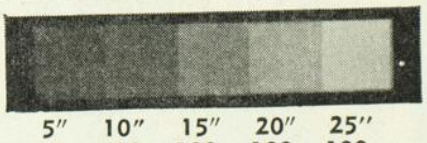
HOFFMANN - LA ROCHE LIMITÉE, MONTRÉAL

Pionniers *du* progrès



Pendant presque un demi-siècle, les Recherches et le Développement en regard du produit ont été des facteurs importants dans le travail accompli par Bauer & Black. Sans cesse scrutant l'horizon pour découvrir de nouveaux moyens en vue d'aider la profession médicale, Bauer & Black ont établi, par leurs efforts, une expérience solide à la suite de recherches et de développement qui ont permis de réaliser une technique exacte sans cesse à l'avant, pour présenter des produits spécialisés.





5″ 10″ 15″ 20″ 25″
100 100 100 100 100

Echelle du rayon X formée par des couches d'aluminium

UN EFFORT POUR ATTEINDRE UN NOUVEAU DEGRÉ D'EXCELLENCE

L'éponge **RADIOPAQUE CURITY** est 100% plus facile à voir que les autres discernables par Rayon X, fixes ou temporaires. Elles sont sûres dans tous les "champs d'opérations". Chacune possède une garniture intérieure radioactive, qui offre des mesures SPÉCIALES de précaution. La garniture intérieure suscite des ombres uniques au Rayon X, qui équivalent à l'ombre de 1/5″ d'aluminium. Aucune autre garniture intérieure est aussi opaque — ne peut faire croire à autre chose!

Lorsque vous avez besoin d'une éponge O.R., exigez la nouvelle **ÉPONGE RADIOPAQUE CURITY.**

UN PRODUIT EXCLUSIF DE BAUER & BLACK

Division de The Kendall Company (Canada) Limited

Curity
ENRG. AU CANADA
ÉPONGES RADIOPAQUE

RECHERCHE EN VUE D'AMÉLIORER LA TECHNIQUE... ET DE RÉDUIRE LE COÛT

ARTICHOBYL

MÉDICATION HÉPATIQUE, CHOLAGOGUE ET DIURÉTIQUE
à base d'extrait de feuilles d'artichaut

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

4 à 12 dragées par jour, réparties sur la journée.

J. EDDÉ, Limitée — MONTRÉAL — Agent général.

Nouvelle formule

SULFORAZINE

granulé effervescent

Pipérazine — Analgésine — Sels de Lithine et Soufre

Analgésique
Urolytique et Antiseptique urinaire

La présence d'une quantité efficace d'analgésine dans la formule de la SULFORAZINE assure la sédation des douleurs rhumatismales, tandis que la Piperazine et autres composants exercent leur action éliminatrice, antitoxique et antiseptique.

3 à 6 cuillerées à thé par jour aux repas.

J. EDDÉ, Limitée, 1154, Beaver Hall Sq., MONTRÉAL

Tout médecin connaît ces 3 problèmes de l'alimentation des enfants

1. LA FORMULE DU BÉBÉ peut causer des ennuis sérieux à moins que le lait employé n'associe une sécurité parfaite, une grande digestibilité et une valeur nutritive essentielle. Donc, spécifiez le Lait Evaporé Carnation qui vous procurera la *certitude*. C'est un lait complet, nourrissant, sous sa forme la plus digestible — spécialement épuré par la chaleur de façon à ce que sa coagulation soit facilement assimilable par le bébé. Il est d'une sécurité complète parce que non seulement il est pasteurisé mais stérilisé *après* que la boîte est scellée.

2. L'ALIMENTATION AU BIBERON pose un problème lorsque des mères impatientes abandonnent trop tôt la formule pour bébé — ou adoptent une nouvelle forme de lait moins nourrissante, moins homogène et moins digestible. Pour votre propre protection, *insistez* pour que le biberon du bébé *continue* de renfermer tous les avantages offerts par l'uniformité éprouvée de Carnation — en gras de beurre, matières solides, principe coagulant et viscosité.

3. LA TRANSITION DU BIBERON AU GOBELET est toujours un problème délicat, et le sevrage se complique de façon inutile si le lait que contient le gobelet diffère de quelque manière de celui que contenait le biberon. L'expérience démontre que la saveur familière de Carnation facilite l'accueil du gobelet cependant que son uniformité constante contribue à l'élimination des troubles digestifs si fréquemment causés par un changement trop radical dans la routine du bébé.

Le lait que tout médecin connaît :

Les avantages reconnus du lait évaporé ont fait de Carnation un standard dans l'alimentation du bébé. Le Lait Evaporé Carnation avec eau et hydrates de carbone est une formule éprouvée que la profession médicale reconnaît depuis plus de 50 ans.

Ces qualités du lait Carnation ayant subi l'épreuve du temps apportent la réponse au problème posé par l'alimentation au biberon. Il n'y a aucune variation dans la composition susceptible de déranger le système digestif délicat du bébé. Cette uniformité découle d'un contrôle rigide — qui s'exerce à partir de la traite jusqu'à la mise en conserve. Chaque goutte est pasteurisée, enrichie de vitamine D, homogénéisée et stérilisée avec une précision absolue dans les *propres* usines d'évaporation Carnation.

Vous pouvez recommander Carnation *par son nom*, avec l'entière confiance qu'il n'existe pas de lait offrant une qualité et une sécurité plus grande, quel que soit le stade de l'alimentation du bébé, du biberon au gobelet.

Sur 10 mères qui nourrissent leurs bébés au Carnation, 8 déclarent qu'elles le font sur recommandation de leur médecin.

"provenant de vaches bien nourries"

VOS MAINS...

toujours et partout d'une propreté chirurgicale

Le nouveau savon Gamophen est maintenant disponible au Canada!

Au cours de votre routine quotidienne, vous êtes souvent exposé à des infections microbiennes, mais vous pouvez diminuer le danger par l'usage fréquent du Gamophen*. Ce nouveau savon à l'hexachlorophène est reconnu pour son efficacité et ses propriétés antiseptiques prolongées.

L'hexachlorophène présent dans le Gamophen exerce un effet bactéricide de longue durée et, à l'usage ordinaire, présente toujours un rapport numérique microbien peu élevé. Le Gamophen est un savon émollient et non-irritant. Avec n'importe quelle eau, il produit une mousse rapide et abondante qui n'affecte aucunement la texture de la peau. Il ne présente pas l'inconvénient d'assécher l'épiderme, comme le font les savons liquides.

*marque déposée

Achetez-le à la douzaine

ACCEPTED COUNCIL ON PHARMACY AND CHEMISTRY AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION

Pains de 4½ onces

COMMANDEZ-LE CHEZ VOTRE FOURNISSEUR

BROCHURE ENVOYÉE SUR DEMANDE

ETHICON SUTURE DIVISION

Johnson & Johnson

LIMITED MONTREAL

Voici la satisfaction que vous éprouverez

après avoir installé la Réfrigération ou la Climatisation Frigidaire

Un établissement alimentaire déclare:

"Nous nous fions à Frigidaire pour réduire les frais d'opération et conserver au maximum la fraîcheur de nos denrées périssables . . . et par le fait même garder nos clients satisfaits et nos affaires prospères." . . . Edgar Mailhot Limitée, Montréal, P.Q.

Un fabricant de biscuits dit:

"Notre réfrigération Frigidaire nous sert économiquement depuis des années. L'équipement Frigidaire dans notre salle d'empaquetage et dans notre chambre froide nous donne un contrôle parfait et le refroidissement complet et à point de nos produits au chocolat". G. J. Hamilton & Sons Ltd., Pictou, N.E.

Un fermier déclare:

"Je ne m'étais jamais arrêté à penser au service fidèle de mon équipement Frigidaire jusqu'à ce que ma chambre frigorifique demandât des soins, pour la première fois depuis son achat, il y a dix-sept ans." Harry M. Dewar, Red Head, N.B.

Une chaîne de restaurants déclare:

"Nous tenons compte de nos frais de réfrigération et nous sommes très satisfaits de notre équipement Frigidaire"—Murray's Restaurants Limited.

Une fleuriste déclare:

"Les températures constantes et les conditions précises d'humidité de Frigidaire conservent la fraîcheur de nos fleurs beaucoup plus longtemps . . . et nous relevons une économie considérable sur la réfrigération." Adams Flowers Co., Limited, Toronto, Ont.

Un entrepôt d'aliments congelés dit:

"La réfrigération est le coeur d'une fabrique d'aliments congelés . . . notre réfrigération Frigidaire donne un rendement du tout repos. Elle fonctionne efficacement et économiquement." Hanna's Frozen Foods, Calgary, Alberta.

Une compagnie de téléphone déclare:

"Notre système de climatisation Frigidaire assure à nos opératrices de parfaites conditions de travail . . . il protège nos appareils délicats et nos standards téléphoniques d'une valeur de plusieurs milliers de dollars." New Brunswick Telephone Co., Moncton, N.B.

Vous n'avez là que quelques-uns des genres de commerce servis par la réfrigération et la climatisation Frigidaire. Quelles que soient vos exigences particulières de refroidissement, il vous sera profitable de tirer parti de la science qui est le résultat de la supériorité de Frigidaire. Vos frais d'opération réfléteront les avantages d'un rendement fiable, économique et durable, qui vont de pair avec un produit General Motors. Consultez votre représentant Frigidaire en réfrigération commerciale, dès maintenant.

FRIGIDAIRE

Products of Canada Limited, Montréal, P.Q.

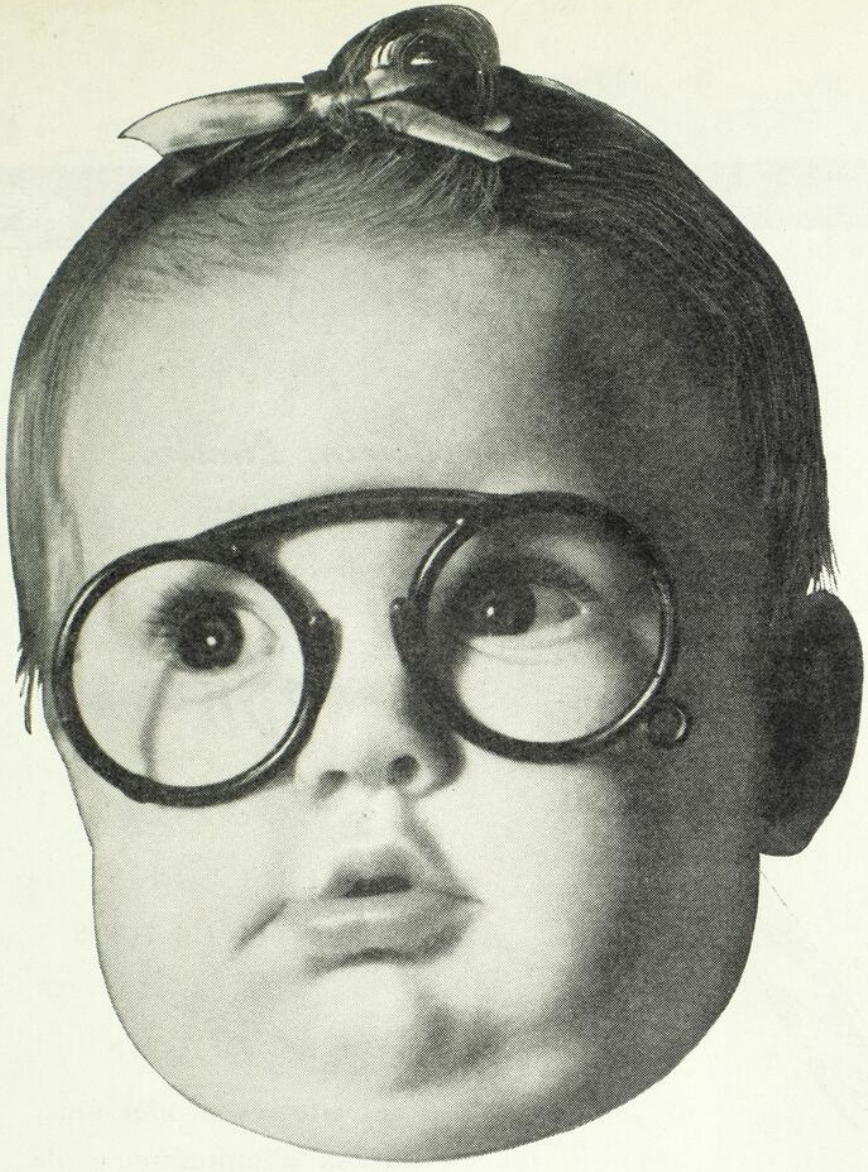
FRIGIDAIRE EST FABRIQUÉ EXCLUSIVEMENT PAR GENERAL MOTORS

LES REPRESENTANTS FRIGIDAIRE COUVRENT TOUT LE CANADA

Un organisme de distribution bien agencé sert les clients Frigidaire de chaque mille carré du Canada. On peut obtenir, partout, le service prompt et efficace d'un personnel expert, formé à l'usine.

TÉLÉPHONEZ OU ÉCRIVEZ AUX QUARTIERS-GÉNÉRAUX FRIGIDAIRE DE VOTRE VOISINAGE D'APRÈS LA LISTE SUIVANTE

ST. JOHN'S, Nfld.	Baine, Johnston & Co., Ltd.
HALIFAX, N.S.	R. Simpson Eastern Ltd.
NEW GLASGOW, N.S.	J. O. MacLeod
SYDNEY, N.S.	C. P. Moore Limited
TRURO, N.S.	Goodspeed-Millard Appliances Limited
WOLFVILLE, N.S.	G. D. Denton, Box 160
CHARLOTTETOWN, P.E.I.	R. T. Holman Limited
SUMMERSIDE, P.E.I.	R. T. Holman Limited
FREDERICTON, N.B.	Oswald E. Merrithew
MONCTON, N.B.	Lounsbury Company Ltd.
SAINT JOHN, N.B.	Refrigeration Service Ltd.
MONTREAL, Que.	Triangle Refrigeration Co.
NORANDA, Que.	Eder Refrigeration
QUEBEC, Que.	Vandry Inc.
SHERBROOKE, Que.	Paul Leprohon H. C. Wilson & Sons
THREE RIVERS, Que.	Alphonse Rousseau
BRANTFORD, Ont.	Maich Refrigeration
CHATHAM, Ont.	Erie McDonell Sales & Service
COBOURG, Ont.	Lyle Motor Sales
HAMILTON, Ont.	Refrigeration Sales & Service
HUNTSVILLE, Ont.	Olan Bros.
KINGSTON, Ont.	W. W. Hawley Limited
KIRKLAND LAKE, Ont.	A. M. Siegrist
KITCHENER, Ont.	Halwig Motors Limited
LONDON, Ont.	Stone-Stewart Limited
NORTH BAY, Ont.	Consolidated Electric Shop
OSHAWA, Ont.	Hugh Morrison Home Appl.
OTTAWA, Ont.	Federal Appliances Ltd.
SAULT STE. MARIE, Ont.	Hannah Electric
ST. CATHARINES, Ont.	A. A. Widdicombe & Son
SUDBURY, Ont.	Wm. Hamilton Electric Ltd.
TIMMINS, Ont.	Earl Hurst
TORONTO, Ont.	Circle Refrigeration Ltd.
WINDSOR, Ont.	T. W. Savill
WINNIPEG, Man.	J. H. Ashdown Hardware Co., Ltd.
REGINA, Sask.	J. H. Ashdown Hardware Co., Ltd.
SASKATOON, Sask.	J. H. Ashdown Hardware Co., Ltd.
CALGARY, Alberta	Bruce Robinson Electric Ltd.
EDMONTON, Alberta	Bruce Robinson Electric Ltd.
VANCOUVER, B.C.	McLennan, McFeely & Prior Limited



On ne trompe pas un connaisseur. Bébé ne possède certes pas un diplôme de médecine. Mais il est quand même un connaisseur en ce sens qu'il sait ce qu'il aime à manger. Et la plupart des bébés préfèrent les Aliments Heinz pour Bébés.

Toutes les variétés d'Aliments Heinz pour Bébés, du commencement à la fin de leur préparation, sont soumises à la plus rigoureuse inspection par une véritable armée de chimistes diplômés et de diététiciens. Les ingrédients, viandes, fruits et légumes de la plus haute qualité et d'une fraîcheur incomparable, sont soumis à une cuisson soignée et mis en conserve de manière à conserver le maximum de leur valeur nutritive. Toutes ces opérations sont contrôlées au moyen des techniques scientifiques les plus modernes, garantissant au produit mis sur le marché une pureté, une consistance et une teneur en vitamines sans égal.

Ces soins minutieux et cette surveillance constante font que les Céréales pré-cuites et les Aliments Heinz pour Bébés peuvent être donnés a bébé en toute confiance. Sur demande, on vous fera parvenir des échantillons gratuits, ainsi que des brochures, chartes et autres publications rédigées spécialement à l'intention des médecins, infirmières et diététiciens. Ecrivez à: H.J. Heinz Company of Canada, Ltd., Dept. S.P., 1040 avenue Rockland, Montréal.

Heinz

Fabricants de céréales, de purées pour bébés et d'aliments pour enfants

La Librairie Beauchemin Limitée

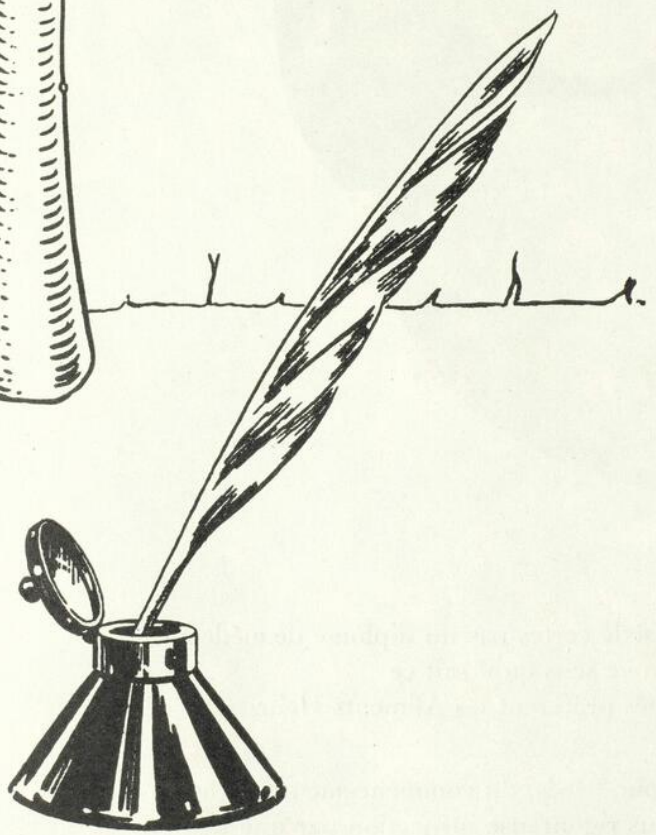
imprimeur de « L'Union Médicale du Canada »,

offre

ses services à tous les

MÉDECINS,
ANNONCEURS
et
LECTEURS

de cette revue pour tous travaux d'impression et de reliure.



- **Son outillage le plus perfectionné,**
- **Son personnel des plus avisés,**
- **Sont garantie de qualité,**
- **A des prix modérés.**

CONFIEZ-NOUS VOS TRAVAUX ET NOUS FERONS EN SORTE DE VOUS DONNER ENTIÈRE SATISFACTION.

LIBRAIRIE BEAUCHEMIN LIMITÉE

LIBRAIRES — ÉDITEURS

Imprimeurs - Relieurs - Papetiers en gros

426-430, rue ST-GABRIEL, MONTRÉAL Tél.: LAncaster 4236

OPOTHÉRAPIE ASSOCIÉE BUVABLE

SUBST CÉRÉBRALE · SURRÉNALE · EXTT ORCHITIQUE

ÉPUISEMENT NERVEUX · SURMENAGE · DÉBILITÉ · HYPOTENSION

AMPOULES BUVABLES DE 10 CC

LABORATOIRE FRAYSSE ET CIE NANTERRE (SEINE)

Canada: **LABORATOIRES JEAN OLIVE** — 200, rue Vallée, Montréal, P. Q.

PASSITONYL

FORMULE
pour 100 grammes:

Thiamine (B_1)	6 mgm.
Riboflavine (B_2)	8 mgm.
Acide nicotinique	72 mgm.
Nucléinate de Manganèse	0.20 gm.
Glycérophosphate de Soude	1.— gm.
Arrhénal	0.14 gm.
Fluorure de Sodium	0.05 gm.
Extrait mou de Passiflore	3.60 gms
Extrait mou de Saule	1.80 gm.
Teinture de Cratoegus	2.70 gms
Teinture de Primevère	0.90 gm.
Excipient q.s.p.	100 gms

Adultes: 1 *cuillerée à dessert avant les repas, midi et soir.*

Enfants: 2 *cuillerées à thé par jour.*

SÉDATIF et TONIQUE NERVIN

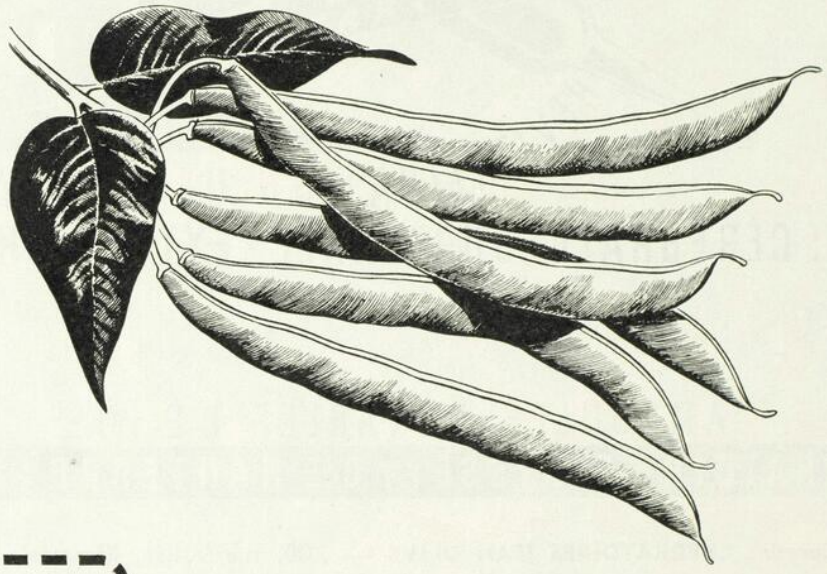
Passitonyl est à la fois un tonique et un sédatif du système nerveux destiné à ramener rapidement un équilibre normal. Les éléments toniques de la formule évitent les sensations de lassitude et de dépression que peuvent donner les sédatifs, même légers.

CALME et TONIFIE

Laboratoires Jean Olive, 200, rue Vallée, Montréal.

Pour votre dossier, **Docteur-**

renseignements sur les haricots verts en boîtes



Haricots Verts

Valeur nutritive d'une portion* moyenne de haricots verts en boîtes

Elément Nutritif	Quantité†		Pourcentage de la Ration‡ Quotidienne Recommandée	
			(a)	(b)
Energie Alimentaire...	16	calories	1	1
Protéines.....	0.8	gm.	2	1
Calcium.....	38.0	mg.	7	5
Phosphore.....	22.0	mg.	4	3
Fer.....	0.77	mg.	6	13
Vitamine A.....	329	U.I.	8	6
Thiamine.....	0.021	mg.	3	2
Riboflavine.....	0.028	mg.	3	2
Niacine.....	0.21	mg.	3	2
Vitamine C.....	2.1	mg.	7	7

*½ tasse (70 grammes)

†Tableau des Valeurs Nutritives Recommandées pour emploi au Canada. Division de la Nutrition, Ministère de la Santé Nationale et du Bien-Etre Social.

‡Pourcentage basé sur la ration nécessaire pour le maintien de la santé, Prototype Diététique Canadien (a) d'une femme de 120 livres modérément active, (b) d'un homme de 160 livres modérément actif.

AMERICAN CAN COMPANY

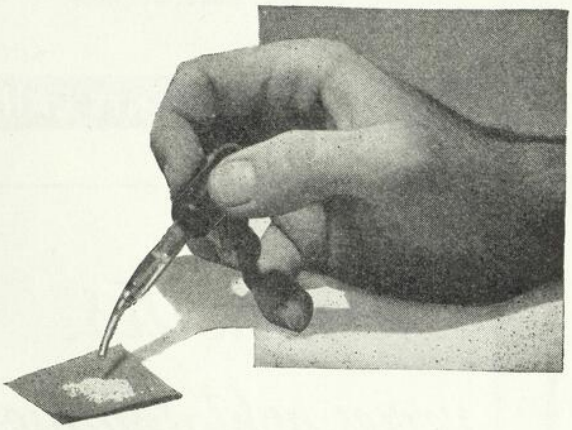
KENTVILLE • MONTRÉAL • TORONTO • HAMILTON • WINNIPEG • VANCOUVER

Docteur...

Voici deux fameuses épreuves "Eclair" qui simplifient l'analyse d'urine...

GALATEST

L'épreuve de glycosurie la plus simple et la plus rapide que l'on connaisse.



RÉACTIF À L'ACÉTONE

(DENCO)

Pour la recherche rapide de l'acétone dans l'urine ou dans le sérum sanguin.

UN PEU DE POUDRE...

UN PEU D'URINE

CHANGEMENT DE COULEUR INSTANTANÉ

Nécessaire combiné : contient les deux épreuves, un compte-gouttes et une échelle de couleurs. S'obtient à toutes les pharmacies et chez les marchands d'instruments chirurgicaux.

Galatest et Réactif à l'acétone (Denco)... deux épreuves "éclair", n'exigeant aucun appareil de laboratoire, aucun réactif liquide, aucune source de chaleur extérieure.

On laisse tomber une ou deux gouttes de l'urine suspecte sur un peu de poudre et le changement de couleur se produit immédiatement s'il y a présence d'acétone ou de sucre réducteur. Il ne se produit pas de réaction positive erronée. Vu la simplicité de la méthode, on élimine les erreurs résultant de procédés inexacts.

Que ce soit au bureau, au laboratoire, au lit du malade, ou pour faire subir le test à des groupes, les deux épreuves s'adaptent idéalement bien à tous les besoins. On a fait des millions d'épreuves individuelles de glycosurie dans les centres d'admission et de ségrégation de l'armée américaine ainsi qu'au cours des campagnes de dépistage du diabète.

Promptitude, exactitude et économie sont des qualités que l'on reconnaît bien au Galatest et au Réactif à l'acétone (Denco). Les diabétiques apprennent facilement la méthode qui est simple. On peut aussi employer le Réactif à l'acétone (Denco) pour la recherche de l'acétone dans le sérum sanguin.

Pour obtenir de la documentation détaillée, écrivez au département 400

THE DENVER CHEMICAL MANUFACTURING CO.

286 OUEST, RUE SAINT-PAUL, MONTRÉAL, P. Q.

400

BIBLIOGRAPHIE

Joslin, E. P., et al: Treatment of Diabetes Mellitus — 8 Ed., Phila., Lea & Febiger, 1946 — p. 241, 247.

Duncan, G. C., Carey, L. S. & Hudson, M. T.: Medical Clinics of North America — Phila., No., W. B. Saunders Co., Phila., 1949, p. 1538.

Lowsley, O. S. & Kirwin, T. J.: Clinical Urology — Vol. 1, 2 Ed., Balt., Williams & Wilkins, 1944 — p. 31.

Duncan, G. C.: Diseases of Metabolism — 2 Ed., Phila., W. B. Saunders Co., 1947 — p. 735, 736, 737.

Guidotti, F. P. & Winer, J. H.: The Military Surgeon — Vol. 94, Feb., 1944, no. 2.

Bacon, Melvin: The Journal of the Maine Medical Assn. — Vol. 38, July 1947, No. 7 — p. 167.

Stanley, Phyllis: The American Journal of Medical Technology — Vol. 6, No. 6, Nov., 1940 and Vol. 9, No. 1, Janv. 1943.

PAVERAL

reste toujours un médicament de choix pour le traitement scientifique de la

COQUELUCHE

est journellement prescrit avec succès pour les cas de coqueluche et des toux Coqueluchoïdes. — Ne cause ni intolérance ni complication.

Littérature sur demande.

AGENTS CANADA DRUG.CO. MONTREAL

Lunettes
verres ophtalmiques

— o —

Examen de la vue

— o —

ALBANY PHILIE. O.D.
ASSISTÉ D'OPTOMÉTRISTES
ET OPTICIENS DIPLÔMÉS
BUREAU CHEZ
Dupuis Frères LIMITÉE
MONTREAL

Les médecins sont cordialement invités à venir consulter et feuilleter les nombreux nouveaux ouvrages de médecine, qui sont envoyés chaque mois au secrétariat du Journal. On pourra prendre connaissance de ces volumes à: 326 est, boul. Saint-Joseph — 9 heures a.m. à 5 heures p.m.

SÉDATION ET EUPHORIE
POUR LES PATIENTS
NERVEUX ET IRRITABLES

par l'usage de
VALERIANETS-DISPERT

Chaque comprimé, enrobé de chocolat, contient: extrait de valériane (de concentration élevée), 0.05 gm., finement divisé afin d'obtenir un maximum d'efficacité.

SÉDATIF SANS GOÛT, SANS ODEUR, NON-DÉPRIMANT et CALMANT.

VALERIANETS-DISPERT est indiqué dans les cas de troubles émotifs et d'épuisement, l'anxiété, état de dépression, névrose cardiaque et gastro-intestinale, molimen ménopausique et menstruel, insomnie.

Posologie: 1 à 2 comprimés t. i. d. — Flacons de 50 et 100 comprimés.
Dans toutes les pharmacies d'ordonnance.

Canadian Distributor: LYSTER CHEMICALS, LTD., 222 Hospital St., Montreal 1, Canada

STANDARD PHARMACEUTICAL CO., INC., • 1123 Broadway, New York

Dans les troubles intestinaux
NUCARPON®
Chaque comprimé contient: Extrait de rhubarbe, séné, soufre précipité, huile de menthe poivrée, huile de fenouil, dans un excipient de charbon de saule suractivé.

Pour préparer la Solution de Burow U.S.P. XIV
PANSEMENT HUMIDE, employez
PRESTO-BORO®
(Sulfate d'aluminium et acétate de calcium)
POUDRE EN ENVELOPPES
— COMPRIMÉS —
Pour le traitement de tuméfactions, inflammations, entorses.

Dans les affections pulmonaires
QUINOPULMIN®
Solution de quinine à 3% avec camphre à 2½%, pour injection intramusculaire.

TABLE DES ANNONCEURS

Pages

Abbott Laboratories (Sulestrex) ..... XLIII-XLIV
American Can Company (Haricots verts) LXXXI
Ames Company of Canada Limited (Clinitest) XXXV
Anglo-French Drug, Co. (Vi-mi-caps) XLVII
Armour Laboratories, The (Acthar Gel) XXVII
Ayerst, McKenna & Harrison Limitée (Maturex) — (Béminal C 817) ..... XXIII - XXIV
Bauer & Black (Curity) LXXIII
Bayer Company, The (Aspirin) LXV
Berex Pharmacal Co., (Succinate-Salycylate Berex) .. XXXVIII
Bristol Laboratories of Canada Limited (Penedrine) LX
British Drug Houses (Canada) Limited, The (Vibelan) LI
Burroughs Wellcome & Company ("Empirin" Compound) XXXVII
Canada Drug Company (Betagen) — (Bicalgen-D) — (Tri-Sulfa) — (Somenal) LXXI
Carnation Company Limited (Lait évaporé) LXXV
Cargrain et Charbonneau Limitée (Rectocrine) XIV
Compagnie Ciba Limitée (Priscoline) — (Dibistine) XVII - XVIII
Corporation Pharmaceutique (Revitalose) — (Passitonyl) LXXX
Denver Chemical Manufacturing Co., The (Galatest) — (Denco) LXXXII
Dohow Chemical Company, The (Auralgan) — (O-Tos-Mo-San) — (Rhinalgan) XLI
Dupuis Frères (Examen de la vue) LXXXIII
Eddé, J., Limitée (Neurinase-Alepsal) — (Amynophyl Eddé) (Aminobaïne) — (Amino-Papavérine) — (Sédaminophyl Eddé) LXVIII
Eddé, J., Limitée (Artichobyl) — (Sulforazine) LXXIV
Frigidaire Products of Canada Limited LXXVII
Frosst, Charles E. & Company (Trulfacillin) — (Beforte) ..... VII - VIII - IX - X
Frosst, Charles E. & Company ..... Bande
Frosst, Charles E. & Company (Composé Ostoforte) IV
Heinz Company of Canada, H. J. (Aliments Heinz pour bébés) LXXVIII
Herdt & Charton, Inc. (Veratrite) XLVIII
Herdt & Charton, Inc. (Robuden) L
Herdt & Charton, Inc. (Agrippol) LII
Herdt & Charton, Inc. (Vichy Célestins) II
Hoffmann — La Roche Limitée (Prostigmine 'Roche') .. LXXII
Horner Limited, Frank W. (Infantol) LXX
Institut de Microbiologie et d'Hygiène de l'Université de Montréal (Vaccin BCG) LXIX
Johnson & Johnson Limited (Ray-tec) LXVII
Johnson & Johnson Limited (Gamophen) LXXVI
Laboratoires A. Bailly (Pulmo-Bailly — Rhinamide) .. XXX

Pages

Laboratoire Bio-Chimique Inc. (Neurophen) XXXII
Laboratoire Bio-Chimique Inc. (Rhiniphen) XLII
Laboratoire Bio-Chimique Inc. (Mercuphyl) .... XLV - XLVI
Laboratoire Desbergers Limitée (Héparos) ..... Quatrième page de la couverture
Laboratoire Jean Olive (Pyocoline) — (Neuro Solène) .. LXII
Lederle Laboratories (Auréomycine) XIII
Librairie Beauchemin Limitée LXXIX
Mead Johnson & Company of Canada Limited (Poly-Vi-Sol) — (Tri-Vi-Sol) — (Ce-Vi-Sol) Troisième page de la couverture
Medicolab Inc. (Stomulamine — (Aspralumine) XXXVI
Merck & Company Limited (Mandelamine) I
Merck & Company Limited (Urechlorine Chloride) LIV
Merck & Company Limited (Pénicilline) XXI
Merrell (Kolantyl) XXIX
Millet, Roux & Compagnie (Glandoplex) XV
Mowatt & Moore Limited (Corophyllin) XXXI
Nestlé's Milk Products (Canada) Limited (Lactogen) XII
Pan Pharmacals Limited, The (Ambermide) ..... LXIII - LXIV
Poulenc Limitée (Parsidol) .. Deuxième page de la couverture
Robins Company, Inc. (A.H.) (Robitussin) XIX
Robins Company, Inc. (A.H.) (Pabalate) XXV
Roerig & Co. (Canada) Limited, J. B. (Viterra) XL
Rougier Frères (Lipotrope) V
Rougier Frères ..... Première page de la couverture
Sandoz Pharmaceuticals Limited (Cafergot) LVIII
Searle & Company, G. D. (Banthine) XI
Sharp & Dohme (Canada) Limited (Tyrotrace) LIII
Shuttleworth Chemical Company Limited, The E. B. (Scilexol) XLIX
Smith, Kline & French Inter-American Corp. (Eskay's Neuro Phosphates — Eskay's Theranates) .. III
Smith & Nephew Limited (Ichthopaste — Jelonet — Elastocrêpe) LVII
Spencer Supports (Canada) Limited LIX
Upjohn Company, The (Extrait de Cortex Surrénal) LV - LVI
Usines Chimiques du Canada Inc. (Ampoule Valor) LXXXV
Vinant Limitée (Thiodérazine Forte) XXII
Vinant Limitée (Solution Clin) — (Valerianate Pierlot) LXVI
Welch Allyn, Inc. (Instruments de diagnostic) LXI
Winthrop-Stearns Inc. (Néo-synéphrine + pénicilline cristallisée) XX
Wingate Chemical Company Limited, The (Sulfa lactate Co. MRT) XXVIII
Wyeth & Bros. (Canada) Limited, John (Solution Prothalmic) — (Streptomagna) ..... XXXIII - XXXIV
X-ray and Radium Industries Limited (Cassette Keleket) XXXIX

L'Union Méd. Canada
Tome 80 — nov. 1951

AMPOULES

VALOR

USINES CHIMIQUES DU CANADA, INC.

MONTRÉAL

PRINTED IN CANADA

Poly-Vi-Sol Tri-Vi-Sol Ce-Vi-Sol

pour leurs besoins divers de vitamines..

	VITAMINE A	VITAMINE D	ACIDE ASCORBIQUE	THIAMINE	RIBOFLAVINE	NIACINAMIDE
POLY-VI-SOL chaque 0.6 cc. fournit:	5000 unités	1000 unités	50 mg.	1 mg.	0.8 mg.	5 mg.
TRI-VI-SOL chaque 0.6 cc. fournit:	5000 unités	1000 unités	50 mg.			
CE-VI-SOL chaque 0.5 cc. fournit:			50 mg.			

3 préparations de vitamines liquides solubles dans l'eau...

agréables au goût, commodes et économiques. Disponibles en bouteilles de 15 et 50 cc. avec le compte-gouttes approprié.

MEAD'S

MEAD JOHNSON & COMPANY
OF CANADA, LIMITED
BELLEVILLE, ONTARIO

VITAMINE B_{12}

EXTRAIT DE FOIE DE VEAU CONCENTRÉ

ACIDES AMINÉS

sous une forme agréable au goût

HEPAROS

PAR VOIE BUCCALE SEULEMENT

Chaque ampoule contient l'équivalent d'une demi-livre de foie de veau frais, Vitamine B_{12} et tous les facteurs anti-anémie secondaire.

INDICATIONS :

Anémies secondaires, aussi comme médication de support dans le traitement spécifique de l'anémie pernicieuse.

POSOLOGIE :

Une ampoule par jour ou tous les deux jours, selon le cas.

CONDITIONNEMENT :
Boîtes de 10 et 25 ampoules-tubes de 10 cc.

DESBERGERS LIMITÉE

MONTRÉAL CANADA

Biologistes Chimistes Pharmaciens