



**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.

*de Nativelle**...

UN SÉDATIF

Nouveau — Efficace — Bien toléré

NATISÉDINE

Comprimés à 0.10 gm. de Phényléthylbarbiturate de Quinidine

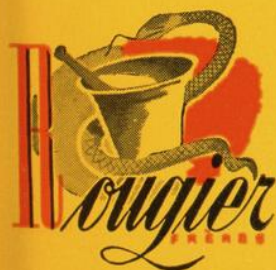
Anxiété — Insomnies —angoisses — Palpitations — Extrasystoles

Cas rebelles aux autres sédatifs.

1 à 3 comprimés en entier ou en demi-comprimés répartis au cours de la journée.

Flacons de 20, 100 et 500 comprimés.

*Fabricants de Digitaline Nativelle, la grande marque d'origine de renommée mondiale.



Plus d'un demi-siècle consacré à l'avancement des Sciences Médicales et Pharmaceutiques au Canada.

neuroplégique

LARGACTIL

CHLORPROMAZINE (4560 R.P.)



ANESTHÉSIE

Indications

préparation à l'anesthésie
anesthésie potentialisée
prévention et traitement des
états de choc
hibernation artificielle

PSYCHIATRIE

excitation maniaque
états confusionnels
affections psycho-somatiques

MÉDECINE

nausées et vomissements*

comprimés à 25 mg.
ampoules de 2 cc. à 25 mg. par cc.
ampoules de 5 cc. à 5 mg. par cc.

Nouvelle Présentation

suppositoires à 25 mg. et à 100 mg.



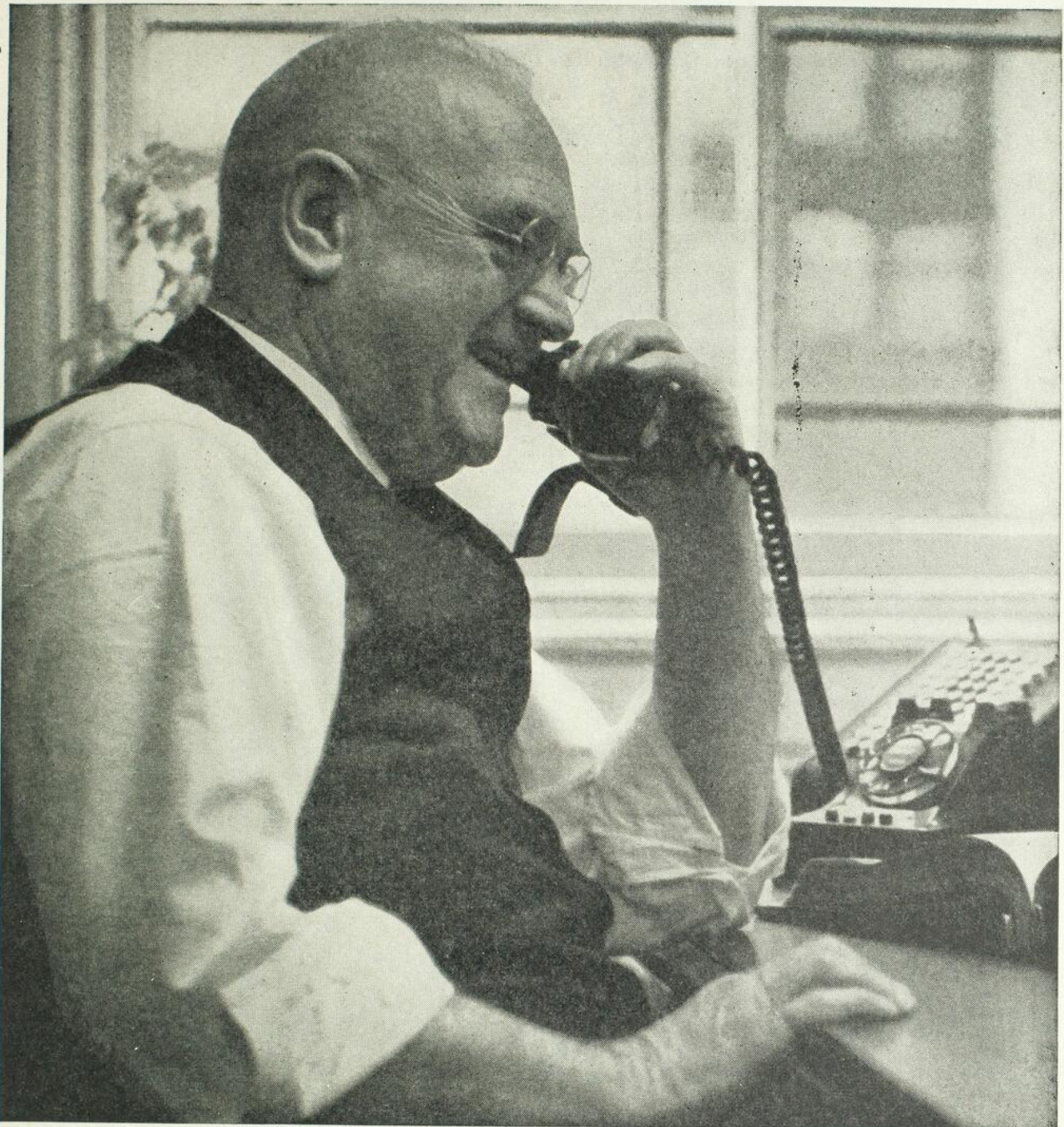
*"L'effet anti-émétique de ce produit est remarquable."
Dobkin, A. B. et Gilbert, R. G. B., *Anaesthesia*: Vol. 9, No. 3, July, 1954
"Jamais jusqu'ici aucune préparation contre le mal des rayons
n'avait donné d'aussi bons résultats."
New England Jour. of Med., June 10, 1954, Vol. 250, No. 23, p. 999

Documentation et échantillons sur demande

Poulenc Limitée, 204 Place Youville, Montréal

Géviral*

Supplément Vitamino-Minéral
Gériatrique Lederle



“Moi, prendre ma retraite?
Rappelez-moi donc dans une dizaine d’années!”

Les Capsules de GÉVIRAL sont indiquées pour la prévention des déficiences vitaminiques et minérales multiples se rencontrant si fréquemment en gériatrie. Le GÉVRABON* Lederle fournit un supplément analogue sous forme liquide.

LEDERLE LABORATORIES DIVISION

North American Cyanamid Limited, 5550 Avenue Royalmount, Ville Mont Royal, Montréal, Québec



*MARQUE DÉPOSÉE

SOMMAIRE

BULLETIN

- Roger-R. DUFRESNE
A propos du choix des candidats à l'étude de la médecine 1085

- Lidia ADAMKIEWICZ, Raymond ROBILLARD, Gilles TREMBLAY et Jacques GENEST
Le traitement de l'hypertension artérielle par la rauwolfia 1087

- E. LAURENDEAU et M. DENIS
Contribution à l'étude de l'athéro-sclérose et essai d'une thérapie à base de lipotropes
associés à un polysorbate (80) 1092

RECUEIL DE FAITS

- Roma AMYOT
Côtes cervicales. Syndrome neurologique et vasculaire 1101

- Paul BRAIS
Décès après chimisme gastrique 1106

ÉDITORIAL

- Jacques GENEST
Où en sommes-nous ? 1110

HYGIÈNE ET MÉDECINE SOCIALE

- P. HILLEMAND, Mme VIGUIE et LELIEVRE
Aperçu sur l'évolution démographique et sanitaire de la France 1113

- Eugène THIBAUT
Ce que les hôpitaux ont fait et font encore pour diminuer le coût de l'hospitalisation 1121

INDICATIONS :

Maladies des voies biliaires et du foie, dyspepsies, affections intestinales.

En règle générale et SAUF INDICATION CONTRAIRE, l'eau VICHY CELESTINS doit être prise de préférence le matin à jeun, une demi-heure avant le petit déjeuner et 40 minutes avant les deux principaux repas. La dose habituelle de chaque prise sera d'environ 100 grammes.

RECOMMANDÉE ET PRESCRITE PAR LE CORPS MÉDICAL DANS LE MONDE ENTIER

VICHY CELESTINS

E A U M I N É R A L E A L C A L I N E N A T U R E L L E
P R O P R I É T É D E L'É T A T F R A N Ç A I S

MEFIEZ-VOUS DES IMITATIONS — PRESCRIVEZ CELESTINS

Importateurs: HERDT & CHARTON, INC. — 2027, Avenue du Collège McGill, Montréal, Canada



FORT

NEO-SPASMYL



MEDIUM



FAIBLE



ELIXIR (INFANTILE)

MILLET, ROUX  & CIE, LIMITÉE

SOMMAIRE

(Suite)

Joseph MILLET Problèmes de la réadaptation	1126
G. CHAREST La poliomyélite antérieure aiguë en paralysie infantile	1131
Roger LACHANCE Le médecin et la lutte antituberculeuse	1134

VARIÉTÉS

Gabriel NADEAU Quelques médecins et chirurgiens de la cour et les liens qui les rattachent au Canada	1140
---	------

CORRESPONDANCE

Maurice PESTEL Lettre de Paris	1148
---	------

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

Maurice GERVAIS et J.-Claude BOIVIN Deux urgences vasculaires abdominales	1150
Adéodat SAUCIER et René SIMARD Le traitement rationnel des vaginites à trichomonas, à monilia et à flore mixte par l'association du propionate de sodium et de la diiodohydroxyquinoléine. X	1153
Recherches et découvertes médicales	1155

un
sédatif
alcalin bien
équilibré

... efficace
... agréable
au goût

"SEDALKA"



FORMULE

Quatre-vingt-dix grains de SEDALKA renferment:

phénobarbital de sodium. $\frac{1}{4}$ de gr.
carbonate de sodium. 10 gr.
bicarbonate de sodium. 5 gr.
citrate de sodium et tartrate de sodium. q.s.
(alcalis potentiels)

PRÉSENTATION: facons à capsule-mesure de 4 et 8 onces.

POSOLOGIE: Une demi-capsule-mesure (4 cuillerées à thé) par jour, en dose unique ou fractionnée, dans de l'eau.

INDICATIONS

Indigestion nerveuse et hyperacidité; céphalée et nausée associées au trop-manger et au trop-boire; comme supplément thérapeutique dans les rhumes ordinaires et la grippe.



Charles E. Frosst & Co.
MONTREAL CANADA

4

Affirmations Catégoriques

- "Toutes les expériences ont démontré l'évidente supériorité de l'action pharmacologique de la Digitaline sur celle du Digitoxin U.S.P." (1). Ceci refute catégoriquement l'affirmation de certains laboratoires voulant que la digitoxine et la Digitaline Nativelle constituent le même principe actif de la digitale pourprée.
- "Les données ci-dessus établissent que la Digitaline Nativelle sera la plus efficace dans le traitement d'entretien, nécessitera des doses plus faibles et sera, par conséquent, d'une façon générale, mieux tolérée par le malade moyen." (2)
- "Bien que les digitoxines accusent une variation de plus de 30% dans leur dose létale minimum, la Digitaline Nativelle manifeste une dose létale minimum de 0.42 mg. par kilo". (4)
- "Digitoxin U.S.P. consiste soit en digitoxine pure, soit en un mélange de glycosides cardioactifs extraits de la digitale pourprée contenant surtout de la digitoxine." (3) La Digitaline Nativelle est le seul principe actif pur et stable de la digitale pourprée pour le traitement d'entretien aussi bien que pour la digitalisation.

Il n'y a qu'**I** seule forme parfaite de traitement digitalinique

C'est la **DIGITALINE
NATIVELE**

NATIVELE présente maintenant NATISEDINE le nouveau sédatif cardiaque.



Bibliographie:

- 1- Macht, David, I., Special Pharmacology of Digitoxins. Arch. Int. Pharmacodyn. LXXXI No. 3, P. 345, March 1950. 2- Schwartz, G., A Clinical Investigation of the Digitoxins. American Practitioner and Digest of Treatment, Vol. I, January 1950. 3- U.S. Pharmacopoeia. XIII. 4- Tice, L.F., Amer. Journal of Pharmacy, April 1947, vol. 119.

SOMMAIRE

(Suite)

ANALYSES

MEDECINE :

Purpura thrombocytopenique idiopathique. Quelques idées sur sa pathogénèse et son traitement (1160). La part des processus inflammatoires non spécifiques dans l'évolution des lésions tuberculeuses. Leur influence sur une conception nouvelle du traitement (1161). Valeur de l'étude des sécrétions bronchiques pour le diagnostic des cancers des bronches (1162).

CHIRURGIE PLASTIQUE :

Utilisation du Lambeau d'Abbé pour la réparation primaire du bec-de-lièvre bilatéral (1162).

NEURO-PSYCHIATRIE :

Le suicide: une étude de 114 militaires hospitalisés pour tentatives de suicide ratées (1163).

PEDIATRIE :

La douleur dans la poliomyélite antérieure aiguë. Considérations neurologiques et thérapeutiques (1165). L'empoisonnement au sulfate ferreux (1165). Un nouveau tube de gavage pour le prématuré (1166).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE :

La réaction de Nickerson-Kveim dans la sarcoïdose (1167).

NÉCROLOGIE	1167
SOCIÉTÉS	
Hôpital Général de Verdun, Comité scientifique: séance de septembre, octobre et novembre 1953 (1168).	
NOUVELLES	1175
"L'Union Médicale du Canada" en 1885	1182
REVUE DES LIVRES	1186
NOUVELLES PHARMACEUTIQUES	1202

CONDITIONS DE PUBLICATION

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

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

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

Les manuscrits doivent être dactylographiés avec double interligne.

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

Pour obtenir des **extraits**, l'auteur doit en faire la demande directement à l'éditeur. Tous changements du texte de la galée entraînent des frais supplémentaires pour l'auteur.

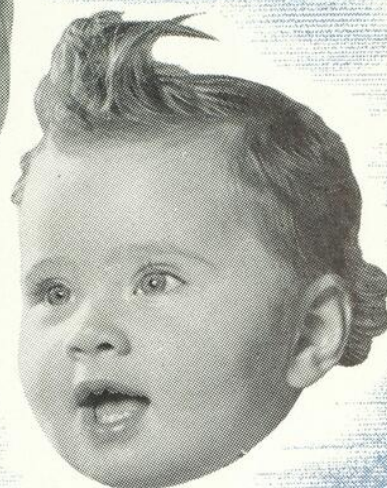
L'index bibliographique de chaque travail doit être restreint aux indications les plus importantes. Le journal se réserve toujours le droit de le limiter. Chaque indication bibliographique doit être fournie comme suit: nom de l'auteur, titre de l'article, nom du périodique, volume, page, mois (jour du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

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

Le barème des annonces est fourni sur demande par Jacques-D. Clerk, publiciste, 326 est, boulevard Saint-Joseph. Téléphone: AVenue 8-9888.

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

Tout ce qui concerne la rédaction et l'administration doit être adressé franco aux bureaux de "L'Union Médicale du Canada", 326 est, boulevard Saint-Joseph. — Téléphone: AVenue 8-9888.



UN SÉDATIF DE LA TOUX POUR LES BÉBÉS ET LES ENFANTS

... DOSES MESURÉES À LA GOUTTE

Les gouttes "Zéphadon"

- EFFICACITÉ
- SÛRETÉ
- TOLÉRANCE

Chaque cc. renferme:

Chlorhydrate de méthadone 1.2 mg.

Un extrait qui représente les constituants
actifs de la scille 30 mg.

POSOLOGIE: une goutte pour chaque 3 livres
de poids corporel, toutes les 4 heures. Dose ma-
ximum pour les enfants de plus de 5 ans: 30
gouttes toutes les 4 heures.

Flacons de 15 cc. munis de compte-gouttes de
précision.

Cette préparation au goût agréable, pour
administration à la goutte,

- est un excellent sédatif du centre
respiratoire
- est bien toléré par les enfants
- ne constipe pas

Pour l'enfant qui tousse — fatigué, re-
muant et irritable — les Gouttes Zépha-
don représentent une médication efficace,
acceptable et d'administration facile.

AVERTISSEMENT

Pour les bébés de moins de 6 mois, les en-
fants débilités ou tout enfant souffrant de
pneumonie, administrer les Gouttes Zépha-
don à doses plus légères et avec circon-
spection.

Charles E. Frosst & Co.
MONTRÉAL CANADA

THÉRAPIE ORALE EFFICACE CONTRE

LES INFECTIONS
PNEUMOCOCCIQUES,
STAPHYLOCOCCIQUES et
STREPTOCOCCIQUES HÉMOLYTIQUES

LA BLENNORRAGIE
LA FIÈVRE SCARLATINE
L'AMYGDALITE
L'OTITE MOYENNE
L'ANGINE DE VINCENT
et LES INFECTIONS
DES VOIES URINAIRES

"TRULFACILLIN"

MARQUE DÉPOSÉE

ASSOCIATION DE SULFAMIDES ET DE PÉNICILLINE

Les avantages de la thérapie combinée s'obtiennent par l'administration de Trulfacillin —

- des effets additifs, et parfois synergiques, sur les bactéries sensibles à ces agents;
- des taux sanguins plus élevés de pénicilline et de sulfamides;
- une sécurité relative — la pénicilline par voie orale occasionne peu ou point d'effets malencontreux, et le risque d'hypersensibilité est moins grand que ne le suscite l'administration parentérale;
- une grande solubilité dans l'urine et une quasi-absence de cristallurie consécutive aux sulfamides; les réactions de sensibilité sont manifestement réduites grâce à l'emploi de trois sulfamides.

AVERTISSEMENT

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

Bien que rarement, l'administration de pénicilline par voie parentérale, et plus rarement encore par voie orale, peut occasionner une anaphylaxie aiguë. Les patients souffrant d'asthme bronchique ou d'autres allergies, et ceux qui se sont déjà montrés sensibles à la pénicilline, semblent les plus sujets à cette réaction.

Un grand choix de formules pour ADULTES et pour ENFANTS: 5 COMPRIMÉS et 5 SUSPENSIONS

"TRULFACILLIN" 7½-100

Comprimé N° 821 "Frosst"

sulfaméthazine.....	0.167 G.	} 7½ gr.
sulfadiazine.....	0.167 G.	
sulfamérazine.....	0.167 G.	

pénicilline-G potassique cristallisée... 100,000 U.I.

POSOLOGIE: d'un à deux comprimés toutes les 4 à 8 heures.

Présenté en boîtes de 12 et de 100.*

"TRULFACILLIN" 7½-150

Comprimé N° 827 "Frosst"

sulfaméthazine.....	0.167 G.	} 7½ gr.
sulfadiazine.....	0.167 G.	
sulfamérazine.....	0.167 G.	

†benzethacillin..... 150,000 U.I.

POSOLOGIE: un ou deux comprimés toutes les 6 à 8 heures.

Présenté en boîtes de 12* et flacons de 100.

"TRULFACILLIN" 7½-300

Comprimé N° 828 "Frosst"

sulfaméthazine.....	0.167 G.	} 7½ gr.
sulfadiazine.....	0.167 G.	
sulfamérazine.....	0.167 G.	

†benzethacillin..... 300,000 U.I.

POSOLOGIE: 1 ou 2 comprimés toutes les 6 à 8 heures.

Présenté en boîtes de 12*.

"TRULFACILLIN" 5-25

Comprimé N° 818 "Frosst"

sulfaméthazine.....	0.1 G.	} 5 gr.
sulfadiazine.....	0.1 G.	
sulfamérazine.....	0.1 G.	

pénicilline-G potassique cristallisée... 25,000 U.I.

POSOLOGIE: d'un à quatre comprimés, suivis d'un à deux comprimés toutes les 4 heures.

Présenté en boîtes de 20 et de 100*.

"TRULFACILLIN" POUR ENFANTS 3-50

Comprimé N° 819 "Frosst"

sulfaméthazine.....	65 mg.	} 3 gr.
sulfadiazine.....	65 mg.	
sulfamérazine.....	65 mg.	

pénicilline-G potassique cristallisée... 50,000 U.I.

POSOLOGIE: Enfants—un comprimé par jour, en doses fractionnées, par 4 livres de poids corporel du patient, soit, aux enfants de 8 lbs—½ comprimé toutes les 6 heures; aux enfants de 16 lbs—1 comprimé toutes les 6 heures.

Présenté en boîtes de 20 et de 100*.

†dibenzylethylenediamine bipénicilline-G.

*Chaque comprimé est hermétiquement scellé dans une feuille d'étain.

Charles E. Frosst & Co.
MONTRÉAL CANADA

"TRULFACILLIN" POUR ENFANTS 3-100

Suspension N° 974 "Frosst"

Chaque cuillerée à thé de 5 cc. renferme:

sulfaméthazine.....	65 mg.	} 3 gr.
sulfadiazine.....	65 mg.	
sulfamérazine.....	65 mg.	

†benzethacillin..... 100,000 U.I.

"TRULFACILLIN" POUR ENFANTS 3-200

Suspension N° 977 "Frosst"

Chaque cuillerée à thé de 5 cc. renferme:

sulfaméthazine.....	65 mg.	} 3 gr.
sulfadiazine.....	65 mg.	
sulfamérazine.....	65 mg.	

†benzethacillin..... 200,000 U.I.

POSOLOGIE des SUSPENSIONS "TRULFACILLIN" POUR ENFANTS: Bébés et enfants—une cuillerée

à thé par jour, en doses fractionnées, pour chaque 4 livres de poids corporel du patient, soit,

Aux enfants de 8 lbs — ½ cuillerée à thé toutes les 6 heures.

Aux enfants de 16 lbs — 1 cuillerée à thé toutes les 6 heures.

"TRULFACILLIN" 7½-100

Suspension N° 979 "Frosst"

Chaque cuillerée à thé de 5 cc. renferme:

sulfaméthazine.....	0.167 G.	} 7½ gr.
sulfadiazine.....	0.167 G.	
sulfamérazine.....	0.167 G.	

†benzethacillin..... 100,000 U.I.

POSOLOGIE: d'une à deux cuillerées à thé toutes les 6 à 8 heures.

"TRULFACILLIN" 7½-150

Suspension N° 981 "Frosst"

Chaque cuillerée à thé de 5 cc. renferme:

sulfaméthazine.....	0.167 G.	} 7½ gr.
sulfadiazine.....	0.167 G.	
sulfamérazine.....	0.167 G.	

†benzethacillin..... 150,000 U.I.

POSOLOGIE: d'une à deux cuillerées à thé toutes les 6 à 8 heures.

"TRULFACILLIN" 7½-300

Suspension N° 982 "Frosst"

Chaque cuillerée à thé de 5 cc. renferme:

sulfaméthazine.....	0.167 G.	} 7½ gr.
sulfadiazine.....	0.167 G.	
sulfamérazine.....	0.167 G.	

†benzethacillin..... 300,000 U.I.

POSOLOGIE: d'une à deux cuillerées à thé toutes les 6 à 8 heures.

Présenté en flacons de 60 cc.

COMBINAISONS DE TROIS SULFAMIDES

qui joignent l'EFFICACITÉ à l'ÉLIMINATION MAXIMUM DE RISQUES

dans le traitement des INFECTIONS PNEUMOCOCCIQUES, STAPHYLOCOCCIQUES et STREPTOCOCCIQUES HÉMOLYTIQUES • de la BLENNORRAGIE • l'AMYGDALITE • la FIÈVRE SCARLATINE • l'OTITE MOYENNE • l'ANGINE DE VINCENT • et des INFECTIONS DES VOIES URINAIRES.

"TRULFA-ZINE"

Une combinaison de sulfaméthazine, de sulfadiazine et de sulfamérazine

SUSPENSION

Chaque once liquide renferme:

sulfaméthazine	13 1/3 gr.
sulfadiazine	13 1/3 gr.
sulfamérazine	13 1/3 gr.

Chaque drachme (3.5 cc.) renferme un total de 5 gr. (0.3 G.) de sulfamides.

POSOLOGIE: Bébés de 1 à 2 ans: 1/2 à 1 drachme;
Enfants de 3 à 10 ans: 1 à 2 drachmes;
Adultes: de 2 à 4 drachmes.
Dans de l'eau, toutes les 4 heures.

Présenté en flacons de 16 onces liquides.

COMPRIMÉ

Comprimé N° 810 "Frosst"
Divisible

sulfaméthazine	0.167 G.
sulfadiazine	0.167 G.
sulfamérazine	0.167 G.

Un total de 0.5 G. (7 1/2 gr.) de sulfamides.

POSOLOGIE: 1 à 2 comprimés toutes les 4 heures.
Présenté en flacons de 100.

COMPRIMÉ

Demi-concentration pour les Enfants
Comprimé N° 811 "Frosst"

sulfaméthazine	83 mg.
sulfadiazine	83 mg.
sulfamérazine	83 mg.

Un total de 0.25 G. (3 3/4 gr.) de sulfamides.

POSOLOGIE: 1 à 2 comprimés toutes les 4 heures.
Présenté en flacons de 100 comprimés.

Charles E. Frosst & Co.
MONTRÉAL CANADA

"TRULFA-ZINE" et "TRULFA" sont abondamment solubles dans l'urine et comportent une quasi absence de cristallurie consécutive aux sulfamides; l'emploi d'une combinaison de trois sulfamides réduit grandement les aléas de réactions de sensibilité

"TRULFA"

SUSPENSION

La formule de la Suspension TRULFA est semblable à celle de la Suspension Trulfa-Zine, sauf que le sulfathiazole remplace le sulfaméthazine.

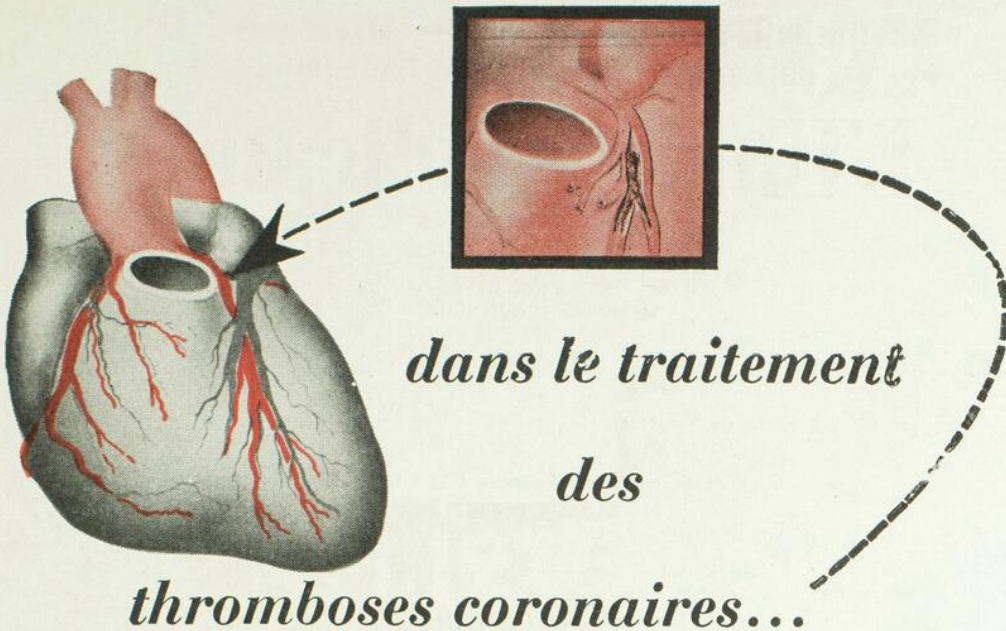
COMPRIMÉ

La formule du Comprimé TRULFA (N° 393) est semblable à celle du Comprimé Trulfa-Zine (N° 810), sauf que le sulfathiazole remplace le sulfaméthazine.

1 Lehr, David, "Present Status of Sulfanamide Therapy", Exposé scientifique, Congrès annuel, A.M.A., San Francisco, 1954.

AVERTISSEMENT

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



TROMEXAN

éthylacétate

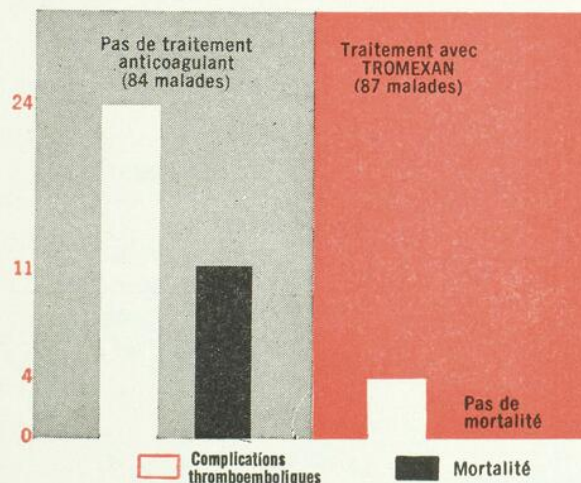
*réduit de façon significative
le taux de mortalité et de complications...*

L'efficacité remarquable que possède le traitement anticoagulant par voie orale avec TROMEXAN de réduire le taux de mortalité et de complications de la thrombose coronaire a été démontrée par des autorités dans la matière.¹ La fréquence des incidents thrombo-emboliques est tombée "d'approximativement un sur chaque 4 malades, dans le groupe de contrôle, à moins de un sur 20 parmi les malades traités avec TROMEXAN".¹ Aucune mortalité n'est survenue parmi 87 malades traités avec TROMEXAN.

Dans toutes les formes d'affections thrombo-emboliques, TROMEXAN accorde l'avantage d'une action plus rapide, d'un effet cumulatif moins grand, et de risques moindres d'hémorragie grave et soutenue.

1. Tulloch, J. A., et Gilchrist, A. R.: Tromexan in the Treatment of Coronary Thrombosis, Am. Heart J. 42:864, 1951.

L'éthylacétate de TROMEXAN (marque de biscoumacétate d'éthyle) est présenté sous forme de comprimés rainurés de 300 mg.



LES PRODUITS PHARMACEUTIQUES GEIGY
Division de Geigy (Canada) Limited
286 ouest, rue Saint-Paul, Montréal 1, P. Q.

**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 Vallery-Radot (Paris),
Albert LeSage,
Wilbrod Bonin, doyen,
Faculté de Médecine, Université de Montréal;
Charles Vézina, doyen,
Faculté de Médecine, Université Laval, Québec;

Arthur-L. Richard, doyen,
Faculté de Médecine, Université, d'Ottawa;
Pierre Masson,
J.-A. Leduc,
T. Parizeau,
J.-N. Roy.

Rédacteur en chef émérite: Albert LeSAGE

BUREAU DE DIRECTION

MM. R. Amyot, P.-R. Archambault, Albert Bertrand, Emile Blain, Roméo Boucher, P. Bourgeois, J.-A. Denoncourt, Edouard Desjardins, Edmond Dubé, Roger Dufresne, Richard Gaudet, Léon Gérin-Lajoie, Albert Jutras. ...

MM. J.-A. Lecours, J.-M. Laframboise, Renaud Lemieux, Paul Letondal, A. Marin, Donatien Marion, L.-P. Petitclerc, Jean Saucier, L.-Ch. Simard, Pierre Smith, Hermile Trudel, J.-A. Vidal.

BUREAU DE REDACTION

Assistant-rédacteur en chef:
Edouard Desjardins

Rédacteur en chef: Roma AMYOT

Secrétaire de la Rédaction:
Roger-R. Dufresne

Secrétaire adjoint de la Rédaction (Québec): Antoine Pettigrew.

BUREAU DE COLLABORATION

MM. Gustave Auger, Eugène Allard, J.-M. Beauregard, Maurice Bélisle, A. Cantero, Roland Cauchon, Paul David, F.-X. Demers, R. Doré, Paul Dumas, Origène Dufresne, Edouard-D. Gagnon, H. de la Broquerie Fortier, J.-Genest, Maurice Gervais, Fernand Grégoire, Pierre Jobin,

MM. Paul Labbé, P. Larivière, Valmore Latraverse, Simon Lauzé, Rosaire Lauzer, R. Lebeau, Jean-Louis Léger, Emile Maranda, André Marois, Jean-Th. Michaud, J.-P. Paquette, Antoine Pettigrew, Germain Pinsonneault, P. Poirier, Rosario Robillard, Henri Smith, N. Vézina.

LE SERVICE D'ANESTHÉSIE DE L'HÔPITAL NOTRE-DAME

offre

des Postes de Résidents en Anesthésie

Des bourses seront octroyées à tout médecin canadien-français gradué d'une université reconnue, qui a pour but de se rendre éligible à la certification en anesthésie.

Des cours de sciences de base en pharmacologie, en biochimie, physiologie, anatomie seront donnés durant le cours de l'année.

Pour plus ample information, s'adresser au

Docteur LOUIS LAMOUREUX,

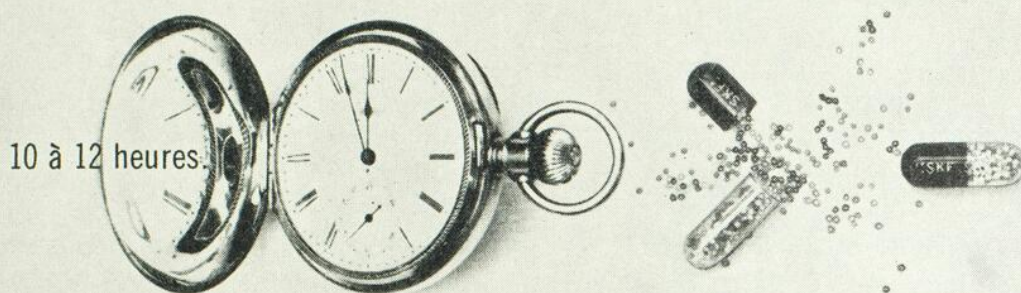
Directeur du Service d'Anesthésie,
Hôpital Notre-Dame,
Montréal, P. Q.

DEXAMYL* SPANSULE†

Le 'Dexamyl' sous forme de capsules à désagrégation contrôlée

Action thérapeutique uniforme et durable—une seule 'Spansule'
suffit pour la journée entière:

son action dure



Traitement des états névropathiques rencontrés en pratique courante

Anxiété et dépression
Algies d'origine psychique ou organique
Stress exagéré

'DEXAMYL' Capsules 'Spansule' et Comprimés

Capsules 'Dexamyl' Spansule en deux dosages: Capsule No. 1 dosée à:
Dexedrine* (sulfate d'amphétamine dextrogyre, S.K.F.), 10 mg. et amobarbital, 1 grain.

Capsule No. 2 dosée à: 'Dexedrine' (sulfate d'amphétamine dextrogyre,
S.K.F.), 15 mg. et amobarbital, 1 grain ½.

Comprimés: Chaque comprimé est dosé à: 'Dexedrine' (sulfate d'amphétamine dextrogyre,
S.K.F.), 5 mg. et amobarbital, ½ grain.

Les capsules 'Spansule' sont la fabrication exclusive de

SMITH KLINE & FRENCH • Montréal 9

Les premiers à offrir les médicaments à désagrégation contrôlée sous forme orale

* Marque déposée au Canada

† Marque déposée au Canada pour les capsules à désagrégation contrôlée fabriquées par S.K.F.

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

L'Union Médicale du Canada

ADMINISTRATION

OFFICIERS

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

COMITÉ EXÉCUTIF

MM. Albert Jutras, Roma Amyot, J.-A. Vidal et
Emile Blain.

COMITÉ DE PUBLICITÉ

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

CORRESPONDANTS

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

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

ADMINISTRATION et SecrÉTARIAT
PUBLICITÉ : Jacques-D. Clerk

326 est, boulevard Saint-Joseph, Montréal
Téléphone: AVenue 8-9888

ÉLECTIVE DANS
HYPERTENSION
D'ORIGINE NERVEUSE
ANGINE DE POITRINE AVEC
HYPERTENSION
SPASMOLYTIQUE
VASCULAIRE TOTAL
ANGOR-ANGIOSPASMES
THROMBOSES
MIGRAINES

VASOVÉRINE

CRISES : 1 Ampoule toutes
les 3 heures
ENTRETIEN : 2 à 4 comprimés
par jour

Dose forte 80mg
PAPAVÉRINE - BASE
Acide et Amide
NICOTINIQUES

MAINTENANT

*une protection double
dans les affections
inflammatoires
de l'oeil . . .*

ONGUENT OPHTALMIQUE
D'ACÉTATE DE



Brûlure de la cornée
(telle que représentée par la lampe à fente)

Cortone avec BACITRACINE

(ACÉTATE DE CORTISONE MERCK)

L'Onguent Ophtalmique d'Acétate de CORTONE avec BACITRACINE contrôle à la fois les symptômes et la cause de nombreuses affections oculaires. Dans certaines conditions inflammatoires du segment antérieur de l'oeil, cet onguent

- réduit rapidement l'inflammation des tissus
- protège la vision
- détruit ou neutralise les bactéries causales sensibles à l'antibiotique
- diminue le risque d'infections secondaires
- abrège la durée de la maladie.

PRÉSENTATION: Onguent Ophtalmique d'Acétate de CORTONE avec BACITRACINE. Chaque gramme contient 15 mg. de CORTONE et 1,000 unités de BACITRACINE. Tubes de 3.5 grammes.

CORTONE est la marque déposée
de Merck & Co. Limited pour sa
préparation de cortisone.



MERCK & CO. LIMITED
Chimistes fabricants

MONTREAL • TORONTO • VANCOUVER • VALLEYFIELD

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.

EXÉCUTIF DE L'ASSOCIATION

Emile BLAIN,	Montréal.
Hermile TRUDEL,	Montréal.
René DuBERGER,	Sherbrooke.
Jean-Marie LAFRAMBOISE,	Ottawa.
Roma AMYOT,	Montréal.
Henri R. de SAINT-VICTOR,	Ottawa.
Arthur POWERS,	Hull.

SECRÉTAIRE-TRÉSORIER GÉNÉRAL

Hermile TRUDEL,
1990 est, rue Rachel, Montréal.

SECRÉTAIRE ADJOINT

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

SECRETARIAT: 326 est, boul. Saint-Joseph,
Montréal.
Téléphone: HArbour 8076

SIROP EXPECTORANT ET ANTISEPTIQUE

TUSSOLYSE
CODÉINONE
LYSE LA TOUX

DIHYDRO-CODÉINONE, ni toxique, ni hypnotique.
même action que 2gr. de codéine à l'once
ETHER GAÏACO-GLYCÉRIQUE . DÉSOXYÉPHÉDRINE . CHLOROPHYLLE
(Bon de narcotique pour échantillon)

CORPORATION PHARMACEUTIQUE FRANÇAISE LTEE — MONTREAL

LÉVO-DROMORAN 'ROCHE'

soulagement durable des douleurs intenses

- Nouveau dérivé synthétique de la morphine.
- Action deux à quatre fois plus puissante que celle de la morphine et environ deux fois plus longue.
- Aussi actif, mg. pour mg. par voie buccale que par voie parentérale.
- Appétit et fonctionnement intestinal moins influencés que par la morphine.
- Analgésique spécifique des grandes douleurs aiguës ou chroniques, e.g. douleurs intractables du cancer.

Ampoules de 1 cc. à 2 mg.
Comprimés rainurés à 2 mg.
Flacons de 10 cc. à 2 mg. au cc.

LÉVO-DROMORAN - *tartrate de lévorphane*
FORMULE DE NARCOTIQUES EXIGÉE.

Pour vaincre la douleur —

NISENTIL 'ROCHE'

action rapide et brève

- Narco-analgésique synthétique d'action rapide.
- Soulagement obtenu en 5 à 10 minutes.
- Anesthésie persistant entre 1 1/2 et 2 heures.
- Action sur le centre respiratoire moins prononcée que celle de la morphine.
- Indiqué dans tous les cas nécessitant une analgésie immédiate bien que de courte durée, e.g. obstétrique, interventions mineures.

Ampoules de 1 cc. à 60 mg.
Flacons de 10 cc. à 60 mg. au cc.

NISENTIL - *Marque de prisilidène*
FORMULE DE NARCOTIQUES EXIGÉE.

HOFFMANN - LA ROCHE LIMITÉE - 286 ouest, rue St-Paul, Montréal.

COMITÉ DU XXIV^e CONGRÈS

Jean-Marie LAFRAMBOISE, président.

Roma AMYOT, 1er vice-président.
 Auray FONTAINE, 2e " "
 L.-O. BEAUCHEMIN, 3e " "
 Pierre BELLIVEAU, 4e " "

Henri R. de SAINT-VICTOR, secrétaire.
 Arthur POWERS, trésorier.

SECRETARIAT DU CONGRÈS:
 195, avenue Marlborough, Ottawa, Ont.

ANCIENS PRÉSIDENTS

Albert LeSAGE
 J.-H. LAPOINTE
 Albert PAQUET
 J.-A. JARRY

Charles VEZINA
 Richard GAUDET
 A.-L. RICHARD
 Edmond POTVIN

J.-A. VIDAL
 J.-A. DENONCOURT
 J.-B. JOBIN
 René DuBERGER

MEMBRES DU CONSEIL

ARCHAMBAULT, Gérard, 472, av. Laurier, St-Jean, P.Q. 1956	LECOURS, J.-A., 538, av. King-Edward, Ottawa, Ont. 1956
BIBAUD, Barthélemy, 65, Nicholson, Valleyfield, P.Q. 1956	LEMIEUX, J.-R., Hôpital du St-Sacrement, Québec, P.Q. 1956
BLANCHET, Roméo, 54, avenue Laurier, Québec, P.Q. 1956	MERCILLE, Jean, 4903 ouest, N.-Dame, Montréal, P.Q. 1956
BONIN, Wilbrod, 575, av. Davaar, Outremont, P.Q. 1954	MILOT, J.-D., 1017 Stafford Road, Fall River, Mass. 1956
BROUSSEAU, L.-Philippe, Malartic, P.Q. 1954	MORISSET, Pierre, Saint-Georges-de-Beauce, P.Q. 1956
CHOLETTE, A.-M., 1451 est, boul. St-Joseph, Montréal 1954	PERRAS, J.-Ephrem, 192, rue Principale, Hull, P.Q. 1956
COUTURIER, Alphonse, Rivière-du-Loup, P.Q. 1954	PERRON, J.-M., 2, rue Mercier, Shawinigan, P.Q. 1954
D'ARGENCOURT, Guy, Drummondville, P.Q. 1954	PIETTE, Edmond, Joliette, P.Q. 1954
DECARIE, Roland, 524 est, Sherbrooke, Montréal, P.Q. 1956	PILON, J.-L., 389 est, boul. St-Joseph, Montréal, P.Q. 1954
DOMINGUE, Albert, Granby, P.Q. 1956	[POULIOT, Antoine], 68, rue Ste-Ursule, Québec, P.Q. 1956
GAUTHIER, Henri-E., Woonsocket, R.I. 1954	RIOUX, J.-Emile, Sainte-Anne-des-Monts (Gaspé), P.Q. 1954
GAUTHIER, J.-D., Shippegan, N.-B. 1954	ROULEAU, J.-Maurice, Saint-Grégoire, (Nicolet), P.Q. 1956
HURTUBISE, Sénateur Raoul, Ottawa, Ont. 1954	SMITH, Pierre, 300, carré Saint-Louis, Montréal, P.Q. 1954
JOANNETTE, Albert, Sainte-Agathe-des-Monts, P.Q. 1954	TETREAULT, Ad., 411, boul. Laviolette, T.-Rivières, P.Q. 1954
JOBIN, Pierre, 91 1/2, avenue d'Auteuil, Québec, P.Q. 1954	THIBAUT, Eugène, 4070, boul. Lasalle, Verdun, P.Q. 1954
LEBLOND, Sylvio, Hôtel-Dieu St-Vallier, Chicoutimi, P.Q. 1956	VIAU, Horace, 467 rue Rideau, Ottawa, Ont. 1954



Fabriqués par THE
 CANADA STARCH
 COMPANY Limited,
 Montréal et Toronto.



UN MÉLANGE LACTÉ de valeur reconnue pour l'alimentation des bébés

Les sirops de maïs Crown Brand et Lily White sont reconnus par la profession médicale comme étant l'hydrate de carbone sûr pour ajouter au lait que l'on donne aux bébés.

Ces purs sirops de maïs se digèrent facilement et n'irritent pas l'intestin délicat des bébés.

Les deux peuvent être ajoutés à n'importe quelle formule lactée.

SIROP DE MAÏS "CROWN BRAND" et SIROP DE MAÏS "LILY WHITE"

AUX MÉDECINS SEULEMENT

Vous pouvez obtenir, sur demande, un calculateur de poche contenant les différents régimes d'enfants dans lesquels on trouve ces deux célèbres sirops de maïs... un traité scientifique, sous forme de livret, sur l'alimentation des enfants... des tablettes de formules et une intéressante brochure sur les soins prénatals. Veuillez nous adresser le coupon et nous vous ferons parvenir immédiatement ces objets qui vous seront de grande utilité.

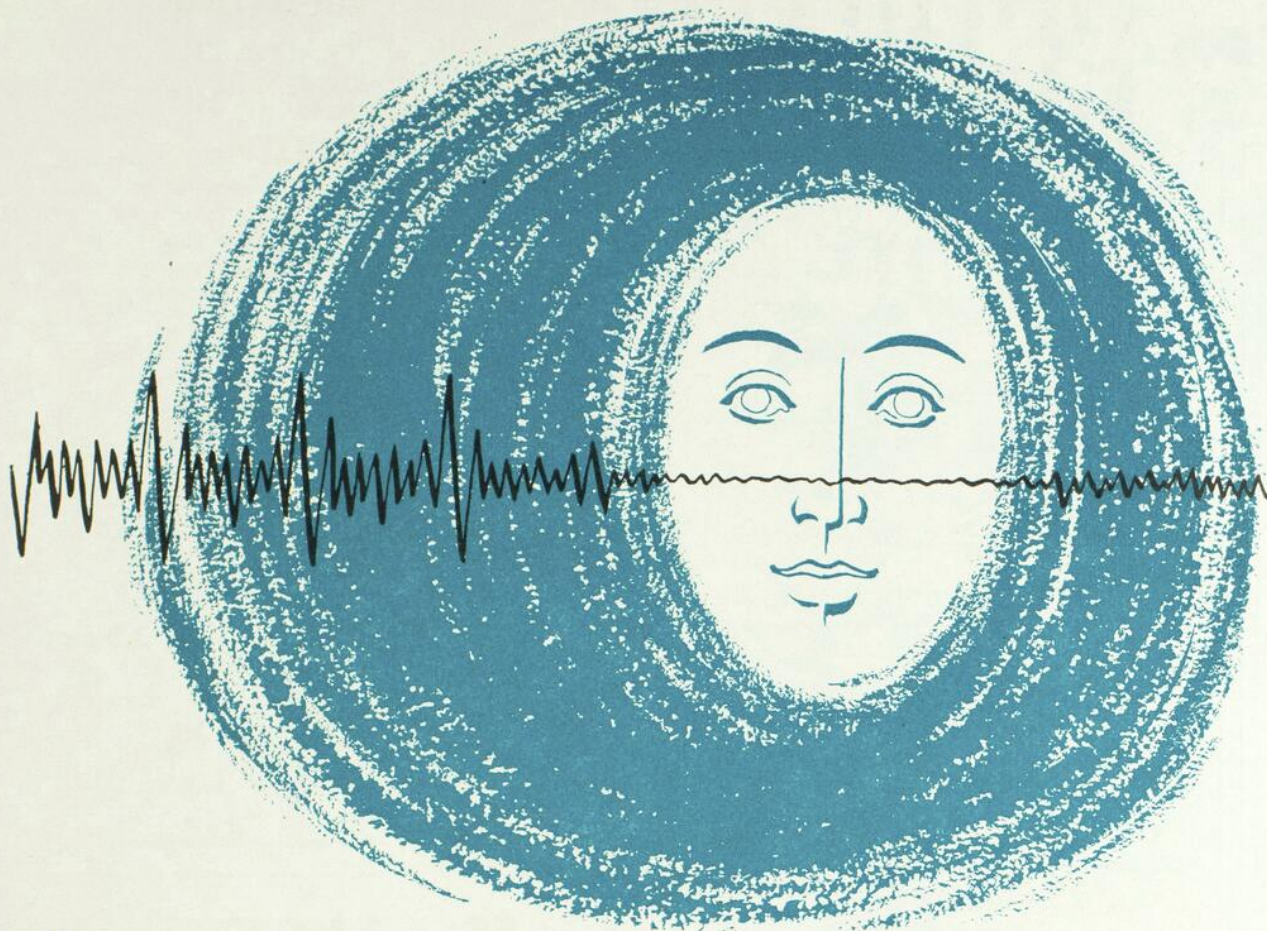
The CANADA STARCH Co., Ltd.
 Montréal

Veuillez m'envoyer

- CALCULATEUR
 Livret: "LES SIROPS DE MAÏS DANS L'ALIMENTATION DES ENFANTS"
 TABLETTES DE FORMULES
 La brochure: "DEXTROSOL".

Nom

Adresse



ANATENSINE

pour calmer l'esprit tourmenté

Anatensine permettra à vos patients d'affronter les difficultés et les déboires de la vie quotidienne sans qu'ils ne développent une tension anormale. Ce sédatif et calmant pour le jour, sans barbiturate, n'entrave pas le pouvoir de concentration ou de perception et peut donc être prescrit comme sédatif pendant qu'on travaille. Anatensine est disponible seulement sur prescription.

Littérature et échantillons professionnels sur demande.

BRITISH DRUG HOUSES



EGOSALYL

**RHUMATISME
TRAITEMENT
D'ATTAQUE**

AMIDE SALICYLIQUE EGGER
(0.45 gm. par comprimé)

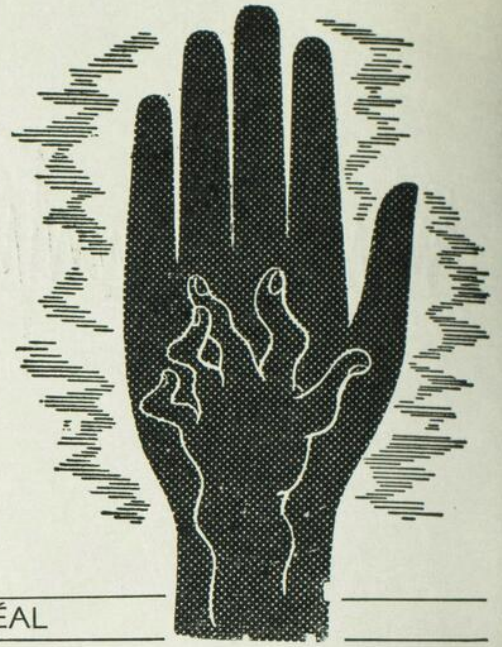
Seul dérivé salicylé bien toléré
associé à :

Acide nicotinique	0.01 gm.
Acide ascorbique (Vit. C)	0.01 gm.
Vitamine K	0.01 mg.

DOSE NORMALE :
4 à 8 comprimés par jour.

DOSE D'ATTAQUE :
15 à 20 comprimés par jour,
par période de 3 à 5 jours.

Documentation et bibliographie envoyées sur demande.



EGGER (CANADA) LTD. — MONTRÉAL

AGENTS: LABORATOIRES JEAN OLIVE — 200, RUE VALLÉE, MONTRÉAL

ARGENT - AMPHÉTAMINE
GLUCONATE ÉPHÉDRINE
EN SÉRUM GLUCOSÉ pH 7,6



III A IV GOUTTES INSTILLATIONS
PLUSIEURS FOIS PAR JOUR

**DÉSINFECTION
VOIES NATALES**
GOUTTES INCOLORES

Laboratoires Jean OLIVE, 200 Rue Vallée, MONTRÉAL

POUR COMBATTRE LA NERVOSITÉ ET LA FATIGUE



"Béminal" avec phénobarbital

Votre ordonnance apporte

- des vitamines pour exciter l'appétit
- un léger sédatif pour le patient nerveux

Comprimé N° 819 dosé à:

Thiamine	5 mg.
Riboflavine	2 mg.
Niacinamide	10 mg.
Pyridoxine	0 mg.5
d-panthéol	2 mg.
Acide ascorbique	25 mg.
Vitamine B ₁₂ cristallisée	1 microg.
Phénobarbital (1/4 grain)	16 mg.

Le "Béminal" Liquide avec Phénobarbital, N° 922, possède une formule semblable à celle-ci mais contient, en outre, du chlorhydrate de d-désoxyéphédrine qui procure un léger stimulant de l'état émotif.

Ayerst, McKenna & Harrison Limitée
Montréal, Canada



*“Celui qui vit dans le calme
et la sérénité sentira à peine*

LE POIDS DES ANS...”

Platon, La République, Tome I



Le patient dont le déclin progressif de la vigueur est retardé par des mesures préventives, ressent à peine “le poids des ans”—puisque l’administration d’une association de stéroïdes, de facteurs nutritifs choisis et d’un léger stimulant contribuera à maintenir une stabilité émotionnelle. Les capsules “Médiatric” ont été spécialement conçues pour prévenir l’apparition prématurée de modifications physiologiques et pour permettre au sujet de mieux s’adapter au processus normal de vieillissement.

en gériatrie préventive
capsules

“MÉDIATRIC”

composé stéroïdo-nutritif



Chaque capsule “Médiatric” contient:

Substances oestrogènes conjuguées équinées (“Prémarine”).....	0 mg.25
Méthyltestostérone.....	2 mg.5
Acide ascorbique.....	50 mg.
Thiamine.....	5 mg.
Vitamine B ₁₂	1 microg.5
Acide folique.....	2 mg.
Sulfate ferreux P.B.....	100 mg.
Chlorhydrate de d-désoxyéphédrine.....	1 mg.
Levure de bière (soumise à des procédés spéciaux)..	200 mg.

Présentation.— No 252—Flacons de 30, 100 et 500 capsules.

Vous pouvez aussi obtenir le
“MÉDIATRIC” LIQUIDE, No 910

Ayerst, McKenna & Harrison Limitée
Montréal, Canada

dans les malaises

GASTRO-INTESTINAUX

fonctionnels

même si l'examen ne révèle rien d'anormal, les patients continuent de percevoir de nombreux symptômes subjectifs — éructations, flatulence, nausées, indigestion et constipation.

en prescrivant *Decholin/Belladone* qui soulage le spasme et stimule le foie, vous pouvez procurer à la plupart de ces patients

un soulagement prompt et durable

DECHOLIN avec BELLADONE

spasmolyse assurée

La belladone que contient *Decholin/Belladone* soulage les malaises d'origine spastique ou péristaltique et facilite l'écoulement des sécrétions biliaires et pancréatiques en relâchant le sphincter d'Oddi.

amélioration de la fonction hépatique

L'acide déhydrocholique (*Decholin*), le plus puissant *hydrocholérique* connu, fait circuler dans les voies biliaires une bile plus abondante et plus claire en même temps qu'il provoque un relâchement intestinal léger sans action cathartique.

POSOLOGIE

Un ou, si nécessaire, deux comprimés *Decholin/Belladone* trois fois par jour.

COMPOSITION

Chaque comprimé *Decholin/Belladone* contient $3\frac{3}{4}$ grs de *Decholin* (marque d'acide déhydrocholique) et $1/6$ gr. d'extrait de belladone (équivalant à 7 minimes de teinture de belladone). Flacons de 100.



AMES Company of Canada, Ltd., Toronto

Di-1

1010 Dufferin Street

ÉPUISEMENT NERVEUX
ADYNAMIE
HYPOTENSION

REVITALOSE

Cortico-Surrénale

Extrait Orchitique
Substance Cérébrale

*

AMPOULES BUVABLES
10^{cc} Adulte - 3^{cc} Enfant



OPOTHÉRAPIE



B U V A B L E

CANADA : LABORATOIRES JEAN OLIVE - 200, rue Vallée, Montréal, P.Q.



Vos patients que vous soignez pour la toux

Vous savez quel genre de toux. Rauque, pénible, épuisante, convulsive. Opiniâtre et déchirante mais infructueuse. Elle cause au patient un tourment indescriptible, le laisse sans forces, étourdi, ayant envie de vomir et incapable de rester en place, faisant la navette entre son lit, son fauteuil et la salle de bains, mais ne produit aucune expectoration.

Vous remercieront par un sourire

SI VOUS LEUR

PRESCRIVEZ CE MÉDICAMENT

AU GOÛT AGRÉABLE



MERCODOL

LE SIROP ANTITUSSIGÈNE QUI ENRAYE LA TOUX
MAIS GARDE LE RÉFLEXE TUSSIGÈNE

Le Mercodol au goût agréable contient du Mercodinone, un narcotique sélectif qui enraye la toux mais ne nuit pas au réflexe tussigène salutaire . . . de la Nethamine, un bronchodilatateur efficace . . . du citrate de soude, un expectorant qui liquéfie les sécrétions. Il en résulte un soulagement plus efficace de la toux, avec une absence remarquable de nausées, constipation et stimulation cardiovasculaire ou nerveuse.

Merrell
SINCE 1828

Mercodol exige une ordonnance pour narcotiques.

POSOLOGIE: une cuillerée à thé toutes les 3 ou 4 heures.
Enfants, proportionnellement moins.

MERCODOL EST UN PRODUIT DE THE WM. S. MERRELL COMPANY—ST. THOMAS, ONTARIO
“Mercodol”, “Mercodinone”, “Nethamine”, marques de fabrique

L'expérience clinique démontre
clairement l'efficacité du
PLEXONAL dans le traitement des
névroses d'angoisse et de l'in-
sommie surtout quand celles-ci
s'accompagne de sympathicotonie.

Posologie sédatrice:

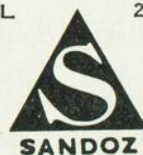
1 ou 2 dragées, 2 à 3 fois par
jour.

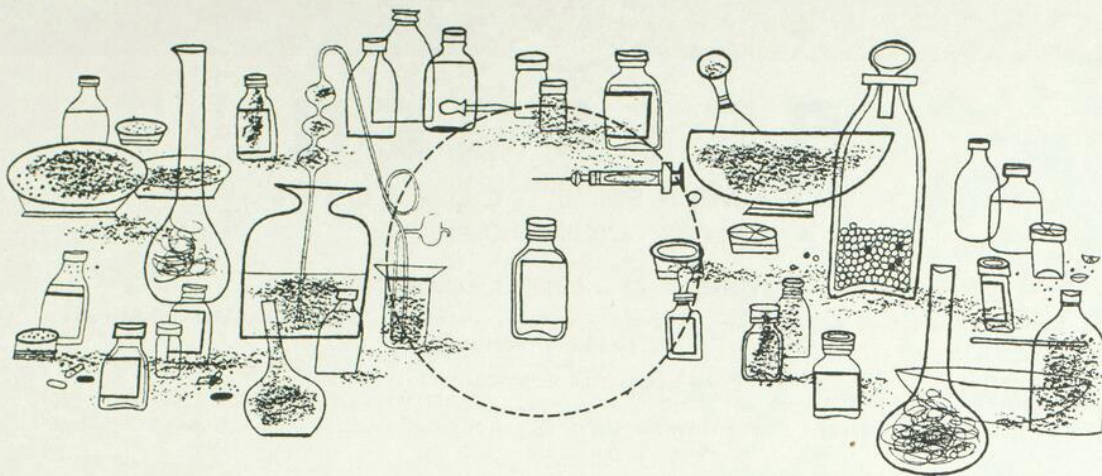
Posologie hypnotique:

1 à 3 dragées au coucher.

SANDOZ
PHARMACEUTICALS

DIVISION DE SANDOZ (CANADA) LTD.
MONTREAL 286 O., RUE ST. PAUL





*Si vous recherchez le plus nouvel
antibiotique à spectre d'action étendu*

spécifiez **Tetracyn***

MARQUE DE TÉTRACYCLINE

UNE AUTRE DÉCOUVERTE DE PFIZER

UN AUTRE ANTIBIOTIQUE DE QUALITÉ PFIZER

Tetracyn est

un autre des antibiotiques mis au point par Pfizer, le résultat des recherches et de l'habileté des chimistes de Pfizer.

Tetracyn offre

1. Les véritables effets d'un spectre d'action étendu

Son spectre antimicrobien étendu et l'intensité incomparable de ses effets contre certaines souches bactériennes constituent un progrès très net sur les sulfamides et des antibiotiques tels que les pénicillines et l'érythromycine.

2. Une tolérance et une sécurité excellentes

Tetracyn est sûr. Beaucoup de malades sensibles aux sulfamides et aux pénicillines peuvent le bien tolérer. Même si le malade fait de l'idiosyncrasie (nausées ou vomissements) à d'autres antibiotiques, il se peut que Tetracyn soit bien toléré.

3. Un degré élevé de solubilité et de stabilité

Tout comme la Terramycin*, Tetracyn est très soluble et sa stabilité est très grande.

Tetracyn Comprimés (enrobés de sucre)

250 mg., flacons de 8, 16 et 100

100 mg., flacons de 25 et 100

50 mg., flacons de 25 et 100

Intraveineux. Fioles de 250 mg. et 500 mg.

D'autres formes de Tetracyn (marque de tétracycline) seront annoncées dès qu'elles seront prêtes.

PFIZER CANADA,

Division Pfizer Corporation

8311, Chemin Royden, Montréal-9, P. Q.

*Les plus grands fabricants
d'antibiotiques au monde.*

**FORMULES VITAMINO-MINÉRALES
HORMONES**

Pfizer

Fondé en 1849



BETAGEN

VITAMINE "B" COMPOSÉE

ÉLIXIR GLYCÉROPHOSPHATES

TONIQUE ET ALIMENT D'ÉPARGNE

Pertes d'énergie et d'appétit — Anémie — Neurasthénie — Troubles gastro-intestinaux
Déséquilibre nerveux

PRINCIPAUX COMPOSANTS

VITAMINE B₁ — 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.

* TRI-SULFA

Amélioré

NOUVELLE ASSOCIATION SULFAMIDÉE PERMETTANT DES DOSAGES ADÉQUATS
SANS DANGER DE CRISTALLURIE

SULFAMÉTHAZINE,

SULFADIAZINE,

SULFAMÉRAZINE

37%

37%

26%

COMPRIMÉS, ADULTES
à 0.50 gramme du mélange
par comprimé.

COMPRIMÉS AROMATISÉS, ENFANTS
à 0.30 gramme du mélange
par comprimé.

SUSPENSION AROMATISÉE
à 0.50 gramme du mélange
par cuillerée à thé.

*Marque déposée.

DOSE : SELON L'AVIS DU MÉDECIN

Somenal

COMPRIMÉS À 12 CENTIGRAMMES

Butobarbital 0.06 gm. }
Phénobarbital 0.06 gm. } par comprimé

COMPRIMÉS À 15 MILLIGRAMMES

Butobarbital 7 1/2 mg. }
Phénobarbital 7 1/2 mg. } par comprimé

NOUVELLE SYNERGIE BARBITURIQUE

SOMENAL REPRÉSENTE L'EFFET RAPIDE DU BUTOBARBITAL ASSOCIÉ À L'EFFET
PLUS PROLONGÉ DU PHÉNOBARBITAL

ÉMOTIVITÉ - INSOMNIE - SPASMES - PHOBIE - ANXIÉTÉ

La Cie
CANADA DRUG CO.
Montreal

11 raisons
pour prescrire
MANDELAMINE
dans les infections
des voies urinaires

1 Maîtrise la plupart des infections ordinaires en 3 à 14 jours.^{1,2,3}

2 Son action bactéricide et bactériostatique est à peu près la même que celle des sulfamides et de la streptomycine.^{4,5,6,7} Agit efficacement contre les organismes gram-positifs et gram-négatifs.

3 Les bactéries ne développent pas de résistance à la MANDELAMINE.^{5,8,9} Pour cette raison, ce médicament est particulièrement approprié dans les cas chroniques où l'on ne peut pas espérer une stérilisation permanente à cause d'une obstruction, de calculs ou d'un cathétère *in situ*. Dans de tels cas, avec MANDELAMINE le patient devient asymptomatique.

4 Bien que MANDELAMINE soit employée depuis plus de 10 ans, on n'a jamais rapporté d'effets toxiques sérieux comme les dyscrasies sanguines ou la cristallurie. Cette absence de toxicité, lorsque MANDELAMINE est employée à doses thérapeutiques, en fait un médicament particulièrement précieux pour les patients qui ne sont pas suivis de près. L'insuffisance rénale est la seule contre-indication à la MANDELAMINE.

5 Les réactions, comme les nausées et les vomissements, sont rares. MANDELAMINE ne cause pas d'infections monoliales résultant en diarrhée, rectite, vaginite et stomatite.

6 Empêche l'insensibilisation du patient à certaines drogues qui pourraient peut-être sauver sa vie en cas d'infections extrêmement sérieuses.

7 Les organismes qui développent une résistance aux antibiotiques demeurent sensibles à la MANDELAMINE.

8 Dans les cas d'infections virulentes avec température élevée, les antibiotiques et les sulfamides peuvent exercer une action antibactérienne rapide et maîtriser la fièvre. Le traitement prolongé à la MANDELAMINE contrôle l'infection, tout en évitant les frais d'un traitement prolongé aux antibiotiques et les réactions fâcheuses qui pourraient en résulter.

9 Aucune acidification supplémentaire n'est nécessaire excepté en présence d'organismes uréolytiques. Les infections urinaires causées par ces organismes sont peu nombreuses.

10 Les diètes solides ou liquides ne sont pas nécessaires.

11 Peu coûteux.

Posologie

ADULTES: 3 ou 4 comprimés t.i.d.

ENFANTS: proportionnellement.

Comprimés de 0.25 grammes chacun (enrobage entérique) en bouteilles de 100, 500 et 1000.

1. Beckman, H., and Tatum, A. L.: Wisconsin M. J. 51:185, 1952. 2. Carroll, G., and Allen, H. N.: J. Urology 55:674, 1946. 3. Kirwin, T. J., and Bridges, J. P.: Am. J. Surgery 52:477, 1941. 4. New and Nonofficial Remedies, A.M.A., 1952. 5. Scudi, J. V., and Duca, C. J.: J. Urology 61:459, 1949. 6. Scudi, J. V., and Reinhard, J. F.: J. Lab. & Clin. Med. 33:1304, 1948. 7. Duca, C. J., and Scudi, J. V.: Proc. Soc. Exper. Biol. & Med. 66:123, 1947. 8. Schloss, W. A.: Connecticut M. J. 14:994, 1950. 9. Knight, V., and others: Antibiotics & Chemotherapy 2:615, 1952.

*MANDELAMINE est la marque déposée de Nepera Chemical Co., Inc. pour sa marque d'hexydaline (mandélate de méthénamine).

NEPERA CHEMICAL CO., INC.

Chimistes Fabricants

MERCK & CO. LIMITED

Seuls Distributeurs

MONTREAL • TORONTO • VANCOUVER • VALLEYFIELD

L'AMINOPHYLLINE FRANÇAISE
CARÉNA

SÉDO-CARÉNA

COMPRIMÉS

Caréna — Phénobarbital — Papavérine
Neurodysténies cardiaques
Spasmes vasculaires, Algies des cardiaques.

CARÉNA

INTRAMUSCULAIRE

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

CARÉNA-OUABAÏNE

AMPOULES I. V. — COMPRIMÉS

VASO-DILATATEUR — CORONARIEN
Défaillance cardiaque, cœur sénile

TRINITRINE-CARÉNA

COMPRIMÉS

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

Laboratoires DELAGRANGE — Paris

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

PARTURIOL LAFA

(OCYTO-NARGÉNOL RM 206)

- Composition :** Campho-Sulfonate de dihydroxycodéinone, Campho-Sulfonate de scopolamine, Campho-Sulfonate d'éphédrine, Sulfate de Spartéine, Phénylpropionate de dihydroxycodéinone, Sérum physiologique.
- Propriétés :** Hâte le travail — Atténue la douleur — Conserve la lucidité — Ne provoque jamais d'apnée.
- Indications :** Accouchements.
- Posologie :** 4 cc. en injection intramusculaire quand la dilatation est à 5 francs. 2 cc. en injection de rappel au besoin.
- Présentation :** Boîte de 3 ampoules 2 cc. — Boîte de 50 ampoules 2 cc.

LABORATOIRES ASSOCIÉS FRANCO-ANGLAIS

Licence
Laboratoires CLIN, Paris

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

**TETRA-
CYCLINE**

BRISTOL



Polycycline*

Hydrochlorure

* Marque déposée

LE PLUS NOUVEAU DES ANTIBIOTIQUES A LARGE SPECTRE

CAPSULES: 100 mg. and 250 mg.

SUSPENSION: Stable, préparée d'avance; 250 mg. par 5cc. (c. à t.)



**TETRA-
CYCLINE**

BRISTOL



Polycycline*

Hydrochlorure

* Marque déposée

LE PLUS NOUVEAU DES ANTIBIOTIQUES A LARGE SPECTRE



CAPSULES: 100 mg. and 250 mg.

SUSPENSION: Stable, préparée d'avance; 250 mg. par 5cc. (c.à.t.)

Pro-Banthine® : Pour une action anticholinergique dans le tractus gastro-intestinal

En associant son effet sur les terminaisons nerveuses à son action inhibitrice sur les ganglions, la Pro-Banthine maîtrise de façon rationnelle dans le tractus gastro-intestinal l'hypermotilité, le spasme et les symptômes qui les accompagnent.

La Pro-Banthine est un anticholinergique amélioré. Ses propriétés pharmacologiques encore inégalées constituent un progrès incontestable dans le traitement des symptômes les plus usuels du spasme de la musculature lisse dans tous les segments du tractus gastro-intestinal.

Grâce à son action sur l'hypermotilité du tractus gastro-intestinal, la Pro-Banthine a trouvé de multiples applications¹ dans le traitement de l'ulcère peptique, des diarrhées fonctionnelles, de l'entérite régionale et de la colite ulcéreuse. Elle est également utile dans le traitement du pylorospasme et du spasme du sphinctère d'Oddi.

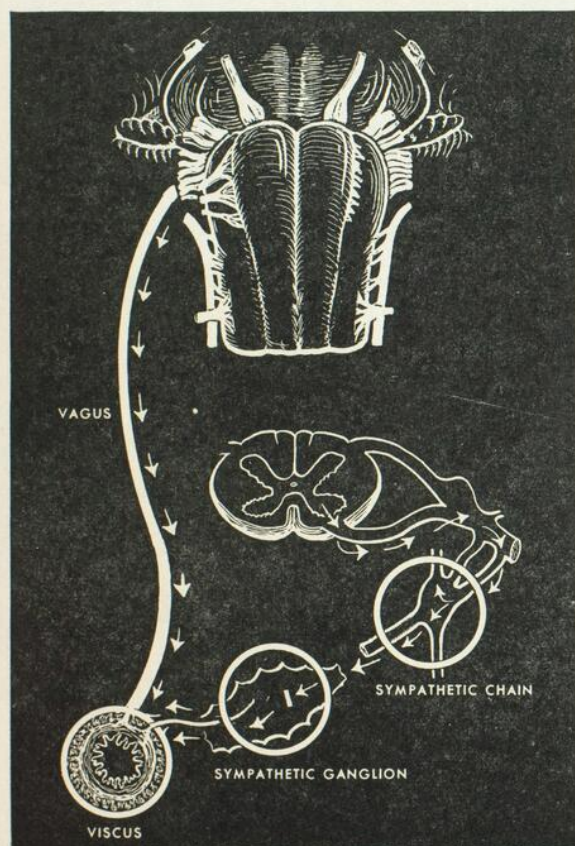
Roback et Beal² ont trouvé que la Pro-Banthine administrée par voie buccale était un "inhibiteur des sécrétions gastriques, qu'elles soient spontanées ou provoquées par une histamine" ce qui a pour "résultat d'inhiber profondément et de façon prolongée la motilité de l'estomac, du jéjunum et du colon...".

Le traitement à la Pro-Banthine est remarquablement exempt des réactions qui s'associent d'ordinaire à une inhibition du parasympathique. La sécheresse de la bouche et les troubles visuels sont beaucoup moins fréquents avec la Pro-Banthine qu'avec tout autre anticholinergique de grande activité.

Dans la série d'observations de Roback et Beal², "les effets secondaires étaient presque totalement absents à des doses uniques de 30 ou 40 mg...".

La Pro-Banthine (métho-bromure de β -diisopropylaminoéthyl xanthène-9-carboxylate, marque de bromure de propanéthéline) s'obtient sous trois formes différentes: comprimés de 15 mg. enrobés de sucre; comprimés enrobés de sucre contenant 15 mg. de Pro-Banthine et 15 mg. de phénobarbitone, indiqués lorsque le cas se complique d'anxiété et de tension; ampoules de 30 mg., lorsqu'on désire des résultats plus rapides ou que la médication par voie buccale est malcommode ou impossible.

Pour le patient moyen, il suffit de donner un comprimé de Pro-Banthine (15 mg.) aux repas et deux comprimés (30 mg.) au coucher. G. D. Searle & Co., La recherche au service de la médecine.



Endroits où la Pro-Banthine inhibe les stimuli excessifs du système nerveux autonome, grâce à l'action de l'acétylcholine.

1. Schwartz, I. R.; Lehman, E.; Ostrove, R., et Seibel, J. M.: *Gastroenterology* 25:416 (nov.) 1953.
2. Roback, R. A., et Beal, J. M.: *Gastroenterology* 25: 24 (sept.) 1953.

G. D. SEARLE & CO. OF CANADA, LTD.

390 Weston Road, Toronto 9, Ontario



PIPÉRAZINE EFFERVESCENTE MIDY

(Granulé effervescent)
ANTI-URIQUE TYPE



THIODÉRAZINE MIDY

(injectable) (Ampoules 5 cc.)

Traitement général du RHUMATISME CHRONIQUE



THIODÉRAZINE MIDY

(buvable) (Gouttes)

Traitement général du RHUMATISME CHRONIQUE



THIODACAÏNE MIDY

(Ampoules 20 cc.)

Traitement local de la DOULEUR RHUMATISMALE

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

OPOBYL

Cholérétiques végétaux
Extraits hépatiques
et biliaires.

*Affections hépatiques
Constipation*

LABORATOIRES A. BAILLY
SPELY-EXPORT

19 RUE DU ROCHER - PARIS

Agents pour le Canada - VINANT Limitée, 200 rue Vallée, MONTRÉAL

*1 à 2
pilules
aux repas*

troubles hépatiques

diabète

athérosclérose

occlusion coronaire

hypertension

obésité

néphrose

On rencontre souvent de l'hypercholestérolémie dans les troubles hépatiques, le diabète, l'athérosclérose et les conditions associées, telles que: thrombose coronaire, hypertension, obésité et néphrose.

Des faits de plus en plus nombreux démontrent qu'une médication à base de principes lipotropes, comme le Methischol, aide à normaliser le métabolisme des graisses et du cholestérol. En abaissant le taux du cholestérol dans le sang chez presque tous les malades, une médication lipotrope peut "prévenir et atténuer" l'accumulation de cholestérol dans l'intima des vaisseaux. Dans les troubles hépatiques, les facteurs lipotropes réduisent l'accumulation de dépôts graisseux dans le foie et stimulent la régénération des cellules hépatiques.

methischol

Une formule lipotrope améliorée

La dose thérapeutique quotidienne de 9 capsules, ou 3 cuillerées à soupe, contient:

**contient
maintenant de
la vitamine B₁₂
lipotrope**

Citrate de choline Dihydrogen	2.5 gm.*
dl-méthionine	1.0 gm.
Inositol	0.75 gm.
Vitamine B ₁₂	18 mcgm.
Foie desséché et concentré de foie	0.78 gm.**

*présent dans le sirop Méthischol sous forme de 1.15 gm. de chlorure de choline

**présent dans le sirop Méthischol sous forme de 1.2 gm. de concentré de foie

Présenté en
flacons de
100, 500 et 1,000
capsules et en
bouteilles de 16 et 128
onces de sirop.

Documentation et échantillons sur demande

U. S. VITAMIN CORPORATION OF CANADA, LTD.

1452, rue Drummond
Montréal, P. Q.

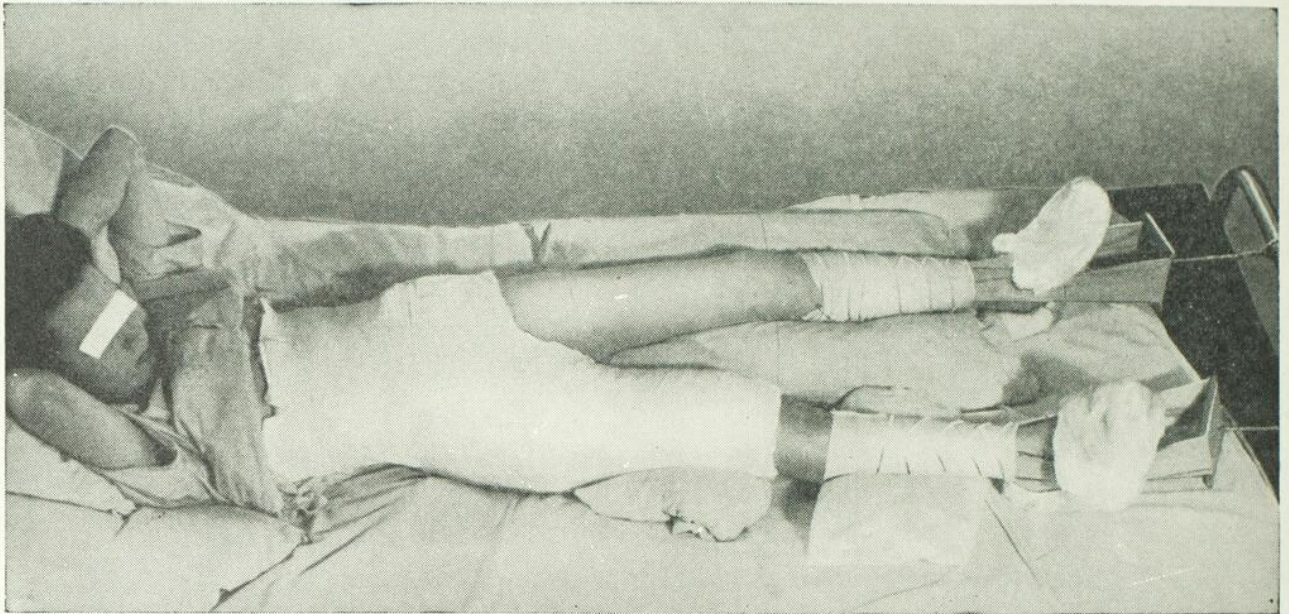
TUBERCULOSE de la HANCHE DROITE

FICHE MÉDICALE: D. S., jeune femme de 22 ans, souffrait d'une arthrite tuberculeuse précoce de la hanche droite. Il devint nécessaire pour le traitement de la placer sur un cadre, genre abducteur ou autre. Pendant six mois, il fut impossible de lui procurer un lit dans un sanatorium et, en attendant, on improvisa l'abduction de la hanche par la méthode illustrée ci-dessous.

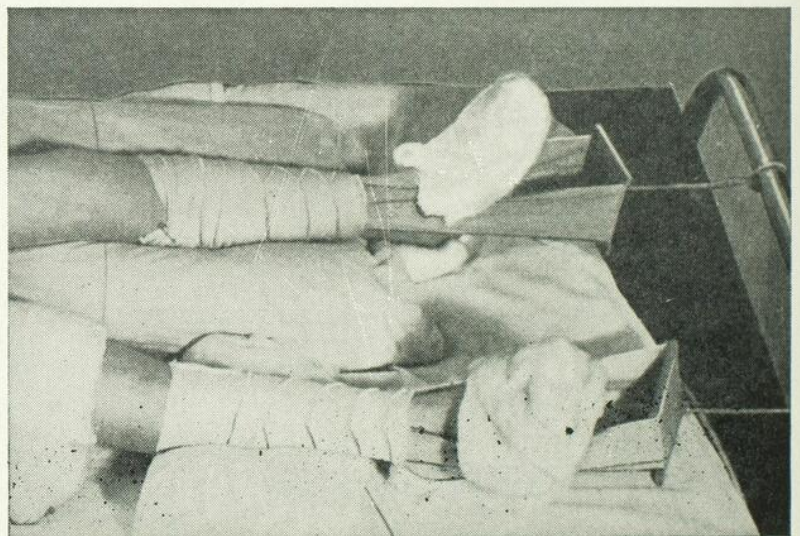
OBSERVATIONS: L'immobilisation dans le plâtre de Paris seul ne suffisait pas. L'Em-

plâtre - Extension Elastoplast fut appliqué aux deux jambes et attaché à la barre au pied du lit. On obtint une traction contraire en soulevant le pied du lit sur des blocs.

Ces détails et illustrations sont tirés d'un cas réel. Les fabricants T. J. Smith & Nephew Ltd., de Hull, Angleterre, présentent cet exemple — typique parmi beaucoup d'autres — où l'emploi de leurs produits a été couronné de succès.



Les Emplâtres-Extension Elastoplast sont faits d'un tissu Elastoplast adhésif possédant une extensibilité *croisée*. Ils offrent la rigidité longitudinale absolument nécessaire à l'extension, pendant que l'élasticité latérale leur permet de s'adapter parfaitement aux divers contours du membre. Se présentent en bandes de 3" de largeur par 3 verges de longueur.



SMITH & NEPHEW LIMITED
2285, AVENUE PAPINEAU
MONTRÉAL (24), P. Q.

B·PLEX

Elixir Wyeth au Complexe B

Nouveau et Amélioré
... toujours meilleur!

NOUVEAU . . . Dorénavant, le B-Plex provient de deux sources naturelles, le concentré d'écorce de riz et la levure, dont on connaît la richesse en éléments du complexe vitaminique B.

AMÉLIORÉ . . . La cuillerée à thé de B-Plex contient désormais 2.075 mcg. de vitamine B₁₂, dont le rôle est si important pour stimuler la croissance et l'hématopoïèse et pour surmonter la fatigue.

ENCORE MEILLEUR . . . Le nouveau B-Plex est doté d'une saveur encore plus agréable. C'est un vrai plaisir de le prendre. C'est une médication adéquate et complète en facteurs vitaminiques B, présentée dans un véhicule du type élixir, délicatement aromatisé.

VERIFIEZ LA ^{nouvelle} FORMULE

La cuillerée à thé renferme les vitamines du complexe B, provenant de 0.2 grammes d'extrait aqueux d'écorce de riz et de levure et apporte:

✓ Thiamine	0.625 mg.
✓ Riboflavine	1.250 mg.
✓ Niacine et niacinamide	6.250 mg.
✓ Pyridoxine	0.625 mg.
✓ Acide d-pantothénique	3.125 mg.
✓ Vitamine B ₁₂	2.075 mcg.

Posologie: De 2 à 6 cuillerées à thé par jour, ou selon l'ordonnance du médecin.

A noter!



Marque Déposée
WALKERVILLE ONTARIO
WINNIPEG MONTREAL

Ampoules Buables

PROPYLOSE-B

(non-injectables)

MÉDICATION HÉMATOPOÏÉTIQUE, ANTI-ANÉMIQUE

FORMULE : Extrait de foie protéolysé, Extraits de rate et de moelle osseuse, Vitamines B₁₂, B₁, B₂, Acides Aminés.

INDICATIONS : Traitement préventif et correctif des déficiences nutritives et des anémies secondaires.

POSOLOGIE : Une ou deux ampoules par jour, avec un peu d'eau, de vin ou de jus d'orange, avant les repas.



Echantillon médical sur demande.




LABORATOIRES DESAUTELS LIMITÉE

200 ouest, rue Craig,

- - -

Montréal



“Ces comprimés
enrayent les oedèmes
pendant toute la journée.”

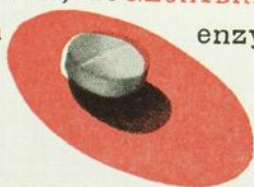
COMPRIME

NEOHYDRIN[®]

MARQUE DE LA CHLOROMÉRODRINE

EXCRETION NORMALE DU SODIUM ET DE L'EAU

Une posologie quotidienne individualisée de **NEOHYDRIN** -- de 1 à 6 comprimés par jour, selon les besoins -- prévient la réapparition de la rétention hydro-saline souvent quotidienne, susceptible de se produire avec les diurétiques à dose unique. Il n'est pas besoin de limiter arbitrairement la posologie ou d'interrompre temporairement le traitement pour éviter toute "résistance" au médicament. Il n'est donc jamais nécessaire d'interrompre ou de remettre le traitement par le **NEOHYDRIN** pour des raisons thérapeutiques. Parce qu'il freine la rétention saline en inhibant la déshydrogénase succinique au niveau du rein seulement, le **NEOHYDRIN** ne produit pas des réactions secondaires dues à l'inhibition enzymatique diffuse au niveau d'autres organes.



Prescrire le **NEOHYDRIN** en flacons de 50 comprimés.
Chaque comprimé renferme 18,3 mg. de
3-chloromercuri-2-méthoxy-propylurée.

A l'avant-garde de la recherche diurétique

LAKESIDE LABORATORIES (CANADA), LTD. 24 WELLINGTON STREET, W., TORONTO, ONTARIO

QUALITÉ

Le mot qualité n'est pas un vain mot chez Beauchemin; les travaux illustrés ci-joints font l'orgueil des artisans d'expérience que Beauchemin place à votre service.

COULEUR

La couleur, cette arme moderne aux mains des publicistes et des imprimeurs, demande un degré artistique élevé pour la répartition équilibrée des groupes ou des valeurs, c'est ce que vous trouverez chez les artistes de la maison Beauchemin.

PRÉCISION

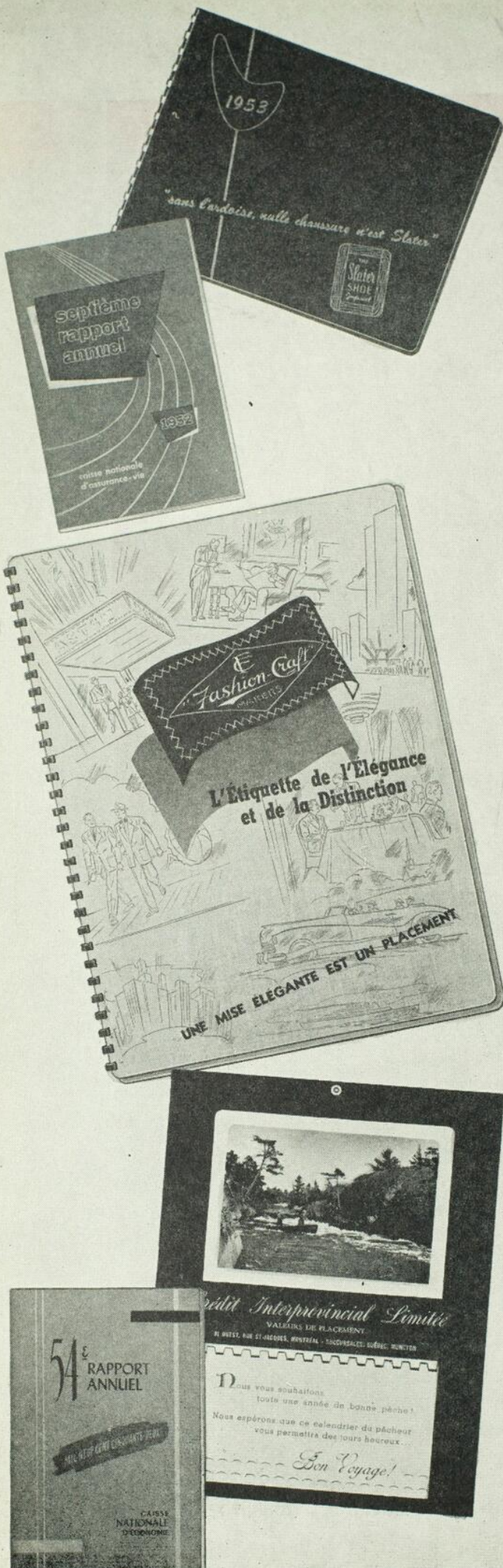
Un travail de reproduction en couleurs demande une fidélité de reproduction et une précision d'impression que l'on ne peut obtenir qu'avec un outillage moderne et tenu à point comme celui dont est pourvue la Librairie Beauchemin.

SERVICE

Le mot service a une importante signification pour les employés de la Librairie Beauchemin Limitée. Le soin de bien servir "le client" est notre constante préoccupation. Demandez notre représentant.

BEAUCHEMIN

430, rue Saint-Gabriel. Montréal — LA. 4236



**Dans le traitement de l'infection para-nasale,
ARGYROL constitue
la base rationnelle d'une thérapeutique efficace**

ARGYROL

**Détersif et émollient
bactériostatique
décongestionne sans réaction**

En cas d'infection nasale et de sinusite, les propriétés bactériostatiques et physiques de l'ARGYROL s'unissent pour favoriser l'écoulement, réduire la congestion, aider à combattre l'infection et rétablir la fonction normale.

La méthode ARGYROL

1. Conduit nasal . . . instillations d'ARGYROL à 20 p. 100 dans le canal lacrymal.
2. Voies nasales . . . gouttes d'une solution d'ARGYROL à 10 p. 100.
3. Fosses nasales . . . tamponnement avec ARGYROL à 10 p. 100.

Son triple effet

1. Décongestionne sans irritation de la membrane ni lésion ciliaire.
2. Incontestablement bactériostatique et cependant non toxique pour les tissus.
3. Nettoie en stimulant les sécrétions, renforçant ainsi la première ligne de défense de l'organisme.

Fabriqué exclusivement par

A. C. BARNES COMPANY LTD.

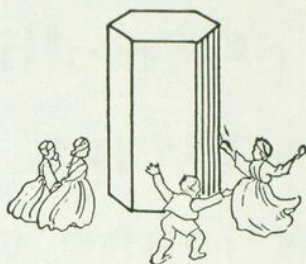
STE-THERESE, QUEBEC



Pour le maximum de
soulagement, exigez
l'emballage authentique.

ARGYROL est une marque déposée, propriété de A. C. Barnes Company Limited

CALCIUM JOL



NEURO SÉDATIF ENFANTS

SIROP AGRÉABLE A PRENDRE

THERAPEUTIQUE DES CHLORURES DE
CALCIUM 5% . MAGNÉSIUM 1% . MANGANÈSE 1‰

LABORATOIRES JEAN OLIVE — 200, RUE VALLÉE - MONTRÉAL

NEURO SOLÈNE

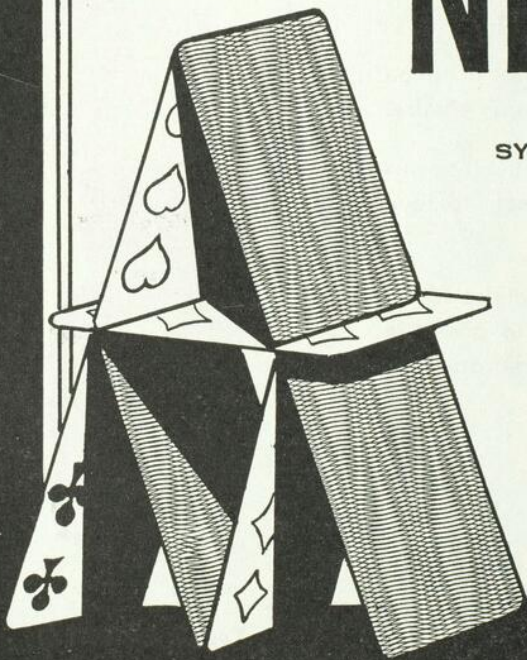
SÉDATIF DU VAGUE
SYNERGIE DES DOSES THÉRAPEUTIQUES FAIBLES

EXTRAIT JUSQUIAME
EXTRAIT VALÉRIANE
OXYDE DE ZINC
BARBITAL
O. GR. 017

Petits nerveux, pseudo-cardiaques
1 comprimé, matin, midi et soir
Troubles du sommeil
1, à 2, en plus, au coucher

LABORATOIRES BRÉANT. PARIS . LABORATOIRES J. OLIVE 200 RUE VALLÉE . MONTRÉAL

SANS TOXICITÉ
SANS ACCOUTUMANCE . SANS INTOLÉRANCE
ÉQUILIBRE LE SYMPATHIQUE



Preuves Irréfutables en faveur du traitement (Berex) Succinate-Salicylate

Cinq médecins, spécialistes dans les affections arthritiques et rhumatismales, collaborèrent récemment dans une étude faite afin de déterminer la valeur relative de l'acide acétylsalicylique, et d'un composé de succinate de calcium avec acide acétylsalicylique (Berex)* dans le traitement des troubles arthritiques.

Leur rapport complet, paru dans le "Delaware State Medical Journal", de janvier 1954, sur le traitement et les résultats obtenus chez 217 cas, vous sera envoyé sur demande.

Les cinq médecins en sont venus aux conclusions textuellement citées dans leur rapport :

1 En comparant l'efficacité thérapeutique des deux préparations, le "succinate-salicylate" et l'acide acétylsalicylique, dans les affections rhumatismales, la supériorité de la première fut démontrée, tant du point de vue de l'efficacité thérapeutique que de la toxicité moindre.

2 Les résultats obtenus démontrent que l'action de la combinaison "succinate-salicylate" était plus prolongée et agissait sur le processus même de l'affection, tout en apportant un soulagement symptomatique.

3 Les résultats indiquent également que la formule du "succinate-salicylate" associe la sécurité à l'efficacité, permettant ainsi un vaste emploi, aussi bien pour le traitement que pour le maintien du patient, sans la surveillance attentive que nécessite l'emploi de plusieurs autres formes de traitement.

Documentation et échantillons de Comprimés Berex envoyés sur demande à:

The Pan Pharmacals Ltd.

Berex Pharmacal Division

-

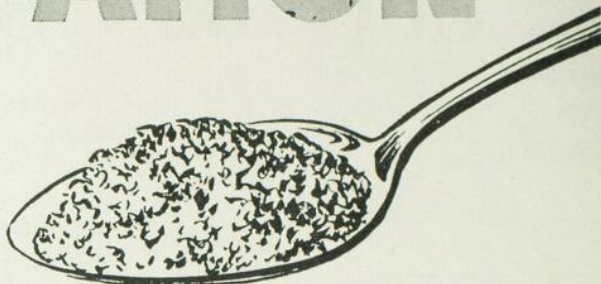
Toronto 10

* Les Comprimés Berex employés pendant toute la durée de l'étude furent fournis par Pan Pharmacals Inc., New York, N. Y.

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

“CELLUKA EST UN EXCELLENT LAXATIF”

(L'opinion médicale)



GRANULES

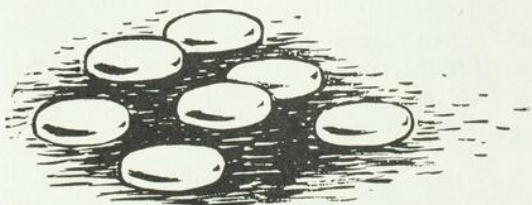
CELLUKA

supprime la

CONSTIPATION

Parce que

- La méthylcellulose rétablit dans l'intestin ce volume normal qui lui est nécessaire pour être le siège d'un péristaltisme physiologique.
- L'hydrate de magnésie fait, dans l'intestin, par osmose, un appel d'eau, à l'endroit même où la cellulose a besoin d'eau pour se gonfler et faire masse.
- Le cascara sagrada stimule, légèrement mais sans délai, le péristaltisme intestinal et fait progresser le bol fécal.



DRAGEES

Celluka

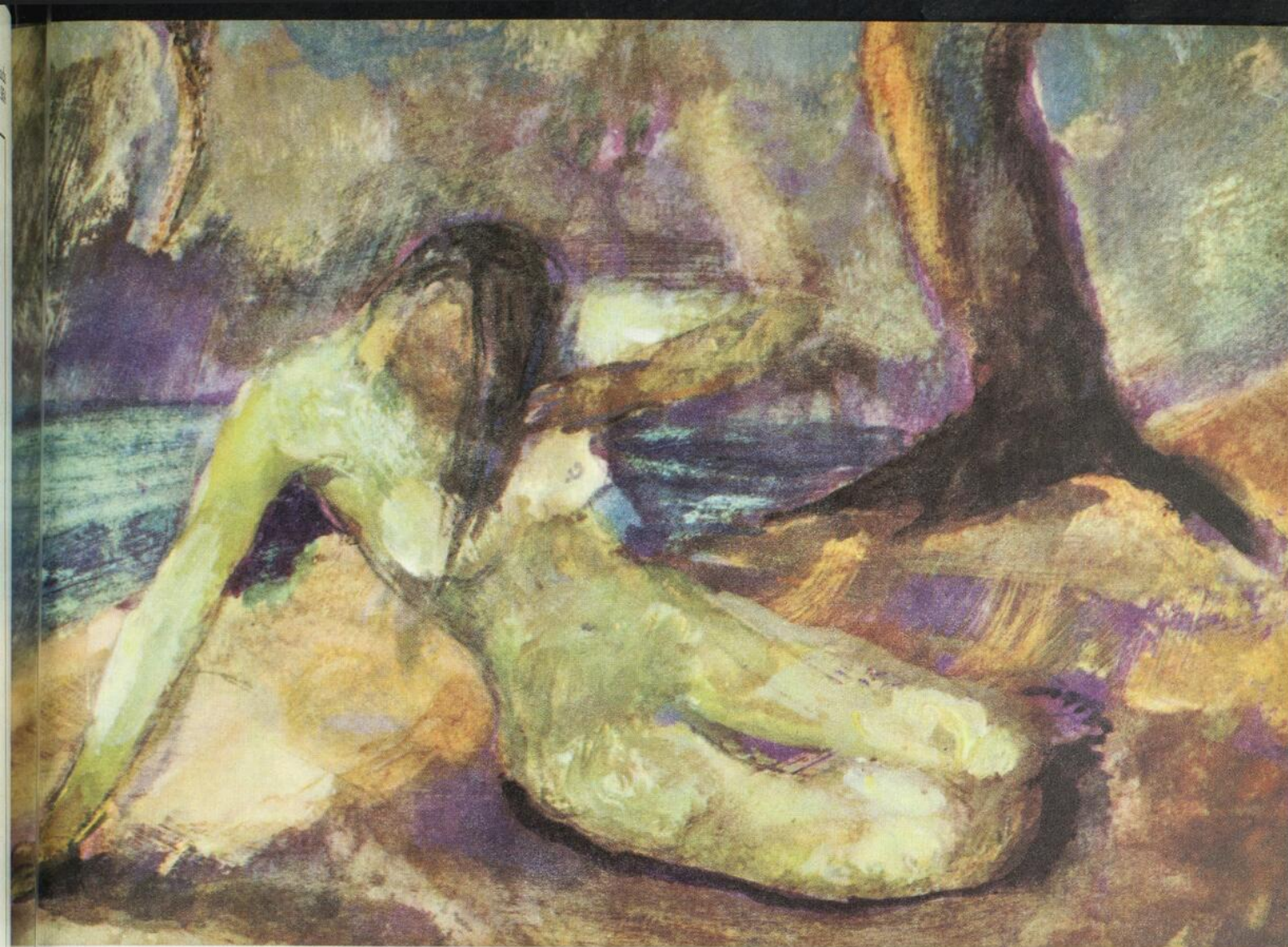
GRANULES ET DRAGÉES

“UN EXCELLENT RÉÉDUCATEUR DE L'INTESTIN”

LABORATOIRE BIO-CHIMIQUE INC.

950, Ogilvy

Montréal-15



MARION TERRY

MAINTENANT... un Nouveau Moyen d'Enrayer

*le Saignement Utérin Fonctionnel**

notez la différence:

Le BLUTENE est un antiménorragique de conception *nouvelle*—une forme spécialement purifiée de bleu de toluidine O. Il est entièrement différent de tout autre traitement du saignement utérin fonctionnel. Ainsi, dans des études cliniques il a eu raison non seulement des cas bénins,^{1,2,3,4} mais aussi des cas rebelles, où les oestrogènes, l'extrait de thyroïde, le curetage, etc., avaient échoué.⁴

la commodité:

Le BLUTENE ne nécessite pas d'injections douloureuses. Se prend à domicile; une dragée deux fois par jour pendant la durée du saignement est ordinairement efficace et bien tolérée.

les résultats:

Le BLUTENE soulage souvent le flux excessif en 5 jours ou moins quand les symptômes ont été de courte durée. Les cas plus persistants cèdent souvent en 2 ou 3 périodes menstruelles. A votre prochain cas de ménorragie voyez par vous-même ce que peut faire le BLUTENE. **Abbott**

Chlorure de **BLUTENE** dragée de 100 mg. en flacons de 25 et de 100

NOM DÉPOSÉ

(CHLORURE DE TOLONIUM, ABBOTT)

***IMPORTANT**

Le BLUTENE ne devrait être employé qu'après qu'un examen gynécologique complet a écarté toute maladie organique comme cause du saignement.

1. Bickers, W., Le Bleu de Toluidine—Son Evaluation dans le Traitement du Saignement Utérin, *Amer. J. Obst. & Gynec.*, 66:1313, déc. 1953. 2. Lathrop, C. A., et Carlisle, W. T., Le Bleu de Toluidine par la Bouche dans le Traitement de l'Hyperménorrhée, *ibid.*, 64:1376, déc. 1952. 3. Priddle, H., Discussion de Rumbolz et al., *ibid.*, 63:1036, mai 1952. 4. Rumbolz, W. L., Moon, C. F., et Novelli, J. C., L'Emploi du Sulfate de Protamine et du Bleu de Toluidine pour le Saignement Utérin Anormal, *ibid.*, 63:1029, mai 1952.



Pour Produire le Sommeil

*un des 44 usages du
d'action brève*

Nembutal

POUR PRODUIRE un sommeil calme et reposant—ou dans n'importe lequel de plus de 44 états cliniques—vous verrez que le NEMBUTAL d'action brève offre les avantages suivants:

1 Le NEMBUTAL (Pentobarbital, Abbott) d'action brève peut produire n'importe quel degré de dépression cérébrale—depuis la sédation légère jusqu'à l'hypnose profonde.

2 Les doses requises sont faibles—seulement environ la moitié de celles d'un grand nombre d'autres barbituriques.

3 Il y a donc moins de drogue à être inactivée, un effet de plus courte durée, une grande marge de sécurité et peu de risque d'un reliquat d'effet barbiturique.

4 A doses orales égales, aucun autre barbiturique ne réunit un effet plus rapide, plus court, plus profond.

Ce sont là de bonnes raisons pour que le NEMBUTAL—après 24 ans d'usage—se retrouve sur plus de prescriptions pour des barbituriques. Pour combien des 44 usages du NEMBUTAL d'action brève l'avez-vous prescrit?

Abbott

BULLETIN

À PROPOS DU CHOIX DES CANDIDATS À L'ÉTUDE DE LA MÉDECINE

Ce problème majeur, posé depuis une quinzaine d'années surtout aux dirigeants des écoles de médecine un peu partout dans le monde, a reçu des solutions diverses. On lui accorde assez d'importance pour lui avoir consacré une partie des assises du premier Congrès Mondial d'éducation médicale, tenu à Londres au mois d'avril 1953. Le « British Medical Journal » vient de publier six communications faites sur ce sujet au cours de cette réunion.

Depuis plusieurs années, et dans bon nombre de pays, le nombre des aspirants à l'étude de la médecine dépasse de beaucoup la somme des places disponibles dans les centres d'enseignement professionnel. Il y a, à ce phénomène, des raisons d'ordre économique, académique et scientifique dont nous ne discuterons pas ici.

On peut y faire face en augmentant, selon la demande, les places dans les écoles de médecine ou en augmentant le nombre même de ces écoles, ou en faisant les deux à la fois. Un peu partout dans le monde, un effort a été fait dans ce sens mais il n'est pas adéquat, et bon nombre d'institutions ont résisté aux pressions qu'on exerce pour leur faire augmenter au delà de l'efficacité fonctionnelle le recrutement de leurs élèves.

Il a donc fallu s'en remettre surtout à une solution d'un autre ordre: la sélection des étudiants. Tous ceux qui s'occupent et se préoccupent de la chose, cette pratique, inévitable actuellement, a quelque chose de périlleux et d'arbitraire.

Il peut paraître simple de déterminer les qualités que l'on souhaite rencontrer chez un médecin et d'en faire les critères du choix des candidats, mais comment s'assurer que tel ou tel aspirant les possède ou les possédera ces qualités. Il faut aussi songer que l'étude de la médecine conduit aujourd'hui à des carrières assez différenciées, exigeant des aptitudes diverses, pratique médicale, recherche, enseignement, administration, etc.

On comprendra facilement que l'on ait, dans un très grand nombre d'écoles de médecine des Etats-Unis et du Canada, confié cette responsabilité de la sélection des étudiants à un organisme permanent, appelé Comité d'admission. Ses membres, qu'il semble

préférable de laisser en fonction aussi longtemps que faire se peut, assument, chaque année, une lourde tâche.

Si la politique de telle école de médecine veut que le choix définitif se fasse avant l'épreuve de la première année d'étude médicale, et dans bien des cas l'organisation matérielle de l'institution ne permet pas d'autre solution, le comité s'entourera de multiples précautions: étude du dossier scolaire détaillé, demande de renseignements confidentiels aux professeurs ou « Comités d'orientation » qui furent à même de juger l'élève, étude des résultats du « Medical College Admission test », obligatoire aux Etats-Unis. Enfin, après une première élimination, entrevues personnelles d'un ou plusieurs membres du Comité avec chaque candidat.

D'autres institutions, telle que celle du Royaume-Uni, procèdent différemment. La première étape de l'élimination se fait par l'étude du dossier et des renseignements confidentiels; la seconde par l'entrevue personnelle et la troisième par les résultats des examens à la fin de la première année des études médicales.

A Melbourne, on accepte en pré-médicale tous les candidats qui satisfont aux exigences maximum et on fait le choix, selon un quota, après les examens de la fin de l'année. On procède ainsi parce que, de l'avis de ces universitaires australiens, les différents critères mentionnés plus haut, déterminant par ailleurs le choix parmi les aspirants, prêtent tous trop à la critique, et que l'on tient à soumettre tous les étudiants à la même épreuve, subie dans des conditions mauvaises à cause de l'*overcrowding*, mais rigoureusement identique.

Nous avons cru intéressant de souligner cette diversité de solutions apportées dans différents milieux à un problème commun.

Cette diversité s'explique aisément par les différences de structures économiques et sociales, de coutumes et de traditions des pays ici mentionnés.

Mais on y remarque que partout la préoccupation majeure consiste à maintenir et élever, si possible, le niveau intellectuel et moral du médecin de demain.

Roger-R. DUFRESNE.

LE TRAITEMENT DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE PAR LA RAUWOLFIA¹

Lidia ADAMKIEWICZ, Raymond ROBILLARD², Gilles TREMBLAY²
et Jacques GENEST, F.R.C.P. (C), F.A.C.P.,
du Département de Recherches Cliniques de l'Hôtel-Dieu de Montréal.

La Rauwolfia Serpentina est une plante du groupe des Apocyanacées mesurant $\frac{1}{2}$ à 3 pieds de hauteur et fleurissant rose ou blanc. On la trouve aux Indes, surtout au pied des montagnes dans la partie tropicale des Himalayas. Une poudre préparée à partir des racines et des feuilles de cette plante a été utilisée depuis des siècles dans la médecine populaire des Indes. On l'utilisait pour nombre d'affections, par exemple, pour guérir l'opacité de la cornée, comme antidote contre le poison des serpents et des insectes, pour soulager toutes sortes de maux intestinaux. Mais la Rauwolfia Serpentina a été surtout un remède employé contre ce qu'on appelait « la folie », c'est-à-dire pour calmer les agités. Ainsi l'action sédatrice de cette plante a été reconnue depuis des siècles. (1)

Les premiers alcaloïdes de la Rauwolfia Serpentina isolés aux Indes en 1931, n'ont pas montré apparemment d'action sédatrice (2). Plus tard, d'autres auteurs ont réussi à isoler un alcaloïde possédant une action sédatrice, hypotensive et stimulant les contractions de l'utérus (1).

La Réserpine, un alcaloïde cristallin de Rauwolfia Serpentina, dont la formule est illustrée dans la Figure I (3), a été isolée par Muller, Schlitter et Bein en 1952, et ses propriétés pharmacologiques ont été décrites par Bein et ses collaborateurs (4, 5, 6). La Rauwolfia qui semble agir surtout sur les centres nerveux, a une action sédatrice et modérément hypotensive. Les premiers travaux cliniques sur l'action d'extraits de Rau-

wolfia ont été faits par Vakil en 1949 (7), qui confirma l'action hypotensive de cet agent chez les sujets atteints d'hypertension arté-

SERPASIL (Reserpine)

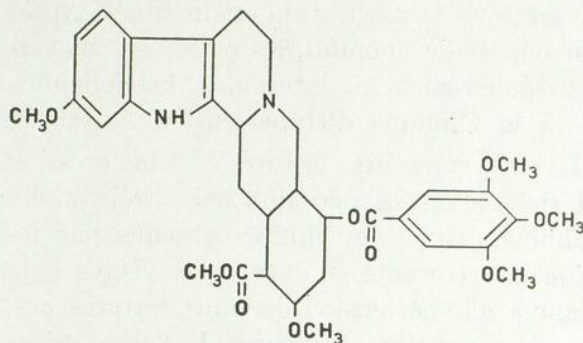


Figure 1

rielle bénigne. Au cours des dernières années plusieurs travaux ont été publiés au sujet du traitement de l'hypertension artérielle par la Rauwolfia (8-17).

MÉTHODES ET SUJETS

Notre travail est basé sur 35 cas dont 18 cas d'hypertension essentielle bénigne, 13 cas d'hypertension essentielle sévère et 4 cas d'hypertension d'origine artériosclérotique. Chacun de ces patients a été hospitalisé pour fins d'évaluation clinique et de contrôle et aussi pour déterminer l'effet du repos sur la pression artérielle et les symptômes. En plus d'un examen clinique détaillé, une attention spéciale est portée à l'étude du fond de l'œil et des facteurs émotionnels et sociaux. La pression artérielle est prise durant la période entière d'hospitalisation, à toutes les heures de 7 hres a.m. à 9 hres p.m., au même bras et en position couchée. Les examens suivants de contrôle sont faits: électrocardiogramme, téléradiographie du cœur, complé-

1. Travail fait grâce à des subventions de la Compagnie Ciba, du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (Entente fédérale-provinciale), du Conseil National de Recherches et de la Life Insurance Medical Research Fund.

2. Follow du Conseil National de Recherches, 1953-1954.

tée s'il y a lieu, par une fluoroscopie cardiaque, analyses des urines, urée sanguine, élimination de la phénolsulphonéphthaléine, clearances de l'urée et de la créatinine endogène, pyélographie par voie intra-veineuse et si nécessaire une pyélographie rétrograde. Dans les cas suspects de phæchromocytome, les épreuves adrénolytiques à la Rogitine et au Benzodioxane sont faites et sont complétées par l'insufflation d'air dans l'espace rétro-péritonéal. Ce n'est qu'après cette évaluation clinique et fonctionnelle de l'état du patient, que la médication est instituée. Après leur départ de l'hôpital, les patients sont suivis régulièrement, à intervalles hebdomadaires, à la Clinique d'Hypertension Artérielle.

La moyenne des lectures de la pression artérielle dans la période de contrôle a été établie à partir des chiffres obtenus par les médecins référants et durant les visites à la clinique d'hypertension ou dans certains cas, dans les premières 48 heures de l'hospitalisation du patient. La moyenne des chiffres de la pression durant le traitement a été établie à partir des lectures obtenues lors des visites hebdomadaires à la clinique d'hypertension.

Nous avons utilisé l'extrait total, l'extrait purifié et l'alcaloïde pur de Rauwolfia³.

Pour simplifier la présentation de nos résultats, nous avons utilisé la classification suivante:

1 — Résultats parfaits si la pression est maintenue en moyenne au-dessous de 155/90.

2 — Résultats excellents si la pression dépassant auparavant 200/115 est maintenue en moyenne au-dessous de 170/100.

3 — Amélioration s'il y a eu baisse moyenne de 25/15.

4 — Insuccès.

Le temps de traitement a varié de 1½ mois à 7 mois. Les doses utilisées ont été les sui-

vantes: 0,50 à 3 mgs. d'alcaloïde pur, (Serpasil) 2 mgs à 8 mgs d'extraits purifié (Rauwiloid) et 50 à 300 mgs d'extrait total (Raudixin). Selon nos observations, l'action sédatrice de la Rauwolfia apparaît dès les premiers jours du traitement, persiste même pendant quelque temps après l'arrêt du traitement. La sensation de bien-être et de calme est remarquable et fait suite à la sédation.

EFFETS SECONDAIRES

Les effets secondaires de la Rauwolfia chez nos 35 patients sont résumés dans le premier tableau. La congestion nasale a été trouvée dans 54,3% de nos patients. L'obstruction nasale est parfois si embarrassante que, dans deux cas, nous avons dû suspendre le traitement. Dans la majorité des cas, il a suffi seulement de diminuer la dose. Nous avons constaté une augmentation de poids chez plus

RAUWOLFIA

EFFETS SECONDAIRES:

	35 CAS	%
1. CONGESTION NASALE.....	19	54.3
2. AUGMENTATION DE POIDS.....	19	54.3
3. CAUCHEMARS.....	17	48
4. NAUSEES.....	2	5.7
5. DIARRHEE.....	1	2.8
6. SOMNOLENCE.....	+++	

Tableau I — Effets secondaires de la Rauwolfia.

de la moitié de nos malades. Les patients deviennent plus calmes, leur appétit augmente au point de devenir parfois vorace et il n'est pas rare de noter un gain de 10, et même 15 livres. Les cauchemars observés chez 48% de nos malades constituent un fait intéressant. Les malades se plaignent d'avoir des rêves angoissants. Le plus souvent, ce sont des accidents terrifiants, comme chute d'avion et chute dans les précipices, des batailles. Les parents revoient leurs parents ou amis morts depuis déjà longtemps, les squelettes les entourent dans leur sommeil. La diminution de la dose supprime presque tou-

³ L'alcaloïde pur (Serpasil) nous a été généreusement fourni grâce à la courtoisie des docteurs Fred Wrigley et Walter Murphy, de la Compagnie Ciba, Montréal; l'extrait purifié (Rauwiloid), par M. Garstone, de la Compagnie Rikers, Toronto, et l'extrait total (Raudixin), par M. Comte, de la Compagnie Squibb, Montréal.

jours ces cauchemars. Les nausées et diarrhées sont rares. Au début du traitement, presque tous les patients se plaignent d'une certaine somnolence et d'une sensation légère de fatigue. Ces symptômes disparaissent au cours du traitement.

RÉSULTATS

Les résultats du traitement obtenus par la Rauwolfia dans 18 cas d'hypertension essentielle bénigne, sont décrits dans le tableau 2.

RAUWOLFIA ET H.T.A. ESSENTIELLE BÉNIGNE (18 CAS)

AGE	CONTROLE	RAUWOLFIA	P. A.	RÉSULTATS	
				ÉTAT SUBJ.	TEMPS MOIS
52	169/100	134/78	35/22	+++	1 1/2
53	187/105	152/80	35/25	++	1 1/2
42	185/108	148/88	37/20	+++	4
41	156/110	141/91	15/19	++	1 1/2
53	170/99	162/90	08/09	+++	4
61	165/99	153/95	12/04	++	4
38	158/87	139/83	19/04	++	2 1/2
44	151/101	145/94	06/07	+++	5
60	154/100	152/87	02/13	++	3
64	175/112	154/95	21/17	++	3
42	190/107	176/98	24/09	0	5 1/2
37	198/129	162/102	36/17	+++	3
44	179/115	159/99	20/16	+	7
55	209/100	177/94	32/06	+	1 1/2
41	196/133	178/113	18/20	++	2
32	162/118	161/93	01/25	+++	6
42	162/79	162/89	0/10	++	1 1/2
58	172/92	171/96	0	++	5

Tableau II — Effets de la Rauwolfia chez 18 patients souffrant d'hypertension essentielle bénigne.

La première colonne de pression représente la moyenne des pressions prises soit à la clinique, soit au bureau des médecins référants ou durant les deux premiers jours de l'hospitalisation.

La deuxième colonne montre la moyenne des chiffres de pression artérielle durant le traitement.

La troisième colonne montre la différence entre les chiffres de contrôle et ceux du traitement tandis que la quatrième représente le degré approximatif de l'amélioration subjective.

La dernière colonne est celle de la période d'observation pendant laquelle la Rauwolfia a été administrée.

L'âge des malades varie de 32 à 64 ans et le temps du traitement de 1½ mois à 7 mois. Les résultats sur la pression artérielle sont parfaits dans 55,5% des cas et excellents dans 22,2% des cas. On note une amélioration

légère dans 5,5% des cas et un échec dans 11,1% des cas. L'amélioration de l'état subjectif a été remarquable dans la majorité des cas.

Chez les malades souffrant d'hypertension essentielle sévère et dont l'âge varie de 56 à 62 ans, les résultats sur la pression artérielle sont moins marqués. On les trouve résumés

RAUWOLFIA ET H.T.A. ESSENTIELLE SÉVÈRE (8 CAS)

AGE	CONTROLE	RAUWOLFIA	RÉSULTATS		TEMPS MOIS
			P. A.	ÉTAT SUBJ.	
43	206/135	176/111	36/24	++	3
36	178/119	164/99	14/10	++	1 1/2
59	198/109	197/105	01/04	0	3 1/2
48	183/116 x	169/102 x	14/14	0	2
62	205/134	175/85	30/49	++	3
60	222/106	190/106	32/0	+	1 1/2
59	217/116	201/97	10/19	+	3
50	192/105	200/112	0	0	3

Tableau III — Effets de la Rauwolfia chez 8 cas d'hypertension essentielle sévère.

(Ce tableau est préparé de la même façon que le précédent.)

dans le 3ième tableau. On peut noter un résultat excellent chez 4 patients, une amélioration chez 2 et deux insuccès.

Le 4ième tableau résume les résultats obtenus chez 4 malades présentant une hyper-

RAUWOLFIA ET H.T.A. ARTÉRIOSCLÉROTIQUE

AGE	CONTROLE	RAUWOLFIA	RÉSULTATS		TEMPS MOIS
			P. A.	ÉTAT SUBJ.	
59	173/87	170/82	03/05	+	1 1/2
65	173/90 x	164/84 x	09/06	+	3
65	178/110	189/98	0/12	+	1 1/2
69	195/100	228/93	0	0	5

Tableau IV — L'action de la Rauwolfia chez 4 cas souffrant d'hypertension ou le facteur artériosclérotique était prédominant.

tension d'origine surtout artériosclérotique. L'âge des malades varie de 50 à 69 ans et leur traitement par la Rauwolfia varie de 1½ mois à 5 mois. Il n'y a pas de baisse de la pression artérielle et il y a peu d'amélioration de l'état subjectif du patient.

Nous avons aussi relevé 5 patients traités à l'hexaméthonium auquel nous avons ajouté la Rauwolfia. Tous ces cas appartiennent à la classe d'hypertension essentielle sévère avec insuffisance rénale. L'adjonction de Rauwolfia n'a apporté chez eux aucune amélioration de la pression artérielle. On note toutefois une légère amélioration de l'état subjectif.

Pour mieux illustrer l'action de la Rauwolfia, nous avons choisi, à titre d'exemple, les deux cas suivants:

E.L. est une patiente de 37 ans et présentant une hypertension essentielle bénigne. Durant les 15 mois précédant son hospitalisation, sa pression artérielle se maintenait en moyenne à 198/129 mm Hg. Durant le repos à l'hôpital, la pression est descendue à une

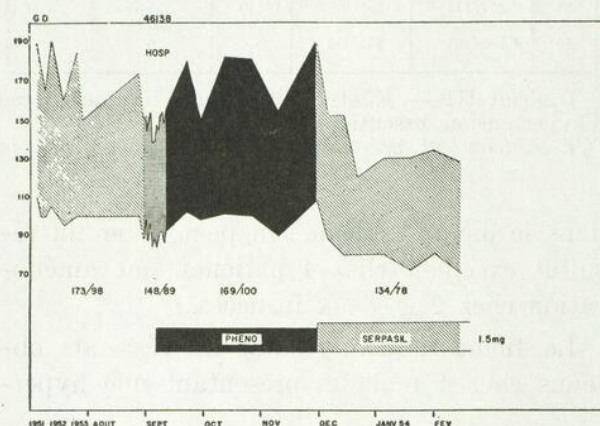


Figure 2 — Cette patiente âgée de 37 ans, a été admise pour une histoire d'hypertension artérielle remontant à cinq ans et demi et pour des symptômes de céphalées, d'étourdissements et de vision embrouillée avec scotomes. Tous les examens de contrôle cardiaques et rénaux se sont révélés normaux. Il est intéressant de remarquer ici que l'administration de Rauwolfia au moment où la patiente vaquait à son occupation ordinaire, a donné d'aussi bons résultats que la période de repos à l'hôpital.

moyenne de 167/109. L'administration, à ce moment, de Serpasil a provoqué une baisse ultérieure de la pression à 157/98. Mais, pendant les trois mois subséquents durant lesquels la patiente faisait son travail ordinaire, la pression artérielle s'est maintenue en moyenne à 164/104. (Figure 2)

D.G. est une patiente de 52 ans présentant, elle aussi, une hypertension essentielle béli-

gne et chez laquelle le seul repos à l'hôpital a fait baisser la pression artérielle d'une moyenne de 173/98 à 148/89 mm Hg. Malgré l'administration de phénobarbital à raison de 32 mgs, 4 fois par jour, pendant les 3 mois subséquents, la pression revint rapidement au niveau de la pression de contrôle. On administre alors la Rauwolfia à raison de 1,5 mg d'alcaloïde pur par jour. L'action sédatrice et hypotensive se manifeste rapidement. La pression de la malade qui vaque alors à son occupation coutumière, s'abaisse et se maintient à des chiffres normaux. La patiente a accusé une amélioration subjective considérable. (Figure 3). Cette intéressante

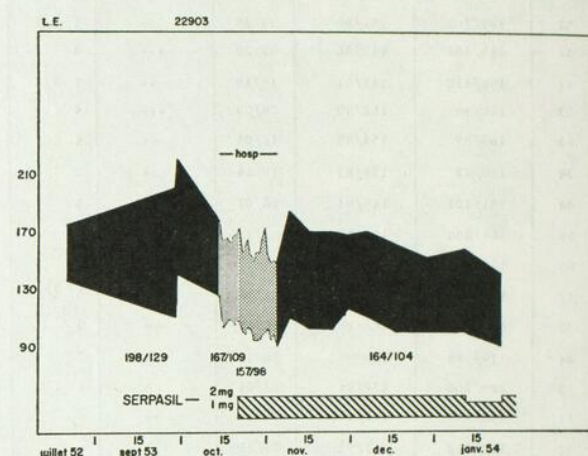


Figure 3 — Patiente âgée de 52 ans et dont l'hypertension était connue depuis les cinq dernières années. Elle se plaignait de bourdonnements d'oreilles, de céphalées et d'insomnie.

La pyélographie, l'examen du fond d'œil, le diamètre cardio-thoracique, l'élimination du P.S.P. sont tous normaux. Il est à remarquer que le repos à l'hôpital a abaissé sa pression à la normale. A sa sortie de l'hôpital, la patiente est retournée à son travail de ménagère ne recevant que du phénobarbital. Sa pression est remontée à une moyenne de 169/100. L'administration de serpasil a rapidement abaissé et maintenu à la normale la pression artérielle.

Note d'évolution — La pression s'est maintenue normale jusqu'en avril, 1954, date où le serpasil a été cessé. Depuis la patiente reçoit encore une fois du phénobarbital, 32 mgs. 4 fois par jour et à sa dernière visite à la Clinique en date du 9 juin 1954, la pression artérielle était remontée à 190/100.

comparaison des effets de la Rauwolfia et du phénobarbital confirme les travaux expérimentaux de Cronheim et Toekes (18) et de Schneider et Earl (19) sur les différences d'action de ces deux médicaments au point

de vue sédatif. Nous n'avons pas observé de différence dans le mode d'action, la fréquence des effets secondaires et les résultats obtenus entre l'extrait total, l'extrait purifié et l'alkaloïde pur de Rauwolfia.

Nos observations sur 35 patients traités à la Rauwolfia Serpentina, nous permettent de conclure que ce nouvel agent hypotensif donne d'excellents résultats surtout dans le traitement de l'hypertension essentielle bénigne et chez les hypertendus nerveux, anxieux et instables émotionnellement. La Rauwolfia diminue la tension nerveuse et donne une sensation de calme et de bien-être au patient.

Nous tenons à remercier spécialement Mlle Fernande Salvail, dont le dévouement et l'efficacité ont été précieux pour le bon fonctionnement de la Clinique d'Hypertension, le docteur Léon Lebel et tous les consultants de la Clinique pour leur généreuse collaboration.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) R. N. CHOPRA, J. C. GUPTA et B. MUKHERJEE: The pharmacological action of an alkaloid obtained from Rauwolfia Serpentina Benth. *Ind. J. Med. Res.*, **21**: 261, 1933.
- (2) S. S. SIDDIQUI et R. H. SIDDIQUI: Chemical Examination of the roots of Rauwolfia Serpentina. *J. Ind. Chem. Soc.*, **8**: 667, 1931.
- (3) L. DORFMAN, C. F. HUEBNER, H. B. MACPHILLAMY, E. SCHLITTLER et A. F. ST. ANDRE: On the constitution of Reserpine from Rauwolfia Serpentina Benth. *Experientia*, **9**: 368, 1953.
- (4) J. M. MULLER, E. SCHLITTLER et H. J. BEIN: Reserpin, der sedative Wirkung aus Rauwolfia Serpentina Benth. *Experientia*, **8**: 338, 1952.
- (5) H. J. BEIN: Zur Pharmakologie des Reserpin, eines neuen Alkaloids aus Rauwolfia Serpentina Benth. *Experientia*, **9**: 107, 1953.
- (6) H. J. BEIN, F. GROSS, J. TRIPOD et R. MEIER: Experimentelle Untersuchungen über Serpasil (Reserpin), ein neues, sehr wirksames Rauwolfia alkaloid mit neuartiger zentraler Wirkung. *Schw. Med. Woch.*, **83**: 1007, 1953.
- (7) R. J. VAKIL: A clinical trial of Rauwolfia Serpentina in essential hypertension. *Brit. Heart J.*, **2**: 350, 1949.
- (8) R. J. VAKIL: Hypotensive action of another Rauwolfia Serpentina alkaloid. *J. Ind. Med. Ass.*, **23**: 97, 1953.
- (9) N. K. CHARKRAVARTI, M. N. R. CHANDHURI et R. N. CHANDHURI: Rauwolfia Serpentina in essential hypertension. *Indian Med. Gaz.*, **86**: 348, 1951.
- (10) R. W. WILKINS: New drug therapies in arterial hypertension. *Ann. Int. Med.*, **37**: 1144, 1952.
- (11) R. W. WILKINS: The use of Rauwolfia Serpentina in hypertensive patients. *New Eng. J. Med.*, **248**: 48, 1953.
- (12) R. W. WILKINS, W. E. JUDSON, R. W. STONE, W. HOLLANDER, W. E. HUCKBEE et J. H. FRIEDMEN: Reserpin in treatment of hypertension. *New Eng. J. Med.*, **250**: 477, 1954.
- (13) L. WATSCHINGER: Über Rauwolfia Serpentina. *Wiener Ztsch. f. Inn. Med.*, **34**: 273, 1953.
- (14) L. HENSLER: Hypertonietherapie mit Serpasil einem Alkaloid der Rauwolfia Serpentina. *Schw. Med. Woch.*, **83**: 1162, 1953.
- (15) W. LOFFLER, A. F. ESSELIER, F. PROTT et A. WEGMANN: Hochdruckbehandlung mit einem Rauwolfia-alkaloid (Serpasil). *Schw. Med. Woch.*, **83**: 1012, 1953.
- (16) A. M. SELLERS et J. H. HAFKENSCHIEL: The effect of intravenous Reserpin upon the blood pressure of hypertensive subjects. *Clin. Res. Proc.*, **2**: 38, 1954.
- (17) J. D. MOYER, R. V. FORD, W. R. LIVESAY et S. J. MILLER: A comparison of results in the treatment of hypertension with Rauwolfia S. alone and in combination with C₆ or Hydralazine. *Clin. Res. Proc.*, **2**: 13, 1953.
- (18) G. CRONHEIM et J. M. TOEKES: Sedative effect of Rauwolfia Serpentina. *Fed. Proc.*, **13**: 345, 1954.
- (19) J. A. SCHNEIDER et A. E. EARL: Behavioral and electroencephalographic studies with Serpasil (Reserpine) a new alkaloid from Rauwolfia Serpentina B. *Fed. Proc.*, **13**: 130, 1954.

CONTRIBUTION À L'ÉTUDE DE L'ATHÉRO-SCLÉROSE ET ESSAI D'UNE THÉRAPIE À BASE DE LIPOTROPES ASSOCIÉS À UN POLYSORBATE (80)

E. LAURENDEAU et M. DENIS,

Médecins à l'hôpital Notre-Dame-de-la-Merci (Montréal).

SÉQUELLES ET SIGNES CLINIQUES DE L'ATHÉRO-SCLÉROSE

L'athéro-sclérose se révèle d'une façon indélébile par ses séquelles sur l'arbre vasculaire: thromboses cérébrales, coronariennes et périphériques. Le stade préclinique se déroule au milieu d'un polymorphisme à rythme gradué et progressif: troubles fonctionnels dénotant une ischémie organique sur le système digestif, cardio-vasculaire, nerveux et glandulaire. A ces signes frustrés, l'examen objectif, chez l'homme de 40 à 50 ans, décèle un indice cardiaque: deuxième bruit cardiaque plus intense, tension minima élevée, une aorte déroulée, avec saillie de l'arc, et parfois une rétinopathie atrophique.

ÉTIOLOGIE ET FACTEURS PATHOGÈNES DE L'ATHÉRO-SCLÉROSE

Soumettre ces patients à des tests de laboratoire implique un diagnostic étiologique de l'athéro-sclérose et des facteurs pathogènes. Ces lésions vasculaires se caractérisent par la plaque d'athérome, avec deux lésions constantes (1): 1 — Une prolifération conjonctivo-élastique de l'endartère; 2 — dépôts de substances lipidiques dans la paroi vasculaire, dépôts qui peuvent évoluer vers la nécrose et le cratère. Pour nombre d'auteurs (2, 3, 4), ces dépôts lipidiques seraient un apport du sang qui nourrit l'intima des vaisseaux par imbibition; et parmi ces lipides, surtout le cholestérol (5): un stérol dont le métabolisme est en relation avec celui des graisses (6) et des phosphatides, sa partie estérifiée doit rester dans des proportions variant entre 50 à 70% du cholestérol total.

Quels sont les facteurs pathogènes qui entraînent ces dépôts des lipides plasmatiques et surtout du cholestérol sur les parois vas-

culaires? Les théories semblent se préciser autour de l'instabilité des suspensions colloïdales du plasma, instabilité causée par: 1 — des rapports faussés entre les esters du cholestérol et le cholestérol total, et le quotient cholestérol — phospholipides (7); les phospholipides, surtout par leur facteur lécithine, agissent comme stabilisateur colloïdal (8); 2 — la présence, dans le milieu plasmatique, de cellules géantes, à poids moléculaires élevés et en plus forte concentration: lipoprotéines Sf 10-20 (9): unité de « flotation » obtenue par l'ultracentrifuge, à poids moléculaire de 3 000 000, contenant 30% de cholestérol; beta-lipoprotéines à poids moléculaire de 1 300 000, en concentration plus forte d'une façon absolue ou relative; lipémie post-prandiale prolongée (10).

TAUX DU CHOLESTÉROL; SES RAPPORTS AVEC LES ESTERS, LES PHOSPHOLIPIDES ET LES TESTS DE FLOCCULATION DU PLASMA, SUR UNE SÉRIE DE 133 CAS PRÉSENTANT DES SÉQUELLES DE L'ATHÉRO-SCLÉROSE

A l'hôpital Notre-Dame-de-la-Merci, sur une série de 133 cas présentant tous des séquelles d'athéro-sclérose, nous avons mis en regard: d'une part, les taux du cholestérol, des esters du cholestérol et le rapport c/e, les taux des phospholipides et le rapport c/p; d'autre part, les tests de turbidité du sérum: céphaline-cholestérol, thymol et gammaglobuline. Dans ces cas choisis, nous avons éliminé les cas de diabète, sauf 3, les cas de cirrhose, sauf 1, et les cas d'asystolie, sauf 3, à cause des lésions hépatiques, qui nous auraient nécessairement donné des réactions de turbidité positive. L'histoire clinique, les tests de brome sulfaléine et les rapports a/s nous ont permis d'éliminer les cas douteux de lé-

FIGURE I

Age	Cas	Esters (mgm%)	Cholest. (mgm%)	E/C	Phosph. (mgm%)	C/P	Thymol MacLagan)	Gamma (Wolfson)	Céphaline (Hanger)
30-40	H. — 2 max.	125	170	77	13	19	6,2	16	xxx
	A.R. — 1 min.	65	102	63	9,3	10	4,4	8,8	0
	(3) moy.	105	143	71	10,5	13,8	5,5	12,9	xx
40-50	H. — 4 max.	192	245	85	15	30	6,3	12,8	xxxx
	Cor. — 7 min.	44	133	20	6	9,8	0,1	3,4	0
	Ao. — 5 moy.	111,4	196,5	56,1	10,5	23,7	2,5	6,1	xx
	Dia. 1 (17)								
50-60	H. — 17 max.	199	366	88	13,2	70	6,8	20	xxxx
	Cor.—18 min.	32	100	20	3,2	11	0,7	2,3	0
	Ao.—11 moy.	106	191	56	7,2	18,8	3	7,8	xxx
	Art — 3								
	A.R. — 2								
	As. — 2 Cirr. — 1 (54)								
60-70	H. — 17 max.	252	470	82	20,8	57	7	17	xxxx
	Corr.— 8 min.	33	75	20	5,9	7	0,8	3,2	0
	Ao. — 4 moy.	91,8	189	47	10,2	18,9	2,8	5,4	xxx
	As. — 7								
	Dia. — 1 Cirr. — 1 (38)								
70-80	H. — 6 max.	180	283	80	15,6	29	5,9	16,4	xxxx
	Ao. — 6 min.	35	110	20	7	10	0,8	3,2	0
	As.— 4 moy.	101,8	185	50,7	10,7	17,2	2	7,6	xx
	Art.— 2								
	Cor.— 1 Dia.— 2 (21)								
Total: 133 cas									

Légende. — H. — Hémiplégie: 46 cas. A.R. — Arthrite rhumatoïde: 3 cas. Cor. — Coronarien: 34 cas. Ao. — Aortite: 26 cas. Dia. — Diabète: 4 cas. As. — Asystolie: 13 cas. Art. — Artérite (membres inf.): 5 cas. Cirr. — Cirrhose: 2 cas. Total: 133 cas.

sions hépatiques, du moins cliniquement décelables.

Méthodes employées pour les tests de laboratoire

Cholestérol: méthode de Bloor modifiée Taux N. 150 à 230 mgm%
Esters du cholestérol: méth. Bloor modifiée " N. 75 à 160 mgm%
Rapport e/c: méthode de Bloor modifiée " N. 50 à 70%

Phospholipides: méthode de Youngbur ... " N. 10 à 12 mgm%
Rapport ou Quotient c/p " N. 12 à 17
Thymol (test de turbidité): Mac Lagan " N. 0 à 4 unités
Gamma-globuline: Wolfson " N. 1.9 à 6 unités
Céphaline - Cholestérol: Hanger " N. 0 et +

Ces tests ont été accomplis à l'aide du spectrophotomètre, dans des conditions de tech-

FIGURE II

Noms	Age	Lésion	Chol. (mg. %)	Esters (mg. %)	E/C	Phosph. (mg. %)	C/P	Céphaline (Hanger)	Gamma gl. (Wolfson)	Thymol (MacLagan)
H. O.	64	As.	180	100	55	8	22,5	+++	7,6	1,1
			103	75	72,8	6	17	0	16	5,2
V. F.	47	Cirr.	250	75	30	11,2	22	++	14	6,8
			100	48	48	6,4	15	0	14	4,6
D. E.	54	Cor.	240	103	42	11,5	20	+	8,8	4,1
			206	138	67	13,5	15	++	3,5	1,2
H. R.	48	Cor.	232	173	72	12,8	18	0	1,6	4,6
			185	123	66	12,7	14	0	6,8	3,4
P. J.	67	Dia.	270	100	41	10	24	++++	7,2	2,8
			158	114	72	9,7	16	++++	22	8,2
L. T.	62	H.	150	110	70	6,3	23,5	+++	4	0,9
			258	150	60	11	23	0	9,8	6
A. E.	63	Ao.	220	53	24	11,5	19	+	6,2	3,7
			112	43	38	10	11,2	0	12,8	7,4
H. A.	64	H.	260	103	40	8,3	31	++	8,8	4,3
			193	148	76	15	13	0	10,5	10,5
P. A.	50	H.	182	49	27	8,6	21	+	14	5,3
			122	28	63	6,6	18	+	21	8,5
G. A.	66	As.	170	72	42	10,8	15	+++	8,8	6,8
			122	75	61	8	15	+	10	4,2
P. G.	72	Cor.	245	175	70	8	30	++	4,3	1,4
			175	115	66	13	14	+	6,8	2
D. G.	67	H.	290	72	25	5	57	++	6,7	3
			170	90	53	9	18	0	6	1,8
R. O.	52	H.	244	121	50	10,1	24	++	7,5	0,35
			135	95	68,8	6	23	+	13,4	7,5
C. M.	46	A.R.	162	87	54	8,0	22,7	++++	7,3	3,8
			137	103	75	9	15	0	6,3	3,8
M. N.	46	H.	133	46	42	10	13	+	10	6,5
			213	122	56	11	19	+	12	10,8
M. C.	57	H.	132	50	39	9,8	12,5	+	7,5	6,5
			213	120	56	10	21	+	11	12
B. M.	39	H.	170	125	73	9,3	19	++	13	4,4
			165	85	71	8,0	20	++++	28	9,6

Légende. — H.: Hémiplégie. As.: Asystolie. Cirr.: Cirrhose. Cor.: Coronarien. Dia.: Diabète. Ao.: Aortite. A.R.: Arthrite rhumatoïde. — 17 cas.

nique et de température constantes — pour éviter les modifications sensibles des tests de floculation — et dans des phases apyrétiques.

Les cas observés ont été répartis en décennie (voir Fig. 1); la moyenne d'âge est dans la cinquantaine; l'âge où les tests de laboratoire révèlent l'état d'agression de l'athé-

rosclérose. A un stade plus avancé de la vie, on assiste souvent à une phase de régression avec les séquelles. D'abord les taux du cholestérol sont plutôt bas: moyenne, de 40 à 50 ans: 196,5 mgm %; de 50 à 60 ans: 191,0 mgm %; de 60 à 70 ans: 189 mgm %; de 70 à 80 ans: 185 mgm %. Les rapports de e/c sont bas à partir de l'âge de 40 ans, et les rapports c/p

(méth. Youngburg) élevés à partir de 40 ans. Ces statistiques correspondent à celles des A. (7) qui rattachent l'athéro-sclérose à des per-

groupe des lipoprotéines alpha et bêta, avec poids moléculaire de 200 000 et 1 300 000. Les globulines alpha, bêta et gamma, sont frac-

Quant aux tests de floculation, sur les 133 cas:

- 47 cas, soit 35,3% ont donné une réaction positive au thymol;
- 115 cas, soit 86,5% ont donné une réaction positive à la gamma-globuline;
- 79 cas, soit 59,4% ont donné une réaction positive à la céphaline-cholestérol.

turbations des rapports cholestérol et esters de cholestérol, et cholestérol avec phospholipides.

Vu que nous ne sommes pas à la recherche d'un test de diagnostic, mais plutôt d'un élément qui trouble la stabilité des suspensions colloïdales du plasma, nous avons considéré comme réactions positives non seulement les chiffres au delà des normes, mais aussi ceux au voisinage du maximum: 4 unités pour le thymol; 6 unités pour la gamma-globuline; et une + a été considérée comme réaction positive pour la céphaline-cholestérol.

SIGNIFICATION PHYSIO-PATHOLOGIQUE DES TESTS DE FLOCULATION

Ces tests de floculation révèlent un trouble protidique du plasma, mais ne préjugent pas de son origine physio-pathologique (11) qui peut être hépatique ou extra-hépatique. La cause biochimique de ces états de floculation est une hypo-albuminémie et une hyperglobulinémie, qui peut être absolue ou relative. L'hypoalbuminémie traduit une atteinte de la cellule hépatique. Les protéines sont formées dans le foie, ont un poids moléculaire de 6 900 et servent à maintenir la tension osmotique des fluides de l'organisme. Dans le plasma normal, protéines et globulines ont un rapport 1,5 à 2,5, selon la méthode chimique de Greenberg, et 1,95, selon la méthode d'électrophorèse (12). L'hyperglobulinémie peut se constituer sous l'influence d'agressions diverses: infectieuses, toxiques et métaboliques, avec réaction du tissu réticulo-endothélial, qui est la source des globulines. Ces globulines, pour certains auteurs (13, 14), seraient des holoprotéines; pour d'autres, des hétéroprotéines (12, 16) dont feraient partie le

tionnées par l'électrophorèse et leur signification clinique se précise davantage (12).

Ces états d'hyperglobulinémie, décelés par l'électrophorèse et qui sont à la base des tests de floculation, révèlent un trouble plasmatique, avec baisse de la pression osmotique et une suspension colloïdale devenue instable. Tout comme la présence d'une concentration plus forte des cellules géantes Sf 10-20 et des bêta lipoprotéines, ces tests peuvent laisser prévoir un facteur pathogène générateur d'athéro-sclérose: l'instabilité des suspensions colloïdales des lipides plasmatiques; mais à condition d'éliminer les cas d'hypoalbuminémie réelle.

Les tests de floculation employés ont été: à la céphaline-cholestérol (Hanger), qui traduit une augmentation des gamma-globulines; au thymol (Mac Lagan), qui décèle une augmentation des cénapses lipido-globulines (bêta et gamma); et au sulfate d'ammonium (Wolfson): augmentation de la gamma-globuline.

Chez ces patients observés, nous avons éliminé les cas d'hypoalbuminémie réelle et ceux avec rapport A.S. voisin de l'unité, par abaissement des albumines; par conséquent des cas d'hyperglobulinémie causée par un stress toxique ou métabolique, avec réaction sur le tissu réticulo-endothélial.

D'autre part, il est évident que ces tests, employés en dehors de leur contexte clinique, n'ont aucune signification, pas plus, d'ailleurs, que pour déceler des lésions hépatiques. Leur emploi est plutôt une concordance qu'une équivalence de l'athéro-sclérose, et pourrait servir, comme le quotient c/p, de guide dans une thérapie de l'athéro-sclérose.

Fig III

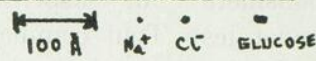
DIMENSIONS RELATIVES DES PROTEINES

E. A. KOHN.

J. B. Lesh.

Can. J. Med. Technol.
June 48 p. 77

ECHELLE



ALBUMINE
69,000
150/36 Å



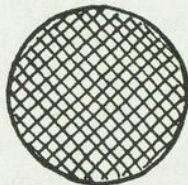
Hb
68,000



Y-GLOBULINE
156,000
255/44 Å



α₁-LIPOPROTEINE
200,000
300/50 Å



β₁-LIPOPROTEINE
1,300,000
125/125 Å



β₁-GLOBULINE
90,000
190/37 Å



FIBRINOGENE
400,000
700/38 Å

MESURES THÉRAPEUTIQUES

D'abord au stade préclinique, ce qui revient à dire vers l'âge de 40 à 50 ans, s'il existe quelques troubles vasculaires, il faut restreindre l'apport calorique et lipidique, réduire le poids, modérer les tensions fiévreuses et émotives de la vie moderne.

La médication tentée, en dépit d'une étiologie encore obscure de l'athéro-sclérose, donne des résultats appréciés en clinique et vérifiés au laboratoire:

L'Iode et l'extrait thyroïdien (17) abaissent les taux du cholestérol et la concentration des lipoprotéines Sf 12-20;

l'Héparin (17), à la dose de 50 mgm intraveineux, abaisse le taux des lipoprotéines Sf 20-100 et Sf 12-20 durant 6 hrs, mais ne modifie par le taux du cholestérol;

le Treburon, dont l'action ressemble aux propriétés de l'héparine, présente le même effet;

l'Iodure de K (9), donné en même temps que du cholestérol à des animaux de laboratoire, empêche l'athéro-sclérose de se développer;

les œstrogènes (18): d'après A. Rivin, qui a pratiqué une centaine d'autopsies sur des cas de cancer de la prostate qui avaient été soumis au traitement des œstrogènes, l'incidence d'athéro-sclérose serait moindre que sur un groupe du même âge et présentant les mêmes conditions de vie; Barr (19) a démontré que les œstrogènes modifient le rapport bêta et alpha lipoprotéine et le rapport c/p;

les substances lipotropiques reçoivent l'approbation de nombre d'auteurs, avec preuves à l'appui (20, 21, 22): choline, méthionine, inositol et bêtaïne aident à la transformation des lipides en phospholipides, et à maintenir le rapport c/p; la choline est nécessaire pour la transformation des graisses en phospholipides (Best), qui sont plus solubles et plus mobiles dans les fluides de l'organisme que les graisses neutres; inositol et bêtaïne empêchent les dépôts de graisse sur le foie de chien dépancréatisé et conservé en vie par

l'insuline (23); la bêtaïne aide à la synthèse de la choline par son groupe méthyl (24).

SUBSTANCES LIPOTROPIQUES ASSOCIÉES À UN POLYSORBATE 80 (25)

À l'hôpital Notre-Dame-de-la-Merci, nous avons fait l'essai d'un mélange de polysorbate 80 avec choline, inositol et bêtaïne, administré à 17 patients. Ces malades, dont l'âge moyen était de 54 ans, présentaient tous des séquelles d'athéro-sclérose (voir Fig. II).

Cette formule « Liposorbe »¹ contient, par 8 cc: polysorbate 80... 500 mgm; bêtaïne anhydre... 500 mgm; choline chlorure... 100 mgm; inositol... 100 mgm; cystine... 10 mgm; et des facteurs du B.

Les dosages quotidiens ont été de 16 cc 3 fois par jour, durant une moyenne de six mois de traitement.

Le polysorbate 80 fait partie d'une classe de produits chimiques appelés « Tweens » et qui sont formés essentiellement d'éthers partiels des acides gras communs, auxquels on a ajouté des chaînes polyoxyéthyléniques aux fonctions hydroxyles non estérifiées. C'est un agent humectant, qui a la propriété de réduire la tension de la surface de l'eau, et rend les solutions colloïdales plus stables.

Ces 17 patients ont été soumis aux tests de laboratoire — les mêmes que ceux de la Fig. I — avant et après le traitement de six mois, sans que les diètes aient été modifiées. On a obtenu les résultats suivants:

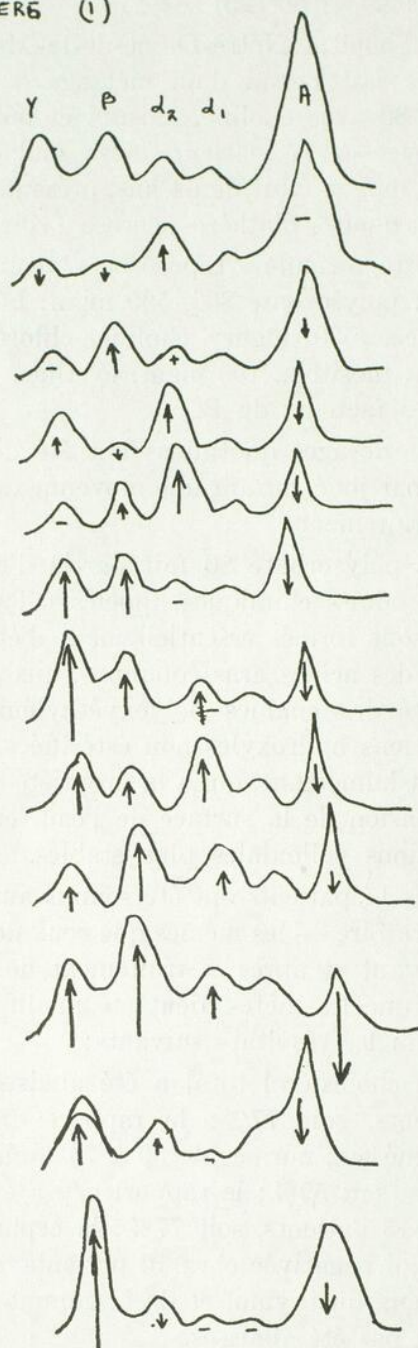
Le cholestérol total a été abaissé chez 13 patients, soit 77%; le rapport e/ch a été ramené aux normes de 50 à 70% chez 10 patients, soit 59%; le rapport c/p a été abaissé chez 13 patients, soit 77%; la céphaline-cholestérol négativée chez 10 patients, soit 59%; les taux du thymol et de la gamma-globuline n'ont pas été abaissés.

Ces statistiques sont évidemment trop faibles pour avoir une valeur; mais, à l'exemple de Sherber (25), nous avons noté un abaissement du taux du cholestérol et, en plus, une

1. Mélange préparé par la Maison Rougier Frère, sous le nom de « Liposorbe », pour essai thérapeutique.

STERNBERG (1)

- idem
↑ élevé
↓ abaisse



75/14

Y B d A A/G

	Y	B	d	A	A/G
NORMAL	11 13.5	14 16.7	9 4.2	66 65.8	1.45
DIABETE	6.1	6.3	21.5	66.1	
HYPERTENSION	10	24	10	56	1.28
NEPHROSE (BRULURE)	15	11	26	48	0.96
NEPHRITE AIGÜE	10	18	28	44	0.80
PERIARTERITE NOUEUSE	22	23	9	49	0.97
HEPATITE	27	20	10	43	0.75
TBC CHRON.	19	17	18	46	0.85
LEUCEMIE	16	23	14	47	0.93
NEPHROSE LIPOIDIQUE	23	28	13	36	0.56
Anémie hémolytique	32	15	10	42	0.74
Hépatite infectieuse	44	6.4	1.4	47	0.88

amélioration des rapports e/ch et c/p et de la céphaline cholestérol.

Résumé

L'athéro-sclérose semble découler d'un trouble de la suspension colloïdale des lipides du plasma: suspension rendue instable par des rapports faussés entre le cholestérol et ses esters et les phospholipides, et par la présence, dans le plasma, de cellules à poids moléculaire élevé et en plus forte concentration.

Nous avons émis l'hypothèse que l'hyperglobulinémie, causée par les stress toxiques et métaboliques, et décelée par des tests de floculation, pourrait être un facteur pathogène de l'athéro-sclérose. Sur 133 cas observés, 47 cas (35,3%) ont donné une réaction positive au thymol; 115 cas (86,5%) ont donné une réaction positive à la gamma-globuline; 79 cas (59,4%) ont donné une réaction positive à la céphaline-cholestérol.

Comme mesures thérapeutiques, au stade préclinique, des mesures d'hygiène alimentaire et de vie s'imposent; au stade des manifestations vasculaires, il faut avoir recours, avec discernement, à une médication dont l'expérimentation biochimique semble avoir prouvé l'efficacité: iode, thyroïde, iodure de potasse, anticoagulants et œstrogènes.

Nous avons mis à l'essai un mélange de substances lipotropiques associées à un polysorbate 80. Sur 17 patients qui ont reçu cette médication « Liposorbe » durant six mois: le cholestérol total a été abaissé chez 13 patients (77%); le rapport e/c amélioré chez 10 patients (59%); le rapport c/p abaissé chez 13 patients (77%); la céphaline-cholestérol négative chez 10 patients (59%).

Conclusion

L'athéro-sclérose, qui, par ses complications cardio-vasculaires, fut la cause de 51% des décès, en 1951, ne doit pas rester exclusivement dans le domaine de la recherche expérimentale, mais aussi faire partie des soucis quotidiens du clinicien. A l'aide d'une hygiène

de vie et d'une médication encore hésitante, il pourra retarder l'échéance fatale et minimiser les séquelles redoutables sur les vaisseaux cérébraux coronariens et périphériques.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) M. GOULON: Artério-sclérose. *P. M.*, 61, No 53, p. 698, 13 mai 1953.
- (2) G. Lyman DUFF: Atherosclerosis pathogenesis. *C. M. J.*, 64: 387, 1951.
- (3) J.R. MORETON: Atherosclerosis and Alimentary hyperlipemia. *Science*, 106: 190 (29 août) 1947.
- (4) Keys ANCEL et coll.: The concentration of cholesterol in the blood serum of normal man and its relation to age. *J. Clin. Invest.*, 24: 1347 (octobre) 1950.
- (5) Lester MORRISSON et K.D. JOHNSON: Cholesterol content of the coronary arteries and blood in acute coronary artery thrombosis. *Am. Heart Journal*, 39: 31 (janv.) 1950.
- (6) HOUSSAY: *Physiologie humaine*, I, p. 641.
- (7) M.M. GERTLER et coll.: The interrelationship of serum cholesterol, cholesterol esters and phospholipides in health and in coronary artery disease. *Circulation*, 2: 205 (août) 1950.
- (8) W. C. HUEPER: Prevention and treatment of atherosclerosis. *N. Clin. of Amer.*, 33: 773, 1949.
- (9) J. W. GOFMAN et coll.: Blood's lipids and human atherosclerosis. *Circulation*, 2: 161 (août) 1950.
- (10) Chester F. CULLEN et Roy L. SWANK: Post-prandial Lipemia. *Circulation*, 9: 335 (mars) 1954.
- (11) L. HARTMAN: Les réactions de floculation en pathologie hépatique. *P. M.*, p. 981 (7 juillet) 1951.
- (12) J. STERNBERG, R. BOUCHER, A. PROULX: Une nouvelle méthode de diagnostic clinique: l'électrophérogaphie des protéines. *Union Médicale du Canada*, 908 (août) 1952.
- (13) ARON-GRASSE: *Précis de biologie animale*. Page 21, 1939.
- (14) Thomas PIERRE: *Manuel de Biochimie*. Page 221, 1946.
- (16) *Journal of Lab. and Clinical Investigation*. 23 1944.

- (17) H. L. CHANDLER et coll.: Spontaneous and Induced variations in serum Lipoproteins. *Circulation*, **8**: 726 (nov.) 1953.
- (18) A. RIVIN et coll.: The incidence and severity of the atherosclerosis in Estrogen treated males, and in females with a hypoestrogenic or a hyperestrogenic state. *Circulation*, **9**: 533 (avril) 1954.
- (19) D. P. BARR et Geo. E. BROWN: *Memorial Lecture*. American Heart Association, 26ème session annuelle, 1953.
- (20) COYER et CORTNATZER: *W. South Med. J.*, **42**: 669 (août) 1949.
- (21) Yves BOUVRAIN et coll.: Lipotropes: Métabolisme du cholestérol et athérome. *P. M.*, **59**, 1437.
- (22) Lester M. MORRISSON et coll.: *Amer. Heart Journal*, **39**: 729 (mai) 1950.
- (23) WELCH et coll.: *Proc. Soc. Exper. Biol. Med.*, **39**: 7, 1938.
- (24) D. J. STETTEN: *Journal Biol. Chem.*, **140**: 143, 1941.
- (25) A. SHERBER, Murray M. LEVITER: Effect on cholesterol metabolism of a polysorbate 80 — choline, inositol complex. *J. A. M. A.*, **152**: 682 (20 juin) 1953.

RECTIFICATION

Dans l'article du docteur Roland Lapointe, paru à la page 990 de l'édition de septembre, on est prié de lire au troisième paragraphe, au lieu de:

« Si la base de l'iris est accolée à la cornée, on dit que l'angle est fermé; dans le cas contraire, c'est un drainage de la chambre antérieure, dont je distinguerai deux éléments essentiels : »

le texte suivant corrigé:

« Si la base de l'iris est accolée à la cornée, on dit que l'angle est fermé; dans le cas contraire, c'est un angle ouvert. Au fond de cet angle, se trouve le système de drainage de la chambre antérieure, dont je distinguerai deux éléments essentiels : »

Egalement dans le dernier paragraphe de la première colonne, onzième ligne, on devra lire « décoré » de pigment, au lieu de « dérobé ».

RECUEIL DE FAITS

CÔTES CERVICALES SYNDROME NEUROLOGIQUE ET VASCULAIRE

Roma AMYOT,

Chef du service de neurologie, hôpital Notre-Dame (Montréal).

On souffre aux membres supérieurs pour des raisons d'ordre neurologique et pour d'autres facteurs qui n'atteignent pas directement le système nerveux. Le diagnostic différentiel s'établira bien entendu sur les caractères de la douleur, sur sa localisation et ses modalités d'intensité, mais surtout sur l'étude des symptômes qui lui sont couplés. Une tumeur vertébrale ou une spondylite, une tumeur intramédullaire ou intra-rachidienne, une syringomyélie, un zona donnent naissance à de la douleur, mais d'autres phénomènes pathologiques sont concomitamment observés, cliniques, bio-chimiques ou radiologiques, qui précisent le diagnostic. Il en est de même des compressions du plexus brachial par des masses ganglionnaires ou tumorales comme une tumeur de l'apex pulmonaire formant les éléments du syndrome de Pancoast. Des arthrites à évolution aiguë ou chronique sont à la source d'algies du membre supérieur. Encore ici, on reconnaîtra le point de départ et le mécanisme de l'algie par l'étude attentive de la douleur elle-même et, en plus, des phénomènes subjectifs et objectifs qui lui sont associés.

Embryologiquement, les côtes existent chez l'homme dans le segment cervical. Elles regressent au cours du développement. Il arrive que par un vice de transition il en persiste et le plus habituellement à la 7e vertèbre cervicale. Il s'agit soit de côtes flottantes uni ou bilatérales très souvent reliées au scalène antérieur par une bande fibreuse, soit de côtes uni- ou bilatérales articulées à la première côte dorsale. On peut observer également des côtes rudimentaires ou bien des apophyses transverses exubérantes qui n'ont

aucune parenté anatomique ou embryologique avec la côte cervicale, mais qui pourraient produire des accidents pathologiques similaires.

Sur un nombre imposant de sujets observés à la Clinique Mayo, Adson et Coffrey auraient trouvé la présence de côtes cervicales dans une proportion de 0,056% et elles provoqueraient un syndrome neurologique défini chez 50% des porteurs de cette anomalie. Donc indice de fréquence très réduit du syndrome.

Adson et Coffey en 1927 ont démontré que la section du scalène antérieur faisait disparaître les troubles nerveux dus à la présence d'une côte cervicale.

Le scalène antérieur d'une part s'insère sur le tubercule antérieur des apophyses transverses des 3e, 4e, 5e et 6e vertèbres cervicales et d'autre part sur le tubercule de Lisfranc de la 1ère côte.

Le scalène moyen, postérieur au scalène antérieur au cou, possède des insertions supérieures sur les mêmes apophyses transverses, mais aux tubercules postérieures et il vient s'attacher sur la première côte en dehors et en arrière de l'insertion du scalène antérieur. L'artère sous-clavière croise le bord supérieur de la première côte immédiatement en arrière de l'insertion du scalène antérieur. Entre les deux scalènes antérieur et moyen se profilent de haut en bas les racines qui forment le plexus brachial.

Une côte cervicale éventuelle encercle plus ou moins complètement sur un plan postérieur à celui du scalène moyen, les mêmes éléments du plexus brachial.

La symptomatologie du syndrome de la

côte cervicale et du scalène antérieur se résume aux faits suivants:

D'abord des troubles nerveux ou prédomine la douleur; douleur de variable intensité pouvant être violente, lancinante, mais prenant bien souvent l'allure d'une algie sourde et tenace comme une sensation de fatigue ou de lourdeur. Le siège en est à la face postérieure de l'épaule, à la face latérale du cou, pouvant irradier à la tête, vers le rachis cervical et même vers le thorax, et alors si à gauche pouvant donner le change pour une douleur d'angine.

Le trajet de la douleur est par-dessus tout vers le bras, l'avant-bras et la main le plus souvent sur leur moitié interne, aboutissant aux deux derniers doigts, par irritation plus habituelles des racines inférieures du plexus brachial. Des troubles subjectifs de la sensibilité se manifestent, conjointement à la douleur, par des engourdissements, des picotements ou des fourmillements. Ces paresthésies sont ressenties en fréquence plus grande sur le versant interne des segments du membre pour les raisons marquées plus haut. Mais cela n'exclut pas l'apparition de mêmes phénomènes sur la moitié externe de la main ou même à toute la main, soit par compression de toutes les branches du plexus, soit par mécanisme vasculaire dont nous parlerons dans un instant et intégrant alors ces paresthésies globales dans l'acroparesthésie.

Ces douleurs et paresthésie sont exagérées par toute manœuvre, tout mouvement de la tête et de l'épaule qui tendent ou font contracter le scalène antérieur; elles sont soulagées par toute initiative qui relâche le même muscle.

Ainsi la rotation de la tête du côté malade, l'extension du cou, l'inspiration forcée, l'abaissement de l'épaule, accroissent la douleur. D'autre part, l'élévation de l'épaule l'atténue.

La pression exercée par l'examineur sur le scalène antérieur est un facteur d'exacerbation ou de déclenchement de la douleur. D'autre part, l'injection de novocaïne dans le sca-

lène ferait cesser temporairement les phénomènes algiques et paresthésiques.

Des zones d'hypoesthésies et d'anesthésie pourront être à l'occasion observées à distribution radiculaire et le plus fréquemment dans les aires d'innervation des dernières racines cervicales.

Au point de vue moteur, éventuellement de la faiblesse musculaire du membre, de la main surtout, et de l'amyotrophie particulièrement dans les petits muscles de la main: ceux de l'éminence hypothénar, les interosseux et l'abducteur du pouce et même, à l'éminence thénar, le court abducteur du pouce et l'opposant. On observe parfois des modifications quantitatives de certains réflexes.

Cependant, ce qui distingue encore mieux le syndrome de la côte cervicale et du scalène antérieur se trouve dans des phénomènes vasculaires. Bien entendu, on peut observer chez certains malades de la rougeur de la peau à la main et à l'avant-bras, de l'œdème de la main avec cyanose du tégument et une certaine tension de la peau. On a rapporté aussi des accès vaso-moteurs à aspect de syndrome de Raynaud.

Ce qui est plus commun et plus caractéristique est constitué par une inégalité dans le débit artériel du membre. Le pouls, l'oscillométrie et la tension artérielle sont diminués du côté malade. Il arrivera que ces modifications ne seront pas trouvées d'emblée à l'examen. Certains procédés permettront de les mettre en lumière: comme l'élévation des deux membres supérieurs en position verticale, ou l'inspiration forcée et maintenue, et une manœuvre conseillée par Adson consistant dans l'élévation active du menton et la rotation de la tête par le malade vers le côté douloureux. On pourra combiner ces trois procédés pour plus d'efficacité de la méthode d'exploration.

Différents mécanismes peuvent être invoqués pour expliquer ce déficit circulatoire permanent ou passager; ils font tous intervenir l'action du scalène antérieur qui comprime et irrite soit les fibres sympathiques

péri-artérielles de la sous-clavière, soit les fibres sympathiques du plexus brachial, ou tout simplement et c'est la pathogénie la plus accréditée, qui exerce une pression sur la sous-clavière immédiatement située en arrière de l'insertion costale de ce muscle. Une preuve de ce mécanisme serait dans des cas d'obstruction thrombotique et de dilatation anévrysmale qu'on a trouvées couplées au syndrome du scalène et à celui de la côte cervicale.

Par la palpation et l'inspection du cou, il est possible dans certains cas de côte cervicale assez longue, de découvrir une voussure dans la fosse susclaviculaire.

A tout événement. Il serait intéressant de savoir le motif pour lequel à tel moment précis une côte cervicale, silencieuse jusque-là, devient pathogène. Plusieurs explications ont été avancées, plusieurs étiologies ont été soumises.

On est généralement d'avis que le syndrome est l'effet de la compression du scalène antérieur sur les racines du plexus brachial et sur l'artère sous-clavière, qu'il y ait ou non côte cervicale. Si une côte cervicale est présente, elle ne peut que favoriser cette compression en appuyant solidement en arrière le scalène moyen et de la sorte en opposant une résistance plus puissante, moins élastique à la pression du scalène antérieur sur les racines et la sous-clavière coincée entre les deux muscles.

Comme cause déterminante le traumatisme intervient habituellement et par traumatisme on entend du surmenage professionnel ou quotidien du membre supérieur, à action répercutante sur le scalène antérieur comme le port de fardeaux lourds au bout du membre supérieur ou sur l'épaule, le balayage etc., enfin toute activité longtemps répétée de nature à surmener le scalène antérieur.

A tout prendre, le mécanisme de l'épaule descendue, tombante, soit pré-établie, soit acquise par hypotonie ou parésie des muscles de la région, surtout du trapèze, comme cela peut apparaître par fatigue, par scoliose, par

vieillesse; de l'épaule tombante accentuée ou même provoquée d'emblée par certaines activités du membre supérieur qui conduisent au surmenage musculaire et à la tension des deux scalènes, paraît le plus vraisemblable.

Le traitement du syndrome du scalène avec ou sans côte cervicale est d'abord conservateur. On doit cesser le travail qui a pu le causer et peut l'entretenir ou l'aggraver.

Modifier la position du couchage de sorte que, par la position d'oreillers, la tête soit en demi-flexion et les deux épaules soient maintenues projetées en avant. Le malade pourra s'habituer de dormir le membre intéressé au-dessus de la tête.

L'épaule devra être soulagée du poids du membre supérieur par une écharpe soutenant le coude et l'avant-bras fléchi.

Si on obtient par ces moyens un résultat heureux, on pourra conseiller ultérieurement certains exercices musculaires qui renforceront les muscles qui soutiennent l'épaule, et avant tout le trapèze.

Si ce traitement conservateur échoue, on sera en droit de conseiller une scalénotomie, opération relativement simple et bénigne. Infinitement moins délabrante que l'exérèse d'une côte cervicale comme on procédait avant les constatations et le travail d'Adson en 1927 dans les cas rebelles du syndrome des côtes cervicales.

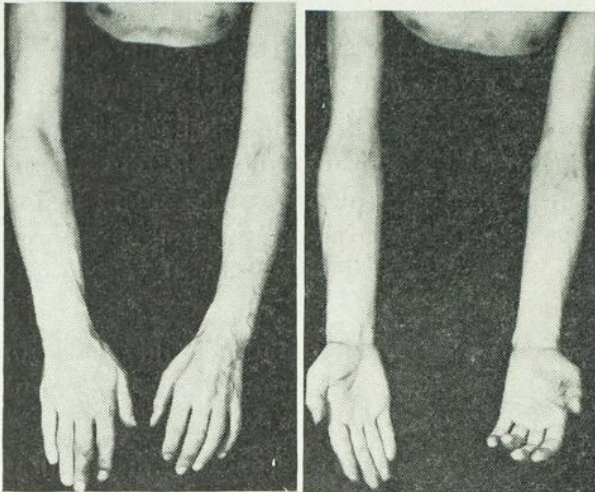
Voici une observation qui illustre bien la pathologie pouvant relever de l'existence de côtes cervicales.

Observation

M. R. L., 35 ans. — Au cours de l'été 1953, un matin au lever, le malade a ressenti une violente douleur au membre gauche avec blanchiment de la main et des doigts. Cette douleur a disparu rapidement après mobilisation du membre et la coloration du tégument est redevenue normale. Cependant un engourdissement a persisté sur le versant interne du membre y compris la main pendant une

quinzaine de jours, sensation qui n'avait jamais été éprouvée auparavant. Puis rentra complètement dans l'ordre.

Avec l'apparition de la température plus froide, le malade a commencé à sentir à la fin de novembre son membre supérieur gauche de nouveau engourdi et « gelé » avec épi-



Ces deux photos montrent bien l'amyotrophie aux trois segments du membre gauche.

sodes de douleurs soudaines, lancinantes, allant du coude à la main. En même temps, la force musculaire et le volume du membre diminuèrent. Le froid était mal supporté, il provoquait des malaises, des engourdissements et un blanchiment progressif de la main et de l'avant-bras.

A la date de l'hospitalisation, le contact avec l'eau froide ou tiède provoquait aussitôt une vive douleur à l'avant-bras et à la main avec décoloration de la peau. Il ne pouvait remuer les doigts et la main que très faiblement. La douleur constante ressentie dans tout le membre était exacerbée par toute mobilisation active ou passive et par la percussion qu'amenait tout contact des doigts ou de la main avec un objet ou une surface dure. Le malade nous suppliait de ne pas déplacer son membre, de l'examiner avec le plus de douceur possible afin de lui éviter la souffrance. Il le protégeait de sa main saine et son aspect manifestait de l'anxiété.

A l'examen du membre supérieur gauche:
Les doigts étaient plus effilés qu'à droite.

La peau y était lisse.

La main montrait une moiteur plus accentuée qu'à droite.

La température locale était abaissée à la main.

Amyotrophie à tous les segments.

La sensibilité à la piqûre diminuée à la main sur les deux tiers internes et le petit doigt; elle était également diminuée, plus légèrement cependant sur la moitié externe de l'avant-bras.

Absence de pulsation de la radiale.

La palpitation au cou laissait percevoir une voussure sous-jacente au sterno-cléido-mastoïdien et de consistance ligneuse.

La pression exercée sur cette voussure et sur la région du scalène antérieur était douloureuse et provoquait des décharges électriques, si on comprimait énergiquement, ressenties à la main gauche.

Aréflexie tricipitale.

Les réflexes radio fléchisseur, cubito-pronateur et tricipital étaient affaiblis.

Faiblesse musculaire du membre.

Limitation du mouvement d'élévation du bras.

Oscillométrie.

Tiers moyen de l'avant-bras.

Droit		Gauche		Droit		Gauche	
0	— 180 —	0	0	— 60 —	0	0	0
1	— 160 —	0	0	— 40 —	0	0	0
2	— 140 —	0	0				
5	— 120 —	0					
6	— 100 —	0					
2	— 80 —	0					

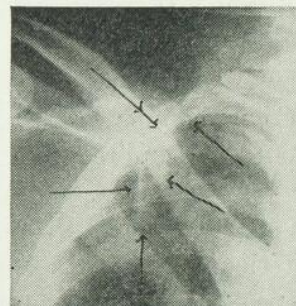


Fig. 1 — Côte cervicale à droite.

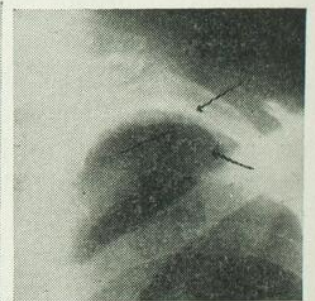


Fig. 2 — Côte cervicale à gauche

Radio de la colonne cervicale. — Présence de côtes cervicales bilatérales.

Intervention chirurgicale le 10/5/54: scalénotomie.

Evolution:

12/5/54. — Amélioration marquée. Le malade peut maintenant mouvoir les trois derniers doigts qui étaient immobiles. Il peut porter la main sur le dessus de la tête, il ne pouvait avant l'opération qu'en atteindre avec difficulté le côté gauche. Les douleurs sont disparues. Engourdissement à la moitié interne de la main. Sensibilité à la piqûre diminuée sur les 2/3 internes et aux trois derniers doigts. Pas de pulsation de la radiale.

17/5/54. — L'engourdissement très léger maintenant n'est ressenti que vis-à-vis les deux derniers métacarpiens à la face dorsale seule de la main. Les mouvements du membre sont redevenus normaux, la force musculaire s'est améliorée. Pas de pulsation radiale. Même tuméfaction au cou.

3/6/54. — Les douleurs sont complètement disparues. Le membre gauche peut exécuter tous les mouvements mais il reste moins fort que le droit, il est surtout plus fatigable aux mouvements, à l'effort, aux exercices. Le malade se plaint encore d'un léger engourdissement à la main y compris les 3 derniers doigts. La main gauche reste plus froide. Quand le malade frappe un objet de sa main gauche, il ressent une accentuation de son engourdissement qui lui est désagréable. Il ne travaille pas encore et se plaint de dyspnée, toux et expectoration attribuées à une bronchite asthmatique pour laquelle il est traité à la clinique du thorax.

COMMENTAIRES

Ils seront brefs.

Notre malade offrait l'ensemble des symp-

tômes et des signes attribuables à la pathologie de la côte cervicale.

Douleurs, paresthésies, amyotrophie, aréflexie, faiblesse musculaire, hypo-esthésie étaient les phénomènes neurologiques ressentis et observés.

Ils indiquaient par leur distribution que la presque totalité du plexus brachial était impliquée. La palpation du cou faisait découvrir une voussure anormale au-dessus de la clavicule.

Enfin, dans le domaine circulatoire, l'anamnèse révélait des accès de syncope locale aux doigts, à la main et même peut-être à l'avant-bras, l'examen montrait une absence de pulsation de la radiale que l'oscillométrie confirmait par l'absence d'oscillations.

La compression sur le plexus brachial par l'action combinée de la côte cervicale et du scalène antérieur se couplait par un processus mécanique de même nature sur la sous-clavière.

Il en résulta, selon la démonstration des faits cliniques, une thrombose de cette artère.

L'opération apporta une amélioration étonnante du syndrome neurologique. Cependant, elle n'eut aucune influence sur la circulation artérielle. En fait, le pouls radial demeura inerte. Il est à présumer que la circulation artérielle restera en permanence interrompue dans les troncs artériels majeurs des membres et que les troubles trophiques constatés aux doigts: aspect effilé, minceur et défaut d'élasticité de la peau, n'auront pas tendance à régresser.

Enfin, la scolénotomie s'avéra ici une intervention très utile.

DÉCÈS APRÈS CHIMISME GASTRIQUE¹

Paul BRAIS,

Service de Médecine, Hôpital Général de Verdun (Montréal).

Cette présentation a pour but de montrer qu'une épreuve médicale même bénigne peut comporter certains dangers.

Nous vous présenterons et discuterons le cas d'une malade décédée au cours d'un chimisme gastrique.

Observation

Une dame de 75 ans est admise dans le Service de médecine le 14 décembre 1953. Elle accuse:

1) une dyspnée intense avec œdème des malléoles et toux grasse.

2) une céphalée occipitale irradiée à toute la tête, et un engourdissement aux orteils.

3) une sensation de constriction à la gorge, avec anorexie et nausées fréquentes.

4) une faiblesse générale.

L'examen objectif nous laisse voir une personne de son âge et de poids normal.

Le système circulatoire indique une P.A. 170/100 avec un souffle mitral systolique s'irradiant vers l'aisselle gauche. Un électrocardiogramme montre une ischémie coronarienne. Les poumons laissent entendre des râles sous-crépitaux aux deux bases. Ceux-ci sont très rares aux sommets.

Une radiographie pulmonaire confirme la congestion des bases et montre aussi des calcifications sur les parois de l'aorte. Le foie est hypertrophié de 4 travers de doigts.

Si l'on se rappelle que cette malade accuse une dyspnée intense avec œdème des malléoles et toux grasse, il est assez facile de concevoir que cette malade souffrait de maladie mitrale en décompensation.

Cette malade est traitée par des pilules de Lancereau et la situation cardiaque reprend son équilibre graduellement.

A l'examen objectif, cette malade présentait des artères radiales et pédieuses très difficiles à palper à droite.

A gauche, l'artère pédieuse n'était pas palpable, et sur cette jambe gauche on notait des taches violacées et rouges.

Si l'on se rappelle que cette malade présente une ischémie coronarienne visible sur l'électrocardiogramme et des calcifications sur les parois de l'aorte, il est facile de conclure que cette malade souffre d'artério-sclérose généralisée. Fait assez normal à son âge, et qui expliquerait la céphalée et les engourdissements dont elle se plaignait.

Nous avons intentionnellement négligé de traiter cette artério-sclérose, se rappelant qu'il s'agissait d'un vieillissement naturel, contre lequel toute thérapeutique est inopérante.

Au cours des analyses de routine, nous avons remarqué que cette malade présentait un diabète sucré avec 160 mg de glucose dans le sang. La glycémie a été réduite à 120 mg avec diète et 12 unités d'insuline le matin. Cette glycémie est retournée à 158 mg peu avant le décès. A ce chiffre le diabète ne peut aucunement expliquer le décès.

Le système digestif ne présentait aucune particularité clinique objective. Bouche, gorge, cou, abdomen n'offraient aucun repère clinique pour amorcer un diagnostic. On décide de faire une investigation radiologique. La radiographie de l'estomac se montre normale avec fonction normale.

A la suite de cet examen, il y avait donc lieu de croire que les aliments passent facilement dans la gorge et l'œsophage, et nous n'avions pas d'explication pour cette sensation de constriction à la gorge dont se plaignait notre malade. Ainsi, anorexie et nausées fréquentes, parfois même accompagnées de vomissements alimentaires, demeureraient sans explication.

1. Communication présentée au Comité Scientifique de l'Hôpital Général de Verdun (Montréal), le 11 mai 1954.

Il est vrai que le foie cardiaque était un facteur dans les troubles digestifs, mais nous sommes demandés si une gastrite atrophique avec néoplasie possible ne serait pas mise en évidence par un chimisme gastrique. Nous avons donc décidé de faire cette épreuve.

Vu que l'état cardiaque de cette malade n'était pas encore rétabli, nous avons retardé cette épreuve. Quelques jours plus tard, le cœur présente un équilibre satisfaisant et l'épreuve est demandée pour le lendemain.

Le chimisme gastrique est entrepris le 5 janvier 1954 à 8 hres a.m. Aussitôt que le tube pénètre dans la gorge et descend plus bas, la malade a une nausée et perd connaissance. On retire aussitôt le tube mais l'état de la malade s'aggrave. Elle devient inconsciente et expire peu après.

* * *

Devant cette catastrophe imprévue, il y a quatre questions qui se sont posées immédiatement.

1) Y avait-il indication de faire un chimisme gastrique.

L'indication du chimisme gastrique à notre sens était double. Le syndrome digestif et l'impuissance de la radiologie à expliquer ce syndrome digestif. Vu la fonction radiologique normale de l'estomac, il était logique de croire à une gastrite et par le chimisme gastrique nous voulions établir si elle était hypertrophique ou atrophique, malgré que l'âge de la malade était en faveur d'une gastrite atrophique. Ainsi nous avons pour but de distinguer le genre de gastrite, aider à éliminer la néoplasie, et conclure à un traitement.

2) Y avait-il contre-indication au chimisme gastrique.

Pour un moment, l'état cardiaque de cette malade était une contre-indication relative de cette épreuve. Mais comme dit antérieurement, une fois le cœur ré-équilibré, nous avons cru que cette malade pouvait tolérer cette épreuve.

La radiographie de l'estomac nous a permis

de conclure que la glotte était perméable et qu'un tube de Lévine pourrait passer.

L'histamine que l'on injecte une fois le tube en place cause une vaso-dilatation généralisée à tous les niveaux. Il était logique de croire que cette médication pourrait aider plutôt que nuire à notre malade. Cependant dans le cas qui nous intéresse, cette injection d'histamine ne fut pas exécutée, car le tube n'a pas été introduit en place dans l'estomac.

Ainsi nous pouvons résumer en disant qu'il n'y avait pas de contre-indication évidente à un chimisme gastrique.

L'âge non plus n'était pas une contre-indication puisque souvent un tube de Lévine est mis en place chez des malades de cet âge.

3) La technique de l'introduction du tube est-elle responsable de ce décès.

Au matin du 5 janvier 1954, le tube a été installé par l'infirmière du service avant notre arrivée. Cependant nous ne croyons pas qu'une erreur de technique puisse avoir des répercussions aussi sérieuses.

Il y a deux alternatives possibles.

a) Le tube est descendu dans l'œsophage. La technique n'est pas en faute et incapable de causer un décès subit en quelques minutes comme ici. Cette technique est répétée des centaines de fois dans les milieux hospitaliers et à ma connaissance aucun accident semblable n'a été déploré.

b) Le tube est passé dans la trachée plutôt que dans l'œsophage. Cette possibilité aurait porté notre malade à la toux plutôt qu'à la nausée, tel que nous l'avons dit tantôt. D'ailleurs, le calibre du tube de Lévine est insuffisant pour causer une obstruction de la trachée avec anoxie et décès.

Même si le tube eut descendu assez bas pour bloquer une branche de son calibre, le poumon opposé demeurerait actif.

Cependant si un tube de Lévine pénètre dans la trachée, il y détermine une irritation locale avec mécanisme de défense. Ce mécanisme de défense se traduirait par une constriction de degré variable, tout comme une faute d'ingestion d'aliments conduisant ceux-ci dans la trachée détermine l'étouffement

secondaire typique que chacun a déjà éprouvé.

Il est vrai que le tube une fois enlevé, cet étouffement devrait aussi disparaître, comme il disparaît après que la toux a vidé la trachée des particules alimentaires, à moins qu'un processus d'inhibition se poursuive même après disparition de l'épine irritative.

Aussi, nous ne croyons pas qu'une telle faute de technique puisse avoir causé la mort à l'exclusion de toute autre cause, mais il y a lieu de croire qu'une telle erreur peut avoir des répercussions désastreuses sur la vie d'une malade âgée de 75 ans, et dont le cœur est déjà chancelant et ré-équilibré depuis peu.

Il faut donc se méfier des erreurs de techniques. Parfois elles peuvent avoir des répercussions imprévues.

4) Quelle est la cause véritable de ce décès.

Une autopsie ne semble pas nous indiquer la cause véritable du décès. Plusieurs choses ont été notées, v.g. sclérose cicatricielle au cœur, sclérose des coronaires, foyers d'alectasie et d'emphysème aux poumons, congestion passive chronique au niveau du foie, pyélonéphrite chronique ancienne, lésions de sclérose intra-lobulaire au niveau du pancréas avec hyalinisation insulaire et gastrite atrophique discrète, mais aucune n'explique ce décès subit et dans les circonstances mentionnées.

Ces différentes observations à l'autopsie ont corroboré le diagnostic clinique, de maladie mitrale décompensée, artério-sclérose généralisée avec coronarite et diabète, mais n'expliquent pas le métabolisme de la mort immédiate.

Pour plus d'information sur ce décès nous avons fait quelques recherches dans la littérature médicale et nous n'avons relevé aucun cas de décès semblable dans les publications médicales de ces 15 dernières années.

Nous avons donc pensé qu'il s'agissait d'une mort par inhibition.

Dans une inhibition nerveuse, il faut toujours considérer deux influx nerveux, selon Best et Taylor. Ces deux influx nerveux,

afférent et efférent, se rencontrent au synapse nerveux central, où il se fait une addition algébrique de ceux-là. Dans le cas d'intensité semblable, la somme algébrique se traduit par zéro et il n'y a pas de réponse nerveuse. Que l'un ou l'autre de ces influx nerveux prédomine et la somme algébrique se traduira par un influx nerveux positif ou négatif. Ainsi l'influx nerveux par son intensité prédominante dans un sens ou l'autre, déterminera une réponse sympathique ou parasympathique.

Dans le cas qui nous intéresse, l'influx nerveux a été déterminé localement, par l'irritation causée par le tube de Lévine. Vu que le tube ne s'est même pas rendu à l'estomac il faut croire que cette irritation locale s'est exercée au niveau du cou.

Au niveau du cou, les systèmes sympathique et parasympathique s'entre-croisent. L'influx nerveux afférent est donc monté dans les cornes antérieures de la moelle, centres du sympathique, et au voisinage des noyaux originaires du pneumogastrique, centres du parasympathique pour cette même région.

L'influx nerveux efférent secondaire s'est relayé aux organes dépendants, avec prédominance sympathique ou parasympathique, suivant l'addition algébrique qui s'est effectuée au synapse central.

La voie sympathique origine des cornes antérieures par des fibres pré-ganglionnaires qui se dirigent aux trois ganglions cervicaux, supérieur, moyen et inférieur. Le ganglion supérieur donne des rameaux post-ganglionnaires au pharynx et œsophage avec une action de dilatation. Un rameau s'en détache aussi pour se joindre au nerf cardiaque supérieur dont l'action est d'accélérer le cœur.

La voie parasympathique supérieure tire son origine de noyaux voisins de ceux du nerf pneumogastrique et accompagne celui-ci dans la distribution anatomique avec branches collatérales au cou et au thorax. Ces fibres pré-ganglionnaires se rendent aux ganglions qui s'échelonnent sur les bronches, et

desquels, des fibres post-ganglionnaires déterminent une action constrictive sur l'arbre bronchique.

Des fibres pré-ganglionnaires accompagnent le pneumogastrique jusqu'au cœur et se perdent dans les ganglions parasympathiques distribués dans les parois du cœur. De ces ganglions, des fibres post-ganglionnaires ont une action d'inhibition sur le cœur.

Chez notre malade, il faut croire que l'irritation nerveuse parasympathique a été prédominante et que la réponse du synapse central s'est faite dans le même sens. Cette action parasympathique s'est transmise suivant la distribution du pneumogastrique ou vague, suivant la terminologie anglaise *vagus nerve*.

Cette prédominance parasympathique a donc causé au cœur, une inhibition fatale, et à l'arbre bronchique une constriction tout

aussi sérieuse. Si ce mécanisme nerveux s'était exécuté avec une prédominance sympathique, il y aurait eu accélération du cœur, broncho-dilatation, et la mort serait inexplicable.

C'est ainsi que nous concevons ce mécanisme d'inhibition qui nous permet de conclure à une mort par inhibition.

Résumé

Une malade de 75 ans décède dans les quelques 30 minutes qui suivent l'introduction partielle d'un tube de Lévine en vue d'un chimisme gastrique. L'autopsie ne révèle aucune pathologie qui puisse expliquer le décès subit dans de telles circonstances. Nous croyons qu'il s'agit d'une mort par inhibition et nous tentons d'en expliquer le mécanisme.

**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 83, No 10 — Montréal, Octobre 1954

OÙ EN SOMMES-NOUS ?

L'essor qui se réalise au point de vue hospitalier dans la province de Québec est vraiment extraordinaire. Les institutions hospitalières traversent une période incontestable de progrès accéléré. Ceci tient en grande partie aux facilités matérielles apportées par la construction des nouveaux hôpitaux qui sont dotés de tout ce que la science moderne peut mettre au service de l'homme.

Il est donc intéressant pour nous de jeter un coup d'œil d'ensemble sur le milieu médical et sur la médecine au Canada français. Aborder ce sujet sur le plan historique et universel avec des observateurs étrangers, mais bien au courant de la vie canadienne, est même passionnant. C'est pourquoi ici on verra bien moins l'expression d'un goût morbide de la critique, mais plutôt un désir de corriger les déficiences et de tirer plein parti des multiples talents et richesses à notre portée afin de mieux contribuer à la médecine universelle.

Nos progrès sont tangibles: les médecins étrangers ou anglo-canadiens se plaisent à le souligner. Le magnifique développement hospitalier commencé depuis 1945, ainsi que l'équipement ultra-moderne de ces hôpitaux met notre province à un niveau d'excellence

comparable à ce qu'on trouve aux Etats-Unis. Il y a peu de doute qu'à ce point de vue, nous sommes sur un pied supérieur, en général, à ce qu'on voit en Europe. Il y a de quoi être fier et optimiste, même si sur le plan professionnel et scientifique nous n'avons pas tout à fait emboîté le pas. Ces splendides réalisations, nous les devons surtout à la politique éclairée des Ministères fédéral et provincial de la Santé. Ce n'est pas d'ailleurs leur seul mérite. Les nombreuses bourses accordées pour trois ans à la suite de l'entente fédérale-provinciale, permettent à un grand nombre de jeunes médecins, l'acquisition, dans les meilleurs centres américains ou autres, d'une formation scientifique et d'une compétence plus solides. Pour sûr, il existe encore une bonne part d'impressionnisme, de dogmatisme clinique, une habitude de vague, de l'imprécis et de l'à-peu-près, mais il est heureux de constater chez un bon nombre le désir d'intégrer la médecine scientifique dans la pratique professionnelle. On remarque un certain renouveau, une soif d'objectivité et du travail bien fait et un sens plus aigu de la curiosité intellectuelle.

Cette politique des bourses accordées pour trois ans a eu des effets très heureux. Nous souhaitons qu'elle se continue et devienne même permanente. Parallèlement à ces contributions gouvernementales de Québec et d'Ottawa, signalons la formation de l'Institut de Cardiologie. Il faut lui souhaiter tout le succès possible. L'Organisation du récent cours de cardiologie et le magnifique forum de l'Association des Médecins de la Rive-Sud répondent à un immense besoin que sentent les médecins praticiens de se mettre au

point sur les plans clinique et scientifique. Cette idée de cours post-gradués spécialisés et de la formule des forums offrent un magnifique champ d'action pour nos représentants au bureau des gouverneurs du Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec. Peut-être qu'en élevant ainsi le niveau et les standards de la pratique médicale, trouvera-t-on un moyen plus efficace de faire échec aux charlatans et aux chiropraticiens?

Une des manifestations les plus importantes du progrès médical chez nous, consiste dans l'organisation et les contributions scientifiques des centres de recherches fondamentales comme l'Institut du Cancer de l'hôpital Notre-Dame, l'Institut d'Hygiène de Montréal et l'Institut de Biologie de Laval, et aussi des centres de diagnostic et d'investigation clinique comme l'Institut Lavoisier et le Département de Recherches Cliniques de l'Hôtel-Dieu. Nous ne croyons pas que le succès et le prestige de ces deux derniers organismes auraient pu être possibles sans l'institution, dès le début, du système plein-temps, facteur responsable plus que tout autre de l'excellence de l'enseignement et du progrès médical aux Etats-Unis.

Nous n'oublierons jamais, à ce propos, les paroles dites avec tant de force et de passion par le professeur R. Kourilski qui réclamait à l'issue d'une séance spéciale dans son service (27 mars 1952, Hôpital St-Antoine, Paris), la formation urgente de départements de recherches cliniques dans les hôpitaux français, la préparation adéquate d'hommes épris de vraie médecine scientifique et l'établissement du système plein-temps.

Ces vœux, on les retrouve aussi dans le rapport de l'enquête récente sur les recherches dans la province de Québec (juin 1953). Le Dr Armand Frappier et ses collaborateurs, après avoir analysé les raisons pour lesquelles les recherches cliniques étaient quasi-inexistantes chez nous (page 92), recommandaient la création et le soutien de départements de recherches cliniques dans les grands centres hospitaliers du Québec (page 114). Il faut donc rendre hommage à la clairvoyance des dirigeants de l'Hôtel-Dieu de Montréal et de l'Institut Lavoisier qui se sont engagés dans cette voie afin que la synthèse soit faite entre la médecine clinique et les sciences fondamentales de biochimie, de biophysique et de physiologie.

A côté de ces réalisations qui ont dépassé le stage des promesses, bien des observateurs déplorent avec gêne, la crise de confiance, pourrait-on dire le snobisme, d'une partie assez importante de l'élite canadienne-française qui s'achemine régulièrement vers les centres étrangers de diagnostic et de traitement comme les Cliniques Leahy et Mayo. Serait-ce une indication que « notre médecine n'est pas à la hauteur de la haute médecine scientifique telle que pratiquée dans les grands centres étrangers particulièrement aux Etats-Unis? » (Union Médicale du Canada, 77: 1187, 1948).

Faut-il mentionner aussi la situation illogique, sinon pénible, causée par l'isolement respectif de nos deux seules facultés de médecine de Laval et de Montréal, et de l'absence de collaboration active? Beaucoup de jeunes souhaiteraient un échange régulier de

professeurs, des bureaux mixtes d'examineurs et un internat junior ouvert dans les hôpitaux universitaires de Laval et Montréal, à tous les gradués de ces deux universités. Il y aura lieu de revenir plus à fond sur ce sujet. L'important est de travailler tous et d'apporter notre contribution positive, si minime soit-elle, au progrès de la médecine et de la santé publique.

Terminons ces réflexions en souhaitant que nos progrès justifient de plus en plus pleinement ce qu'un des meilleurs amis des médecins canadiens-français, le Dr J. S. L. Browne, professeur de Médecine à l'Université McGill, a appelé *la renaissance de la médecine canadienne-française*.

Jacques GENEST,
F.A.C.P., F.R.C.P.(C).

HYGIÈNE ET MÉDECINE SOCIALE

APERÇU SUR L'ÉVOLUTION DÉMOGRAPHIQUE ET SANITAIRE DE LA FRANCE

P. HILLEMAND, Mme VIGUIÉ et LELIÈVRE (Paris).

Si le chiffre de la population française s'est accru régulièrement au cours des siècles précédents, cette progression ne s'est plus manifestée dans la première moitié du 20^{ième} siècle.

Une baisse de la population, légère il est vrai, s'est même amorcée, alors qu'au contraire, la population de la plupart des autres pays de l'Europe Occidentale continuait à s'accroître.

Etant donné que la mortalité n'avait cessé de diminuer en France pendant cette période, il est bien évident que la baisse de la natalité représentait une des causes déterminantes de cette situation.

Cette baisse de la natalité, depuis de longues années, s'était progressivement aggravée au point d'atteindre des proportions très inquiétantes dans la période précédant la dernière guerre mondiale.

A ce moment, le nombre des naissances tomba à un chiffre égal sinon inférieur à celui des décès (ainsi en 1938 le taux de natalité pour 1 000 habitants n'est que de 14,6 alors que le taux de mortalité s'élève à 15,4).

Un renversement de cette situation s'opère cependant à partir de 1946, renversement qui n'est pas seulement dû à l'accentuation de la baisse de la mortalité, mais aussi à une recrudescence de la natalité: le taux de natalité pour l'année 1946 atteint 20,6 alors que le taux de mortalité n'est que de 13,3. Le nombre annuel des naissances, qui se situait aux environs de 650 000 entre 1935 et 37, s'élève à environ 860 000 entre 1948 et 50. La comparaison avec les nombres moyens des décès observés pendant ces mêmes périodes (640 000 et

535 000) met en évidence une très sensible augmentation de l'excédent des naissances sur les décès. Celui-ci de 10 000 environ pour la période 1935 à 37 atteint 325 000 pour la période 1948 à 50. Une reprise de la progression de la population française s'amorce alors (40 320 000 habitants en 1946 — 42 240 000 habitants en 1951).

Depuis 1951 toutefois, une légère diminution de la natalité se manifeste à nouveau. S'accentuera-t-elle? la natalité française retombera-t-elle aux taux très bas de l'avant guerre? ou bien demeurera-t-elle supérieure à ceux-ci? L'avenir seul le montrera. Un certain optimisme est cependant autorisé. La récente augmentation des naissances peut en effet ne pas être attribuable à la poussée habituellement observée à la suite des guerres, et il apparaît légitime d'y voir aussi le résultat de la politique familiale instaurée à partir de 1939. Il est à souhaiter que cette hypothèse se vérifie et que, pour l'avenir de la nation, la balance démographique française garde au moins ses caractéristiques actuelles.

Ainsi que nous l'avons déjà signalé plus haut la *mortalité*, en France, comme d'ailleurs dans la plupart des pays d'Europe Occidentale et d'Amérique du Nord, est en décroissance régulière. De 20 p. 1 000 habitants en 1900, le taux de mortalité en France tombe à 15 p. 1 000 habitants en 1936 et 12,2 en 1952.

Cette diminution est essentiellement due à la régression de la mortalité par *maladies infectieuses* (régression particulièrement marquée chez les enfants et les vieillards) et à la régression de la mortalité par *tuberculose*. Une sensible augmentation de la durée moyenne de la vie et, pour un pays à fécondité assez

basse, un vieillissement de la population sont les conséquences de cette évolution.

Pour 100 habitants, il y a actuellement en France 30 enfants, 54 adultes et 16 vieillards, alors qu'il y a un siècle la proportion des vieillards n'était que de 10 pour cent.

Ce vieillissement de la population, commun d'ailleurs à tous les pays de civilisation européenne, n'est pas sans poser de graves problèmes d'ordre économique et social.

La régression de la mortalité a porté surtout ainsi que nous l'avons déjà indiqué plus haut sur la *mortalité infantile*. La comparaison des taux de mortalité infantile (nombre de décès d'enfants de 0 à 1 an pour 1 000 naissances vivantes) témoigne avec évidence de cette évolution. De 202 pour 1 000 aux environs de 1875 et de 158 en 1911, il passe à 67 en 1936, à 41 en 1952 et à 37 en 1953, après avoir marqué, il est vrai, une importante recrudescence pendant les années de guerre.

La diminution spectaculaire des décès par affections broncho-pulmonaires et par gastro-entérites est la cause essentielle de cette amélioration. La mortalité la plus difficile à vaincre reste celle du premier mois de la vie (actuellement $\frac{1}{3}$ des décès enregistrés en France au cours de la première année surviennent pendant le premier mois, le plus fréquemment chez des prématurés).

Pour les enfants de 1 à 4 ans une diminution de la mortalité est également à signaler: les taux de mortalité pour cette catégorie d'âge de 5,40 pour 1,000 en 1936 tombent à 2,38 en 1952.

La *mortinatalité*, pour 1 000 naissances au total, marque, elle aussi, une évolution favorable, un peu plus lente cependant à se préciser que celle de la mortalité infantile: de 36 pour 1 000 en 1936, elle est tombée à 24 en 1952.

Quant au taux de *mortalité maternelle* pour 1 000 accouchements, il convient de le signaler particulièrement: de 2,2 en 1936, il est tombé à 0,7 en 1952, chiffre qui représente un des meilleurs pourcentages mondiaux actuels.

— Cette évolution favorable de la mortalité infantile et de la mortalité maternelle est directement liée à l'élaboration progressive en France dans les 75 dernières années *d'une législation destinée à assurer la protection médico-sociale de la mère et de l'enfant*, législation dont les dispositions ont été réunies dans un texte unique *l'ordonnance du 2 novembre 1945*. Celle-ci organise la protection sanitaire et sociale des futures mères, des mères et des jeunes enfants jusqu'à 6 ans.

Les dépenses déterminées par l'application de cette loi sont obligatoires et réparties entre l'Etat, les départements et les communes.

Tout un ensemble de mesures destinées à assurer à l'enfant et à la mère les meilleures conditions de vie sont prévues. Ce sont:

— *l'examen médical prénuptial*. Celui-ci, s'il est obligatoire, ne peut en aucun cas quels qu'en soient ses résultats empêcher le mariage. Il permet seulement d'avertir éventuellement le responsable des conséquences possibles d'un état pathologique tant pour son conjoint futur ou la descendance;

— *les examens médicaux de la future mère* aux 3ième, 6ième et 8ième mois de sa grossesse;

— dans certains cas *l'examen médical du futur père*;

— *l'examen post-natal de la jeune mère*;

— *la surveillance médicale et sociale* de l'enfant jusqu'à 6 ans. La première est assurée dans les consultations de nourrissons, la seconde au moyen de visites à domiciles par des assistantes sociales. Cette surveillance sociale porte particulièrement sur les enfants placés hors du domicile de leurs parents, ou vivant dans des conditions particulières;

— l'institution du *carnet de santé* destiné à recevoir mention de tous les états pathologiques à partir de la naissance.

Un service de la Protection Maternelle et Infantile créé dans chaque département et intégré dans le service d'Hygiène Sociale est chargé d'y assurer l'application de la loi. Application qui a déterminé la création d'un

réseau serré d'établissements de protection maternelle et infantile: consultations prénatales, consultations de nourrissons, (sur 1 600 000 enfants de moins de 2 ans, 45 pour cent fréquentaient les 8,200 consultations de nourrissons recensées), consultations du 2^{ième} âge (de 2 ans à 5 ans), centres de lutte contre la stérilité conjugale, maisons maternelles, centres de placement familial surveillés, pouponnières, crèches, gouttes de lait, lactariums, garderies et jardins d'enfants.

Des dispositions particulières du ressort de la législation de Sécurité Sociale concernent en outre les assurées sociales ou les femmes des assurés.

L'« assurance maternité » prévoit le remboursement des frais médicaux, pharmaceutiques et hospitaliers relatifs à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites.

Pour les travailleuses assurées sociales une indemnité journalière est susceptible d'être perçue pendant 14 semaines (6 semaines avant et 8 semaines après l'accouchement) à condition de cesser tout travail pendant cette période.

Des primes d'allaitement mensuelles sont attribuées aux mères élevant leur enfant au sein.

Telles sont brièvement résumées les grandes lignes de l'organisation française de la protection de la mère et de celle de l'enfant jusqu'à 6 ans. Nous y ferons figurer également les mesures relatives au traitement de la *prématuration*. Contre celle-ci, qui constituait un des bastions les plus difficilement réductibles de la mortalité infantile, un vaste réseau de centres spécialisés (centres où le prématuré est transporté d'urgence) a été mis en service sur l'ensemble du territoire.

Signalons encore les efforts faits en vue d'améliorer la qualité hygiénique du lait.

A partir de l'âge de 6 ans, le contrôle médical des enfants incombe aux services de l'*Hygiène scolaire* dépendant du Ministère de l'Education Nationale.

Ce contrôle réglementé par l'ordonnance du 18 octobre 1945 atteint maintenant les écoliers

et étudiants de tous ordres d'enseignement ou d'état ou libre, ainsi que le personnel en contact avec les élèves. Les frais qui en résultent sont entièrement à la charge de l'Etat.

*
* *
*

Les premiers efforts effectués en France sur le plan national pour réduire la mortalité infantile et qui remontent à (1874) sont bien antérieurs à ceux faits, à cette même échelle, dans le but de lutter contre les redoutables fléaux sociaux que constituent la *tuberculose*, les *maladies vénériennes* et le *cancer*.

C'est seulement dans les 25 dernières années en effet que la lutte contre ces maladies s'organise de façon systématique et rationnelle en France. Si, dans le domaine de la tuberculose et des maladies vénériennes, les acquisitions thérapeutiques des dernières années ont permis d'obtenir des améliorations parfois spectaculaires, la lutte contre le cancer, en l'absence de thérapeutique spécifique, reste évidemment assez décevante. Mais il s'agit là d'une situation qui n'est pas particulière à la France.

En ce qui concerne la *tuberculose*, il est très difficile de fournir des données valables sur l'incidence réelle de la maladie en France, le principe de l'obligation de sa déclaration n'ayant pas encore été adopté.

Les seuls renseignements de valeur sur la morbidité tuberculeuse sont ceux obtenus au moyen de dépistages systématiques pratiqués dans certaines collectivités (administrations, collectivités scolaires, dispensaires). De la confrontation des renseignements émanant de ces différentes sources, il ressort que, dans les trois dernières années, la morbidité par tuberculose paraît être restée sensiblement stationnaire en France alors que la mortalité accusait au contraire une baisse très notable. Ce taux de mortalité (nombre de décès pour 100 000 habitants) de 60,5 en 1951 tombait à 43 en 1952. Rappelons qu'en 1927, il était de 170 et que pendant la dernière guerre, il s'est élevé jusqu'à 134 en 1941.

La législation antituberculeuse française a été entièrement refondue, à la fois unifiée et étendue à partir de 1945. La recrudescence marquée par la tuberculose au cours de la guerre rendait d'ailleurs urgente l'organisation d'un plan de défense rigoureux.

Celui-ci comprend deux grandes catégories de mesures: celles destinées à *prévenir* la maladie et celles visant à assurer le *traitement* des malades dans les meilleures conditions.

Dans la première catégorie nous indiquons:

a) — l'organisation dans chaque département d'un *réseau* de *dispensaires* pour le dépistage de la maladie. Il existe actuellement 1 dispensaire pour 47 000 habitants.

b) — la création de *centres de placement surveillés et d'aériums* pour les enfants qui doivent être soustraits à la contamination.

c) — Enfin la *vaccination* par le *B.C.G.* dont l'obligation a été récemment instituée pour certaines catégories de la population (enfants — étudiants en médecine et en art dentaire — élèves des écoles d'infirmières, d'assistantes sociales et de sages-femmes — personnels hospitaliers — personnels des administrations publiques — militaires — personnels de certaines entreprises industrielles et commerciales travaillant en milieu insalubre ou manipulant des denrées alimentaires.)

Quant à la cure et à la post-cure des tuberculeux dans l'organisation actuelle, elle est susceptible de s'effectuer dans un certain nombre d'établissements:

a) *centres départementaux de phthisiologie* qui placés en principe au chef-lieu du département, constituent essentiellement des centres de diagnostic, de triage, d'orientation et de traitement et représentent les pivots véritables de l'organisation du traitement des tuberculeux. Ces services groupent 17 000 lits environ soit 42 lits pour 100 000 habitants.

b) *sanatoriums* qui sont destinés à recevoir des malades atteints de formes curables ou améliorables pulmonaires ou extra pulmonaires de la maladie. Ils groupent 37 000 lits soit 90 lits pour 100 000 habitants.

c) *sanatoriums de post-cure* pour l'adaptation et la réadaptation professionnelle, ils ne totalisent actuellement que 3 000 lits environ.

d) *préventoriums* pour les sujets convalescents de primo-infections avec atteinte de l'état général, les sujets porteurs d'adénopathies médiastives, les convalescents de pleurésies séro-fibrineuses, et d'érythème noueux ainsi que les malades présentant des adénopathies périphériques ou des tuberculoses externes non suppurées. Il existe actuellement environ 19 500 lits dans les établissements de cette catégorie soit 47 lits pour 100 000 habitants.

L'insuffisance du nombre des lits de sanatoriums constitue à l'heure actuelle un problème particulièrement délicat auquel les autorités sanitaires s'efforcent de porter remède: les longs délais d'attente entraînant trop souvent un encombrement des services hospitaliers urbains.

Les progrès accomplis dans le domaine de la lutte antituberculeuse sont certes appréciables, ils demandent cependant encore à être intensifiés, la France reste encore en effet un des pays d'Europe Occidentale où la mortalité par tuberculose est élevée.

L'incidence des *maladies vénériennes* en France qui, grâce aux efforts prophylactiques, n'avait cessé de diminuer jusqu'en 1939, a augmenté à nouveau au cours de la dernière guerre. Depuis 1946 une baisse considérable de ces affections est observée, phénomène lié surtout à l'activité des thérapeutiques antibiotiques, chimiques et fongiques.

Le nombre de cas de *syphilis* qui atteignait 17 595 en 1946 tombe à 1,874 en 1952. Pour la *blennorragie* la régression, tout en étant moins remarquable, est cependant très appréciable: 37 787 cas en 1945 — 15 098 en 1952.

L'organisation de la *prophylaxie antivénérienne* en France est établie sur la base de deux textes essentiels: la loi du 31 décembre 1942 et celle du 8 juillet 1948, textes d'inspiration purement épidémiologique.

Les principales mesures instituées sont:

— la *déclaration obligatoire* pour le médecin

des *maladies vénériennes en période contagieuse*.

Cette déclaration pouvant être nominale si le malade refuse ou interrompt son traitement, s'il s'adonne à la prostitution, ou s'il est susceptible de faire courir des risques à des tiers du fait de sa profession ou de son genre de vie.

— *l'obligation du traitement*, celui-ci pouvant se pratiquer à l'hôpital ou chez un médecin particulier.

— *l'hospitalisation d'office*, celle-ci pouvant être prescrite dans le cas où le malade contagieux, malgré l'avertissement de l'autorité sanitaire, refuse de commencer ou de poursuivre son traitement, ou si celle-ci est demandée par le médecin pour un malade susceptible de faire courir des risques à des tiers, ou encore s'il s'agit d'un sujet contagieux inscrit au Fichier Sanitaire et Social de la Prostitution.

— *la surveillance sanitaire spéciale des agents de contamination ou des personnes présumées telles*.

La lutte contre la prostitution est réglementée en France par une loi du 13 avril 1946 tendant à la fermeture des maisons de tolérance et au renforcement de la lutte contre le proxénétisme. Ce texte ne constitue pas une loi sanitaire, au contraire des lois de 1942-1948 et de la loi du 24 avril 1946 qui a institué un *Fichier Sanitaire et Social de la Prostitution*.

L'inscription à ce fichier est décidée par une commission départementale médicale. Elle intervient pour les sujets condamnés pour racolage, ou pour les personnes à l'encontre desquelles existent des présomptions graves qu'elles se livrent à la prostitution.

Un Fichier central fonctionne à Paris.

Toute personne inscrite au Fichier est placée sous la surveillance de l'autorité sanitaire et astreinte à un examen médical bihebdomadaire, à un examen bactériologique des exsudats génitaux chaque semaine et à un examen humoral tous les mois.

L'organisation administrative de la lutte antivénérienne a été fixée par la loi du 18 août 1948 qui prévoit l'existence dans chaque dé-

partement d'un service de la lutte antivénérienne intégré comme le service de la lutte antituberculeuse, celui de la protection maternelle et infantile et celui de la prophylaxie mentale dans le Service Départemental d'Hygiène Sociale et placé comme tel sous la direction du médecin Directeur Départemental de la Santé. Les dépenses concernant la lutte antivénérienne sont obligatoires et réparties comme telles entre l'Etat et les collectivités locales. Il existe en France environ 584 dispensaires antivénériens soit 1 pour 70 000 habitants et 129 services hospitaliers spécialisés représentant 4 607 lits soit 11 pour 100 000 habitants.

— *Le cancer* représente avec les maladies de l'appareil cardio-vasculaire une des causes principales de mortalité en France, intervenant de façon beaucoup plus fréquente actuellement que la tuberculose.

Le nombre annuel des décès par cancer a marqué, en France, une ascension très nette entre les années 1936 à 1949 (44 267 à 70 383). Il se maintient depuis à un taux élevé 76 631 en 1952 alors que la mortalité générale est en régression continue depuis 1944.

Le taux de mortalité par cancer (nombre de décès pour 100 000 habitants de 137 en 1936 s'est élevé à 181 en 1952), le taux de mortalité par tuberculose n'était rappelons-le que de 43 pour cette même année.

Cette augmentation de la mortalité par cancer est vraisemblablement plus apparente que réelle: elle semble liée à l'amélioration des moyens de diagnostic au cours des dernières années et au fait que la mortalité générale diminuant régulièrement la place relative occupée par le cancer devient plus importante, phénomène qui n'est d'ailleurs pas particulier à la France.

Quant à la morbidité par cancer, il est très difficile de fournir à son sujet des indications de valeur, étant donné l'absence de mesures instituant l'obligation de la déclaration. Les résultats de certaines enquêtes ont permis cependant d'évaluer la morbidité annuelle à environ 200 000 cas.

Alors que la lutte antituberculeuse, la lutte antivénérienne et la Protection maternelle et infantile incombent à des services départementaux, la lutte contre le cancer, établie sur les bases de l'ordonnance du 1er octobre 1945, est réalisée à l'échelon régional. 16 centres régionaux répartis sur le territoire constituent les pivots de cette organisation. Intégrés le plus souvent aux centres hospitaliers régionaux, ils constituent aussi parfois des établissements indépendants.

Dans tous les cas, ils groupent des équipes médico-chirurgicales spécialisées, l'équipement nécessaire et représentent essentiellement des centres de diagnostic, de traitement, de recherche et d'enseignement.

Le nombre de lits d'hospitalisation et les disponibilités de traitement dans les centres anticancéreux restent malheureusement faibles, et un grand nombre de malades sont actuellement traités dans les services chirurgicaux et les services de radiothérapie hospitaliers.

La solution du problème posé par le traitement des cancéreux semble d'ailleurs ne pas devoir se trouver exclusivement dans le développement des centres, mais aussi dans l'équipement de plus en plus poussé tant en personnel qu'en matériel spécialisés des services hospitaliers.

L'organisation de la lutte contre les grands fléaux sociaux s'est considérablement améliorée dans les 15 dernières années. La législation sanitaire française, en effet, a été complètement renouvelée depuis 1940 en ce qui concerne la lutte contre la tuberculose, les maladies vénériennes, le cancer et la protection maternelle et infantile.

Bien des progrès restent cependant à accomplir. A l'échelon national notamment, la lutte contre les *rhumatismes* et les *affections cardio-vasculaires* n'est pas encore prévue, alors que les affections cardio-vasculaires sont une des causes les plus fréquentes de décès, et le rhumatisme un des plus importants facteurs d'invalidité.

Au sujet de *l'alcoolisme* dont les incidences sanitaires et sociales ont une telle importance

dans notre pays, il convient de signaler qu'une loi récente du 15 avril 1954 institue la surveillance sanitaire de l'alcoolique présumé devoir être dangereux pour autrui, ainsi qu'éventuellement son hospitalisation d'office dans des centres spécialisés en vue de sa désintoxication. Le même texte prévoit l'obligation de faire procéder aux vérifications médicales (cliniques et biologiques) tendant à faire la preuve de la présence d'alcool dans l'organisme, sur la personne de l'auteur d'un crime, d'un délit ou d'un accident de la circulation qui semble avoir été commis sous l'empire de l'alcoolisme.

Nous donnerons maintenant un rapide aperçu des conditions dans lesquelles s'effectue en France la lutte contre les *maladies transmissibles*. Celles-ci sont fixées dans un texte de base, la loi du 15 février 1902. Si certaines dispositions de cette loi ont été remaniées et complétées, les principes essentiels qu'elle établissait (information épidémiologique — mesures à l'égard des malades et notamment conditions de l'isolement et de la désinfection — mesures pour la protection des sujets sains) restent les fondements de l'organisation actuelle.

Un certain nombre de maladies transmissibles sont, en France, à déclaration obligatoire, alors que pour d'autres la déclaration reste facultative.

Maladies à déclaration obligatoire:

1. Fièvres typhoïde et paratyphoïde C T
2. a) Typhus exanthématique C T
b) autres rickettsioses
3. Variole C T
4. Scarlatine C T
5. Rougeole C
6. Diphtérie C T
7. Suettes Miliare C T
8. Choléra C T
9. Peste C T
10. Fièvre jaune C T
11. a) Dysenterie bacillaire
b) Dysenterie Amibienne C T
12. Toxi-infections alimentaires collectives C
13. Méningite cérébro-spinale à méningocoques C

14. Poliomyélite antérieure aiguë C T
15. Trachome C
16. Brucelloses (fièvre ondulante ou méli-tococcie) C T
17. Lèpre C T
18. a) Leptospirose (spirochétose ictéro-hé-morragique) C
b) autres leptospiroses
19. Psittacose C T
20. Tétanos
21. Typhus récurrent (fièvre récurrente) C T
22. Coqueluche C
23. Tularémie
24. Paludisme primaire autochtone C

La déclaration reste *facultative* pour les maladies ci-dessous énumérées:

- A. Tuberculose pulmonaire
- B. Grippe épidémique
- C. Pneumonie et broncho-pneumonie
- D. Erysipèle
- E. Oreillons
- F. Teigne

La lettre C correspond à la désinfection en cours de maladie, la lettre T à la désinfection terminale. Leur adjonction implique la nécessité de la pratique de l'une ou des deux méthodes.

Les malades à déclaration facultative peuvent également donner lieu à désinfection.

Les *vaccinations* jouent évidemment un rôle de premier plan dans la prophylaxie des maladies transmissibles et nous évoquerons ci-dessous rapidement dans quelles conditions elles sont pratiquées en France.

a) Certaines vaccinations sont obligatoires pour *l'ensemble* de la population, ce sont:

la *vaccination antivariolique* dans le courant de la première année avec revaccination au cours des 11^{ième} et 21^{ième} années.

les *vaccinations antidiphthériques-antitétaniques* (D) (T) associées entre 12 et 18 mois avec injection de rappel l'année suivante.

b) Des vaccinations sont obligatoires pour *certaines catégories* de la population:

catégories professionnelles: toute personne exerçant dans un établissement ou organisme public ou privé de prévention ou de soins

une activité professionnelle l'exposant à des risques de contamination doit être obligatoirement vaccinée contre la variole, les fièvres typhoparatyphoïdes A et B, la diphtérie et le tétanos et maintenue dans un état d'immunité suffisant à l'égard de ces affections.

L'obligation des vaccinations ou revaccinations antivariolique, antidiphthérique-antitétanique et antityphoparatyphoïdique a été instituée dans l'armée.

c) La pratique de certaines vaccinations peut être prescrite dans des *circonstances particulières*. Ainsi: la vaccination TAB peut être rendue obligatoire pour tous les sujets de 10 à 30 ans résidant dans une zone menacée par une épidémie de fièvre typhoparatyphoïde.

En cas de guerre, de calamité publique, d'épidémie ou de menace d'épidémie l'obligation de la vaccination ou de la revaccination antivariolique de tous les sujets ne pouvant justifier avoir été vaccinés ou revaccinés avec succès depuis moins de 5 ans peut être instituée.

d) Certaines vaccinations enfin sont *recommandées*: notamment l'association de la vaccination TAB à la vaccination DT, lorsque cette dernière n'a pu être pratiquée avant l'âge de 6 ans. La vaccination TAB est conseillée aux enfants se rendant en colonies de vacances.

Quant à la vaccination anticoquelucheuse il est à souhaiter que sa diffusion pallie les risques graves que la maladie fait courir aux nourrissons.

Un bref exposé de la situation épidémiologique actuelle en France permettra d'apprécier les résultats acquis et les progrès encore à accomplir.

Les *manifestations des maladies dites pestilentielles* ont pratiquement disparu de France et cela notamment pour le *choléra*, la *peste* et la *fièvre jaune*.

Grâce à la mise en application de la vaccination antivariolique, la *variole* qui sévissait encore à l'état endémique au début du siècle

ne fait plus que de très rares apparitions, toujours consécutives d'ailleurs à des cas importés. Alors que pour la seule année 1907 2 679 décès par cette maladie étaient enregistrés, 25 seulement sont signalés au cours des années 1942 à 1952 et cela malgré les risques accrus de contagion dus à la période de guerre. Aucun cas de variole n'a été observé en 1953.

Le *typhus exanthématique*, qui aurait pu se propager en France au retour des prisonniers et des déportés, n'y a fait, grâce à l'usage des nouveaux procédés de désinsectisation et de la vaccination, qu'une apparition limitée.

En ce qui concerne les autres maladies transmissibles il convient de souligner une régression spectaculaire de la *diphtérie*, régression qui a coïncidé avec la mise en application étendue de l'obligation vaccinale en France: 47 750 déclarations en 1943, 2 495 seulement en 1953. 3 312 décès en 1945, 115 seulement en 1952.

On observe en outre une sensible diminution de l'endémie *typhoparatyphoïdique*: 22 478 cas en 1949, 3 900 seulement en 1953, soit un des chiffres annuels les plus bas qui ait été enregistrés. Cette amélioration paraît surtout liée à l'amélioration des conditions d'hygiène générale et de la salubrité des denrées alimentaires.

Parallèlement à cette diminution de la morbidité par fièvres typhoparatyphoïdes une diminution du nombre des décès par ces maladies se manifeste, due, pour la plus grande part, à la remarquable efficacité des nouvelles thérapeutiques antibiotiques.

Une régression de la mortalité s'observe également pour la *rougeole*, la *scarlatine*, la *méningite cérébro-spinale*, le *tétanos* et la *coqueluche* (pour cette dernière affection, le chiffre absolu des décès annuels est tombé de 3 000 en 1911 à 566 en 1952).

De tels résultats pourraient inciter à un relâchement de certaines mesures prophylactiques, notamment de celles concernant les

obligations vaccinales à l'égard de la variole et de la diphtérie. L'expérience montre malheureusement que les progrès obtenus dans ce domaine ne peuvent être considérés comme définitivement acquis et que tout abaissement de l'immunité de la population se solde par une reprise de la maladie: la variole n'a rien perdu de sa haute contagiosité, quant à la diphtérie de récentes épidémies survenues dans des milieux scolaires insuffisamment vaccinés mettent en évidence la permanence du danger qu'elle représente.

Il serait souhaitable même qu'à l'égard de certaines maladies, telles que la coqueluche et le tétanos, les mesures de prophylaxie soient intensifiées. Malgré la diminution constatée du nombre de décès provoqués par ces deux affections, ceux-ci représentent encore plus de la moitié des décès rapportés aux maladies transmissibles en France. La diffusion de la vaccination anticoquelucheuse et une propagande active en faveur des revaccinations antitétaniques dans certaines catégories de la population particulièrement exposées devrait permettre d'accuser encore les progrès déjà acquis.

Les maladies à virus représentent en France, comme partout dans le monde d'ailleurs, le chapitre noir de l'épidémiologie contemporaine et c'est à juste titre que la grippe, l'hépatite à virus et surtout la poliomyélite font l'objet des préoccupations des épidémiologistes et des thérapeutes.

Si la progression de la poliomyélite n'est pas aussi marquée en France que dans certains pays étrangers, il n'en reste pas moins que la maladie y accuse depuis 25 ans une augmentation constante (200 cas annuels environ entre 1917 et 1930 — environ 1 700 cas annuels de 1949 à 1953).

Nous terminerons enfin par une courte mise au point de la question des carences alimentaires graves: c'est seulement pendant la période de guerre que des maladies carenciales du type de la pellagre, des œdèmes, des ostéopathies se sont manifestées.

Cette pathologie n'a pas actuellement d'importance sociale dans notre pays.

La consommation réelle du Français moyen est dans l'ensemble d'ailleurs un peu plus élevée que celle qui correspondrait aux standards établis par le National Research Council.

Le Français moyen dépense environ 50 à 60% de ses revenus pour se nourrir et la consommation de viande, à elle seule, absorbe 1/16 du revenu familial. Le niveau de vie du

Français se trouve ainsi essentiellement dominé par le prix de sa nourriture.

Telles sont quelques-unes des données de la situation démographique et sanitaire actuelle de la France. Un exposé aussi succinct ne pouvait évidemment englober l'ensemble des facteurs qui la déterminent et des problèmes, tels que celui notamment de l'organisation de la Sécurité Sociale, dont les incidences sur la situation sanitaire sont si grandes, n'ont pu y être abordés.

CE QUE LES HÔPITAUX ONT FAIT ET FONT ENCORE POUR DIMINUER LE COÛT DE L'HOSPITALISATION ¹

Eugène THIBAUT,

Directeur médical de l'Hôpital Général de Verdun (Montréal).

Ce que les hôpitaux ont fait et font encore pour diminuer le coût d'hospitalisation, au point de vue médical: voilà le sujet que je dois développer. Je remercie le bienveillant Comité qui m'a confié ce soin et d'ores et déjà je vous suis reconnaissant de l'attention que vous voudrez bien me prêter. Mais, bien humblement, j'implore votre indulgence, car les auteurs qui ont écrit des articles sur cette question, sont assez clairsemés, j'entends par là les auteurs qui ont abordé le côté purement médical. J'ai puisé dans différentes revues médicales et hospitalières; je me suis surtout inspiré de notes prises lors de visites faites à des hôpitaux à l'occasion de voyages, de congrès, et des constatations que j'ai pu faire dans l'exercice de mes fonctions. Nous disséquons le sujet, si vous le voulez bien, d'une manière tout à fait objective, et je demande d'avance l'absolution, si certains confrères, certaines associations ne partagent pas ma manière de voir, car j'ai bien le ferme propos de ne pas pécher et à plus forte raison de ne pas récidiver si l'on me prouve que je

suis dans l'erreur. Il n'empêche que je reste fortement convaincu que le corps médical a fait beaucoup en vue de réduire le coût d'hospitalisation, et qu'il continue aujourd'hui son travail dans le même sens: j'admets qu'au tout début, il y a environ 4 décades, à l'époque où le corps médical a décidé d'établir dans les hôpitaux des standards dont on ne devait pas et on ne doit pas dévier, il n'avait en vue que le bien du malade, mais il s'est vite rendu compte qu'en ce faisant, il contribuait énormément à maintenir aussi bas que possible le coût d'hospitalisation dans le domaine des soins médicaux. Depuis, se montrant de plus en plus sévère envers lui-même, il a dû s'intéresser davantage au côté administratif et par voie de conséquence au côté economico-social.

En commençant mon exposé, permettez que je rappelle deux vérités que nous ne devons pas perdre de vue: d'abord, les médecins doivent faire les analyses et les expertises qui s'imposent lorsqu'ils croient être en présence de telle ou telle maladie, ou lorsqu'ils veulent poser un diagnostic. Nous verrons plus loin le rôle que jouent les différents comités dans ce domaine, et leur insistance auprès des médecins pour qu'ils examinent davantage

1. Travail présenté au XXe Congrès du Comité des Hôpitaux du Québec, tenu à Québec les 28, 29 et 30 juin 1954; le thème général comprenait plusieurs items: le docteur Thibault étudie ici l'aspect médical du problème.

leurs malades a pour résultat que seules les recherches nécessaires sont faites. Il ne faut pas cependant appliquer les freins trop fort, dans le but de ne pas grever la note du malade, car je suis d'opinion qu'une restriction inopportune viderait plus rapidement nos hôpitaux que ne sauraient le faire des notes élevées, et les services que nous rendrions ainsi aux malades ne seraient pas de premier ordre. Par contre les médecins ne doivent pas tomber dans l'excès contraire. Le bon Samaritain de l'Évangile n'a pas dit au charitable dispensateur de soins « gave le blessé, et fais-lui un traitement extraordinaire »; il a dit tout simplement, « panse-le, guéris-le et je te paierai à mon retour ». Secondement, l'art de prescrire et le traitement des malades appartiennent au médecin. Il a toutes les responsabilités de cet acte. S'il commet des fautes, il doit les réparer et s'amender; s'il n'y voit pas lui-même, le corps médical prend l'affaire en main; d'où les conseils de discipline les sanctions. Et c'est ainsi que nous avons vu le médecin perfectionner son art et s'imposer une discipline sévère. Je ne crois blesser personne en avançant qu'il y a 30 ou 40 ans, et peut-être n'est-il pas besoin de remonter si loin, une bonne partie de la population était d'avis, à tort ou à raison, qu'il se faisait beaucoup trop d'opérations. On parlait de chirurgie simulée, chirurgie inutile, chirurgie illégale, plaies infectées qui n'en finissaient plus, formation scientifique insuffisante des chirurgiens, partage des honoraires, et que sais-je encore..., jusqu'au jour où la profession médicale elle-même, après un sérieux examen de conscience trouva qu'elle pouvait faire mieux et plus pour la société: c'est l'histoire de l'« American College of Surgeons » que tout le monde connaît, et de son vaste programme visant à la classification des hôpitaux. Et ce sont les médecins qui battirent la marche. Les services s'organisèrent sur des bases solides, l'ère des consultations obligatoires fit son apparition, le département des archives devint en quelque sorte le miroir de l'Institution, les autopsies

se firent sur une plus grande échelle, parce que jugées nécessaires plus que jamais, les laboratoires réclamèrent plus d'espace, leur travail devant se continuer même après que la mort eut fait son œuvre, dans l'espoir, disons-le, de découvrir un facteur qui serait passé inaperçu et qui demain, pourrait encore jouer un rôle néfaste. Je pourrais, la faire bien longue cette liste des superbes améliorations apportées dans les services hospitaliers depuis un quart de siècle. Je pourrais également m'étendre longuement sur la lutte héroïque livrée depuis quelques décades par le corps médical aux maladies qui faisaient tant de ravages parmi les nôtres: gastro-entérite chez l'enfant, tuberculose, typhoïde, et que sais-je encore. On lisait avec plaisir dans les journaux, ces jours derniers, que la grande métropole du Canada n'avait eu à déplorer aucun décès par la diphtérie en 1953. Nous savons tous que les médecins et les chirurgiens sont des personnes très humbles et qu'ils n'aiment pas crier leurs succès sur tous les toits; tout de même, il faut se rendre à l'évidence, et force nous est de reconnaître le beau rôle tenu par le corps médical à l'hôpital, au dispensaire, et à la clinique; car si ces maladies n'avaient pas été enravées, où placerions-nous leurs victimes aujourd'hui? Il nous faudrait encore 50% plus de lits que nous en avons actuellement.

Mais, me direz-vous, qu'est-ce que tout cela vient faire dans le coût d'hospitalisation, le sujet de notre entretien? Je réponds: il n'est pas un être qui puisse évaluer en dollars ou en monnaie quelconque les services rendus par le corps médical à la société toute entière dans le dernier demi-siècle, puisque c'est la période de temps qui nous intéresse présentement, pas plus qu'il n'existe un statisticien ou un actuaire qui puisse dire combien d'hôpitaux et de lits nous aurions de plus à l'heure actuelle au Canada et aux États-Unis, si médecins, chirurgiens et hommes de laboratoire ne s'étaient pas donné la main pour remédier à l'état de chose existant auparavant, pour abréger la durée des ma-

ladies, pour donner son congé au malade qui a souffert de pneumonie, le 12^{ième} jour après son entrée à l'hôpital, alors qu'autrefois il séjournait 1 mois à l'hôpital pour la même affection, pour permettre à la femme qui a dû subir une hystérectomie de retourner dans son foyer la 10^{ième} journée après son intervention, alors qu'autrefois un séjour de 3 semaines était de règle quand il n'y avait pas de complications. Or de là à conclure que, si nous n'avions pas été à la hauteur de la tâche, le nombre de lits au Canada serait beaucoup plus élevé que celui que nous avons présentement, et le coût d'hospitalisation, lui ... car, où prendrions-nous tout le personnel nécessaire et à quel prix l'aurions-nous? Je n'insiste pas, car je sais, que bien avant moi, vous avez saisi la relation étroite qui existe entre les succès du corps médical et le coût d'hospitalisation.

Je parle toujours du corps médical et je me plais à raconter ses prouesses: c'est probablement par déformation professionnelle, car mes maîtres d'autrefois m'ont bien recommandé la pratique de l'humilité, mais ils m'ont enseigné aussi l'esprit de justice. Et en ce moment, je me pose une question: laissés à eux-mêmes, les médecins et les chirurgiens auraient-ils pu accomplir tous ces faits d'armes? Je m'empresse de répondre: Non. Si la victoire a été si belle, c'est que l'administrateur et le médecin forment une équipe comme il s'en voit rarement: c'est que tous deux, médecin et administrateur, en face du malade qui se présente à l'hôpital et qui demeure toujours leur premier souci, savent, d'un commun accord, mettre en branle toutes les découvertes réalisées par la science moderne, tant dans la construction et l'aménagement des hôpitaux, que dans l'art de traiter les maladies. Et on peut décerner une couronne de lauriers aux médecins, sans présenter en même temps aux administrateurs, aux propriétaires d'hôpitaux, à vous mes sœurs, le même hommage et le même symbole de gloire.

II

Or, notre lutte est-elle finie? Non, elle se continue, et j'oserais dire qu'elle se continue avec plus de vigueur que jamais car l'élan est donné et le corps médical cherche à perfectionner sa formule de jour en jour. Tout tend certes à venir en aide au pauvre malade et à améliorer son sort, mais pour atteindre ce but les médecins se soumettent eux-mêmes et d'eux-mêmes aux lois rigides des comités qu'ils ont créés. En effet, si tous ces comités ont été institués dans le but de donner les meilleurs soins possibles aux malades, ils doivent nécessairement, pour atteindre leur but, analyser tous les faits et gestes des médecins d'une institution. Or, les médecins comprennent très bien qu'il s'agit en l'occurrence, non pas d'une enquête policière, mais bien d'une entente mutuelle qui donne naissance à une collaboration aussi parfaite que possible, et qui élimine toute idée de parasitisme. Permettez que je parle de quelques-uns de ces comités, non pas que je veuille vous entretenir d'organisation hospitalière, mais tout simplement parce que je veux mettre en lumière l'action de ces comités et les effets qu'ils peuvent avoir sur le coût d'hospitalisation. Le Comité des Archives où toutes les statistiques sont compilées, comité tellement important, qu'une personne avertie peut tater le pouls de tout l'hôpital, en le visitant d'une manière sérieuse: on y trouvera la durée d'hospitalisation des malades, le pourquoi de leur séjour, le penchant d'un médecin vers certaines affections, sa prédilection pour certaines opérations, la malchance qui le poursuit, son allergie naturelle et tenace quand il s'agit de consultations, etc..., etc... Pauvres médecins, pauvres chirurgiens, doivent-ils être malheureux de se sentir épiés de la sorte? Nenni, ce sont eux qui le veulent..., bien plus, ils forment chaque année de nouveaux comités qui poussent encore plus loin les investigations: le *Comité des Dossiers* où l'histoire de chaque malade est vérifiée de A à Z, le *Comité des Tissus* où l'on examine à la loupe le bien fondé de toutes les interventions,

avec attention spéciale aux interventions d'urgence, le *Comité de Thérapeutique* qui voit à ce qu'on ne prescrive pas de remèdes inutilement, qu'on les prescrive pour un temps bien limité, quitte à prescrire de nouveau: ce comité rappelle aux médecins qu'il faut surtout surveiller l'usage des antibiotiques qui sont beaucoup trop prescrits, de l'aveu même de Sir Alexander Fleming, qu'on ne doit pas non plus remettre au malade qui a son congé, une provision folle de médicaments; ce comité fait même imprimer un formulaire afin de guider les médecins et leur rappeler qu'il existe des remèdes bien moins dispendieux parfois et qui donnent de très bons résultats. Et ici, je me sens bien à l'aise pour parler des dispensaires: personne n'ignore que les dispensaires opèrent toujours à perte; je connais nombre d'hôpitaux qui font faire le dispensaire par des médecins d'âge mûr et entraînés au service interne où ils ont reçu une excellente formation. On leur a enseigné entre autres choses à ne pas garder à l'hôpital des malades assez bien pour recevoir leur congé. Ils emploient au dispensaire les mêmes méthodes; ils invitent à demeurer à leur domicile, ce trop grand nombre de supposés malades, de commères qui viennent régulièrement chercher une mixture digestive ou expectorante et qui parfois se permettent de la revendre. Ces médecins avertis n'ont pas de temps à perdre et ils comprennent mieux que quiconque le prix des radiographis et des expertises de laboratoire, ils n'en prescrivent alors qu'à bon escient..., vous admettez avec moi que l'économat de l'hôpital s'en ressent.

Vous parlerais-je des réunions des chefs de service et de leurs assistants où l'on cherche à remédier à toutes les lacunes, où l'on recommande de faire les visites tôt dans l'avant-midi, et non pas aux heures des repas, et de tous les autres comités qui existent à l'hôpital? Je ne crois pas que cela soit nécessaire: qu'il me suffise de dire que tout est passé au crible, et que grâce au service de nutrition, même les tranches de pain sont comptées; et ici saluons le beau travail des diététistes qui

font largement leur part dans la lutte aux prix élevés. Sans doute, tout cela est réalisé dans le but de donner aux malades le meilleur traitement qui soit, mais par le fait même, le corps médical ne travaille-t-il pas à maintenir aussi bas que possible le coût d'hospitalisation?

Certains hôpitaux vont même plus loin: ils font donner à leurs internes des cours l'administration hospitalière, afin de les familiariser avec les problèmes de l'hôpital: le docteur J.-J. Laurier parle éloquemment de cette innovation dans *L'Union Médicale* de juin 1954. C'est une excellente pratique, et l'idée mérite certes d'être propagée, car quand l'interne comprendra mieux le rouage d'un hôpital, il se rendra compte plus rapidement du grand rôle qui lui incombe, et il appréciera davantage cette confiance illimitée que l'on place en lui. D'ailleurs les facultés de médecine s'intéressent plus que jamais à l'administration hospitalière, et leur intention est bien arrêtée de l'enseigner d'une manière plus approfondie.

Dispensez-moi, chers auditeurs, d'entrer dans plus de détails: dans quelque département que ce soit, le corps médical en s'organisant et en tentant continuellement de perfectionner sa méthode de travail, collabore de façon très active, à la lutte que font les hôpitaux aux prix élevés.

Malgré cette magnifique organisation, il existe des problèmes que le corps médical ne peut régler seul, que l'administrateur ne peut régler seul: qui entre en scène alors? le directeur médical. Oui, c'est le directeur médical qui, après avoir été renseigné par l'administrateur, s'adressera au confrère pour lui annoncer que tel ou tel malade n'est pas sincère et qu'il essaie de tromper tout le monde; c'est le directeur médical qui s'enquerra des raisons du séjour prolongé à l'hôpital de certains malades, et qui verra à placer les cas chroniques dans des Institutions appropriées. Ils sont innombrables les services que peut rendre à l'hôpital un directeur médical, dans tous les domaines, même dans celui qui a trait au coût d'hospitalisation: il décidera

de l'entrée des malades présentant un caractère particulier, il invitera les médecins à signer les congés de leurs malades la veille de leur départ pour qu'ils quittent tôt l'hôpital, et pour que de nouveaux malades puissent entrer le même jour; il fera comprendre aux médecins l'impasse dans lequel se trouve parfois l'hôpital durant les vacances des infirmières et l'obligation dans laquelle il se trouve de recourir à des aides, il rappellera à ses confrères qu'ils doivent choisir, quand ils peuvent le faire, un autre jour que la veille des fêtes ou des longues fins de semaines pour donner des congés, car les malades ne sont plus aussi malades les jours fériés et ils préfèrent ne pas entrer à l'hôpital: c'est encore le directeur médical qui avertira charitablement le médecin qui n'a que des cas d'urgence et quels cas parfois!!! et qui se permettra de donner des petits cours d'économie au confrère qui a une clientèle très choisie qui ne peut occuper que des chambres de \$14.00 ou \$15.00 par jour, mais qui oublie assez souvent de payer sa note... Vraiment le directeur médical vaut presque son pesant d'or.

En terminant, j'ajouterais que le corps médical d'un hôpital fait tout ce qu'il peut pour réduire le coût d'hospitalisation, non seulement lorsqu'il est à l'œuvre à l'intérieur de l'hôpital, mais aussi lorsqu'il assiste aux réunions des différentes sociétés médicales dont il fait partie: car, de nombreuses résolutions de sociétés médicales en font foi, les médecins invitent les compagnies d'assurances à émettre des plans conçus de façon à ce que les porteurs de ces plans puissent avoir, à l'hôpital, les analyses et les radiographies que nécessitent leur état de santé, tout en demeurant des malades externes. Je sais bien que vos moments de loisirs sont rares, mais la petite enquête suivante vaut la peine d'être faite. Demandez au directeur médical ou aux présidents du comité conjoint ou du bureau médical de s'enquérir du nombre de malades qui sont hospitalisés et qui auraient pu avoir les mêmes examens, à l'hôpital, mais en demeurant des *malades externes*; vous resterez

surpris, car il a été démontré qu'au moins 1/5 des malades hospitalisés, et je crois que ce chiffre est bien conservateur, pourraient être traités tout aussi bien en demeurant à leur domicile ou en fréquentant le bureau de leur médecin. D'un autre côté, cette moyenne de 1/5 ou de 20% représente à peu près le nombre de malades qui est inscrit sur la liste d'attente d'un hôpital de 400 lits et plus; cette moyenne peut varier selon les saisons, mais on peut l'accepter comme moyenne générale. C'est ma conviction que les médecins ont raison quand ils demandent l'émission de ces plans qui ne nécessiteraient pas un séjour à l'hôpital pour que le malade puisse avoir telle ou telle analyse ou telle radiographie. Je me demande même si les compagnies ou associations n'en retireraient pas un certain profit. Et vous, chers administrateurs et propriétaires d'hôpitaux, dites-moi si les assurés paient bien actuellement, le solde que l'assurance ne couvre pas? N'est-ce pas que les médecins sont dans la bonne voie et qu'ils font leur part? Donnons donc à ces malades qui n'ont pas besoin d'être hospitalisés, les moyens de se faire traiter d'une manière tout aussi efficace, et ne réservons le personnel hospitalier qui se fait de plus en plus rare et de plus en plus difficile à recruter, et qui devient conséquemment de plus en plus dispendieux, aux malades qui nécessitent vraiment l'hospitalisation. Cette question d'ailleurs fut longuement discutée lors de la réunion annuelle de la Fédération des sociétés médicales de la Province de Québec, il y a exactement 15 jours. Le Comité d'économie médicale de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada l'étudie, et à Vancouver, il y a une dizaine de jours, l'Association Médicale Canadienne, à l'occasion de ses assises annuelles, préconisait le retour au médecin de famille en insistant sur le fait qu'on peut faire de grandes économies en agissant de la sorte. Or, je ne crois pas me tromper en avançant que les médecins des hôpitaux jouent un rôle très important à la tête ou au sein des associations dont je viens de citer le nom. Permettez-moi d'ajouter que

toutes ces associations demandent à grands cris des maisons pour les convalescents, les chroniques, les invalides: ces malades recevraient dans ces institutions, dont les dépenses ne sont certes pas comparables à celles des hôpitaux généraux, les soins tout à fait appropriés à leur état de santé.

Oui, le fait est indéniable: les médecins, grâce au concours généreux et si spontanément consenti des administrateurs et des propriétaires d'hôpitaux, se sont efforcés depuis des décades, à améliorer leurs méthodes de traitements: l'aide inappréciable apportée par les hôpitaux a permis à ces médecins de s'entourer de techniciens compétents, de diététistes avertis, de sorte que rien n'est laissé au hasard dans quelque département que ce soit, toujours dans le but de donner au malade le *nec plus ultra*; et, heureuse conséquence, les médecins, en se montrant si sévères envers eux-mêmes, et en analysant jusqu'au

moindre de leurs actes, ont apporté leur contribution, personne n'en doutera, dans la lutte entreprise afin de maintenir aussi bas qu'il se peut le coût d'hospitalisation. Et fait consolant, ils ne veulent pas s'arrêter en si bon chemin: car tout ces comités dont nous avons parlé sont plus vivants que jamais; les études se poursuivent, les enquêtes se multiplient; les médecins s'intéressent davantage au côté administratif, ils le comprennent mieux; fiers de leurs prérogatives et de la confiance illimitée qu'on place en eux, ils s'associent de tout cœur aux autres membres de cette grande famille que forme tout le personnel d'un hôpital. De sorte que administrateurs et médecins, mettent en commun leur puissance, leur volonté, leurs talents, cherchent chaque jour, de toute leur âme, à demeurer dignes de l'idéal qu'ils se sont tracé: *ut vitam habeant*: pour que les malades aient la vie... et qu'ils l'aient à bon compte.

PROBLÈMES DE LA RÉADAPTATION¹

Joseph MILLET,

Médecin à l'hôpital du Sacré-Cœur (Montréal).

Il ne fait pas de doute que l'étude de la réadaptation est complexe et je n'ai pas la prétention, dans ce bref rapport, d'élucider tous ses problèmes, mais de noter quelques observations au fil de ma pensée, sur un sujet de brûlante actualité. Enclavée entre la thérapeutique médicale et la médecine préventive, la réadaptation est synchronisée sur l'amélioration de la santé publique. Elle n'a pas suivi cependant la trajectoire du mouvement scientifique de la tuberculose parce qu'elle fut orientée sur un point fixe. C'est toute la question!

Au carrefour de la justice sociale et de la médecine préventive, elle transpose mainte-

nant dans un climat d'urgence l'axiome connu de Sir William Osler.

« La tuberculose est une maladie sociale avec un aspect médical » — ce que rappelle d'une autre façon, Miss Dempsey, dans le numéro de janvier 1954 du bulletin de la « National Tuberculosis Association » qu'il existe une petite diminution des cas nouveaux tandis qu'il existe une augmentation surprenante de tous les cas de tuberculose. La méditation de cette remarque est en somme une prise de conscience qui remet à sa place la réadaptation malheureusement négligée en faveur des traitements antibiotiques et chirurgicaux.

Une grande compagnie d'assurance donne à son tour au mois d'avril 1954 ce sage conseil: Qu'il ne faut pas oublier que la tuberculose est malgré les antibiotiques et la chi-

1. Communication au Congrès de l'Association canadienne de tuberculose, tenu à Saint-Jean (N.-B.), le 26 juin 1954.

urgie pulmonaire, un grave problème pour la santé publique, qu'il n'est pas facile de dénombrer exactement les tuberculeux actifs et que la morbidité n'est pas en rapport avec le déclin de la mortalité. En d'autres termes, même s'il n'y a pas de preuves statistiques, le dépistage précoce et méthodique met à jour la maladie de nombreux patients qui ne quittent pas leurs foyers parce qu'ils ont une confiance illimitée dans l'effet curatif des antibiotiques.

A ce propos, le docteur David L. Pugh concluait, au congrès de Londres 1953, devant les membres de la N.A.P.T., que la chimiothérapie à domicile diminue la nécessité de l'isolement au sanatorium, réduit la durée de traitement et prépare la maladie à la chirurgie.

Soyons assez réalistes pour faire le point. Si le traitement à domicile est un succès, on néglige sans amertume la réadaptation. Si le traitement est insuffisant, le malade vient trop souvent se joindre aux patients chroniques et incurables qui encombrant les sanatoria.

Dans l'un ou l'autre cas, la réadaptation est par conséquent détournée de son but.

Avant d'aller plus avant, voyons un peu ce qu'est l'objet de la réadaptation, son application dans la Province de Québec et la possibilité de modifier son programme.

« La réadaptation est une thérapeutique propice au retour dans son milieu familial et social du patient guéri. Elle fournit la plénitude des moyens psychiques, économiques, pour reprendre le rang social ou poursuivre la vocation qui marquait le caractère de chaque sujet au moment du diagnostic de l'infection », dans la conférence de Washington, D.C. en mars 1946.

Depuis longtemps, le procès de la réadaptation est terminé à son avantage.

Elle n'est pas un service auxiliaire du traitement de la tuberculose peut-on lire dans le numéro de février 1954, « The Hospital Counselor ». Elle n'est pas non plus une œuvre de charité, mais une réponse à la justice sociale.

Elle est au contraire, un mode de prévention au même titre médical que la vaccination ou le dépistage méthodique. Elle favorise le traitement et le pronostic. Elle diminue les rechutes. Elle contrôle la contagion, la tuberculophobie, donne en retour au patient le respect de lui-même, la confiance de retrouver le climat quotidien à la maison, au travail. Aux indigents, elle fournit des consolations matérielles. Enfin elle diminue les frais de la lutte antituberculeuse, car seule, la réduction des réadmissions rapporte plus que le coût d'un programme de réadaptation.

Elle est amorcée au moment du diagnostic, grâce à la psychologie du médecin et de l'infirmière, pour être ensuite organisée au sanatorium par les collaborateurs du service social et le directeur du service d'occupation thérapeutique durant la cure d'activité progressive. Elle est d'ordre psychique et d'ordre physique. Elle ne consiste pas seulement à faire des efforts de gymnastiques, des exercices physiques, à pratiquer un nouveau métier, non, la réadaptation est une assurance de la guérison. Elle intéresse tous les patients, sans égard à l'âge, à la condition sociale et à la gravité de la maladie. Elle est avant tout le témoignage de la guérison du patient.

Un tuberculeux est guéri s'il répond à toutes les conditions que la clinique impose en plus de la persévérance qui est un critère de guérison en tuberculose. Guérison clinique qui inspire à Courcoux, éminent phtisiologue français, rapporteur au deuxième Congrès International de la Médecine d'Assurance-Vie en 1939, ces paroles: « Peu à peu et grâce à la tenace propagande des médecins phtisiologues, grâce aussi aux indications fournies par les statistiques américaines, l'opinion se modifie et on accepte, un peu timidement, dans l'assurance-vie des tuberculeux guéris. »

Un tuberculeux est guéri, quand il mène une vie active sans aucun risque de défaillance et qu'il n'a plus depuis longtemps aucun signe évolutif de sa maladie. Il est guéri quand il retourne à ses occupations et qu'il

reprend sans fatigue, les charges sociales et économiques de sa vie habituelle. (Pattison)

Sans fatigue, le travail stimule l'appétit et ce dernier favorise l'assimilation. Le travail, selon Parodi, n'est nuisible que s'il est accompli avec une grande dépense d'énergie et dans des conditions d'hygiène déficientes, ainsi qu'avec une alimentation insuffisante et irrationnelle, d'où la nécessité de la réadaptation, qui nous apparaît comme la prophylaxie de la rechute.

La réadaptation est nécessaire et utile comme le dépistage précoce dans la tuberculose. Elle est aussi nécessaire pour la guérison d'un tuberculeux que la convalescence d'une maladie aiguë ou d'un accident est nécessaire avant de reprendre le travail. Thérapie morale et physique, elle stimule le patient à faire les sacrifices de la cure et l'encourage à suivre les directives du médecin traitant, elle lui apporte la guérison clinique.

La réadaptation enrayer de la société la tuberculophobie et entraîne une meilleure protection des employés, puisqu'il est moins dangereux de vivre près d'un tuberculeux guéri ou en voie de guérison, que dans le voisinage d'un tuberculeux indocile qui ignore la contagion et néglige les lois primaires de l'hygiène.

Nécessaire à l'économie de l'Etat, la réadaptation diminue le coût du traitement (le rapport de « Boston Sheltered Shop », n'affirme-t-il pas qu'un patient gagne suffisamment pour économiser jusqu'à \$16.00 par semaine des frais d'hospitalisation?) améliore aussi la lutte antituberculeuse par une meilleure utilisation des lits et réduit le coût des allocations familiales que la justice sociale réclame pour aider les familles éprouvées par l'absence du père, gagne-pain quotidien. Puisque, sans la post-cure, le patient ne peut reprendre son travail au saut du lit, il devient une charge pour sa famille impuissante ou pour l'Etat.

Comme on le voit, la réadaptation couvre un champ beaucoup plus vaste que la cure d'activité progressive dont il me fait plaisir

de présenter à votre indulgence un modèle, celui de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Cartierville.

La salle d'occupation thérapeutique, à notre hôpital, procure aux patients un double avantage: moral et pécuniaire. Moral d'abord, car dès que le malade commence à travailler, il cesse de penser à son mal pour s'intéresser à son ouvrage et il devient tout autre. Qu'y a-t-il en effet, de plus agréable que de s'occuper à un travail qu'on aime? Et le patient fait toujours un travail qu'il aime, puisqu'il choisit ce qui lui plaît. Aussi, nombreux sont ceux qui déclarent à la religieuse en charge de la Salle: « Que le temps passe vite maintenant ma Sœur! J'aurais donc dû commencer plus tôt. » Et le malade quitte la Salle à regret lorsque le devoir le rappelle à la Cure et il est toujours impatient d'y revenir. Alors, il mange et dort mieux et tout son état est amélioré.

La salle procure aussi un avantage pécuniaire et cela n'est pas peu; car personne ne contestera que, même à l'hôpital, il est utile, pour ne pas dire indispensable, d'avoir quelque argent dans sa poche. Ce plaisir, les patients peuvent se le procurer par leur travail, car ils vendent les articles qu'ils confectionnent et... cela, dans certains cas, leur rapporte une somme assez rondelette à la fin de l'année. L'un d'eux, mais c'est peut-être un des meilleurs travaillants, avouait avoir fait plus de quinze cents dollars avec les travaux de cuir. Et comme c'est le père de famille il avait le bonheur, même à l'hôpital, de pouvoir aider les siens. Et ce n'est pas peu pour un homme qui a du cœur. Et ce n'est pas unique.

D'autres travaillent à la boutique, sous la direction d'un professeur compétent et sont heureux d'envoyer, dans leurs familles, des beaux meubles modernes, de leur fabrication. Ce qu'il en sort de belles choses de notre boutique! Et comme ils sont fiers, le dimanche, les patients-ouvriers de faire voir leurs meubles à leurs visiteurs. Et c'est encore un moyen de passer agréablement le temps.

D'autres qui ne se sentent pas d'aptitudes pour travailler le bois, le cuir, se font barbiers et rendent services aux patients qui ne peuvent sortir; d'autres sont presseurs et remettent en bon ordre les pantalons défraîchis; d'autres tricotent et fournissent à bon compte, de beaux bas de laine à leurs copains. Quelques-uns font des travaux sur métiers, quelques autres de la peinture, d'autres enfin, montent des chapelets et de très beaux.

Les dames ont aussi leur Salle bien à elles et leurs occupations favorites. Sous la direction d'une jeune fille graduée en sciences ménagères, elles s'occupent de tricots, de dentelles, de coupe et confection, des modes, etc. Des petites mamans envoient dans leur famille, des vêtements qu'elles confectionnent et avec quel amour, pour leurs enfants. D'autres confectionnent des costumes qu'elles seront fières de porter à l'obtention du congé médical. D'autres, pour se procurer quelque argent, font de beaux petits chapeaux qu'elles vendent assez bon prix. D'autres travaillent aussi le cuir, la pyrogravure, etc. Toutes emploient agréablement leur temps.

Des chiffres nous montreront peut-être mieux, le prix que les patients attachent à leur *Salle*.

En 1950 (année d'ouverture de la Salle), il y eut d'inscrits:	188 patients qui firent 4189 heures de travail.
En 1951, il y eut	705 patients qui firent 4377 heures de travail.
En 1952, il y eut	1120 patients qui firent 22133 heures de travail.
En 1953, il y eut	1526 patients qui firent 36810 heures de travail.

Ce témoignage s'ajoute à celui du dernier Congrès de la Canadian Tuberculosis Association en juin 1953 pour mettre en évidence les efforts généraux de la Province de Québec dans la prévention de la maladie et la sécurité du patient.

Deux officiers de la Province de Québec au service de la réadaptation des anciens tuberculeux à la vie sociale ou familiale, rapportent qu'après cinq ans de travail, plus de

1 200 anciens malades ont repris une vie normale dans la société pour laquelle ils étaient devenus un actif plutôt qu'une charge. L'éducation des employeurs est quasi un fait accompli, disent-ils et ceci vient de ce que les personnes placées par des bureaux de placement spécialisés étaient qualifiées pour le genre de travail à faire et donnaient par conséquent entière satisfaction. A ce sujet, le psychiatre Alfred Alder, a écrit que « L'homme qui réussit, l'homme énergique et efficace est précisément celui qui est résolu à surmonter quelques sentiments d'infériorité. » Un tuberculeux guéri veut montrer ordinairement à lui-même et aux autres qu'il est à la hauteur de l'emploi, il donne un bon rendement et ceci est ordinairement remarqué. Une enquête industrielle souligne le docteur Norvin C. Kieffer, démontre que l'efficacité du travail des employés handicapés se compare avantageusement à celui des employés sains par l'assiduité et la persévérance au travail, par des records de production et de sécurité. Dans la Province de Québec, le programme de réadaptation se divise en deux phases: L'une se passe au sanatorium et l'autre à la sortie du sanatorium. Au sanatorium, l'enseignement gratuit est donné avec le concours de divers ministères provinciaux; celui de l'instruction publique de la santé, à l'Aide à la Jeunesse et du Travail et sous forme de cours par correspondance sur des métiers bien définis par des professeurs ou moniteurs. A la sortie du sanatorium l'office de placement et l'association de la Croix de Lorraine dirigent le pètié guéri. Ainsi donc, tout le travail de réadaptation est fait en fonction du sanatorium, ce qui peut se révéler insuffisant puisqu'il est de notoriété publique que le nombre de patients traités en dehors du sanatorium est toujours plus grand. Pour cette raison, il est urgent de reviser nos concepts et de remodeler la réadaptation suivant les exigences nouvelles.

C'est avec reconnaissance qu'il faut signaler les succès de l'organisation actuelle et rappeler le dévouement des protagonistes de la réadaptation. Le travail déjà exécuté avec

soin permet d'entrevoir une revision du code de la réadaptation pour une prise de contact avec la situation présente dont le médecin praticien tient la clef maîtresse.

COMMENTAIRES

1. — Sans la réadaptation la lutte antituberculeuse est incomplète. Sans la primauté du médecin, la réadaptation est une hérésie. A ce point qu'en mars 1946, à la Conférence de Washington, D.C., la National T.B. Association suggéra la nomination d'un médecin pour occuper la position-chef de tout organisme de réadaptation. La réadaptation, la rééducation, partie intégrante du traitement, doit se pratiquer au sanatorium, sous le contrôle du médecin. Le succès de Papworth Village est attribué à la ferme direction de Verrier-Jones le médecin fondateur.

Il est opportun qu'un sanatorium de grande capacité possède des ateliers et un outillage nécessaire à la réadaptation. Il est utile que des moniteurs, choisis de préférence parmi d'anciens malades et rétribués, guident les travailleurs tout en suivant à la lettre les directives du médecin.

Au sanatorium, le patient tire avantage des services médicaux, chirurgicaux et sociaux, des services de laboratoire pour reconnaître la résistance à la fatigue et pour réaliser le test du travail surveillé.

2. — Le patient, en principe, doit retourner au même travail, dans le même milieu, surtout s'il a dépassé le cap de la trentaine.

3. — L'entraînement progressif n'est pas une école d'Arts et Métiers, à part quelques spécialités comme en Hollande, où l'on apprend la taille des diamants, l'art de faire des jouets, en France, près de la Suisse, le montage des montres, à Camerlata, où Parodi a créé une organisation pédagogique professionnelle pour requalifier le tuberculeux dans son métier, c'est-à-dire le transformer, comme en U.R.S.S. en ouvrier spécialisé, à part, dis-je, ces particularités techniques, il suffit de faire le développement de la culture générale, par l'enseignement scolaire, et de four-

nir quelques travaux pour permettre l'exercice physique et orienter les patients.

4. — Nécessité de la rémunération, puisque le patient paiera quelquefois une partie de l'hospitalisation. La réadaptation ne doit pas être à la charge exclusive de l'Etat comme l'hospitalisation, le traitement par la cure, la collapsothérapie, la chimiothérapie; la réadaptation doit être sous contrôle médical avec l'appui de l'industrie, des associations de bienfaisance.

5. — La réadaptation d'un patient tuberculeux ne souffre pas la comparaison avec la réadaptation d'un blessé, d'un infirme. Celui-ci est assuré d'un progrès lent et constant au cours de sa cure de travail, celui-là peut toujours redouter une nouvelle maladie sous l'apparence d'une rechute.

6. — L'organisation de la réadaptation est malléable. Elle varie avec le milieu social, les coutumes du pays, le choix du patient. Celui qui a guéri d'une maladie par le pneumothorax, la thoracoplastie, la phrénicectomie ne peut être soumis à la même cure de travail que celui qui a guéri par la seule cure de repos ou par la lobectomie. Il reste sous la juridiction médicale jusqu'au retour de la santé.

7. — Formation d'un comité de réadaptation pour uniformiser la classification des malades, le fichier central, l'étude régionale de la réadaptation, l'enseignement vulgarisé afin d'apporter une collaboration efficace aux médecins praticiens qui ne pourront plus éviter de donner des soins de plus en plus précieux aux patients en dehors du sanatorium.

8. — Déclaration obligatoire de tous les patients, afin de réaliser un follow-up de réadaptation par le médecin praticien et la clinique régionale antituberculeuse.

9. — Législation généreuse de l'assistance sociale pour toutes les familles des malades hospitalisés ou non.

10. — Préparation d'infirmières spécialisées pour le traitement à domicile.

11. — Campagne d'éducation auprès des patrons pour généraliser l'entraînement au

travail, tel qu'il se pratique déjà dans quelques institutions d'utilité publique.

12. — Création de centres d'accueils ou posture toujours sous la direction médicale pour le service de nombreux patients isolés dans les grandes cités.

Je termine en citant le professeur Etienne Bernard: « Le problème de la réadaptation au travail dépasse les possibilités du seul phthisiologue. Celui-ci peut bien définir une doctrine de la réadaptation, préciser les conditions médicales requises pour qu'elle soit possible, préciser les méthodes les meilleures pour qu'elle se déroule avec, au point de vue des rechutes, un minimum de risques. Mais, pour

que les tentatives sporadiques qui ont déjà vu le jour et qui sont au reste du plus haut intérêt, soient autre chose que des prototypes, il faut une coopération étroite des phthisiologues, avec les médecins conseils de profession, les médecins d'entreprise, les techniciens du travail, une coopération avec les assurances sociales, les œuvres d'entraide, les représentants des associations de malades.»

C'est de cette coopération que devrait naître une charte de la réadaptation au travail des tuberculeux guéris ou stabilisés. Charte du travail qui, j'espère rendra au pays des milliers de bons citoyens qu'autrement la société aurait perdus sans retour.

LA POLIOMYÉLITE ANTÉRIEURE AIGÜE OU PARALYSIE INFANTILE¹

G. CHAREST, M.P.H.,

Surintendant, Division des maladies contagieuses,
Service de Santé de Montréal.

C'est avec une certaine appréhension que j'aborde le sujet de la poliomyélite antérieure aiguë ou paralysie infantile, car ce n'est pas mon intention d'ajouter à l'angoisse et à la crainte des parents à l'égard de cette maladie, mais plutôt de les renseigner sur nos connaissances actuelles.

Il faut retenir d'abord que cette maladie se manifeste sous sa forme apparente ou reconnaissable qu'une fois sur 100 individus qui en sont atteints. En quoi, ce cas typique de poliomyélite diffère-t-il des 99 autres qui résistent à l'infection?

Cela signifie que pour que le virus de la poliomyélite atteigne la moelle épinière et les autres centres moteurs du cerveau, celui-ci doive pénétrer dans l'organisme humain par des voies de transmission encore inconnues et qu'un certain nombre de facteurs opposant une barrière à l'infection, soient absents chez un enfant ou adolescent qui présenterait au contraire, une plus grande réceptivité à l'invasion du système nerveux par le même virus.

Chez la plupart des autres individus résistants et moins réceptifs, la maladie sera caractérisée par des poussées de fièvre de nature indéterminée ou des troubles digestifs avec diarrhée ou des coryzas et maux de gorge sans étiologie précise, mais elle ne dépassera pas le stage que je viens d'énumérer et cependant l'organisme acquerra sous cette forme abortive une résistance plus grande contre une attaque subséquente.

La plus grande proportion des adultes se trouvent donc, de ce fait, protégés sans le savoir contre la poliomyélite mais peuvent être porteurs du virus et le disséminer dans leur entourage à leur insu.

Il ressort de cet exposé que la paralysie est une complication accidentelle et plutôt rare d'une maladie qui offre cependant ce paradoxe d'être plus répandue que ne l'indiquent les statistiques qui ne tiennent compte que des cas de poliomyélite cliniquement décelables ou reconnus.

En dehors des périodes épidémiques, les formes inapparentes et abortives de la poliomyélite échappent à nos méthodes usuelles de diagnostic.

1. Causerie prononcée à l'émission « Tribune des Conférenciers de CKAC — Quart d'heure de Concor dia », lundi le 26 juillet 1954.

Quant aux épidémies, personne ne peut en prévoir le retour et le cycle en est inconnu car le nombre de porteurs du virus de la poliomyélite dans une population donnée est une chose pratiquement impossible à connaître présentement. Nous savons que ces épidémies débutent ordinairement au Canada vers la fin du mois de juillet et augmentent d'intensité en août et septembre, pour décliner rapidement par la suite.

Les conditions météorologiques les plus favorables à l'éclosion de la maladie seraient celles d'une température chaude et de longue durée.

Ici même, au Canada, la moyenne des cas de poliomyélite durant la période de 1945-1952 a augmenté dans la proportion de 3 fois par rapport à la moyenne des années 1924-1944 et en 1953, les provinces de l'ouest furent le théâtre d'une épidémie qui s'est soldée pour le pays tout entier avec 8 574 cas et 401 décès.

L'évolution de la maladie a également subi une transformation depuis les dix dernières années, suivant l'âge des sujets atteints et la poliomyélite revêt un caractère de gravité plus sérieux chez les adolescents à partir de l'âge de 15 ans et les jeunes adultes, d'où il découle que la dénomination populaire de « paralysie infantile » s'applique de moins en moins à la maladie puisque des adultes également en sont les victimes.

Qu'il me soit permis, de vous mentionner quelques-uns des symptômes qui, au point de vue clinique, aident les médecins à préciser s'il s'agit de la poliomyélite antérieure aiguë.

A la phase du début, la maladie se présente comme je l'ai dit précédemment, sous les aspects les plus divers: troubles digestifs ou infections banales des voies respiratoires supérieures.

Après 2 ou 3 jours de malaise, il semble survenir une accalmie qui est suivie d'une reprise de la maladie avec indication cette fois, que le système nerveux est le siège d'une atteinte morbide.

Les symptômes les plus constants alors sont la céphalée intense ou mal de tête tenace, la

raideur de la nuque et de la colonne vertébrale: le patient ne peut s'asseoir dans son lit qu'avec difficulté.

Nous en sommes encore à la phase préparalytique de la maladie et chez près de la moitié des malades, l'infection ne progressera pas davantage.

Si l'on fait une ponction lombaire à ce moment, il y a 90 chances sur 100 d'avoir une élévation du nombre des cellules blanches dans le liquide céphalo-rachidien, lequel peut contenir de 10 à 500 éléments par millimètre cube. Si l'examen de laboratoire est positif, il y a tout lieu de soupçonner une infection due à la poliomyélite, surtout si les examens bactériologiques n'ont révélé la présence d'aucun microbe.

En d'autres circonstances, la maladie évolue rapidement et la faiblesse des membres inférieurs s'installe d'emblée; il peut y avoir un seul membre atteint ou une combinaison des membres inférieur et supérieur ou plus rarement les quatre membres à la fois.

Il existe enfin une forme de « polio » qui peut être primitive ou coexistée avec la paralysie d'un ou plusieurs membres et des muscles de la cage thoracique, désignée comme le type bulbaire ou bulbo-spinal.

Le patient qui en est atteint éprouve de la difficulté à avaler même la salive, avec comme conséquence obstruction partielle du carrefour respiratoire et respiration pénible, demandant des soins immédiats.

C'est dans cette catégorie que se recrute la mortalité et, en comparant le nombre de décès par rapport aux cas de poliomyélite confirmés, on obtient un taux de fatalité de 4 à 5%.

Si les parents s'aperçoivent qu'un des signes où symptômes mentionnés précédemment fait son apparition chez un de leurs enfants, ils doivent faire mander leur médecin qui pourra donner les directives à suivre et conseiller l'hospitalisation si elle est jugée nécessaire.

Si nous avons omis de parler du mode de transmission de la maladie, c'est qu'il est encore inconnu. La théorie de transmission du

virus par les sécrétions du nez et de la gorge semble être la plus probable, mais il faut également admettre, vu la présence du virus dans les selles, que celui-ci peut emprunter la voie digestive pour pénétrer dans l'organisme, en se servant comme vecteurs de l'eau ou d'autres aliments.

Nous pourrions vous indiquer maintenant les conseils à suivre en regard de ces deux voies d'accès possibles du virus.

En temps d'épidémie, il faut s'abstenir de se rendre dans des réunions publiques où il y a foule, surtout si l'on doit y amener des enfants. De même, il ne faut pas se rendre en voyage dans des endroits ou régions où sévit la poliomyélite.

Il faut éviter d'avoir des contacts avec des personnes douteuses d'avoir la poliomyélite.

En ce qui regarde le deuxième mode de transmission possible par la voie digestive, il faut recommander d'abord une pratique d'hygiène personnelle utile en tout temps, celle de se laver les mains avant chaque repas.

Le second moyen consiste à ne boire que de l'eau et du lait purs et ne consommer des légumes ou fruits à l'état frais, qu'après les avoir lavés avec une eau qui peut être potable.

Il faut avoir soin d'éloigner les mouches des aliments qui doivent être gardés à la glacière de préférence.

En corollaire, on peut ajouter qu'il ne faut pas se baigner dans une eau polluée, surtout s'il s'agit d'un cours d'eau dans lequel sont jetées des eaux usées.

Pour n'avoir pas à lutter contre les mouches, il faut garder la salubrité des milieux environnants à un niveau élevé, par exemple, déposer les déchets dans des poubelles métalliques fermées qu'on doit désinfecter de temps à autre.

A la campagne, on doit empêcher les mouches de pénétrer dans les latrines ou toilettes extérieures.

La résistance naturelle de l'organisme peut être renforcée par l'observance des principes de l'alimentation rationnelle, par la vie au

grand air et des heures de repos assez longues qui procurent un sommeil réparateur.

Il faut cependant éviter les jeux et exercices physiques trop violents car il a été reconnu qu'il y a aggravation de la maladie, si l'organisme est déjà aux prises avec l'infection durant une période de fatigue musculaire intense.

Il faut, de plus, éviter le refroidissement, par exemple, à la suite d'un plongeon dans l'eau froide, un jour de chaleur intense.

Durant les périodes épidémiques, les opérations au niveau de la gorge et les extractions dentaires massives doivent être remises à une date ultérieure, à moins d'urgence.

Enfin, il ne me reste plus qu'à vous parler de la résistance spécifique à la poliomyélite, celle qui serait conférée par un vaccin ou sérum utiles en particulier, contre la poliomyélite.

Le vaccin de Salk est actuellement en 1954, l'objet d'une expérience de grande envergure aux Etats-Unis et si les résultats se révèlent fructueux, il est probable qu'au Canada, nous pourrions employer ce vaccin dans un avenir très rapproché.

Quant à la gamma globuline, qui représente cette portion du sérum humain contenant des anticorps protecteurs contre un certain nombre de maladies contagieuses, une expérience similaire conduite aux Etats-Unis en 1953 n'a apporté aucune conclusion sur la valeur réelle de ce produit biologique.

Les indications de l'emploi de la gamma globuline paraissent très limitées et, à cause de la durée très restreinte de la protection conférée, son utilité demeure très aléatoire et appropriée qu'à des circonstances spéciales ou à des cas particuliers.

En terminant, nous pouvons espérer que la poliomyélite soit sur le point d'être vaincue mais, en attendant cette victoire finale, il faut continuer à soustraire à son emprise le plus de vies humaines et protéger le plus grand nombre des séquelles ou infirmités que cette maladie laisse sur son passage.

LE MÉDECIN ET LA LUTTE ANTITUBERCULEUSE¹

Roger LACHANCE, F.C.C.P.,

Assistant-médecin-directeur, Sanatorium Bégin (Comté Dorchester, Qué.).

Tout médecin, quelle que soit l'orientation professionnelle qu'il a prise, peut jouer un rôle dans la lutte antituberculeuse. Dans la présente communication, ne seront considérés que deux points de base de ce rôle, points qui sont tout simplement deux devoirs propres à tout médecin, c'est-à-dire :

1° faire un diagnostic aussi précoce que possible de la maladie de son patient, ou, s'il n'est pas en mesure de le faire, procurer à son malade les facilités d'obtenir un tel diagnostic ;

2° une fois le diagnostic posé, administrer, ou, s'il ne le peut lui-même, faire administrer le meilleur traitement possible.

En ce qui regarde la tuberculose, il n'y a rien de plus facile puisque tout est fourni gratuitement, tant du point de vue des facilités de diagnostic que de celles de traitement. Ces avantages datent surtout du moment où l'Etat a fini par comprendre que la tuberculose constituait un grave problème d'hygiène économique et sociale ; pour illustrer ceci, considérons quelques chiffres mentionnés déjà par le docteur Hugh Burke, de Montréal, dans un travail publié l'an dernier dans les « Notes sur la Tuberculose » ; il y aurait eu dans la province en 1944 environ 30 000 cas de tuberculose en activité ; 2 620 de ces personnes, dont la moitié âgées de 20 à 40 ans, sont mortes au cours de l'année 1944, situation pour le moins désastreuse à tous points de vue, si l'on pense au nombre considérable de nouveaux cas que ces 30 000 malades ont ni plus ni moins semés à leur tour, à la multitude de décès qu'ils ont occasionnés dans la suite, au nombre d'orphelins laissés, de foyers désorganisés, etc.

La situation est de beaucoup meilleure aujourd'hui. La prospérité générale de l'après-guerre y a été pour quelque chose sans doute. Mais la gratuité des moyens de diagnostic et de traitements précoces a fait, elle aussi sa très large part. Et on considère qu'à l'heure actuelle, d'une façon générale, au moins 80% des cas de tuberculose sont curables.

Pour améliorer ce pourcentage, il faudra encore diagnostiquer la tuberculose le plus près possible de son début et la traiter aussitôt.

I — DIAGNOSTIC PRÉCOCE

Comme médecins, nous savons tous ce qu'il y a à faire pour diagnostiquer la tuberculose au début. Mais nous oublions trop souvent que la tuberculose est encore une des maladies les plus communes. Et pour en arriver au diagnostic précoce, *il est capital d'y penser à la tuberculose et d'y penser très souvent*, d'abord parce qu'elle est encore très répandue, mais surtout parce qu'elle évolue longtemps sans donner le moindre signe clinique.

On a fait grand état en ces dernières années de la baisse rapide du taux de mortalité tuberculeuse. Cependant, le taux de morbidité reste élevé, il baisse beaucoup moins vite que le taux de mortalité.

Comparons les statistiques provinciales de morbidité tuberculeuse et de mortalité tuberculeuse, par exemple, pour les années 1947 et 1952 :

	<i>Morbidité</i>
1947:	5 456 nouveaux cas
1952:	4 138 nouveaux cas

	<i>Mortalité</i>
1947:	55.3 par 100 000 de population
1952:	25.3 par 100 000 de population

1. Ce travail a fait l'objet d'une communication devant les membres de la Société Médicale de Beauce, Dorchester et Frontenac, le 14 novembre 1953.

En cinq ans, baisse du taux de mortalité: 54% environ. Mais, baisse du taux de morbidité de 20% environ, seulement, dans le même temps. La tuberculose n'est donc pas sur le point de disparaître.

Si on veut éviter des diagnostics trop tardifs, on ne doit pas rechercher la tuberculose uniquement dans les milieux où il y a une histoire de famille. En fait, on la trouve souvent dans les familles les plus saines. Cependant, quand on se propose de faire contrôler radiologiquement tous les membres d'une famille, tous les résidents d'un même foyer, par exemple à la suite de la découverte d'un nouveau cas, il est important de ne pas faire d'exception. En effet, la source de l'infection remonte souvent au père, à la mère, ou encore au grand-père ou à la grand-mère, considérés comme bronchitiques ou asthmatiques, parce qu'ils sont porteurs d'un petit foyer fibreux d'activité irrégulière; il est triste de constater que des fibreux de cette sorte sont souvent des criminels sans le savoir; eux auront fait toute leur vie avec leur petite lésion, mais ils auront contaminé à tour de rôle des enfants et des petits-enfants dont plusieurs mourront de tuberculose.

En présence d'un malade, qui n'a peut-être pas d'antécédents familiaux, mais qui a fait une pleurésie ou des épisodes respiratoires répétés, le médecin n'est pas excusable de passer à côté d'une tuberculose. Le médecin ne sera pas excusable non plus d'un diagnostic tardif, s'il passe outre à des signes comme la persistance d'une petite toux, même sèche, s'il n'attache pas d'importance à l'existence d'expectorations, quels que soient leurs caractères; tout médecin peut faire rechercher gratuitement la présence des B.K. dans les crachats, au laboratoire provincial; le nécessaire pour recueillir le spécimen est, lui aussi, fourni gratuitement. Nous savons tous cela, mais nous l'oublions trop souvent.

Il nous arrive de temps à autre, au sanatorium, des tuberculeux, par exemple rendus au stade « modérément avancé » ou même « très avancé », et qui ont été traités pendant

des semaines, des mois, quand ce n'est pas des années, pour faiblesse, anémie, bronchite, « coqueluche », etc., avant qu'on les fasse radiographier. C'est qu'on n'a pas pensé avant à la possibilité de tuberculose.

La moindre atteinte de l'état général, une asthénie irrémédiable, une anorexie et un amaigrissement inexplicables, une hémoptysie de cause jusque là imprécise, sont autant d'autres symptômes qu'on rencontre chez les tuberculeux.

Mais aucun de tous ces symptômes n'est propre à la tuberculose. Il n'y a pas de symptôme spécifique de la tuberculose à part la découverte du bacille de Koch. Et il n'est pas recommandable d'attendre la présence de B.K. dans les crachats, pour diagnostiquer la tuberculose, parce qu'au début de la maladie, le patient ne crache pas et, s'il crache, ses expectorations seront assez souvent négatives; dans ces cas, il faudra l'examen du liquide gastrique ou des prélèvements endobronchiques, pour déceler le bacille. Donc, ne pas attendre de trouver des B.K. dans les expectorations pour demander l'admission au sanatorium. D'ailleurs, plus de la moitié de nos hospitalisés sont actuellement négatifs. Et il ne faut pas oublier que des porteurs de lésions très avancées et fortement excavées peuvent être temporairement négatifs quand ils ont reçu des antibiotiques ou du P.A.S. ou de l'isoniazide ou des associations de ces produits.

Passons maintenant à l'examen physique; encore là, aucun signe spécifique. Même le stéthoscope n'a pas grande utilité pour le diagnostic. A peu près le seul moment où il se révèle supérieur aux Rayons-X, c'est lorsqu'il permet de déceler les petits frottements d'une pleurésie au tout début, la radiographie étant alors négative. Chez les tuberculeux, non encore porteurs de cavités importantes, les signes stéthacoustiques sont souvent absents. Plus de la moitié de nos malades, dont plusieurs cavitaires, n'en présentent pas. Donc, pas de confirmation possible du diagnostic par le stéthoscope, sauf dans les grands délabrements.

Tout cela pour en venir à affirmer que le meilleur, sinon le seul, moyen de diagnostiquer une tuberculose au début, est l'examen radiologique.

Parlons tout d'abord de la clinique anti-tuberculeuse: L'outil du clinicien est le fluoroscope. Tous les consultants sont passés à la fluoroscopie. S'il y a le moindre doute ou s'il y a des lésions évidentes, un film est tiré. Quoi qu'on en dise, une fluoroscopie faite dans de bonnes conditions par un homme compétent, est un très bon examen. Ce qui est très important, c'est de ne rien laisser dans le doute et, lorsqu'il y a doute, tirer un film.

Toutes les personnes qui se présentent aux cliniques sont examinées gratuitement. Aucune n'est refusée. Donc, aucune raison de se priver de ce service. Il va sans dire que le meilleur examen radiologique est la télé-radiographie sur film 14 x 17 cms.

Mais, il y a un autre genre de radiographie qui rend d'énormes services parce que, en très peu de temps, il permet d'examiner un nombre considérable de consultants et parce qu'il est peu coûteux d'opération, c'est la *radiophotographie* sur film 70 mm., telle que nous l'employons sur notre camion radiologique.

Si vous le voulez bien, je vais vous donner ou vous rappeler quelques points de notre procédé de dépistage avec camion radiologique, tel que nous l'avons fait dans la région, au cours des quatre derniers étés.

La radiophotographie sur films de 70 mm., est un excellent moyen de dépistage, à condition d'être bien organisée; il y a quantité de détails techniques à observer; la lecture des films doit être faite avec soin et le moindre doute doit motiver un contrôle sur film 14 x 17 cms.

Au cours de la campagne de l'été dernier, 11 105 personnes ont été radiographiées à notre camion radiologique et trois semaines après la dernière journée de radiographie, chacune d'elles recevait un rapport sur l'une des formules suivantes:

N « L'étude de votre radiographie pulmonaire ne semble pas révéler de tuberculose en évolution ».

A « Votre radiographie pulmonaire révèle la présence d'ombres anormales d'apparence non tuberculeuse ». « Veuillez consulter votre médecin qui pourra vous conseiller à ce sujet ».

S « Votre radiographie pulmonaire révèle la présence d'ombres suspectes de tuberculose ». « Pour étude plus précise, nous vous recommandons une autre radiographie pulmonaire plus grande ». « Vous obtiendrez cette radiographie pulmonaire gratuitement en présentant ce rapport à l'Unité Sanitaire de: le à a.m. p.m. ou au Sanatorium Bégin, Lac Etchemin, un jour de semaine, le samedi excepté, de 8 à 11 a.m. ou de 3 à 5 p.m. ». « Le rapport sera envoyé à votre médecin ».

M « Votre radiographie pulmonaire n'a pas été réussie. Pour cette raison nous n'avons pu en faire l'étude ». « Si vous désirez une autre radiographie pulmonaire gratuite, veuillez présenter ce rapport à l'Unité Sanitaire de le à a.m. p.m. ou au Sanatorium Bégin, Lac Etchemin, un jour de semaine, le samedi excepté, de 8 à 11 a.m. ou de 3 à 5 p.m. ».

Formule « A »

Lorsqu'un patient reçoit un rapport sur cette formule, son médecin de famille reçoit en même temps un compte rendu de nos constatations, avec recommandations s'il y a lieu.

Nous essayons de dépister la tuberculose, mais les consultants peuvent bien, et le cas

est assez fréquent, nous révéler autre chose que de la T.B.; aussi nous nous faisons un devoir d'aviser le médecin de famille si nous trouvons les signes radiologiques d'autres troubles, par exemple, cardiaques, tumoraux, anomalies congénitales, v.g. inversions d'organes, etc.

Formule « S »

Cette formule est destinée aux cas suspects (ou franchement positifs) et leur donne droit à un contrôle gratuit au sanatorium, sur film 14 x 17. Le rapport d'un tel contrôle est fait au médecin et non au patient.

Nous nous efforçons dans ce travail de coopérer avec le médecin de famille et de voir au respect du secret professionnel. Nous envoyons les rapports de contrôle au médecin, mais celui-ci ne doit pas négliger d'aviser son patient. Dans plusieurs industries, où il n'y a pas de service médical organisé, on nous a demandé d'envoyer tous les rapports au bureau de la compagnie. Procéder ainsi simplifierait le travail et diminuerait les frais des campagnes de dépistage, parce que l'envoi de rapports individuels représente une assez forte

dépense. Nous ne voulons pas de ce système parce qu'il s'oppose au respect du secret professionnel et parce qu'il élimine la coopération du médecin de famille. Celui-ci, s'il veut faire tout son devoir, est l'homme le mieux placé pour rendre efficace le dépistage, en éduquant non seulement ses patients mais toutes les personnes avec qui il a des contacts, personnellement ou comme membre d'organisations variées: associations de toutes sortes, clubs sociaux, etc.

Formule « N »

Elle est envoyée au patient seulement.

Ce serait surcharger le médecin que de lui envoyer tous les rapports négatifs. Il serait importuné par un grand nombre de personnes venues seulement pour lui demander leur rapport.

Formule « M »

Cette formule de film manqué est adressée au patient seulement et comporte l'avis d'un contrôle gratuit.

Le rapport d'un tel contrôle sur film 14 x 17 est adressé au médecin s'il s'agit d'un cas évident de tuberculose active ou d'un cas

RAPPORT DE LA CAMPAGNE DE DÉPISTAGE DE LA TUBERCULOSE

effectuée du 29 juin au 21 août 1953, dans les comtés de Beauce, Dorchester, Bellechasse, Montmagny et l'Islet

TOTAL	Classification des cas	Sexe	Total	CLASSIFICATION SELON L'ÂGE ET LE SEXE									
				0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-49	50-x
11105	Nombre des consultants	M	5400	158	613	723	649	632	597	517	448	548	515
		F	5705	200	745	801	985	861	580	468	339	422	304
	Positifs	M	17	0	1	0	1	1	1	0	2	6	5
		F	11	0	1	0	3	1	1	3	1	1	0
	Négatifs	M	5166	148	601	718	638	619	566	490	418	510	458
		F	5451	192	730	786	961	828	558	441	319	386	250
	Suspects	M	125	2	7	2	6	6	21	16	15	23	27
		F	135	2	10	8	11	20	14	17	10	20	23
	Anomalies	M	61	1	1	2	3	4	6	8	8	6	22
		F	68	1	2	4	7	9	5	4	6	6	24
	Manqués	M	31	7	3	1	1	2	3	3	5	3	3
		F	40	5	2	3	3	3	2	3	3	9	7

suspect de tuberculose ou de tout autre état pathologique. Si le contrôle est négatif, le patient *seulement* reçoit un rapport.

Toujours dans le but de ne rien laisser dans le doute, nous conseillons plus de contrôles que moins.

En terminant cette question de la radiophotographie en masse, il convient de rappeler que le dépistage n'est pas réservé seulement aux patients considérés comme suspects de tuberculose, mais qu'il s'adresse à toute la population adulte de n'importe quel âge.

Les statistiques de ces dernières années, dans de nombreux pays dont le nôtre, démontrent qu'on trouve la tuberculose à des âges de plus en plus avancés et qu'on la trouve aussi plus souvent chez l'homme que chez la femme, alors que c'était le contraire dans le passé; par contre, il y a de moins en moins de jeunes enfants tuberculeux. Donc, l'efficacité du dépistage sera d'autant plus grande que les consultants seront surtout des adultes.

DÉPISTAGE DANS UN HÔPITAL GÉNÉRAL

Depuis quelques années, on tend de plus en plus à organiser du dépistage dans les hôpitaux généraux. C'est un des meilleurs endroits où frapper pour détecter la tuberculose. On considère qu'à l'heure actuelle, 275 000 à 300 000 personnes par année, sont admises dans les hôpitaux généraux de la province. Si on faisait une radiophotographie, contrôlée s'il y a lieu sur film 14 x 17, de toutes ces personnes à leur admission à l'hôpital, on trouverait alors beaucoup de cas, puisqu'on a surtout affaire à des gens au physique affaibli. On en trouverait aussi en radiographiant les membres du personnel, lors de l'embauchage.

Les hôpitaux peuvent s'occuper de ce travail avec peu de frais, des octrois pouvant être obtenus grâce aux ententes fédérales-provinciales sur la santé.

TOMOGRAPHIE PULMONAIRE

Le diagnostic de la tuberculose est parfois difficile. Quand on n'a pas réussi à le faire au bureau, ou à le faire faire à la clinique ou ailleurs, et qu'on a toujours des doutes, on peut demander l'admission au sanatorium pour observation et examens complémentaires: tubages, bronchoscopies, tomographies, etc.

La tomographie, par exemple, sera surtout utile pour déceler des cavités.

Les antibiotiques négativant souvent, au moins pour un temps, des cas dont les cavités ne pouvaient être décelées par la radiographie simple, il arrivait, avant que nous ayons la tomographie, de donner des congés médicaux à des malades cavitaires. Inutile d'ajouter que tôt ou tard, ces malades devaient reprendre le chemin du sanatorium. De fait, les réadmissions au sanatorium sont rares aujourd'hui, comparativement à ce qu'elles étaient il y a une dizaine d'années.

Pour conclure, disons que toutes les facilités de diagnostic précoce de la tuberculose sont gratuitement mises à la disposition du médecin. Et si celui-ci veut bien s'en prévaloir, il peut rendre d'énormes services à ses malades. En agissant ainsi, il rend aussi service à tous ses concitoyens et à lui-même, puisqu'il contribue beaucoup à alléger le fardeau économique que constitue pour un pays, l'entretien d'une grosse population tuberculeuse.

Encore faut-il qu'il y pense souvent à la tuberculose.

II — TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

Le traitement de la tuberculose pulmonaire s'est considérablement amélioré en ces toutes dernières années. Il est aussi devenu assez complexe. Dans à peu près tous les cas, il nécessite des associations médicamenteuses elles-mêmes associées à une combinaison de procédés collapsothérapeutiques, bronchothérapeutiques et chirurgicaux. Le traitement varie beaucoup d'un sujet à l'autre, suivant la nature des lésions, mais il est à peu près toujours une association de deux ou trois procédés qui, chacun, doivent être mis en jeu à des périodes différentes de la maladie; il y a un moment pour faire telle chose, un autre pour faire telle autre chose. C'est dire que le malade doit être suivi de très près et soumis à intervalles rapprochés à toutes sortes d'exams, si on veut le mener à la guérison.

Les procédés qu'on appelle de thérapeutique « active » sont:

1° le pneumothorax: beaucoup moins employé aujourd'hui, et dont les indications sont beaucoup plus précises qu'autrefois;

2° le pneumopéritoine: qui rend d'énormes services, il sert souvent de préparation à la chirurgie d'exérèse ou de collapsothérapie;

3° la bronchothérapie: sous forme d'aspirations, lavages, dilatations, cautérisations, etc., à l'aide du bronchoscope;

4° la chirurgie: surtout de collapsothérapie et d'exérèse: segmentectomies, lobectomies, pneumonectomies, etc.

Les exérèses se font de plus en plus, les thoracos de moins en moins.

Thérapeutique passive

1° *Antibiotiques*: Streptomycine et dihydrostreptomycine (I.M. et/ou aérosol);

2° *Produits chimiques*: Le P.A.S. et l'isoniazide sont à peu près les seuls employés aujourd'hui;

3° *La cure*: Elle est une condition « sine qua non » de la guérison. Tous les moyens thérapeutiques ne donneront pas de succès, s'ils n'ont pas été associés, précédés et suivis de repos prolongé en décubitus horizontal dans une atmosphère de calme et de bon air, comme on en trouve au sanatorium.

En somme, c'est au sanatorium que doit se traiter la tuberculose. L'expérience nous montre que, malgré des conditions de vie excellentes, il est impossible de faire de la cure à domicile. Et même si le malade fait une simple pleurésie séro-fibrineuse, il devrait faire, dans bien des cas, jusqu'à un an de cure sanatoriale. Les patients que nous revoyons quelques mois après leur départ sans congé médical, nous avouent tous, à peu près sans exception, qu'ils ont été dans l'impossibilité de faire chez-eux le repos qu'on leur avait conseillé au départ. Et c'est rendre un très mauvais service à un malade qui n'accepte pas facilement d'aller au sanatorium, que de le traiter à domicile, même s'il a les moyens financiers de payer tous les médicaments.

Certains médecins se plaignent qu'ils ne réussissent pas à faire hospitaliser leurs malades au sanatorium, faute de place. Nous devons avouer que c'est parfois vrai. Seulement, quand la majorité des hospitalisés arriveront au sanatorium avec une tuberculose au début, la liste d'attente tendra à disparaître, puis disparaîtra, parce qu'alors, au lieu de garder des malades durant 3, 4 ou même 5 ans,

on les hospitalisera pour, disons, un an, un an et demi. Il y aura plus de roulement.

En 1952, sur 206 cas de tuberculose pulmonaire admis au Sanatorium Bégin, 65 seulement (soit à peine plus de 30%) présentaient une tuberculose incipiens, plus des deux tiers étaient des cas modérément avancés (106) et très avancés (35). Il faut bien se rappeler que le premier but des sanatoriums est le traitement des cas curables et non l'hospitalisation des cas très avancés et incurables, qui, avant de nous arriver, ont contaminé tout ce qu'il y avait à contaminer.

Certains médecins disent traiter à domicile les tuberculeux qui ne veulent pas aller au sanatorium. Il ne faudrait pas qu'ils oublient que leur devoir est de *convaincre*, comme le dit Rist, qu'ils doivent tout faire pour convaincre, même au prix d'un mensonge, comme par exemple, dire au malade qu'il lui faut une couple de mois au sanatorium. Une fois hospitalisé, ce sera plus facile de faire tranquillement l'idée au patient que ce sera une affaire d'un an ou plus.

Enfin, est-ce que, avec la meilleure volonté du monde, le médecin en général, est en mesure de décider ce qu'il y a à faire à tel stade de l'évolution de la maladie et ce qu'il y a à faire à telle autre période? Est-ce qu'il est en mesure de traiter adéquatement ses tuberculeux à domicile? La nécessité du repos sanatorial et la complexité du traitement de la tuberculose pulmonaire, nous forcent à répondre négativement à ces questions.

*

* *

Pour conclure, disons donc:

1° qu'il est très important et très facile, en général, d'obtenir un diagnostic précoce de tuberculose pulmonaire; il s'agit bien de se mettre dans la tête que la tuberculose est encore très répandue, qu'au début elle est absolument asymptomatique, et que, pour ces raisons, il faut y penser *souvent* à la tuberculose;

2° qu'en présence de tout cas de tuberculose, même d'une simple pleurésie séro-fibrineuse, il faut demander l'admission dans un sanatorium, seul endroit où un traitement adéquat peut être institué.

VARIÉTÉS

QUELQUES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DE LA COUR ET LES LIENS QUI LES RATTACHENT AU CANADA

Gabriel NADEAU

La maison médicale des rois de France se composait de docteurs en médecine, de chirurgiens qui n'étaient à l'origine que simples barbiers, et d'apothicaires.

A l'époque où commence notre histoire, c'est-à-dire au début du XVII^e siècle, la charge de médecin de la personne royale comprenait le Premier-Médecin ou Archiâtre, un médecin ordinaire, huit médecins par quartier, ainsi nommés parce qu'ils servaient deux par deux par trimestre (ils devaient coucher dans la chambre du roi), de deux autres servant extraordinairement et de consultants en nombre variable. Cette faculté était sous les ordres du Premier-Médecin, comme l'étaient les chirurgiens du roi qui, eux, avaient à leur tête le Premier-Chirurgien. En outre, la reine et les enfants de France avaient aussi leur maison médicale.

Le Premier-Médecin, par sa charge et la situation privilégiée qui en découlait, se trouvait l'un des plus importants officiers de la Cour. Quand il entrait en fonction, il prêtait à genoux, les mains jointes entre celles de son souverain, un serment solennel. Il possédait le titre de conseiller d'Etat et son emploi lui conférait la noblesse héréditaire.

Le Premier-Chirurgien ajoutait aux fonctions qu'il remplissait auprès du roi celles de chef de la chirurgie de tout le royaume — attribution qui n'avait pas d'équivalence chez les médecins, car on ne vit jamais le Premier-Médecin assumer la direction de tous les médecins de France. Jusque vers 1650 le chef des chirurgiens de la Cour s'appelait Premier-Barbier et chirurgien ordinaire du roi.

Plusieurs des médecins, des chirurgiens et des apothicaires qui ont eu l'honneur et le privilège de servir à la Cour de France se

rattachent à notre histoire par des liens souvent assez étroits. On sera peut-être curieux d'en connaître quelques-uns.

Philippe de Flesselles

Le premier en date est Philippe de Flesselles, surtout connu par ses basses attaques contre le célèbre Jean Fernel. Il prit le bonnet de docteur à la Faculté de Paris sous le doyen Claude Roger. Contemporain d'Ambroise Paré et son collègue à la Cour, il fut médecin de François I, d'Henri II, de François II et de Charles IX. Il décéda à Paris le 20 mars 1561, laissant un ouvrage qui a eu au moins quatre rééditions: *Introductoire pour parvenir à la vraie cognoissance de la Chirurgie rationnelle*.

Les Flesselles (ou Flexelles), originaires d'Amiens, étaient seigneurs de Brégy, vicomtes de Corbeil et barons de Sainte-Sévère. On rencontre leur nom à diverses époques de l'histoire de France. Ainsi, en 1635, un Flécelles était président de la Cour des Comptes. Mentionnons aussi Eustoquie Flexelles de Brégy, religieuse de Port-Royal, décédée quelques mois après la Mère Angélique, en avril 1684. Sa mère avait été une précieuse. « Elle-même femme d'esprit, assez peu dans le ton de Port-Royal, mais ferme dans ses convictions. Racine la juge ainsi: elle avait quelque vivacité, mais son tour d'esprit étoit faux, et n'avoit rien de solide. »

Relevons encore le nom de Jacques de Flesselles qui fut le dernier Prévôt des Marchands de Paris et qui fut massacré par le peuple le 14 juillet 1789. Le Prévôt des Marchands était le véritable chef de l'administration municipale de Paris. Jean-Victor Varin de la Marre, qui fut contrôleur de la marine et des

fortifications au Canada et Conseiller au Conseil souverain, étant repassé en France, acheta de Jacques de Flesselles en mai 1758 une charge de Secrétaire du roi.

Mais un autre lien, antérieur au moins d'un siècle, relie cette famille à notre histoire. Parmi les Ursulines venues au Canada en 1640 se trouvait la Mère Marguerite de Flécelles de Saint-Athanase. En 1645, elle succédait à la Mère de l'Incarnation dans la charge de supérieure.

Pierre et Jean d'Ailleboust

Ce sont les ancêtres de la famille de ce nom au Canada. Pierre docteur en médecine de Montpellier, fut médecin ordinaire de François I. Son fils Jean, né à Autun vers 1531, fut médecin ordinaire d'Henri III et Premier-Médecin d'Henri IV. Il serait mort empoisonné par les ordres de la maîtresse du roi, la belle Gabrielle d'Estrée, qui venait d'accoucher de César de Vendôme. Pierre de l'Etoile écrit dans ses *Mémoires et Journaux* à la date du 24 juillet 1594: « Ce même jour, on eut des nouvelles à Paris de la mort de M. Daliboust, premier médecin du Roy, auquel on disait qu'une parole libre qu'il avait dite à Sa Majesté touchant son petit Caesar, avait coûté la vie, non de la part du Roy qui ne cognoit point ces bestes et monstres de poisons, mais de la part de celle, (comme tout le monde tenoit) qui s'y sentoit intéressée: à laquelle le Roy contre sa promesse l'avoit redit, ne pensant qu'il en deust coûter la vie à ce bon homme de médecin, fidèle serviteur de Sa Majesté ».

Notons ici que deux enfants de Jean d'Ailleboust entrèrent dans la famille de Béda des Fougerais, docteur-régent de la Faculté de Paris et bête noire de Guy Patin qui l'appelle *vénéralbe et détestable charlatan*. En 1651, Elie Béda fut chassé de la Faculté avec Cornut, auteur de *Canadensium Plantarum Historia*. Il était médecin de la duchesse d'Aiguillon, fondatrice de l'Hôtel-Dieu de Québec. Molière l'a ridiculisé à jamais dans l'*Amour médecin* sous le nom de Desfonandrès, qui signifie *tueur d'hommes*.

Pierre Legendre

Il était Premier-Barbier et chirurgien ordinaire d'Henri IV, titre qui en faisait, comme je l'ai dit, le chef de la chirurgie dans tout le royaume. Le Premier-Barbier exerçait sa juridiction sur les chirurgiens par un lieutenant nommé dans chaque ville. Ce privilège lui avait été confirmé par un arrêt du Grand Conseil du 12 mars 1596. En 1605, le lieutenant de Pierre Legendre à Honfleur était Guillaume Deschamps qui passa en Acadie avec Champlain. C'est lui qui pratiqua les premières autopsies au Canada.

François Le Saige

Il était apothicaire de l'écurie d'Henri IV. Le 27 décembre 1610, il est témoin au contrat de mariage de Champlain avec Hélène Boullé à Paris. Avec lui signe Geneviève Le Saige, femme de Simon Alix, « oncle du côté maternel de ladite Hélène Boullé ». Elle devait être la sœur de l'apothicaire. Ce François Le Saige a peut-être exercé ses fonctions à la Cour à la même époque que le père de Louis Hébert.

René Chartier

Le premier de cette famille qui nous intéresse est René, ancêtre des Chartier de Lotbinière canadiens et de l'ancien Doyen de la Faculté de Montréal, de Lotbinière Harwood. Noble homme Messire René Chartier était médecin ordinaire de Louis XIII. Il naquit à Vendôme ou à Montoire-en-Vendômois en 1572 et mourut à Paris le 25 octobre 1654. Il publia en 13 volumes les *Œuvres* d'Hippocrate et de Galien, ouvrage très rare que Léo Pariseau avait dans sa bibliothèque.

Il était aussi médecin d'Henriette d'Angleterre, dont Bossuet prononça l'oraison funèbre. Quant à René Chartier, c'est en ces mots que Patin lui fait son oraison funèbre: « Le père R. Chartier est ici mort d'apoplexie subite, laquelle le surprit à cheval, et mourut sur-le-champ, âgé de huitante-deux ans; voilà son Galien grec demeuré [inachevé], sa famille en est ruinée ».

René Chartier, avec l'aide de quelques personnes, fonda une société de colonisation au

Canada que Lescarbot appelle, *la Société de ceux qui vont planter (moyennent la grâce de Dieu) la Foy ès Terres Occidentales*. Elle comprenait trois ordres. « Le premier est l'Ordre des Ecclésiastiques... Le second Ordre est des Principaux qui entreprennent ce saint dessein... Le tiers Ordre est divisé en trois, le premier est la Noblesse et gens de guerre; le second, la Justice et gens de lettres; le troisième consiste en Marchans, Artisans, Laboureurs, et autres nécessaires en une République ».

Cette société resta lettre morte et le seul effort de colonisation fut fait par Chartier lui-même qui envoya en Amérique deux de ses fils: René, prêtre, qui fut chapelain des Ursulines de Québec, et Louis-Théandre qui fonda la famille au Canada. Le 26 février 1613, Messire Pierre Jobert, docteur en médecine de la Faculté de Paris, Loys Lange, chirurgien de Paris, et Pierre-Marcelain Mollain, apothicaire demeurant aussi à Paris, s'engageaient pour faire le voyage en Acadie. Était-ce à l'instigation de la société que patronnait René Chartier? Je ne saurais le dire.

Chartier avait deux fils, Philippe et Jean, docteurs en médecine et bêtes noires de Patin, comme leur père. Philippe, médecin par quartier de Louis XIV, mourut au mois d'août 1669. Son frère, Louis-Théandre était en visite à Paris à cette date. Du moins, un acte indique qu'il s'y trouvait au printemps de cette année. Patin, toujours charitable, sert ainsi son paquet à Philippe: « Le 25 de ce mois est mort un des nôtres, nommé M. Ph. Chartier, âgé d'environ trente-cinq ans; il avait heureusement vendu sa charge de médecin par quartier, il n'y a pas six mois; il restait professeur du roi; la charge est aujourd'hui perdue, au moins est-elle au pillage. Il était, à ce que j'entends, fort débauché. *Inciderat in fluxum dysentericum*, ensuite la fièvre continue l'attrapa, dont il est mort le neuvième jour, tant faute de son appareil qu'autrement; il n'a été guère saigné; on dit qu'il a été purgé trop tôt, tant il y a que, *malo, imo pessimo suo fato transiit ad plures,*

imo illam regionem penetravit, unde negant redire quemquam. J'ai vu le père, les deux fils, qui tous trois sont passés; de ces trois on n'aurait su en faire la moitié d'un bon médecin; mais en ce monde et les ânes et les chevaux meurent aussi bien que les mulets et les charretiers ».

Hébert

Louis Hébert, qui a laissé une nombreuse postérité au Canada, était apothicaire de Paris. Serait-il passé en Amérique à l'instigation de René Chartier et de ses associés? Son père était apothicaire de Catherine de Médicis, épouse d'Henri II. Le père de Louis Hébert se trouvait donc être à la Cour le collègue d'Ambroise Paré qui fut chirurgien d'Henri II et servit aussi François II, Charles IX, et Henri III, tous fils de Catherine de Médicis. Rappelons ici que la plante à Nicot fut à l'origine nommée *Médicée* et *Catherinaire*, en l'honneur de la reine.

Charles Bouvard

En 1628, Charles Bouvard succédait à Héroard en qualité de Premier-Médecin de Louis XIII, charge qu'il conserva jusqu'à la mort du roi en 1643 et qui lui conférait en même temps le titre de surintendant du Jardin des Plantes, fondé en 1626. Bouvard était beau-frère de Riolan. Jacques-Philippe Cornut (ou Cornuti) lui a dédié sa Flore du Canada. Il était médecin à la Cour quand un jeune sauvage fut présenté au dauphin, le futur Louis XIV, en 1638. Appartenait-il à la famille du Jésuite Martin-Samuel Bouvard, né à Chartres vers 1637 et qui fut missionnaire dans la Nouvelle-France?

Théophraste Renaudot

Il nous concerne d'assez loin. Né à Loudun en 1584, il fut reçu docteur à Montpellier en 1606. Six ans plus tard il est nommé médecin de Louis XIII et prête serment entre les mains d'Héroard, Premier-Médecin du roi. Il était l'ami de la duchesse d'Aiguillon. Ses deux fils, Isaac et Eusèbe, furent docteurs de la Faculté de Paris. Eusèbe, Premier-Médecin

de la Dauphine, eut un fils qui fut prêtre, membre de l'Académie française et qui mourut en 1720. L'abbé Eusèbe Renaudot fut l'ami de M. de Gallinée, missionnaire au Canada, et présenta La Salle au prince de Conti. François de Callières, frère de notre gouverneur, en fit son exécuteur testamentaire et lui légua sa bibliothèque.

C'est l'abbé Renaudot qui fut chargé, en 1691, de composer la médaille qu'on frappa à l'occasion de la défaite de Phipps devant Québec.

On sait que Théophraste, par sa *Gazette* dont il commença la publication en 1631, est le fondateur du journalisme moderne. Le recueil de l'année 1642 fait mention de la recrue de Montréal, embarquée à La Rochelle le 9 mai 1641. Dans l'inventaire des biens de Jean Nicolet, noyé près de Sillery en 1642, se trouvait le recueil de la *Gazette* pour les années 1634 et 35. Sarrazin aussi avait dans sa bibliothèque quelques numéros de la *Gazette*. L'inventaire de sa veuve en 1743 mentionne: « Huit volumes reliés en veau, contenant Recueil des Nouvelles ordinaires et extraordinaires du Royaume, des années 1700 jusqu'en 1708 ». Un autre lot comprenait la *Gazette* des années 1705 et 1706.

Notons ici qu'un nommé Renaudot accompagnait d'Iberville à la prise du fort Nelson en 1694. Avait-il quelque parenté avec la famille de Théophraste?

Antoine Vallot

Il naquit en 1594 et mourut à Paris en 1671. Il fut Premier-Médecin d'Anne d'Autriche, puis de Louis XIV. Il était aussi médecin du fameux intendant Fouquet. C'est lui qui soignait Anne d'Autriche, la mère de Louis XIV, mourante d'un cancer au sein, quand François Gendron, qui avait exercé la chirurgie chez les Hurons, fut appelé auprès de la reine pour essayer un remède de son invention. Le 2 janvier 1665, Guy Patin écrivait à Falconet: « La reine-mère n'est pas si bien. On dit qu'elle a un cancer à la mamelle gauche, où les empiriques de la cour ont perdu leur escrime. On a envoyé quérir

un prêtre nommé Gendron, près d'Orléans, qui l'a traitée ».

Vallot occupa la charge de Premier-Médecin de Louis XIV de 1652 jusqu'à sa mort en 1671. En 1659, Jeanne Mance qui s'était cassé le bras à Montréal se rendait à Paris pour se faire soigner. « Peu après que Mademoiselle Mance fut rendue et arrivée à Paris, l'on dans les *Annales de l'Hôtel-Dieu*, après avoir satisfait à ses dévotions, elle pensa à faire guérir son bras rompu depuis un an. Monsieur D'Olbeau, chanoine de la chapelle du Roy, et une sienne sœur qu'il avoit à Paris, qui luy estoit parens, voulurent faire une consulte de médecins et de chirurgiens; elle ecquiesça par la grande envie qu'elle avoit de guérir. Tout ce qu'il y avoit lors à Paris d'habile en cet art y fut appelé, jusqu'au médecin de Sa Majesté qui s'y trouva ». Cette appellation de médecin de Sa Majesté désigne sûrement le Premier-Médecin, et alors il s'agit de Vallot.

Jean Réty de Villeneuve

Jean Réty, sieur de Villeneuve, fut Premier-Barbier et chirurgien ordinaire de Louis XIV. Félix de Tassy lui succéda en 1668. Le lieutenant de Réty à Québec fut François Menoüel. Le 22 décembre 1649, Louis XIV écrivait au gouverneur d'Ailleboust qu'il faisait expédier « au nommé Menoil qui s'est acquis grande cognoissance dans la chirurgie » des lettres de son chirurgien ordinaire pour lui permettre de servir en qualité de chirurgien dans toute l'étendue de la colonie.

En 1652, Menoüel soigna la Mère Marie de Saint-Joseph, Ursuline, dans sa dernière maladie. « M. Menouil, écrit Marie de l'Incarnation, chirurgien du roi, qui par dévotion est venu dans ce pays depuis quelques années, et qui s'est rendu recommandable par les belles cures qu'il a faites tant en France qu'au Canada, voyant que son hydropisie augmentait extraordinairement, crut qu'il lui fallait faire des ouvertures aux jambes pour attirer les eaux qui menaçaient de l'étouffer. On en fit la consultation, et cela fut conclu et exécuté ».

François de Bernouin

Il fut Premier-Barbier et chirurgien ordinaire de Louis XIV. Dumas, dans le *Vicomte de Bragelonne*, en a fait le valet de Mazarin. Son lieutenant de chirurgie à Québec était Jean Madry.

François Picoté de Belestre

Encore un autre que Patin passe à tabac dans ses lettres. Le 10 juillet 1657, il écrit à son ami Charles Spon: « Pour Belestre que M. Gras nommait ici Bel Estron, MM. Guillemain et Garnier pourront vous en dire plus de nouvelles que moi. *Merus est nebulo, omniumque ignarissimus* ».

François Picoté de Belestre, né à Orléans, fut médecin à Lyon d'abord, puis à Paris. Son frère Charles, prêtre et ami de M. Olier, fondateur de Saint-Sulpice, qui exerçait sur la reine-mère une grande influence, lui fit obtenir la charge de médecin par quartier du duc d'Anjou, frère de Louis XIV, charge qui lui conférait en même temps le titre de médecin et conseiller du roi. M. Charles Picoté mourut à Paris en décembre 1679. « De tous ses actes, écrit Gros, il en est un qui eut à l'époque un retentissement considérable. En janvier 1655, il refusa l'absolution au duc de Liancourt pour cause d'attaches trop solides avec Port-Royal. Cette manifestation d'intransigeance fut de conséquence pour les lettres françaises. Elle nous valut les *Lettres à un provincial* de Pascal ».

Le 15 juillet 1660, Patin mandait à Falconet: « J'ai vu un malade, depuis trois jours, que Picoté Belaître avait entrepris de guérir, et d'où il a été chassé ignominieusement. Je vous le dis, en vérité, ce n'est qu'un malheureux coquin, fort étourdi, bien ignorant, *nequidem medicus, sed plane mendicus*. Il est si gueux qu'il en ferait pitié, n'était qu'il est fou et que la tête lui tourne de vanité: aussi est-il natif d'Orléans, et d'une famille dans laquelle il n'est pas le premier fou. Il cherche des amis qui lui donnent aide et secours pour envoyer ses enfants en Amérique, n'ayant point moyen de les nourrir: c'est signe qu'il

ne gagne pas tant; et certes, s'il y gagnait beaucoup, il serait bien heureux, il vivrait d'un métier où il ne connaît rien. J'apprends que ses affaires sont en fort mauvais état, si M. le comte [de Rebé] ne le soulage de ses libéralités. Voyez et jugez s'il n'est pas bien appuyé. Cette attente est vraiment, comme dit Scaliger, *ficulneum auxilium et scipio imminutus*. Il emprunte de l'argent pour subsister à des chirurgiens et à des apothicaires; mais c'est mauvais signe, et un support qui n'ira guère loin, voire qui le détruira ».

A la date où Patin écrivait, Picoté de Belestre avait déjà fait passer deux de ses enfants au Canada: Pierre et Perrine qui arrivèrent à Montréal avec la recrue de 1659. Le médecin s'était remarié, à Marguerite Pierrard, et élevait une deuxième famille. C'est peut-être la raison pour laquelle il poussait ses enfants vers l'Amérique.

De son deuxième mariage Picoté eut entre autres François, qui prit le bonnet de docteur de la Faculté de Paris en 1684. Ce médecin a laissé un nom honoré dans la médecine française, car il est le véritable fondateur de la bibliothèque de la Faculté de Paris, à laquelle il légua ses livres en 1732. Ses parents du Canada héritaient en même temps. Le 24 mars 1733, dans une lettre commune au marquis de Beauharnois et à Hocquart, le ministre écrivait: « Je vous envoie une copie qui m'a été remise par M. le Procureur général du Parlement du testament fait par le sieur Picoté de Belestre, médecin à Paris, qui a fait un legs en faveur de ses petits-neveux et petites-nièces qui sont en Canada. Vous verrez que ce testament ne contient point les noms de ces légataires. Et comme ils ne sont point connus ici, vous aurez agréable d'en faire la recherche dans la Colonie, de leur donner connaissance du legs fait à leur profit, et de les avertir de se mettre en état d'en demander la délivrance et vous m'informerez des mesures qu'ils prendront pour cela, afin que je puisse en faire part à M. le Procureur général ».

Armand Souart d'Abancourt

Il était apothicaire de la duchesse d'Orléans, belle-sœur de Louis XIV et connue dans l'histoire sous le nom de la Palatine. Son père Claude avait été apothicaire ordinaire et valet de chambre de Gaston d'Orléans, et sa mère était Madeleine Le Caron, sœur du récollet Joseph Le Caron qui fut missionnaire au Canada.

Le frère d'Amand, Gabriel, fut prêtre de Saint-Sulpice et curé de Montréal. Leur sœur avait épousé Pierre Buré (ou Beurrais, selon le P. Archange Godbout, o.f.m.), qui fut apothicaire et valet du duc d'Orléans.

Elisabeth Souard, fille d'Armand, qui avait elle-même passé une partie de sa jeunesse au service de la Palatine, épousa Charles Lemoyne, baron de Longueuil.

Charles Félix de Tassy

Il fut Premier-Chirurgien de Louis XIV de 1668 à 1676, alors qu'il fut remplacé dans cette charge par son fils Charles-François, qui l'occupa jusqu'en 1703. Son lieutenant de chirurgie à Québec fut Jean de Mosny.

Charles-François eut deux lieutenants à Québec: Gervais Beaudoin et Jean de Mosny, fils. Boileau était son ami. Le 3 juillet 1703, l'auteur de *l'Art poétique* écrivait au conseiller Brossette: « La mort de M. Félix m'a d'autant plus douloureusement touché que c'est lui, pour ainsi dire, qui s'est tué lui-même, en se voulant sonder pour une rétention d'urine qu'il avait. Nous nous étions connus dès nos plus jeunes ans... Il a été universellement regretté, et avec raison, puisqu'il n'y a jamais eu d'homme plus obligeant, plus magnifique et plus noble de cœur. ».

C'est Charles-François qui fit l'opération de la fistule à Louis XIV, le 21 novembre 1687. Notons aussi qu'il pratiqua une trépanation sur Melchior de Jordy de Cabanac, ancêtre de nos Jordy de Cabanac. C'était à Versailles le 10 mai 1697. « Comme Cabanac descendait la rampe qui est devant la maîtresse-porte du château, ses chevaux prirent le mors aux dents. Appréhendant qu'ils ne le

tuassent par l'effort qu'ils feraient en donnant contre la grille, Cabanac se jeta à bas. Mais il tomba si rudement sur la tête qu'on l'emporta pour mort. Félix, le chirurgien du roi, qui le trépana, lui trouva le crâne fendu en deux endroits ».

Jean-Claude-Adrien Helvétius

Jean-Adrien Helvétius, fils de Jean-Frédéric, soigna le Grand-Dauphin et fut médecin du duc d'Orléans, Régent du Royaume. C'est lui qui répandit l'usage de l'ipécacuanha. Son fils Jean-Claude-Adrien fut médecin par quartier de Louis XV. Claude, le philosophe si connu pour son livre *De l'Esprit*, est le fils de ce dernier.

Jean-Claude-Adrien Helvétius était chargé de la distribution de remèdes pour les pauvres dans le royaume et dans les colonies. Ces remèdes étaient envoyés au Canada par les soins de l'abbé de l'Île-Dieu. Le 21 mai 1753, par exemple, quatre ballots étaient embarqués pour Québec, l'Acadie et l'Île Saint-Jean.

Guy-Crescent Fagon

Il naquit à Paris en 1638 et épousa Louise de La Brosse, nièce de Guy de La Brosse, médecin ordinaire de Louis XIII et fondateur du Jardin des Plantes. En 1693, Fagon était nommé Premier-Médecin de Louis XIV et cinq ans plus tard il devenait surintendant du Jardin des Plantes. Son fils fut conseiller d'Etat et intendant des finances; nos archives contiennent quelques lettres de lui. Il succomba à l'opération de la pierre, que lui fit Morand, petit-neveu de Georges Mareschal.

Guy-Crescent Fagon fut taillé, lui aussi, par Mareschal, en 1701. A cette occasion le chirurgien Diéreville, qui a laissé une relation de son voyage en Acadie, composa les vers suivants.

Quel bruit, quel triste bruit tout à coup se répand!
Quoi, du plus grand des rois qui règnent sur la terre
Le premier-médecin est atteint de la pierre,
Et l'on va le tailler dans ce danger pressant!
Nous implorons ton assistance,
Ah! Seigneur, conduis bien la main de Mareschal!
Dans cette funeste occurrence,
Qu'il achève par toi de guérir ce grand mal.

Fagon se faisait envoyer des plantes par Sarrazin. Le 15 juillet 1705, le ministre écrivait à Vaudreuil: «Le sieur Sarrazin a été chargé par M. le Premier médecin de lui envoyer quelques plantes du Canada pour le Jardin du roi. Je vous prie de lui donner tous les secours qui pourront dépendre de vous pour mettre en état d'exécution cette commission et d'obliger les capitaines de vaisseaux qui reviendront en France de les apporter et de les mettre en lieu où elles se puissent conserver pendant la traversée ».

Fagon avait pour secrétaire Sébastien Vaillant qui fut le correspondant de Sarrazin. En 1703, un sieur de Pimant, officier, prétendit avoir inventé un remède propre à conserver la santé des équipages allant à la mer, qui apportaient souvent des épidémies dans les colonies. Fagon s'intéressa à ce remède et voulut en répandre l'usage au Canada et en Louisiane.

Georges Mareschal de Bièvre

Georges Mareschal, seigneur de Bièvre, un des plus célèbres chirurgiens de son temps, fut Premier-Chirurgien de Louis XIV et de Louis XV. Jourdain Lajus fut son lieutenant à Québec.

Il était d'origine irlandaise et succéda à Félix en 1703. Sauveur-François Morand, qui fut non moins célèbre que lui, avait épousé Marie-Clémence Guérin, petite-nièce de Mareschal. Elle était la sœur du chirurgien Georges Guérin, opérateur réputé, chirurgien en chef de la Charité, qui fut anobli par Louis XV. Le fils de Georges Guérin, Guérin de la Tour, servit à Louisbourg avec les troupes de terre. Au dire de Doreil, c'était un étourdi. Il écrivait au ministre en mai 1755: «Le sieur Guérin est beau-frère de M. Morand, célèbre chirurgien de Paris; on le dit fort entendu dans sa profession, mais il paraît avoir besoin d'être tenu ».

Mareschal était l'ami intime et le confident du duc de Saint-Simon qui parle de lui à maintes reprises dans ses *Mémoires*. Un oncle du duc avait tenu Claude Bermen de la

Martinière sur les fonts baptismaux. Passé au Canada, Bermen de la Martinière devint juge, conseiller du Conseil souverain et fut subdélégué de l'intendant. Vers 1715, son fils aîné étant malade des écrouelles, il songea à se rendre en France pour le faire toucher par le roi. Il en écrivit à Saint-Simon pour avoir son avis. Le duc répondit qu'il «était trop hasardeux de venir de si loin pour cela », et lui fit envoyer la *recette des écrouelles*. Est-ce Mareschal qui aurait fourni au duc cette recette?

Jean-Baptiste-Louis Chomel

Fils de Pierre-Jean-Baptiste et docteur de la Faculté de Paris en 1732, il fut médecin ordinaire de Louis XV. Comme Helvétius, il était chargé de distribuer des remèdes aux pauvres. Les *pastilles de Chomel* étaient employées à l'Hôtel-Dieu de Québec. Son père avait été camarade d'études de Pitton de Tournefort, correspondant de Sarrazin. Jacques-François Chomel, son oncle, docteur de Montpellier en 1708, avait été médecin de Louis XIV et intendant des eaux de Vichy.

Amable Chomel, demi-frère de Jean-Baptiste-Louis, qui naquit à Paris le 4 juin 1730, fut nommé médecin du roi à Québec pour remplacer Jean Gaultier. On sait qu'il succomba à Brest avant de pouvoir s'embarquer pour le Canada.

François Chicoineau

Gendre de Chirac, il fut d'abord médecin des Enfants de France et plus tard Premier-Médecin de Louis XV. Sarrazin ayant rédigé un mémoire sur les eaux minérales du Cap-de-la-Madeleine, qu'il avait transmis au ministre, celui-ci lui répond, le 14 avril 1733, qu'il a communiqué ce mémoire à Chicoineau et, le 12 mai, il fait tenir à l'intendant Hocquart les commentaires du Premier-Médecin sur le mémoire de Sarrazin.

La famille des Chicoineau, qui a fourni plusieurs médecins éminents, venait de Blois. Le sulpicien Chicoineau, décédé à Montréal en 1818, était, je crois, de la même famille.

Gigot de la Peyronie

Il succéda à Mareschal en 1736 comme Premier-Chirurgien de Louis XV. C'est lui qui fit choix d'Antoine Briault comme chirurgien du roi à Québec. Le chanoine Pierre Hazeur de l'Orme nous l'apprend dans une lettre du 11 mai 1741. « Vous aurez, cette année, écrit-il au Chapitre de Québec, un chirurgien major pour l'Hôtel-Dieu de Québec; c'est M. de la Pernie (sic), premier chirurgien du Roi, qui l'a présenté à M. de Maurepas qui l'a agréé. Il est dit-on, garçon, je ne le connais pas ».

On raconte l'anecdote suivante sur La Peyronie. Un jour une dame de la Cour, qui était enceinte, se sentit tout à coup prise de douleurs qui annonçaient un travail prochain. Le roi voulut savoir qui se chargerait de l'accoucher. *Sire*, répondit La Peyronie, *ce sera moi, j'ai accouché autrefois.* — *Où*, dit Mademoiselle de Charolais, *mais cet exercice demande de la pratique; vous n'êtes peut-être plus au fait.* — *N'ayez aucune inquiétude, Mademoiselle*, reprit La Peyronie: *on n'oublie pas plus à les ôter qu'à les mettre.*

Claude Deshais Gendron

Il fut médecin du Régent et grand ami de Pierre Chirac, Premier-Médecin de Louis XV. Il était le neveu de François Gendron, donné des Jésuites, qui pratiqua la chirurgie dans les missions du Canada.

Il avait d'abord été médecin ordinaire de Monsieur, frère de Louis XIV. Ami de Boileau, dont il habita la maison, il le fut aussi de Voltaire. Voltaire, passant un jour chez Deshais Gendron, y laissa le quatrain suivant:

C'est ici le vrai Parnasse

Des vrais enfants d'Apollon.

Sous le nom de Boileau, ces lieux virent Horace;
Esculape y paraît sous celui de Gendron.

Simon Boulduc

Simon Boulduc, célèbre apothicaire de Paris, était démonstrateur de chimie au Jardin des Plantes et membre de l'Académie des Sciences. Il fut l'apothicaire de la duchesse d'Orléans et de la reine d'Espagne. Son fils

Gilles-François fut Premier-Apothicaire de Louis XIV en 1712, puis en 1735 de Marie Leczinska, épouse de Louis XV. Il inventa en 1721 l'*Alkermès* ou *Aurifique de Glauber*.

Louis Boulduc, frère de Simon, né en 1648, passa à Québec vers 1664 et y remplit les fonctions de Procureur du roi. Il est l'ancêtre des Boulduc canadiens.

Jean-Baptiste-Antoine Andouille

Il fut Premier-Chirurgien de Louis XV, succédant à La Martinière. A la mort du roi le Premier-Chirurgien faisait l'autopsie; c'était un des privilèges de ses fonctions. Quand Louis XV mourut, le corps se décomposa immédiatement et empestait le palais. Le duc de Villequier, Premier-Gentil-homme du roi, enjoignait à Andouillé d'ouvrir le corps. *Je suis prêt*, répliqua Andouillé, *mais pendant que j'opérerai, vous tiendrez la tête; votre charge vous l'ordonne.* Le duc n'insista pas et on se hâta de porter le roi à Saint-Denis.

Andouillé était le beau-père de Jean-Baptiste Polémond, chirurgien-major des troupes de Montcalm. Polémond se noya non loin de Québec le 18 juillet 1755 en traversant une rivière de peu de profondeur, ce qui fit dire à Doreil, rapportant le fait au ministre, que le chirurgien s'était noyé dans son crachat. Doreil ajoutait: « Sa veuve est actuellement à Paris, chez le Sieur Andouillé son père, Chirurgien-Major de la Charité, rue du Colombier, faubourg Saint-Germain ».

De La Rochambaux

Laterrière nous raconte dans ses *Mémoires* qu'il étudia sous M. de La Rochambaux (ou Rochambeau), médecin de Marie Leczinska, épouse de Louis XV. Ce médecin aurait été âgé de 80 ans en 1766, année où Laterrière commença ses études. Malgré mes recherches je n'ai pu trouver le nom de ce personnage dans la maison médicale de Louis XV et je crois qu'il s'agit d'une autre invention du sieur Laterrière.

CORRESPONDANCE

LETTRE DE PARIS

Suivant le rythme des vacances, plus encore que celui des saisons dont le caprice, cette année, dépasse la mesure, les Parisiens ont quitté peu à peu leur ville. Les Sociétés Savantes ont remis à Octobre leur ordre du jour encore chargé, non sans avoir soulevé dans leurs dernières séances d'amples et utiles discussions.

C'est ainsi que la Société Médicale des Hôpitaux de Paris a récemment abordé le problème de la tuberculose congénitale. Elle l'a fait à propos d'une communication de A. Rossier et A. Roussel, concernant deux nouveau-nés prématurés dont l'histoire vaut d'être contée.

Le premier, l'enfant Anne L... naît le 8 septembre 1952 au terme de 29 semaines, pesant 1 500 gr. Transporté en incubateur et placé sous oxygène il est suivi au centre des Prématurés. A 19 jours il a presque repris son poids de naissance, mais reste très hypotonique et dyspnéique l'auscultation révélant la présence de râles fins en bouffées, à la base droite. Bientôt d'ailleurs surviennent des crises de cyanose noire, et la mort est constatée le 7 octobre soit à l'âge de 29 jours.

L'autopsie montra sur les deux poumons, de très nombreuses taches blanchâtres, de la taille d'une tête d'épingle, confluentes par endroit ayant l'aspect du caséum. Histologiquement, les lésions très monomorphes étaient celles des foyers caséux nécrosés, homogènes assez acidophiles fourmillant de Bacilles de Koch. L'examen méthodique des autres viscères ne montrant par ailleurs aucune lésion tuberculeuse associée.

Le problème d'une primo-infection tuberculeuse précoce était ainsi posé, et l'atteinte pulmonaire isolée faisait évoquer ici une contamination par voie respiratoire directe. Servant de plus près le problème on put bientôt

établir que l'enfant, isolé dès la minute même de sa naissance, et placé en incubateur, n'avait eu avec le milieu extérieur et avec sa mère en particulier aucun contact. Il ne pouvait s'agir de contamination aérienne. L'origine placentaire, en l'absence de toute autre localisation viscérale tuberculeuse autre que le poumon, était bien improbable. Restait la contamination par voie amniotique. Une enquête faite a posteriori, permit de découvrir chez la mère, une tuberculose de l'endomètre latente jusqu'alors mais dont la preuve fut administrée par une biopsie utérine montrant l'aspect typique d'une tuberculose folliculaire, une méningite tuberculeuse devait d'ailleurs survenir en mars 1953 chez cette femme, méningite actuellement guérie. La contamination par voie amniotique se trouvait ainsi prouvée.

Une seconde observation rapportée par A. Rossier est assez comparable. Chez un extrême prématuré pesant 1 100 gr. la tuberculose est mise en évidence à 34 jours: tuberculose pulmonaire à type de lésions nodulaires multiples bilatérales avec splénomégalie. Les clichés thoraciques montrant un semis de taches arrondis micronodulaires dans les deux champs pulmonaires. La notion étiologique était plus facile à établir ici, la mère venant d'être transportée en clinique avec une tuberculose miliaire et tuberculose génitale vérifiée par biopsie.

Ces deux observations apportent un argument important à la conception de la tuberculose congénitale par aspiration amniotique. A côté de leur valeur expérimentale et dogmatique, il faut retenir pour la seconde le succès thérapeutique obtenu par les médications antituberculeuses modernes. Un traitement par la streptomycine (5 cg par kg.) poursuivi pendant 4 mois, associé à l'hydrazide de l'a-

cide isonicotinique (20 mg par kg.) poursuivi pendant six mois a permis la guérison de ce prématuré vraisemblablement le plus petit tuberculeux du monde efficacement traité. A l'âge de 8 mois, le poids est de 5 kg 300 la taille de 61 cm, le comportement et l'aspect normaux.

Ce succès montre s'il en était encore besoin la puissance des médications antituberculeuses actuellement utilisées. Si l'on reprend d'ailleurs les nombreux travaux consacrés à la valeur respective de ces traitements, on note la place de plus en plus grande que prennent les dérivés de l'acide isonicotinique plus communément dénommés en France isoniazide, détrônant la streptomycine même dans ce domaine.

Le fait est particulièrement significatif pour le traitement de la tuberculose méningée.

La puissance et la rapidité de diffusion de l'isoniazide dans le liquide céphalorachidien, amplement démontrée sur le plan expérimental s'est révélée confirmée par la clinique. A l'une des dernières séances de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris A. Ravina et M. Pestel ont pu présenter quatre de leurs derniers malades atteints de méningite tuberculeuse authentique, certains même entrés à la phase comateuse, traités uniquement par l'isoniazide per os ou par voie générale sans recourir à la voie rachidienne, et cliniquement guéris.

On mesurera le chemin parcouru depuis les premiers et émouvants succès de la streptomycine injectée journellement par voie rachidienne, au prix souvent de séquelles graves ou même de surdité définitive.

Le progrès de la thérapeutique suit ici les mêmes voies que pour les méningites supprimées. Aux ponctions lombaires quotidiennes poursuivies pendant des semaines et des mois, s'est substituée le plus souvent la simple prise per os de comprimés ou même comme dans un de nos cas la seule administration de suppositoires. Par ailleurs, les séquelles senso-

rielles ou neurologiques se trouvent considérablement allégées. On conçoit l'avantage de ces faits spécialement en pédiatrie où la simplification apportée par cette méthode sera particulièrement appréciée chez le nourrisson et le jeune enfant.

Si les rapides progrès de la thérapeutique ne nous avaient déjà habitués à de semblables succès, n'y aurait-il pas là de quoi rêver de voir ainsi si rapidement et radicalement transformé le pronostic jusqu'alors fatal d'une des affections les plus légitimement redoutées, à l'aide de techniques aussi simples.

Elargissant le problème, on peut même prévoir que la solution de la thérapeutique de la phtisie est proche. Hardiment engagé dans cette voie, nous pensons en effet, que les médications déjà en pratique auxquelles se joindront bientôt d'autres dérivés plus actifs suffiront à arrêter la croissance du bacille de Koch et son extension.

L'isolement de plus en plus méticuleux des sujets encore contagieux, devrait entraîner par ailleurs l'extinction de ce fléau.

Il restera sans doute à régler les problèmes pratiques et à ajuster les mesures sociales qui s'imposent, mais d'ors et déjà l'armature, les conceptions, la politique sociale de la tuberculose doivent être en France reprises et repensées.

Une fois encore, la chimie vient de donner aux phtisiologues et aux cliniciens en quelques mois des armes plus puissantes que n'en avaient forgées depuis soixante ans les recherches bactériologiques sur le bacille lui-même.

Pourra-t-elle apporter au problème des tumeurs malignes un appoint comparable? Les espoirs à ce sujet semblent devoir être fondés et certains résultats ont dépassé le stade expérimental.

Nous y reviendrons bientôt.

Maurice PESTEL.

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

DEUX URGENCES VASCULAIRES ABDOMINALES ¹

Maurice GERVAIS et J.-Claude BOIVIN,
Hôpital Général de Verdun (Montréal).

Nous avons à vous parler aujourd'hui des thromboses abdominales. Comme vous le savez, il peut exister des occlusions soit par embolie ou thrombose à plusieurs vaisseaux de la région abdominale comme les embolies et les thromboses de l'artère hépatique, la thrombose de la veine porte, des veines hépatiques et spléniques, des embolies et des thromboses aux vaisseaux rénaux. Ces troubles sont toujours accompagnés d'un certain degré de douleur abdominale mais ces diagnostics sont difficiles à préciser et à notre avis ne peuvent pas être discutés au cours d'un symposium traitant des urgences abdominales. Il en est de même de la thrombose de la veine cave inférieure qui est une extension d'un processus thrombotique venant des fémorales.

Nous ne vous parlerons que des occlusions vasculaires produisant un syndrome douloureux abdominal nécessitant une intervention c'est-à-dire, la thrombose des vaisseaux mésentériques et l'embolie du carrefour aortique.

LA THROMBOSE MÉSENTÉRIQUE

L'occlusion mésentérique, heureusement peu fréquente, survient habituellement chez l'homme d'âge moyen. La cause est le plus souvent obscure mais en général on peut trouver une relation avec une maladie cardiaque, une maladie du sang, un traumatisme opératoire aux vaisseaux mésentériques ou une infection intra-abdominale. Parfois nous pouvons distinguer deux types cliniques à cette maladie qui simule tout.

Quand l'occlusion est complète, le patient

accuse une douleur très vive et constante au centre de l'abdomen, douleur qui semble hors de proportion avec les signes trouvés à l'examen. Le patient a des nausées, vomit en faible quantité et présente un état de choc. Le péristaltisme abdominal disparaît assez vite. La température et les globules blancs sont peu élevés surtout au début de la crise.

Par ailleurs, quand l'occlusion se fait graduellement, il existe une période de douleurs et de coliques situés au niveau de l'ombilic avec un peu de nausées et de vomissements et une augmentation du péristaltisme, période suivie en peu de temps d'une parésie intestinale et d'une obstruction intestinale totale qui s'installe. L'examen révèle une douleur et une défense musculaire assez généralisée avec de la distension.

Selon le degré de l'ischémie causé par l'occlusion, il se produira soit un ileus paralytique, une ulcération ou des ecchymoses de la paroi intestinale, un infarctus hémorragique ou une perforation, ce qui explique la présence du sang dans les selles.

Le laboratoire nous indiquera une augmentation des globules blancs à mesure que la crise se prolongera. L'amylase sanguine nous aidera à éliminer une pancréatite aiguë et une plaque simple de l'abdomen nous fera voir une distension du petit et du gros intestin jusqu'à l'angle splénique et l'absence d'air nous permettra d'éliminer une perforation de l'estomac.

Le traitement est uniquement chirurgical et souvent le diagnostic est posé l'abdomen ouvert. Il est impossible de certifier si la lésion initiale a été veineuse ou artérielle mais la thrombose simultanée des artères et des vei-

1. Communication aux Journées médicales de la Société médicale de Montréal le 4 mai 1954, à l'Hôpital Notre-Dame de Montréal.

nes est probablement rare. Tous les infarctus de l'intestin sont hémorragiques, un fait obscur et difficile à expliquer (1).

A l'ouverture de l'abdomen, nous sommes en présence d'une gangrène intestinale très étendue et le seul traitement consiste à réséquer le segment non viable, avec anastomose primaire de préférence, si l'état de l'opéré le permet. La période post-opératoire est très importante. On installera la succion gastrique et intestinale jusqu'à ce que des gaz passent par le rectum. Les antibiotiques sont indiqués et on veillera à l'équilibre électrolytique. Les premiers jours, nous donnerons de la papavérine par voie endoveineuse. Aussitôt après l'intervention, on commencera la médication anticoagulante afin d'éviter l'extension de la thrombose. Dès que le tube de Levine est enlevé, l'héparine peut être cessé et le traitement continué avec un anticoagulant oral. Le pronostic est peu encourageant avec une forte mortalité d'au moins 50%.

L'EMBOLIE DE LA BIFURCATION AORTIQUE

Les oblitérations aiguës de la bifurcation aortique sont causées par une embolie ou une thrombose artérielle.

L'embolie du carrefour aortique est une complication d'une maladie cardiaque grave, une sténose mitrale avec fibrillation, une endocardite ou un infarctus du myocarde. Le diagnostic est facile et se caractérise par l'apparition brusque de douleurs au bassin, aux régions lombaires basses et aux membres inférieurs avec impotence fonctionnelle suivie en peu de temps d'une pâleur et d'une cyanose des pieds avec anesthésie plus ou moins étendue. A l'examen on constate une disparition de toutes les pulsations artérielles aux membres inférieurs et une absence d'oscillations.

Par ailleurs, la thrombose du carrefour apparaît chez les anciens artériosclérotiques et ici il n'existe pas de maladie emboligène et le questionnaire révèle une ancienne claudication intermittente, des troubles trophiques. Le traitement de l'embolie consiste à pratiquer une embolectomie de l'aorte pour rétablir le

cours normal du sang et faire disparaître le spasme réflexe vaso-constricteur déclenché par l'embolus. C'est une intervention d'urgence car ici le facteur temps a une importance capitale. Il est préférable de procéder avant une dizaine d'heures car après ce temps, la thrombose s'étend autour du caillot surtout vers le bas, vers les iliaques et adhère à l'intima.

Toutefois, il y a quelques cas rares cités d'embolectomies aortiques réussies 24 heures après l'accident embolique. Martorel (2) même rapporte un de ses cas qui au moment de l'opération présentait des placards de gangrène au pied droit et une grande ulcération sacrée. L'embolie aortique datait de trois jours et après une embolectomie aortique faite par voie rétropéritonéale gauche, les pulsations et les oscillations réapparurent au membre inférieur gauche et la patiente ne perdit que l'avant-pied droit par une amputation transmétatarsienne droite précédée d'une sympathectomie lombaire droite. Mais n'oublions pas que ces réussites tardives sont très rares et après dix ou douze heures l'issue devient incertaine et la mort survient par la thrombose des artères rénales.

Nous pouvons accéder à la bifurcation aortique par les voies transpéritonéale, rétropéritonéale et rétrograde par les fémorales.

La voie transpéritonéale préconisée surtout par Madden (3) est la plus en vogue. Sous anesthésie rachidienne, l'incision est paramédiane gauche. Les anses intestinales sont repoussées et on incise le péritoine postérieur au niveau de la bifurcation afin de bien mettre en évidence l'aorte terminale et les deux iliaques primitives. Après mise en place sur les trois vaisseaux de rubans ombilicaux et de clamps spéciaux type Blakemore ou Bethune, il faut ouvrir l'aorte longitudinalement sur trois ou quatre centimètres ou parfois une des iliaques, lever l'obstacle au courant sanguin et ensuite refermer l'aorte après y avoir injecter 50 ou 100 milligrammes d'héparine.

La voie rétropéritonéale gauche présente l'avantage d'être plus facilement supportée par le patient mais le champ opératoire étant

moins bon, les difficultés techniques sont accrues. La technique d'embolectomie est identique à la première méthode.

La voie rétrograde par les deux régions inguinales nécessite l'introduction dans les vaisseaux de cathéters et de tiges métalliques qui causent des lésions aux parois artérielles et favorisent ainsi des thromboses ultérieures. Elle présente toutefois de nombreux avantages; le choc opératoire est minime, les fémorales à l'aîne sont d'un accès facile et ce qui est plus important, cette voie permet de libérer la thrombose distale toujours présente dans les iliaques quand l'opération est faite tardivement. Dès que les fémorales sont ouvertes, la portion distale est oblitérée par une bande de caoutchouc ou un clamp et nous introduisons vers l'aorte un cathéter qui va buter sur l'embolus, à ce moment il faut placer dans ce cathéter une petite tige d'acier tournée en spirale en forme de tire-bouchon afin de la faire pénétrer dans l'embolus et ensuite l'attirer vers la fémorale et rétablir ainsi la circulation.

Nous devons toujours employer l'héparine pendant l'opération mais pendant la période post-opératoire, les avis sont partagés car il y a quelques cas de décès dus à l'hémorragie où l'embolectomie aortique avait été techniquement réussie. Il paraît toutefois que chez plusieurs de ces patients, l'embolie du carre-

four ait été précédée de petites embolies aux artères distales des membres et pour cette raison la médication anticoagulante devrait être utilisée. Au bout de trois ou quatre jours, il est préférable de donner un anticoagulant oral.

La mortalité est très élevée et Pool et Farrar (4) en rapportant leur cas en 1952 écrivaient que c'était le trente-troisième cas de réussite cité dans la littérature médicale.

Ces patients ne sont jamais à l'abri d'un autre accident embolique. La période de convalescence terminée avec une bonne circulation artérielle aux membres, ces opérés devraient être revus et suivis par un cardiologue afin de trouver si la lésion cardiaque qui a déclenché l'embolie peut être remédiée par une intervention cardiaque ou par un traitement anticoagulant prolongé (5).

BIBLIOGRAPHIE

- (1) J. D. RIVES, L. H. STRUG et I. M. ESSRIG: Mesenteric vascular occlusion. *Ann. Surg.*, **127**: 887, 1948.
- (2) F. MARTORELL: Diagnostico y tratamiento de las embolias de la bifurcacion aortica. *Ang.*, **4**: 132, 1952.
- (3) J. L. MADDEN: Technique for aortic embolectomy. *Surg. Gynec & Obst.*, **93**: 167, 1951.
- (4) R. M. POOL et T. FARRAR: Aortic embolectomy. *Ann. Surg.*, **133**: 655, 1952.
- (5) J. W. LORD jr, et G. BURKE: The comprehensive surgical management of aortic saddle emboli. *Surgery*, **33**: 294, 1953.

LE TRAITEMENT RATIONNEL DES VAGINITES À TRICHOMONAS, À MONILIA ET À FLORE MIXTE PAR L'ASSOCIATION DU PROPIONATE DE SODIUM ET DE LA DIIDO-HYDROXYQUINOLÉINE. X

ETUDE DE QUARANTE CAS.

Adéodat SAUCIER et René SIMARD,
Hôpital de la Miséricorde de Québec.

Il est difficile de se faire une idée exacte de la fréquence des vaginites à trichomonas, à monilia et à flore mixte. Les auteurs qui les ont décrites en Allemagne, aux Etats-Unis et en France, Donné (1837), Rodecurt (1934), Hoehne (1916), Burger (1935) et Hesseltine, produisent des statistiques fort différentes, variant de 10% à 88% de l'ensemble des vaginites. Ici, à l'Hôpital de la Miséricorde de Québec, nous avons environ 30% à 35% des patientes qui souffrent de ces infections, dont 90% de la vaginite à trichomonas.

Dans les cas de telles infections qui nécessitent des traitements très longs et peu ou pas efficaces, nous avons décidé de traiter ces infections avec le *Propi-vaginal* qui ne doit donner aucun brûlement et aucune irritation. Tout d'abord, nous vous indiquerons comment nous avons procédé; et finalement, nous vous communiquerons les résultats obtenus.

La marche du traitement se fait ainsi: dépistage par prélèvement vaginal; premier traitement de quinze jours à raison de trois *Propi-vaginal* par jour, durant trois jours, et de deux par jour, durant douze jours. A l'issue de ce premier traitement, on fait un prélèvement de contrôle. Quel que soit le résultat de ce prélèvement, positif ou négatif, nous continuons le traitement encore quinze jours, à raison de un *Propi-vaginal* par jour. A la fin du traitement complet soit trente jours, un nouveau prélèvement vaginal est fait; et finalement, quinze jours après, un dernier prélèvement de contrôle. Si le deuxième prélèvement est encore positif, nous continuons le traitement à raison d'un *Propi-vaginal* par jour, durant quinze autres jours et faisons un autre prélèvement de contrôle. Il en est ainsi

jusqu'à ce que nous ayons obtenu un résultat négatif.

Il est très important de noter qu'il ne faut pas se fier uniquement sur l'amendement des symptômes, mais surtout sur l'examen de laboratoire; car toutes les patientes ont eu une amélioration très marquée de la leucorrhée et du prurit après cinq ou six jours du premier traitement; et le prélèvement revenait parfois encore positif après la fin dudit traitement. Quelle que fut aussi la longueur du traitement complet, aucun érythème ne fut décelé ni noté chez les patientes.

Pour plus de sécurité dans nos recherches, une infirmière était chargée de placer elle-même les *Propi-vaginal* aux patientes, avec un doigtier pour chacune, et ceci durant tout le traitement. De plus, les patientes restaient au lit vingt minutes après l'introduction de chaque *Propi-vaginal*.

Voici maintenant comment nous avons procédé pour contrôler les effets du traitement chez chacune des patientes:

Comme vous le constatez, huit patientes ont eu un prélèvement positif après un traitement complet de trente jours. Il en fut ainsi pour cinq autres patientes quinze jours après la fin dudit traitement. De ce total de treize patientes, quatre avaient encore un résultat positif après un traitement supplémentaire de quinze jours à raison de un *Propi-vaginal* par jour. Seulement trois patientes ont reçu un troisième traitement identique au deuxième car l'une d'elles a accouché prématurément. L'investigation n'a pu être continuée plus de deux mois en moyenne pour chaque cas car les patientes accouchaient par la suite et quittaient l'hôpital.

Il a été noté par les infirmières et moi-même que les cinq patientes qui sont restées positives ou le sont redevenues, sont des patientes très malpropres et qui n'avaient aucu-

ci-haut. Un traitement de trois *Propi-vaginal* par jour, durant trois jours, de deux par jour, durant douze jours, et de un par jour, durant quinze jours, nous a donné une guérison com-

Nom	No	Date des prélèvements	Résultat de laboratoire re-trichomonas	pH du col	pH du vagin	Durée du 1er traitement	Leucorrhée	Continuation	Douleur & érythème dus au "Propi"
Alba	660	2-12-53	positif	7.5	5	9 au 25 déc. 1953	prés.		nil
"	"	26-12-53	négatif	4.5	4.5		prés.		nil
"	"	25-1-54	positif	4.5	4.5		prés.	2e traitement 21-1-54	nil
"	"	8-2-54	négatif	7.5	7.5		prés.	3e traitement 9 au 24-2-54	nil
"	"	24-2-54	négatif	7.5	6.0		abs.		nil
"	"	11-3-54	négatif				abs.		nil

Après avoir ainsi fait pour les quarante patientes, voici les résultats obtenus après chaque traitement, et au prélèvement final, quinze jours après la fin du traitement.

Traitement	Trichomonas positif	Trichomonas négatif	Contre-indication
1er - 30 jours: après 15 jours	6 cas	34 cas	Nil
" 30 jours	8 "	32 "	Nil
Prélèvement final: 15 jrs après la fin du traitement	5 "	35 "	Nil
2e - durée 15 jours	4 "	9 "	Nil
3e - durée 15 jours	2 "	1 "	Nil

ne notion d'hygiène personnelle, et chez lesquelles, tous les conseils et recommandations furent vains. Pour prévenir toute infection et réinfection, il ne faut pas manquer d'avertir les patientes que, lors de leur toilette vulvaire, elles doivent procéder d'avant en arrière et non vice-versa.

Avec de tels résultats, il n'est pas nécessaire d'ajouter d'autres commentaires, car je crois que ces chiffres parlent par eux-mêmes.

Résumé

Le *Propi-vaginal* est actuellement un très bon médicament pour les vaginites énumérées

plète dans environ 80% des cas, sans aucune irritation locale due à la présence des cônes.

N.B. Une mention spéciale doit être adressée aux infirmières, tant du laboratoire, du service de consultation que de la stérilisation, qui ont si généreusement prêté leur concours pour la bonne conduite et la sécurité de cette étude, malgré le surcroît de travail que cela leur a demandé.¹

1. Ce travail a été rendu possible grâce à l'autorisation du Chef de Service, le Dr René Simard, et à la collaboration de la Compagnie Anglo-French Drug, qui a fourni gracieusement le « Propi-Vaginal » utilisé exclusivement pour cette étude.

RECHERCHES ET DÉCOUVERTES MÉDICALES

Médicament anti-paludéen s'avère efficace dans la maladie de Vaquez;

Emploi avec succès d'un nouveau produit anti-leucémique au cours d'expérimentations sur l'animal;

Méthode de détection du cancer du pancréas par un test à l'amidon;

Action de l'iode radioactif dans la maladie de Kahler;

Efficacité de l'association chimiothérapeutique dans le cancer de la souris;

Développement rapide chez l'animal du sarcome humain;

Nouveau traitement de l'intoxication par le plomb;

Le thermomètre « Thermistor » aide au diagnostic des maladies de l'appareil circulatoire;

Guérison de la gonorrhée par une injection unique de terramycine;

Le problème amygdales-poliomyélite;

Isolement d'une diastase musculaire sous forme cristallisée;

Détection des diabétiques potentiels à l'aide d'un test de 6 minutes.

Selon les docteurs John W. Frost et Ralph Jones Jr., de Philadelphie, le daraprim, médication anti-paludéenne, administré à la dose de 25 mg. par jour, a produit des rémissions qui ont persisté pendant un an dans six cas de Maladie de Vaquez (1). Ce médicament aurait entraîné une diminution progressive du taux de l'hémoglobine et du nombre des globules rouges, ainsi qu'une rémission des symptômes. La thérapeutique par le daraprim a eu également pour résultat le retour à la normale des taux élevés de leucocytes et de plaquettes. D'après ces médecins, l'acide folique a fait disparaître les effets toxiques qui furent attribués au traitement par le daraprim. Parmi les avantages cités en faveur du médicament anti-paludéen figure le fait qu'il représente un produit qui est plus disponible que d'autres agents thérapeutiques, tels que le phosphore radioactif.

* * *

Selon le docteur Frederick S. Phillips et ses collaborateurs, attachés à l'Institut Sloan-Kettering pour la Recherche du Cancer (Sloan-Kettering Institute for Cancer Research), les tests préliminaires pratiqués sur l'animal avec la thioguanine, produit de synthèse, font croire qu'il peut s'agir là de l'agent le plus efficace qu'on ait trouvé à ce jour pour le traitement de la leucémie (2). Ils déclarent que, comparé aux agents chimiques connus, « son action sur les éléments hématopoïétiques de la moelle osseuse est la plus élective; par ailleurs, ce produit semble exercer peu d'effet sur les autres tissus de l'organisme ». Ce médicament est apparenté à la 6-mercaptopurine, qui s'est précédemment avérée efficace dans le traitement de la leucémie aiguë chez l'homme.

* * *

D'après les docteurs Theodore L. Althausen et Kahn Nyeyama, attachés à la Faculté de Médecine de l'Université de Californie (3), l'élévation comparée de la glycémie, après repas d'épreuve consistant en glucose et en amidon, chez les sujets présumés atteints de cancer et chez les sujets normaux, représente un test diagnostique simple permettant de différencier le cancer du pancréas des autres affections pancréatiques. Ils remarquèrent que l'élévation moyenne de la glycémie chez les sujets normaux, trois heures après ingestion de glucose, n'était que 14 pour cent plus grande que celle suivant un repas d'amidon, alors que chez 23 malades atteints de maladies chroniques du pancréas cette élévation était 234 pour cent plus marquée. Chez cinq malades porteurs de cancer étendu du pancréas, l'élévation a atteint 342 pour cent après repas de glucose. Toutefois, chez deux malades qui subirent une exérèse chirurgicale de la plus grande partie du pancréas, suivie d'une guérison apparente, le test de tolérance à l'amidon est resté normal plusieurs mois après l'opération.

* * *

Selon le docteur Joseph J. Kriss et ses collaborateurs, attachés à la Faculté de Médecine de l'Université Stanford à San Francisco (4), des doses massives d'iode radioactif, administrées après saturation de la glande thyroïde avec de l'iode ordinaire, ont permis d'obtenir une amélioration symptomatique chez cinq malades et une amélioration objective chez trois sujets atteints de la maladie de Kahler. On a observé dans certains cas la localisation élective des éléments radioactifs au niveau des zones myélomateuses, alors que le taux sanguin d'iode radioactif baissait, témoignant de la fixation de l'iode dans les myélomes, indépendamment de l'état de vascularisation de la lésion.

* * *

Le docteur Donald A. Clarke et ses collaborateurs de l'Institut Sloane-Kettering (5), ont annoncé que l'emploi combiné de la 6-mercaptopurine, substance anti-leucémique, et de l'azasérine, antibiotique anti-tumoral, prises chacune au quart de leur dose normale, entraîne une destruction complète de 50 pour cent des cancers transplantés chez la souris. La dose normale de la 6-mercaptopurine, prise isolément, guérit environ 30 pour cent des animaux, alors que l'azasérine seule ne fait que retarder, sans toutefois détruire, le type de cancer étudié.

Le docteur Clarke pense que le traitement combiné peut offrir une solution contre le développement de la résistance au traitement qui limite en ce moment la valeur de certains produits utilisés dans la leucémie chez les enfants. Le médecin fait remarquer que cette résistance représente un phénomène analogue à celui observé dans les infections chroniques, telles que la tuberculose.

* * *

Selon le docteur H. W. Toolan (6), un sarcome humain, prélevé en janvier 1953 à partir de la jambe d'un malade, et implanté chez sept rats, pousse en ce moment chez plus de mille rats et hamsters à l'Institut

Sloane-Kettering. Le cancer, qui au départ ne pesait qu'un gramme, est à présent récolté au taux d'environ 500 grammes par semaine et a été transplanté successivement chez plus de 38 générations d'animaux de laboratoire. Au cours d'une expérimentation corollaire, on a pu constater que les cellules du cancer humain conservent leur identité après avoir été retransplantées chez un malade volontaire, après plusieurs mois de croissance en dehors de l'organisme.

* * *

Le docteur Harriet L. Hardy et ses collaborateurs du Massachusetts General Hospital, à Boston (7), ont annoncé qu'un puissant agent complexant ou chélatant, l'éthylène-diamine-tétra-acétate de monocalcium disodique (calcium EDTA ou versénate de calcium), a donné de bons résultats dans le traitement de l'intoxication chronique par le plomb.

L'administration intraveineuse du composé à trois malades atteints de saturnisme chronique a entraîné une élévation marquée de l'excrétion du plomb, une diminution de la coproporphyrinurie et la disparition des anomalies hématologiques. D'après ces médecins, l'évolution clinique fut favorablement influencée dans deux cas sur trois.

Aucune réaction secondaire ne fut observée ni chez les trois malades intoxiqués ni chez les trois sujets témoins. La posologie de la drogue a été de 3 à 4 gr. par jour, pendant 5 à 7 jours, instillée en goutte-à-goutte par voie intraveineuse en deux heures, dans 450 à 600 cc. d'une solution à 5 pour cent de dextrose dans de l'eau distillée.

Selon les auteurs, le calcium EDTA agit en substituant le calcium au plomb pour former un noyau chélaté serré qui, apparemment, est dénué de toxicité.

* * *

Le diagnostic des troubles vasculaires périphériques peut être simplifié par un nouveau thermomètre construit à la Faculté de Mé-

decine de l'Université de la Californie du Sud (8) :

Selon le docteur Travis Winsor, le nouveau thermomètre, qui comporte dans sa construction un thermistor (dispositif dont la résistance au passage d'un courant électrique varie en fonction de la température) est « un instrument précis, peu coûteux, facilement transportable, à dérivations multiples, capable d'enregistrer les températures de la peau, du muscle, du rectum, de la bouche, de l'aisselle, ou de toute autre région vasculaire ».

Les éléments sensibles (thermistors) sont mis en contact avec les régions de la peau à étudier et peuvent être électivement mis en connexion avec le dispositif, ce qui permet la lecture précise de la température de l'aire cutanée dans l'espace de cinq secondes. Il n'est pas nécessaire de régler l'appareil en fonction de la température ambiante.

On s'est servi de ce thermomètre pour différencier les maladies artérielles d'origine fonctionnelle de celles reconnaissant une cause organique. Un procédé de vasodilatation brutale (blocage de la tibiale postérieure par échauffement léger du corps et 60 cc. de whisky administrés par voie orale) dans une température ambiante d'environ 24 degrés C. élève la température cutanée des orteils, en cas de vasoconstriction fonctionnelle importante, de 10 degrés ou même davantage pour atteindre ou se rapprocher de la température normale de 36 degrés C. « Une maladie organique patente existe en général quand, après vasodilatation, il ne se produit aucune élévation notable de la température cutanée et quand la température ne dépasse pas 29 degrés C. Chez 12 sur 15 de ces malades, il y eut gangrène des orteils dans les six mois qui suivirent le test.

La localisation des lésions au niveau du réseau artériel ainsi que la détermination du niveau de l'amputation éventuelle peuvent être facilitées par l'application, sur une même extrémité, de trois dérivations (sur les orteils, la cheville et au-dessous du genou) et, après

vasodilatation, par la mesure des diverses températures obtenues.

Parmi les autres problèmes cliniques pouvant bénéficier de l'instrument décrit par le docteur Winsor figurent : l'évaluation des avantages possibles de la sympathectomie, l'appréciation du degré de la sympathectomie pratiquée et le dépistage de la réapparition de la fonction sympathique, la détermination de la valeur relative des divers agents et procédés thérapeutiques, la recherche de la sensibilisation à l'égard du tabac et nombreux autres.

* * *

Selon le docteur Ben Seid, de Chicago (9), une seule injection intramusculaire de 100 mg. de terramycine a produit la guérison « rapide et totale » dans 12 cas de gonorrhée aiguë et dans 16 cas de gonorrhée « chronique ». Vingt-deux autres cas chroniques furent guéris après deux traitements. Aucun échec ne fut constaté dans la série; par ailleurs, la tolérance au médicament a été parfaite. De ces 50 cas, 38 avaient été antérieurement traités par la pénicilline, mais sans succès, malgré des doses adéquates. Le docteur Seid en a conclu que la terramycine par voie intramusculaire est « probablement la meilleure de toutes les préparations, prises isolément, dont l'auteur s'est servi » dans le traitement de toutes les formes de gonorrhée.

* * *

D'après un éditorial du *Journal of the American Medical Association*, l'ablation des amygdales et des végétations adénoïdes est susceptible d'accroître la réceptivité aux formes bulbaires et bulbo-spinales de la poliomyélite. L'éditorial recommande une étude plus approfondie du problème (10).

Ce journal mentionne que l'étude de près de 3200 observations de poliomyélite a révélé une proportion anormalement élevée de ces deux formes de poliomyélite chez les malades ayant subi une amygdaléctomie.

Toujours d'après cet article de fond: « En général, la comparaison entre les malades avec amygdales et ceux ayant subi une amyg-

dalectomie, a montré que la poliomyélite, dans sa forme bulbaire, est 3 à 4 fois plus fréquente chez les sujets sans amygdales par rapport aux sujets non opérés, et que dans sa forme bulbo-spinale, la poliomyélite est de 3 à 5 fois plus fréquente chez les malades ayant subi une amygdalectomie par rapport aux sujets non opérés.»

Les données soumises «semblent suggérer que l'intervalle de temps s'écoulant entre l'amygdalectomie et le début de l'apparition de la poliomyélite peut être moins significatif que le simple fait de l'absence d'amygdales. Cet aspect du problème amygdales-poliomyélite, pour être réglé... justifie des recherches plus poussées en raison de la conviction croissante que l'amygdalectomie récente est susceptible d'entraîner une réceptivité plus grande à l'égard des formes bulbaires et bulbo-spinales de la poliomyélite.»

* * *

Des biochimistes de l'Université du Wisconsin ont isolé, sous forme cristallisée pure, une des diastases majeures du système d'échange de l'énergie musculaire (11).

L'enzyme est l'ATP-créatine transphosphorylase, médiateur chimique de la réaction de récupération au cours de laquelle l'adénosine diphosphate (ADP) se transforme en ATP, aux dépens du groupement phosphate de la phosphocréatine.

Selon le docteur Henry A. Lardy et ses collaborateurs, L. Noda et S. Kuby, la diastase se trouve en quantités appréciables dans le tissu musculaire. Partant des mesures du taux de la transphosphorylation, ces chercheurs ont estimé que la quantité totale de phosphocréatine présente dans un muscle pourrait servir à la resynthèse de l'ATP en trois centièmes de seconde.

S'il est vrai que des enzymes jouant un rôle dans la contraction musculaire ont été isolés précédemment, cette diastase constitue toutefois la première substance de ce genre, intervenant dans la phase de récupération, qu'on ait pu obtenir sous une forme purifiée.

* * *

Le docteur George E. Anderson, de l'Hôpital de Brooklyn, a décrit un test de 6 minutes permettant de dépister les diabétiques en puissance avant l'apparition des signes cliniques de diabète (12).

Le test confirme une communication antérieure provenant d'Angleterre, d'après laquelle les sujets diabétiques peuvent être classés suivant leur réceptivité plus ou moins grande vis-à-vis de l'insuline. On dose le sucre dans le sang prélevé 2, 4 et 6 minutes après injection intraveineuse de trois unités d'insuline (débarrassée du facteur «glucagon», hormone hyperglycémique - glycogénolytique sécrétée par les cellules alpha des îlots de Langherans du pancréas, récemment découverte et possédant une action antagoniste vis-à-vis de l'insuline). Selon le docteur Anderson, ce procédé a permis de diviser la plupart des cent malades diabétiques non sélectionnés en 2 groupes: d'une part, ceux qui sont sensibles à l'action de l'insuline et, d'autre part, ceux qui ne le sont pas.

Le docteur Anderson a déclaré qu'une «étude poussée pratiquée sur 50 sujets non diabétiques laisse supposer qu'un aspect extrêmement utile de ce test consistera à prévoir lesquels des membres d'une famille diabétique sont prédestinés à devenir un jour des diabétiques cliniques», faisant remarquer que ce test peut détecter une réponse déficiente à l'insuline longtemps avant l'apparition de tout symptôme clinique.

La mesure de la réponse du diabétique à l'insulinothérapie, évaluée à partir de ce test, permet une appréciation plus précise de l'amélioration obtenue que ne le permettent les autres épreuves. Ce test peut également servir à différencier de façon adéquate entre une amélioration clinique due à l'action de l'insuline seulement et celle due à une meilleure utilisation de l'hormone par le sujet lui-même. Le docteur Anderson explique les échecs des précédents travaux visant à confirmer les premières publications britanniques (rapportées en 1935) par le fait que l'on ignorait jusqu'à tout dernièrement la présence du glucagon

dans l'insuline commerciale préparée dans l'hémisphère occidental.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Communication faite à la réunion de l'American Association for Cancer Research, tenue à Atlantic City, le 11 avril 1954.
 - (2) Communication faite à la réunion de l'American Association for Cancer Research, tenue à Atlantic City, le 10 avril 1954.
 - (3) Communication faite à la réunion de l'American College of Physicians, tenue à Chicago, du 5 au 9 avril 1954.
 - (4) Communication faite à la réunion de l'American Association for Cancer Research, tenue à Atlantic City, le 11 avril 1954.
 - (5) Communication faite par le Sloan-Kettering Institute for Cancer Research, New-York, le 11 avril 1954.
 - (6) Communication faite par le Sloan-Kettering Institute for Cancer Research, New-York, le 11 avril 1954.
 - (7) Use of Monocalcium Disodium Ethylene Diamine Tetra-Acetate in Lead Poisoning. *Journal of the Amer. Medical Assoc.*, **154**:1171 (3 avril) 1954.
 - (8) Skin Temperatures in Peripheral Vascular Disease. *J. A. M. A.*, **154**: 1404 (24 avril) 1954.
 - (9) Oxytetracycline Intramuscular in the Treatment of Gonorrhea. *Antibiotics and Chemotherapy*, **3**: 330 (mars) 1954.
 - (10) Relation of Absence of Tonsils to Bulbar Poliomyelitis. *J. A. M. A.*, **154**: 1180 (3 avril) 1954.
 - (11) Communication faite à la réunion de la Federation of American Societies for Experimental Biology, tenue à Atlantic City, le 13 avril 1954.
 - (12) Six-Minute Responsiveness Test to Insulin. *Science*, **119**: 516 (16 avril) 1954.
-

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

William DAMESHEK et Maria STEFANINI.
— **Purpura thrombocytopénique idiopathique. Quelques idées sur sa pathogénèse et son traitement.** (*Idiopathic Thrombocytopenic Purpura — Some ideas on its pathogenesis and treatment.*) "The Med. Clin. of North Amer.", septembre 1953.

Le purpura thrombocytopénique idiopathique comprend un large groupe de désordres plus ou moins reliés à un taux bas de plaquettes.

Il présente trois caractères très importants tant au point de vue définition qu'au point de vue diagnostic différentiel.

1) Le taux des plaquettes est bas, sans anomalie marquée des globules rouges ou des globules blancs.

2) La rate n'est généralement pas palpable, ou à peine palpable.

3) La moelle osseuse contient de nombreux mégakaryocytes.

Certaines maladies de la moelle osseuse, telles l'exposition aux rayons X ou la leucémie, montrent souvent comme première anomalie une hypoplaquettose. Il est alors essentiel d'étudier un frottis de moelle osseuse. Dans les maladies de la moelle comme l'anémie aplasique, la leucémie, le leucosarcome ou les métastases cancéreuses, les mégakaryocytes sont très diminués ou manquent complètement; tandis que dans le purpura thrombocytopénique, ces cellules géantes sont augmentées en dépit de la pauvreté des plaquettes en circulation dans le sang.

Une fois le diagnostic posé de purpura thrombocytopénique idiopathique, il est très important de distinguer entre les formes chronique et aiguë de la maladie, car ceci change le pronostic et la thérapeutique.

A) Forme aiguë.

Examen clinique — La forme aiguë survient chez un individu qui n'a jamais présenté de troubles hémorragiques auparavant. On note dans les antécédents une maladie aiguë, la varicelle, une angine, ou une infection des voies respiratoires supérieures, survenue une ou deux semaines avant le purpura. L'éruption purpurique est soudaine et accompagnée d'hémorragies des muqueuses. L'examen clinique est négatif, sauf l'apparition des taches purpuriques; pas de rate palpable, ni adénopathie qui pourraient suggérer une leucémie.

Laboratoire — Sang: plaquettes très diminuées, taux des globules rouges et blancs — normaux.

Moelle osseuse: mégakaryocytes augmentés, sans granulations parfois vacuolaires, pas de formation de plaquettes.

Temps de saignement: parfois prolongé ce qui indiquerait une participation vasculaire.

Evolution — Les hémorragies diminuent. Les plaquettes remontent en deux semaines à trois mois pour atteindre un taux normal en dedans de quatre mois.

B) Forme chronique.

Examen clinique — Histoire d'hémorragies répétées sur une période de plusieurs années: ménorrhagies, épistaxis, traumatismes. Les taches purpuriques sont souvent absentes. Les ménorrhagies sont souvent confondues avec des troubles ovariens ou utérins, et ces personnes ont subi inutilement des curetages, des dilatations du col ou une hystérectomie. Il y a parfois des cas qui sont sujets à faire des crises hémorragiques sévères, chez qui le pur-

pura est très frappant. Il devient alors très difficile de distinguer entre la forme aiguë et l'exacerbation d'une forme chronique.

Laboratoire: Il y a toujours un taux bas des plaquettes qui atteint rarement plus de 50% de la normale.

N.B. — L'auteur résume alors en un magnifique tableau tous les points principaux à retenir.

Pathogénèse: L'auteur rapporte plusieurs opinions dont la plus sérieuse semble celle-ci. L'hypersplénisme déjà rapporté comme étant la cause du purpura thrombocytopénique, semble céder la place à un mécanisme immunologique qui amènerait une réaction allergique violente dans les cas aiguës, ou un trouble anticorps continu dans les cas chroniques.

Traitement 1 — Forme aiguë:

a) Si les manifestations cliniques ne sont pas importantes, et que le taux des plaquettes n'est pas tellement réduit, mieux vaut ne rien faire et les surveiller.

b) Dans les cas sévères, demander l'hospitalisation, ne jamais envisager la splénectomie d'urgence. Elle est dangereuse et souvent inutile.

c) Donner des transfusions de sang frais, manipulé dans des récipients de silicane. Les plaquettes sont détruites en quelques heures dans des contenants de verre. Mieux vaut donner des petites transfusions répétées pour ne pas charger la circulation. La quantité de sang à donner est une affaire de jugement pour chaque cas.

d) *ACTH et cortisone:* ils semblent avoir une valeur incontestable pour diminuer les hémorragies. ACTH à la dose de 80 à 100 mg. chez les enfants et 500 mg. chez les adultes en intra-musculaire à toutes les 6 ou 15 heures. La cortisone: 100 mg par jour.

2 — *Forme chronique:* Si elle se présente en phase de crises hémorragiques, la traiter médicalement comme dans la forme aiguë.

Si elle se présente en phase chronique, le traitement de choix est la splénectomie. Encore faut-il ne pas se presser et surveiller durant quelques mois si le diagnostic n'est pas certain. Avec une splénectomie judicieuse, 60% des cas vont guérir complètement, 20% vont être améliorés et 30% demeureront stationnaires.

Claire LABERGE-NADEAU.

M. PESTEL et A. RAVINA. — **La part des processus inflammatoires non spécifiques dans l'évolution des lésions tuberculeuses. Leur influence sur une conception nouvelle du traitement.** "La Presse Médicale", 62: 775 (22 mai) 1954.

Les auteurs notent, à juste titre, que durant les 60 années qui ont suivi la découverte du B.K. aucune médication pouvant s'attaquer directement sur le bacille de Koch n'a été connue. Il semble que l'on a négligé les réactions non spécifiquement bacillaires qui accompagnent toujours toute lésion tuberculeuse.

Les différences d'action qui régissent les effets favorables ou nuls de la médication antituberculeuse paraissent dus au fait que le bacille pathogène vit dans des conditions générales ou locales favorables ou défavorables. Pour rendre efficace à son maximum toute médication antituberculeuse, il faut non seulement s'attaquer au bacille de Koch mais aussi aux réactions inflammatoires non spécifiques par une médication appropriée. Aussi les auteurs en donnent-ils les directives dans les formes suivantes de tuberculose: miliaire, pneumonie caséuse, épanchement fébrile, réveil évolutif, hémoptysie.

Ce travail met d'avantage en lumière ce fait suivant: le bacille de Koch est le grand responsable dans la genèse des lésions tuberculeuses, c'est évident. Il ne faut pas oublier pour cela. « la part souvent primordiale des altérations, non spécifiques non folliculaires, non caséuses. »

Paul-René ARCHAMBAULT.

J. DELARUE et J. PAILLAS. — **Valeur de l'étude des sécrétions bronchiques pour le diagnostic des cancers des bronches.** "La Presse Médicale", 62: 795 (26 mai) 1954.

Les auteurs ne sont pas tous d'accord lorsqu'il s'agit du diagnostic des cancers des bronches par le prélèvement des sécrétions bronchiques. C'est parce que les moyens employés sont très différents. Par ces études, il est possible de faire un diagnostic précoce, et il faut en prendre tous les moyens. La méthode la plus précise, c'est de prélever par bronchoscopie un fragment tumoral pour l'examiner au microscope. Ce qui semble possible dans 45 pour cent des cas. Les sécrétions bronchiques des expectorations prélevées directement ou au voisinage de la tumeur permettent de faire le diagnostic parfois cytologique, parfois histologique.

Les auteurs sont très heureux de leurs résultats puisque par leurs méthodes, ils ont pu diagnostiquer histologiquement 468 cas de cancers bronchiques dans une proportion de 48% en prélevant un bourgeon au moyen de la pince et dans 52% par l'aspiration d'un fragment tumoral dans les bronches. Les auteurs insistent sur la technique de prélèvement pour expliquer les discordances dans les résultats obtenus par d'autres chercheurs.

Paul-René ARCHAMBAULT.

CHIRURGIE PLASTIQUE

Patrick CLARKSON. — **Utilisation du Lambeau d'Abbé pour la réparation primaire du bec-de-lièvre bilatéral.** (*Use of the Abbé flap in the primary repair of double cleft lip.*) "British J. of Plastic Surgery", 7: 175 (juillet) 1954.

Même avec les meilleures méthodes actuellement en usage pour la fermeture primaire du bec-de-lièvre bilatéral on constate chez bon nombre d'opérés, lorsqu'ils sont devenus adolescents ou adultes, une difformité prononcée. Cette difformité consiste en une lèvre supérieure qui est plate, c'est-à-dire qui

manque de courbure dans le sens transversal (horizontal); la lèvre supérieure est tendue et l'arc formé par le rebord alvéolaire de la mâchoire supérieure est déprimé. Comme conséquence le tiers moyen de la face, vue de profil, est en retrait. Dans le but d'améliorer l'apparence du sujet atteint d'une telle difformité l'emploi du lambeau d'Abbé est assez courant. C'est une intervention secondaire qui se fait durant la dernière partie de l'enfance, chez l'adolescent ou encore à l'âge adulte. La méthode proposée est donc nouvelle par l'âge auquel l'intervention est pratiquée. Cependant elle n'est pas complètement inédite et l'auteur rapporte que Sir Harold Gillies, — pionnier de la chirurgie plastique contemporaine et l'un de ses plus grands noms, — lui a dit avoir employé le lambeau d'Abbé, lors de la première attaque chirurgicale, dans quelques cas de bec-de-lièvre.

Le lambeau d'Abbé (chirurgien américain, 1851-1929) est une méthode ingénieuse pour transporter une partie des tissus de la lèvre inférieure à une lèvre supérieure déficiente. Le lambeau qui comprend la lèvre inférieure dans toute son épaisseur et inclut le rebord muqueux est incisé, presque au complet, en forme de V ou de W et est ensuite tourné vers le haut sur un étroit pédicule qui contient l'artère coronaire de la lèvre. Clarkson recommande la fermeture du bec-de-lièvre entre les deuxième et quatrième semaines si l'enfant est bien portant et gagne du poids. On ne gagne rien à attendre et cela crée un problème au point de vue des boires de l'enfant qui de plus, en se suçant le pouce, élargira la brèche du rebord alvéolaire et du palais, brèche qui est toujours concomitante dans ces cas.

Le lambeau est attaché à la lèvre supérieure en deux temps, c'est-à-dire un temps pour chacune des fentes labiales, et ce pour éviter l'embarras respiratoire. Ce procédé, en effet, est recommandé par l'auteur seulement dans ces cas où le bec-de-lièvre est bilatéral et prononcé. Il est regrettable que l'auteur ne donne aucun autre détail sur la technique

même du transfert et de l'attachement du lambeau. Une seule photographie (Fig. 2) illustrant ce point accompagne le texte et encore elle ne permet pas de saisir davantage les détails de la technique employée. Cet article nous apporte, quand même, quelque chose de nouveau et d'intéressant. Et voici pourquoi: le lambeau d'Abbé, tel qu'utilisé jusqu'à maintenant, pour la correction d'une lèvre supérieure aplatie, déficiente en tissus mous, ne fait que corriger ces anomalies secondaires si fréquentes chez le bec-de-lièvre bilatéral; il ne parvient d'ailleurs pas toujours à combler de façon satisfaisante l'enfoncement du tiers moyen de la face et l'on doit alors recourir, comme mesure supplémentaire, au port d'une prothèse; c'est que l'arc formé par le rebord alvéolaire du maxillaire supérieur (arche dentaire) est aplati, enfoncé vers l'arrière. L'on peut croire que cela est dû au fait que la solution de continuité a été rétablie sous tension des tissus mous, comme c'est le cas dans l'opération pour un bec-de-lièvre bilatéral.

En utilisant une masse suffisante de tissus mous provenant de la lèvre inférieure, dès cette opération où la double brèche de la lèvre supérieure est fermée, alors que le bébé n'a que quelques semaines, nous supprimons cette tension continue et exagérée sur le tiers moyen de la face et celui-ci peut se développer de façon normale ou moins anormale. Voilà l'hypothèse! Elle est logique, séduisante, mais tant que les résultats de cette méthode n'auront pas été observés pendant plusieurs années, que les bébés n'auront pas été suivis jusqu'à l'âge adulte, il sera difficile de dire ce qu'elle peut donner. En effet et bien qu'on en discute depuis longtemps la question se pose toujours à propos de bec-de-lièvre et de fissure palatine de savoir si une difformité concomitante, — telle que le manque de développement du tiers moyen de la face, — ne serait pas apparue en l'absence d'intervention chirurgicale. Cette question est présentement débattue et plus sérieusement que jamais, notamment par les chirurgiens plasti-

ciens. Certains auteurs possédant une vaste connaissance du problème doivent faire paraître des études prochainement.

Ce qui rend les données intéressantes, ici, c'est que nous savons que l'abstention chirurgicale a toutes les chances de produire une difformité: les extrémités des deux tronçons, droit et gauche, de l'arc (bord alvéolaire) du maxillaire supérieur ne rencontreront pas le « prémaxillaire » en bonne position. Par ailleurs, il semble logique qu'une tension continue trop forte de la part des tissus mous de la lèvre reconstituée puisse produire, elle aussi, une difformité: aplatissement de l'arc formé par le bord alvéolaire.

On peut supposer que l'évolution d'un lambeau d'Abbé, en éliminant cette tension induite, prévient les difformités secondaires qui apparaissent avec la croissance de l'individu ou, du moins, qu'elle diminuera leur fréquence. Seul l'avenir dira si cette supposition est juste.

Pierre VAILLANCOURT.

NEURO-PSYCHIATRIE

M. FISCH. — **Le suicide: une étude de 114 militaires hospitalisés pour tentatives de suicide ratées.** (*The suicidal gesture: a study of 114 military patients hospitalized because of abortive suicide attempts.*) "The Amer. Journal of Psychiatry", 111: 33 (juillet) 1954.

L'auteur a été fortement impressionné par le nombre élevé de tentatives de suicides survenant chez les militaires et par leur relatif manque de sincérité. Au U.S. Naval Hospital de Philadelphie, au cours d'une année, 114 militaires furent admis après avoir commis un acte définitivement nommé tentative de suicide; de plus 117 autres militaires ont exprimés un désir conscient de s'enlever la vie, ou ont fait des gestes d'une importance mineure comme écrire une note d'adieu, posséder du poison, se frapper la tête sur le mur, etc... Ces deux groupes représentent environ 15% du nombre total d'admission de cet hôpital. L'au-

teur n'étudie que le groupe des 114 tentatives où il y a eu un geste définitif accompli.

Parmi ce groupe, 96 firent leur tentative avant l'admission; les 23 autres étaient hospitalisés à cet hôpital ou ailleurs. Un seul parmi ces 114 cas réussit sa tentative: il était traité pour névrose d'angoisse et peu de temps après avoir reçu son congé il se pendit.

L'âge moyen de ces patients est de 23 ans, ce qui correspond à l'âge moyen de ceux qui font actuellement du service militaire. La majorité de ces patients n'ont pas ou ont un grade inférieur; les 4 officiers qui entrent dans cette série souffraient de psychoses plus ou moins graves. L'auteur explique la faible proportion de suicides réussis par 3 facteurs: 1) La plupart des gens qui commettent un suicide meurent avant d'arriver à l'hôpital. 2) Le fait d'hospitaliser tous ceux qui font une tentative, même légère, augmente nécessairement la proportion de gestes peu sincères. 3) Le troisième facteur est l'âge et il a été montré sur de grandes séries que l'acte est d'autant plus sérieux que l'âge de celui qui le commet est avancé.

L'auteur a étudié également le procédé employé et il a comparé ce groupe de 113 tentatives de suicide avec un groupe de 47 cas qui ont réussi leur suicide; ce groupe nouveau représente le nombre total de suicides survenus dans le même corps militaire dans tous les Etats-Unis et pendant la même année. Le tableau vaut la peine d'être reproduit intégralement.

Tentatives ratées (exprimé en pourcentage de 114 cas)

Coupure (surtout poignet) . . .	50
Poison ou médicament . . .	23
Strangulation	9
Noyade	4
Saut de haut	4
Arme à feu	4
Coup de poignard	3
Autres	3

Suicides réussis (exprimé en pourcentage de 47 cas)

Arme à feu	43
Gaz	26
Strangulation	17
Coupure	6
Poison ou médicament	4
Saut de haut	2
Autres	2

Les différences sont grandes et on peut voir ici que les coupures au poignet sont en général incapables de provoquer la mort et parmi les cas de suicides réussis par coupure, celle-ci était faite à la région cervicale. Les attentats faits avec des armes à feu sont évidemment beaucoup plus sérieuses et l'auteur croit que, mise à part la proportion de survie « accidentelle », les dangers inhérents à chaque méthode sont bien appréciés même par les moins intelligents de ces patients. Les méthodes bizarres signent en général l'existence d'une psychose.

Les diagnostics portés dans cette série furent: réactions immatures, 43 cas; psychoses, 32 cas; personnalités psychopathiques, 23 cas; névroses, 10 cas; aucune maladie, 6 cas. Il est à noter que dans cette série 19 sujets firent leur tentative sous l'influence de la boisson mais dans aucun de ces cas le diagnostic primaire pouvait être changé et l'intoxication alcoolique ne jouait qu'un rôle secondaire dans les causes déterminantes du suicide.

L'auteur fait ensuite une intéressante étude du dynamisme de ces patients et il insiste sur le facteur d'agression qui souvent serait dirigé vers d'autres mais dévié secondairement sur le sujet lui-même. Le patient veut attirer l'attention et il emploie son corps comme véhicule pour exprimer sa colère et sa révolte contre le milieu, avec plutôt l'idée de blesser ou de changer le milieu que celle de disparaître de ce milieu.

Jean-Marc BORDELEAU.

PEDIATRIE

PER BENDZ. — **La douleur dans la poliomyélite antérieure aiguë. Considérations neurologiques et thérapeutiques.** (*Pain associated with Acute Poliomyelitis — Neurologic and Therapeutic Considerations.*) "A.M.A. Amer. J. of Dis. of Child.", **88**: 141 (août) 1954.

Se basant sur 200 cas de poliomyélite antérieure aiguë, l'auteur étudie, tant du point de vue clinique que thérapeutique, l'élément douleur dans la maladie de Heine et Medin. Il a observé une étroite corrélation entre la douleur et les troubles moteurs.

En effet la douleur est ressentie électivement dans les régions qui vont paralyser ou qui sont déjà le siège de paralysies et ceci dans les proportions suivantes: 95% pour les membres inférieurs et 75% pour les membres supérieurs. Cette douleur possède d'une part un caractère continu, s'apparentant à la sensation douloureuse ressentie après un violent exercice physique. Elle subit également des exacerbations paroxystiques à irradiations distales. Il faut distinguer cette douleur spontanée de la sensibilité douloureuse de caractère provoqué, qui est réveillée par la pression des masses musculaires et la palpation des plexus et des faisceaux vasculo-nerveux.

Ainsi la douleur de la poliomyélite serait composée de 2 éléments: l'un myalgique, l'autre névralgique, dont il faut rechercher l'origine dans les racines nerveuses tant antérieures que postérieures.

La douleur tirant son origine de l'atteinte des racines antérieures posséderait un caractère myalgique, alors que les lésions des racines postérieures provoqueraient la douleur de type névralgique.

Les causes exactes de cette radiculite ne sont encore qu'à l'état d'hypothèse. L'auteur invoque, à l'instar de Sabin et Bodiau, la multiplication du virus en dehors des cellules nerveuses, dans la totalité du névrone périphérique moteur et parfois dans les cornes postérieures et les ganglions spinaux. Ainsi les variations dans la sévérité de l'atteinte et la

distribution des lésions expliqueraient les variations cliniques de l'élément douleur.

S'attachant ensuite à l'étude des mesures thérapeutiques préconisées contre la douleur, le Dr Per Bendz, souligne leur caractère symptomatique.

Parmi les moyens locaux, on peut retenir les mesures classiques: les bains chauds, les fomentations, tous deux générateurs d'hypérémie. Les frictions à l'huile de pétrole auraient un effet semblable. L'auteur a personnellement utilisé avec succès l'effet d'hypérémie active qui suit l'application d'un brassard d'appareil à pression — application qui doit tendre à supprimer le courant artériel pour quelques minutes (150 à 200 mm de Hg).

Les vaso-dilatateurs, tels que la priscoline, utilisée par certains auteurs américains n'auraient pas donné les effets escomptés.

Parmi les médications d'action antalgique générale l'auteur recommande instamment l'emploi de caféine, qui fait partie depuis 15 ans de l'arsenal thérapeutique de l'Hôpital de Stockholm pour Maladies Contagieuses.

Les messages vibratoires seraient d'une grande efficacité contre la sensibilité douloureuse et le spasme. Enfin le soulagement immédiat apporté par l'application du brassard est mis à profit pour la correction des attitudes vicieuses favorisées par les spasmes musculaires.

G. JELIU.

W. M. CLARK, S. S. JUROW, R. L. WALFORD et R. O. WARTHEN. — **L'empoisonnement au sulfate ferreux.** (*Ferrus Sulfate Poisoning.*) "A.M.A. Am. J. of Dis. of Child.", **88**: 220 (août) 1954.

Sur 26 cas d'empoisonnement au fer rapportés depuis 1947, 25 sont des enfants et 25 ont absorbé le fer sous forme de sulfate ferreux. La moitié des cas sont morts. La dose prise semble avoir peu de rapport avec l'is-

sue final car certains sont morts après avoir ingéré 3 grammes et d'autres ont survécu après en avoir pris 15 grammes.

Les auteurs rapportent 2 cas. Le premier, un bébé de 15 mois, a survécu à l'ingestion de 2,4 gm de sulfate ferreux, et le deuxième, âgé de 20 mois, est décédé après avoir pris de 10,2 à 14,2 grammes.

Les symptômes de l'empoisonnement au fer sont assez caractéristiques. Environ 1 heure après l'ingestion, il se produit des vomissements qui deviennent sanglants en 2 à 4 heures. Ensuite vient un état de shock avec ou sans diarrhée. Environ 50% des décès se produisent durant cette période de shock. Après cette période il y a souvent une grande amélioration clinique, avec cessation des vomissements et de la diarrhée. Il faut cependant bien surveiller le malade car il se produit souvent une nouvelle période de shock 13 à 40 heures après l'ingestion.

Les constatations anatomo-pathologiques sont aussi assez caractéristiques. On retrouve une dilatation du cœur droit avec de la congestion et des hémorragies pulmonaires, un engorgement avec début de nécrose au foie et une gastrite ou une entérite hémorragique, selon que les comprimés ingérés avaient ou n'avaient pas d'enrobage entérique. Le traitement est symptomatique: vomissements provoqués, lavage d'estomac à l'eau bicarbonatée (pour convertir le sulfate ferreux en carbonate ferreux insoluble) traitement du shock par du sang, du plasma et de l'oxygène.

Certains préconisent de donner de la méthionine. Ils suggèrent que le fer se combine avec des groupements —SH et nuirait ainsi à l'oxydation cellulaire. La méthionine agirait en fournissant des groupes —SH.

Si la radiographie montre des comprimés à enrobage entérique groupés en paquets, l'intervention chirurgicale est indiquée aussitôt que le shock est passé, car il peut se produire de la nécrose intestinale avec perforation.

Luc CHICOINE.

WAGNER et Coll. — **Un nouveau tube de gavage pour le prématuré.** (*An improved in needling tube for feeding premature infants.*) "J. Ped.", 45: 200, 1954.

Chez les prématurés de moins de 1 500 gm (3 livres), l'emploi du biberon ou du compte-gouttes risque d'élever fortement le taux de mortalité, à cause du danger d'épuisement et de fausse-déglutition consécutifs à cette méthode d'alimentation.

Le gavage, chez les prématurés de moins de 1 500 gm, constitue, selon les auteurs, une mesure de salut; il est employé de routine dans leur service.

Cependant l'ancienne technique de gavage exige pour une seule journée, de multiples passages et stérilisations du tube.

Les auteurs ont donc employé, dès 1950, le tube de polyéthylène dont on se servait, par ailleurs, dans les exsanguino-transfusions et autres injections intra-veineuses.

Par contre l'extrémité sectionnée du tube de polyéthylène risque d'être cause d'irritation ou même de lésion pour les muqueuses œsophagienne et gastrique. Un cas mortel dû à une perforation de la paroi stomacale est rapporté en 1952 (J. Péd. 41: 79, 1952).

Divers moyens furent mis en œuvre pour essayer de remédier à cet inconvénient: limer le bout de la section, ou le passer à la flamme, ou encore selon Kunz (J. Ped. 41: 84, 1952), boucher l'extrémité gastrique du tube à la paraffine et forcer deux trous latéraux près de cette extrémité.

Wagner décrit un nouveau tube spécialement fabriqué par Pharmaseal Laboratories qui remédie aux défauts du tube de polyéthylène. L'extrémité gastrique du tube est en effet fermée et arrondie, avec deux ouvertures percées près du bout. A l'autre extrémité, il y a un adaptateur pouvant recevoir la seringue, éliminant ainsi l'aiguille. Le tube est plus simple. De plus, on peut le stériliser de toutes les façons.

Robert SAINT-MARTIN.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L. E. SILTZBACH et J. C. EHRLICH. — **La réaction de Nickerson-Kveim dans la sarcoïdose.** (*The Nickerson-Kveim Reaction in Sarcoidosis.*) "The Am. J. of Med.", 26: 790, 1954.

La réaction cutanée de Nickerson-Kveim comprend l'injection intradermique d'une suspension de tissu de sarcoïdose humaine, suivie, dans 4 à 6 semaines, de l'examen histologique du point d'injection.

L'étude porte sur 200 cas. 58 patients étaient porteurs d'une sarcoïdose confirmée par une biopsie d'un organe intéressé. 80 cas étaient suspects, dont 33 fortement. On a uti-

lisé de plus 54 témoins non porteurs de sarcoïdose et 8 patients souffrant de maladies granulomateuses non classifiées.

La réaction s'est avérée positive dans 86% des cas de sarcoïdose confirmée et dans 85% des cas fortement suspects. Chez les témoins, il y a eu 2 faux positifs, soit 4%.

La réaction n'est considérée positive que si le point d'injection montre un granulome d'aspect sarcoïde caractéristique.

Ce test peut être très utile pour la confirmation d'un diagnostic de sarcoïdose quand il est impossible de biopsier les organes atteints.

Jean-Pierre TREMBLAY.

NECROLOGIE

LE DOCTEUR J.-R. LAROSE

Le docteur J.-Rosaire Larose est récemment décédé à l'âge de 55 ans. Le défunt exerçait la médecine dans la spécialité de pédiatrie et depuis quelques années était attaché au service de santé de la ville de Montréal. Il avait fait partie pendant quelques années du personnel médical de l'hôpital Sainte-Justine. Diplômé de l'Université Laval de Québec, le docteur Larose avait pratiqué la médecine à Montréal.

LE DOCTEUR ÉMILE MINGUY

Le docteur Emile Minguy est mort tout récemment. Le docteur Minguy avait terminé ses études médicales à l'Université Laval en 1924. Il exerçait la médecine dans la ville de Québec.

LE DOCTEUR J.-A. GUÉNETTE

Le docteur J.-A. Guénette vient de mourir après avoir exercé la médecine à Ste-Anne de Bellevue pendant cinquante ans. Le défunt avait reçu son doctorat de l'Université Laval de Montréal en 1904.

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.

HÔPITAL GÉNÉRAL DE VERDUN COMITÉ SCIENTIFIQUE

Séances de sept., oct., et nov. 1953

Présidence de M. Maurice Gervais

Un cas de cancer du poumon.

M. Guy PROVOST

Monsieur E. C., 48 ans, admis à l'Hôpital Général de Verdun le 20 mars 1953, à cause de douleurs à la partie haute de la nuque. Il se plaignait aussi de difficulté à maintenir son équilibre.

Les symptômes avaient débuté insidieusement plus de deux mois auparavant et avaient progressé assez rapidement par la suite. A son admission, les douleurs étaient violentes au point de n'être soulagées que par des narcotiques. A l'examen fonctionnel, on relevait en plus une toux chronique qu'il attribuait à la cigarette mais qui était devenue plus marquée depuis 5 ou 6 mois et s'accompagnait d'expectorations muqueuses ou muco-purulentes, mais sans hémoptysie. Il avait été hospitalisé en 1942 pour pneumonie. Les antécédents héréditaires étaient négatifs.

A l'examen, le malade semblait présenter encore un assez bon état général, mais tenait le cou continuellement en flexion. Il n'y avait pas de rigidité de la nuque. Il y avait un œdème modéré des papilles. La pression artérielle était de 170/98, le pouls: 90, la respiration: 18, la température: 98,4° F. Le reste de l'examen était négatif. A l'examen neurologique, il présentait une démarche ébrieuse mais sans tendance à tomber d'un côté plus que l'autre. Il n'y avait pas de modification de la sensibilité superficielle, des réflexes, de la motricité.

Un test manométrique lombaire fut fait le 2ième jour. La pression initiale était de 290 mm. Après compression des jugulaires à 40 mm. de Hg, la pression monta à 550 mm. pour redescendre à 350 mm. après 30 secondes. La pression finale, après enlèvement de 10 cc de liquide céphalo-rachidien: 110 mm.

Les analyses d'urines, la numération globulaire, l'azotémie et la glycémie étaient toutes à peu près normales. Le liquide céphalo-rachidien, contenait 18 lymphocytes, les protéines étaient à 86 mgms % et le glucose à 54 mgms %.

Les radiographies du crâne et de la colonne cervicale étaient négatives. La radiographie pulmonaire montrait à la base pulmonaire droite des signes de pleurite oblitérant le sinus costo diaphragmatique. A la région paramédiastinale supérieure gauche et se superposant sur la partie interne de la clavicule, il y avait tuméfaction dense à limites assez nettes.

Avec un diagnostic de néoplasie métastatique, on commença le 4ième jour de son hospitalisation un traitement palliatif au moyen de radiothérapie à la région nuchale supérieure et occipitale.

Le 6ième jour en dépit d'une légère amélioration des douleurs, il y eut une chute de pression artérielle et le malade mourut 2 heures plus tard.

A l'autopsie, on trouvait à l'apex du poumon gauche une masse ovoïde d'environ 3 x 5 cm, ainsi qu'un nodule ferme situé à la partie postérieure du vermis supérieur du cervelet. L'examen microscopique montra qu'il s'agissait d'un épithélioma bronchique du type malpighien avec métastase cérébelleuse.

L'intérêt du cas réside dans le fait que ce malade fut admis à l'hôpital pour investigation de douleurs nuchales et troubles de l'équilibre avec un diagnostic présomptif cérébral.

Les métastases au cerveau d'un épithélioma bronchique sont assez fréquentes. Mais le plus souvent le diagnostic de carcinome bronchique aura été posé à cause des symptômes pulmonaires apparents depuis plusieurs mois déjà.

Il pourra arriver qu'un malade présente des métastases cérébrales alors que la radiographie pulmonaire ne montre rien d'anormal et que le malade n'a aucun symptôme de pathologie pulmonaire.

Le diagnostic dans ces cas ne pourra être fait qu'au moyen de bronchoscopie, si le clinicien songe à la fréquence des métastases cérébrales dans le néo bronchique.

Ulcères gastriques multiples hémorragiques.

M. Jean-Marie BEAUREGARD

Mme J.G., âgée de 68 ans, est admise à l'hôpital pour hémorragie digestive massive. Elle a toujours été en bonne santé (19 grossesses) jusqu'à huit jours avant son hospitalisation alors qu'elle accusa fatigue soudaine, hématomèse et perte de conscience, le tout suivi de mœléna et de douleurs épigastriques postprandiales soulagées par la prise d'aliments.

La malade est pâle, exsangue; la langue est rôtie; les bruits cardiaques sont assourdis, la tension artérielle est de 90/50. La formule sanguine montre 1 400 000 globules rouges et un taux d'hémoglobine à 20%. L'hématocrite est aussi à 20%. Les plaquettes et la prothrombine sont normales.

Durant son hospitalisation, la malade reçoit 19 transfusions de sang total et un traitement local à la thrombine topique. L'hématocrite se maintient entre 10 et 20% et la T.A. entre 110/85 et 90/45. L'état de la malade exclut l'opportunité d'une intervention chirurgicale. Malgré la thérapeutique inien-

sive, le décès survient douze jours après l'admission.

A l'autopsie, l'estomac est distendu, rempli de caillots rouges. On note trois ulcérations dont l'une est près de se perforer. La paroi étant étalée, on constate que les vaisseaux provenant des gastro-épiploïques sont sinueux et durs; au point où l'une de ces artères aborde l'estomac, on retrouve une ulcération dans laquelle fait saillie un petit thrombus.

Au microscope, il existe une discontinuité franche de la muqueuse et de la muscularis mucosæ, avec atrophie générale de toutes les couches histologiques de la paroi. Une des coupes montre au fond d'une ulcération, une artériole complètement obstruée par un thrombus scléreux.

Il semble s'agir d'une gastrite atrophique avec ulcères aigus résultant d'une nécrose par ischémie.

Discussion.

M. JEAN-BERNARD LESAGE — La mortalité chirurgicale est élevée chez ces malades qui constituent de très mauvais risques.

M. JEAN-MARIE BEAUREGARD — Le traitement conservateur prime toujours.

M. JEAN-MAURICE BOURQUE — Est-il indiqué d'opérer même si la présence d'un ulcère n'est pas démontrée?

M. JEAN-MARIE BEAUREGARD — Certains auteurs recommandent une gastroscopie préalable.

Syndrome de Cushing par hyperplasie des surrénales.

M. Jean-Marie BEAUREGARD

J. S.-P., 22 ans, est admis à l'Hôpital pour hypertension déjà mise en évidence deux ans auparavant par son médecin de famille. Le malade a toujours refusé l'hospitalisation jusqu'à l'apparition d'une dyspnée d'effort intense avec douleur rétro-sternale, faiblesse excessive et baisse de la vue.

A l'examen, on note un faciès anxieux, vultueux, ainsi qu'une obésité tronculaire marquée avec face lunaire. Le cœur présente un rythme régulier et un petit souffle systolique au foyer aortique avec clangor du deuxième bruit. La tension artérielle est de 245/160. Le poumon est cliniquement normal de même que l'abdomen. Il y a diminution de la force musculaire de tous les membres mais absence de signes neurologiques. La peau du ventre, des épaules et du cou est striée de vibices. Il n'y a pas d'œdème. Un diagnostic probable de syndrome de Cushing est posé.

Les examens de laboratoire sont nombreux et l'électrocardiogramme montre des signes d'hypertrophie ventriculaire gauche, d'ischémie et d'anomalie auriculaire avec P₁ et P₂ très effilés.

Le traitement usuel de la dilatation cardiaque aiguë par hypertension est institué: oxygène, digitale, sulfate de magnésie, codéine. Six heures après l'admission, le malade accuse une violente douleur rétro-sternale, la T.A. tombe à 0 et les bruits cardiaques deviennent inaudibles. La thérapeutique du shock fait remonter la pression à 90/70.

Le lendemain, le malade se sent soulagé et passe une journée satisfaisante malgré la persistance de la douleur rétro-sternale. Dans la soirée, la respiration devient laborieuse, l'œdème aiguë s'installe et le malade expire.

L'autopsie confirme l'impression clinique d'œdème aigu, avec hypertrophie ventriculaire gauche. Les coronaires sont normales. L'aorte montre de multiples placards athéromateux confluents; elle est rompue jusqu'à son origine dans le péricarde et il existe une dissection de toute la paroi de l'aorte ascendante. Le reste de l'autopsie est sans particularité, sauf présence de congestion rénale. Les surrénales sont triplées de poids et l'examen microscopique montre une hyperplasie importante de la zone fasciculée avec hypoplasie marquée des deux autres zones. L'hypophyse est normale macroscopiquement et microscopiquement.

Il s'agit donc d'un syndrome de Cushing avec hypertension maligne secondaire athéromatose et rupture de l'aorte. Il est très intéressant de noter chez ce jeune homme de 22 ans, la présence d'une athéromatose comme l'on rencontre rarement même à 80 ans. Ceci nous amène à discuter la possibilité d'un danger à l'emploi prolongé de la cortisone. En effet, cette hormone a provoqué un vieillissement extraordinaire et rapide de l'aorte. On sait par ailleurs qu'elle n'agit pas seulement sur le métabolisme des glucides mais encore sur le métabolisme des graisses car elle prolonge la courbe d'hyperglycémie provoquée d'une façon importante.

Il serait certes prudent que le médecin garde en mémoire cette observation et qu'il y pense avant d'entreprendre un traitement prolongé dans un cas d'arthrite rhumatoïde par exemple.

Discussion.

M. MARINIER — Que vaut l'épreuve par insufflation d'air dans ces cas?

M. JEAN-MARIE BEAUREGARD — Elle est utile dans une tumeur comme un phéochromocytome, car il peut exister une hyperplasie sans hypertrophie marquée.

M. PAUL BRAIS — Quelle est la valeur de la rogitine dans les cas de phéochromocytome?

M. JEAN-MARIE BEAUREGARD — Il en fait actuellement l'essai dans deux cas d'hypertension d'origine rénale pour éprouver les prétentions à l'effet que cette drogue n'amène pas de chute de pression en dehors du phéochromocytome.

Tumeur de l'uretère.

M. Noël LAROCHE

Les néoplasmes de l'uretère sont rarement primitifs: le plus souvent, ils sont secondaires à un néoplasme du bassinet avec envahissement de l'uretère, ou encore ils sont secondaires à une tumeur vésicale infiltrante.

Les cancers de la prostate, de l'utérus et de l'intestin peuvent également donner des métastases au niveau de l'uretère.

Les tumeurs primitives de l'uretère comprennent des tumeurs bénignes et des tumeurs malignes.

Symptomatologie: l'hématurie est le symptôme le plus fréquent: il est à peu près constant. L'hématurie peut s'accompagner ou non de douleurs: la douleur n'a aucune caractéristique permettant de la rattacher à l'uretère plutôt qu'au rein. Parfois on percevra une masse, l'hydronéphrose étant assez fréquente.

Examen urologique: la cystoscopie a une grande valeur lorsqu'elle permet de voir du sang venant de l'un des orifices urétéraux. La présence d'une tumeur à l'orifice urétéral est assez fréquente; Lazarus qui a fait la revue de 68 cas de tumeur primitive maligne de l'uretère, note que 29% de ces cas montraient une tumeur à l'orifice même.

Au point de vue urologique, l'obstacle au passage de la sonde urétérale est très important, de même un défaut de remplissage sur tous les clichés.

Le diagnostic est souvent fautif à moins que la cystoscopie ne montre une tumeur à l'orifice urétéral; Eisendrath a eu trois cas personnels de tumeurs de l'uretère et n'a pu faire le diagnostic une seule fois.

Un patient avec un lourd passé éthylique, nous est référé pour une hématurie sans douleur d'une durée de trois semaines: ce patient, âgé de 70 ans, accusait depuis plusieurs mois des troubles urinaires, caractéristiques d'une hypertrophie prostatique au début.

Le patient refusa l'hospitalisation mais consentit à une cystoscopie: il avait cessé de saigner depuis quelques jours et la cystoscopie ne révéla que deux petits lobes latéraux.

L'hospitalisation se fit trois mois plus tard; l'hématurie n'avait pas récidivé. Une pyélographie endoveineuse montra une volumineuse hydronéphrose gauche, avec une mauvaise imprégnation des cavités gauches; sous anes-

thésie générale, on tenta de passer une sonde urétérale à gauche, mais toutes les sondes utilisées bloquaient irrémédiablement à 7 ou 8 centimètres: l'examen ne provoqua aucune hémorragie.

Une lombotomie exploratrice fut pratiquée, elle montra une hydronéphrose gauche marquée. L'uretère fut incisé et exploré de haut en bas: là encore, la sonde urétérale ne put être passée. La néphrectomie fut décidée et le rapport anatomo-pathologique ne décéla aucune lésion pouvant expliquer l'hématurie.

L'évolution post-opératoire fut marquée par une hématurie très abondante: 3 000 cc de sang furent être administrés à raison de 500 cc par jour; le 8^{ième} jour, une cystoscopie fut faite et de nouveau on tenta de cathétériser l'uretère gauche: la sonde buta au même endroit mais chaque tentative provoquait une hémorragie.

Une tumeur de l'uretère pelvien, à laquelle nous pensions depuis quelques jours, était en quelque sorte confirmée et une urétérectomie ilio-pelvienne fut décidée: on trouva à l'intervention une tumeur remplissant presque complètement l'uretère, de 1 cm de largeur par 3 cms de longueur; le rapport anatomo-pathologique fut celui de polype de l'uretère.

Discussion.

M. JEAN-MARIE BEAUREGARD — Le malade a-t-il présenté une colique rénale avant l'apparition de l'hématurie?

M. NOËL LAROCHE — Non, il s'agit ici d'une hydronéphrose progressive.

Anesthésie d'hier et d'aujourd'hui.

M. Jean VIGNEAU

Depuis vingt ans, l'anesthésie a évolué deux fois et demi plus vite que toute autre spécialité de la médecine.

Les substances et les méthodes anesthésiques anciennes sont décrites sommairement, sans oublier les aides et les courroies nécessaires pour retenir les malades durant les

périodes d'induction et d'excitation qui se prolongeaient jusqu'à dix ou quinze minutes.

Ces méthodes ne permettaient qu'une oxygénation incomplète avec accumulation de CO₂ parfois très prononcée. Il y avait souvent accumulation des sécrétions bucco-pharyngées provoquant des complications pulmonaires post-opératoires, laryngospasmes et relâchement musculaire incomplet qui rendait ardu le travail du chirurgien.

Il convient de rendre hommage aux anesthésistes d'hier qui devaient travailler dans des conditions aussi pénibles ainsi qu'aux chirurgiens qui devaient développer une technique de vitesse ou voir s'allonger la liste de leurs cas inopérables.

Les principaux agents anesthésiques d'aujourd'hui sont ensuite décrits, tels le cyclopropane, le penthotal, les curares et leurs merveilleux avantages sont illustrés. Les méthodes d'aujourd'hui sont aussi passées en revue: circuit fermé, intubation, soupape de Stephen Slater pour enfants, préparation psychique et médicamenteuse, salle de réveil. Ces agents et méthodes permettant aux chirurgiens d'aujourd'hui d'entreprendre des interventions de grande envergure quel que soit l'âge du malade.

La principale responsabilité de l'anesthésiste ne réside pas en l'administration de l'anesthésie, mais en la prévention des nombreuses complications possibles.

L'anesthésie est aujourd'hui une spécialité importante. Des cours universitaires ont été organisés en vue de l'obtention du certificat en anesthésie: ces cours comportent d'abord l'étude des sciences de base: anatomie, physiologie, biochimie et pharmacologie, ainsi qu'une rotation de deux ans dans différents hôpitaux. Il existe de nombreuses sociétés internationales et régionales qui organisent des congrès et publient de multiples revues:

En conclusion, on peut affirmer qu'il n'existe aucune branche de la médecine où la vie et le bien-être du malade soient si immédiatement et exactement contrôlés et manipulés que dans l'administration de l'anesthésie.

Discussion.

M. ALBERT COUTU — Quelles sont les subdivisions de la période chirurgicale de l'anesthésie?

M. JEAN VIGNEAU — Cette période se divise en trois étapes: 1°) Anesthésie peu profonde avec peu de relâchement musculaire; 2°) Relâchement musculaire complet; 3°) Etape trop avancée où la respiration est très diminuée. Il est dangereux de pousser la narcose jusqu'à ce point.

M. RENÉ LAGACÉ — Quels sont les avantages du trilène?

M. JEAN VIGNEAU — C'est plutôt un analgésique qu'un anesthésique, c'est pourquoi on l'emploie en obstétrique et en chirurgie dentaire.

M. RÉAL DORÉ — Doit-on administrer de l'oxygène avec tous les agents anesthésiques?

M. JEAN VIGNEAU — Il n'est pas permis aujourd'hui d'administrer une anesthésie sans oxygène.

M. RÉAL DORÉ — Quelle quantité d'oxygène doit-on donner?

M. JEAN VIGNEAU — Au moins 300 cc par minute.

M. RÉAL DORÉ — L'appareil permet-il de doser les quantités d'anesthésiques?

M. JEAN VIGNEAU — On les dose parfaitement grâce aux indicateurs qui sont gradués en cc par minute.

Maladie de Von Recklinghausen.

M. Gérard GAUTHIER

Une malade âgée de 34 ans, célibataire, est admise à l'Hôpital en août 1952 pour syndrome abdominal aigu caractérisé par du ballonnement, et des signes de subocclusion intestinale évoluant depuis quelques jours.

Le questionnaire gynécologique de même que les antécédents personnels et héréditaires ne révèlent rien de particulier.

A l'examen objectif, on note tout d'abord que la malade est couverte de tumeurs cutanées de la tête aux pieds. Ces tumeurs varient

du volume d'un pois à celui d'une olive, sont mollasses, mobiles, non douloureuses, et se développent aux dépens du derme. La peau est pigmentée par endroits. Dans l'abdomen, on palpe une masse hypogastrique, fixée, douloureuse. L'examen gynécologique révèle la présence d'une masse plutôt molle, adhérente et non mobilisable, qui remplit le bassin.

Après préparation adéquate, la malade est opérée. A l'exploration, on trouve une tumeur d'une anse grêle pelvienne, une pelvipéritonite, des métastases hépatiques et une tumeur surrénalienne. On résèque l'anse qui porte la tumeur et on pratique la biopsie des lésions cutanées. Malheureusement la malade décède de septicémie suraiguë en moins de 48 heures.

L'examen histopathologique des pièces prélevées à l'intervention et à l'autopsie montre qu'il s'agit de neurofibromes bénins cutanés ou maladie de Von Recklinghausen et d'une transformation sarcomateuse d'un neurofibrome du grêle avec métastases hépatiques. La tumeur surrénalienne est un cortico-surréalome malin.

Sténoses des voies biliaires.

M. Jacques PRINCE

Jusqu'à ces dernières années, les interventions sur les voies biliaires étaient pour le chirurgien général, parmi celles dont les résultats étaient les plus aléatoires. Plusieurs facteurs ont contribué à l'amélioration de cet état de choses.

Depuis cinq ans, plus de cent articles sur la chirurgie biliaire ont été publiés dans la seule revue *Surgical Clinics of North America*, ce qui montre l'importance de cette chirurgie et les efforts que l'on tente pour l'améliorer. A Boston, les chirurgiens de la Clinique Lahey ont beaucoup travaillé dans ce sens et ils ont posé clairement les indications de l'exploration et du type de drainage du cholédoque.

Une méthode très précieuse a été mise au point pour l'étude des voies biliaires: c'est

la radiomanométrie. Elle a permis de découvrir plusieurs facteurs physiopathologiques qui expliquent certains troubles biliaires mais, parce que l'équipement en est très coûteux, on ne l'a pas encore utilisée ici. Il existe cependant un moyen terme, la cholangiographie per-opératoire, qui peut, dans des mains expérimentées, fournir des renseignements presque aussi complets que la radiomanométrie sur l'anatomie des voies biliaires et leur fonctionnement.

Nous avons pratiqué la cholangiographie per-opératoire dans quinze cas que nous vous présentons avec films à l'appui et, chez sept de ces malades, nous avons fait des constatations intéressantes telles que calculs de la voie biliaire principale, calculs du cholédoque sans lithiase vésiculaire, sténose et spasmes marqués du sphincter d'Oddi, présence de bouillie biliaire et de sable dans le cholédoque d'une cholécystectomisée. Ce ne sont pas là des cas choisis mais bien des cas consécutifs, et si chez sept malades la cholangiographie nous a indiqué d'intervenir sur la voie biliaire principale, notre statistique concorde avec le 45,7% des grandes écoles du monde entier.

Conclusions: 1°) La cholangiographie per-opératoire renseigne sur l'anatomie des voies biliaires, sur leur perméabilité, sur l'hypertonie ou l'hypotonie des canaux et du sphincter d'Oddi. 2°) La cholangiographie nous apprend durant l'opération si un blocage est mécanique ou infectieux, d'origine tumorale extrinsèque ou intrinsèque ou spasmodique. 3°) Elle peut éviter au malade une intervention itérative pénible en même temps qu'inutile, et elle réduit la possibilité du syndrome post-cholécystectomie. 4°) Enfin, la cholangiographie per-opératoire est une méthode qui s'ajoute aux autres pour améliorer les techniques dans l'intérêt des malades.

Discussion.

M. JEAN-BERNARD LESAGE — 1° — Hans Popper, qui a beaucoup travaillé sur la physiopathologie des voies biliaires, prétend qu'il

ne peut exister de lithiase sans dyskinésie et il faut donc la corriger si on veut prévenir la formation de calculs. 2° — La cholangiographie sera peut-être bientôt rendue désuète par un nouveau produit actuellement à l'essai, qui colore toutes les voies biliaires lors de la cholécystographie.

M. JACQUES PRINCE — La cholangiographie sera toujours utile au cours d'intervention pour savoir si tous les calculs cholédociens ont été enlevés.

M. GUY PROVOST — Dans votre troisième cas, quel était le type d'hépatite en cause?

M. JACQUES PRINCE — Il s'agissait d'une hépatite infectieuse.

M. JEAN-MARIE BEAUREGARD — 1° Pour le diagnostic différentiel des ictères, on peut administrer la cortisone ou l'ACTH. S'il s'agit d'une hépatite, l'ictère diminue; s'il y a obstruction, on n'obtient aucun changement. 2° Au lieu de transporter le malade au département de radiologie, ne serait-il pas possible d'utiliser l'appareil portatif et sinon, quel serait le coût d'une installation permanente dans une salle d'opération?

M. ROGER VALLÉE — Cette méthode requiert pour le moins une table d'opération spéciale car on ne peut manœuvrer l'appareil portatif lorsque la table est à pivot. Une installation permanente coûterait environ douze mille dollars.

NOUVELLES

SUBVENTION FÉDÉRALE ACCORDÉE À UNE ÉCOLE DE PHYSIOTHÉRAPIE

L'hon. Paul Martin, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, annonce que le Gouvernement fédéral accorde, en vertu du Programme national d'hygiène, une subvention fédérale de plus de \$31,700, afin d'établir, à Montréal, une école où seront formés des physiothérapeutes et des ergothérapeutes.

Les physiothérapeutes et les ergothérapeutes, dit M. Martin, sont en nombre extrêmement restreint, et on a grandement besoin d'un plus grand nombre de ces spécialistes dans les nouveaux programmes de réhabilitation médicale qui prennent actuellement tout leur essor.

L'école, qui sera sous la direction du Dr G. Gingas, autorité bien connue dans le domaine de la réhabilitation médicale, pourra recevoir 20 étudiants annuellement chaque année, 40 étudiants recevront leur diplôme.

Cette école, qui sera placée sous la directive de la faculté de médecine de l'Université de Montréal, fonctionnera en collaboration avec un certain nombre d'hôpitaux de Montréal. Les diplômés auront le droit de devenir membres de l'Association canadienne de physiothérapie et de l'Association canadienne d'ergothérapie.

La subvention fédérale, ajoute M. Martin, aidera à fournir un personnel enseignant compétent et le matériel de formation indispensable.

L'INSTITUT NEUROLOGIQUE DE MONTRÉAL

L'Institut Neurologique de Montréal, de l'Université McGill, annonce la réorganisation suivante dans le personnel médical:

Le Dr Theodore Rasmussen, auparavant professeur de neuro-chirurgie à l'Université de Chicago, fait maintenant partie du personnel comme neuro-chirurgien et professeur en neurologie et en neuro-chirurgie; il sera également chargé de la surveillance et de l'enseignement dans les travaux de recherches.

Le Dr Wilder Penfield continue ses fonctions de Directeur de l'Institut et Directeur de Neurologie et de Neuro-chirurgie à la Faculté de Médecine de l'Université McGill.

Les laboratoires de l'Institut seront encore sous la direction de:

Dr William Cone, Neuropathologie-chirurgicale.
Dr K. A. C. Elliott, Bio-chimie nerveuse.
Dr Herbert Jasper, Neuro-physiologie.
Drs Francis McNaughton et George Olszewski, neuro-anatomie et neuro-pathologie médicale.

Les services cliniques seront sous la direction de:
Dr William Cone, neuro-chirurgien en chef et professeur associé en neuro-chirurgie.

Dr Francis McNaughton, neurologue en chef et professeur associé en neurologie.

Dr Arthur Elvidge, neuro-chirurgien associé et assistant professeur en neuro-chirurgie.

Dr Preston Robb, assistant-directeur (hospitalisation) et assistant-professeur en neurologie.

Dr Herbert Jasper, électro-encéphalographe et professeur de neurologie expérimentale.

Dr Donald McRae, neuro-radiologiste et assistant professeur de neuro-radiologie.

Le Laboratoire de Recherches pour la sclérose en plaques, qui débute avec le Dr Roy Swank, sera maintenant sous la direction du Dr J.B.R. Cosgrove.

ASSEMBLÉE ANNUELLE DE L'ASSOCIATION DES CHIRURGIENS DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

L'assemblée annuelle de l'Association des Chirurgiens de la Province de Québec — Association of Surgeons of the Province of Quebec, aura lieu vendredi, le 1er octobre 1954, à l'Hôtel-Dieu de Montréal et au Cercle Universitaire.

Le programme sera le suivant:

SÉANCE DU MATIN

9.30 - 12.00 — Réunion scientifique tenue sous les auspices du service de chirurgie de l'Hôtel-Dieu de Montréal, Ecole des infirmières, 3840, rue St-Urbain.

Présidence conjointe des

Docteurs Charles Lefrançois et Philip G. Rowe.

Docteur Charles Lefrançois — Mots de bienvenue.

Docteur Roger Gariépy — Tendances nouvelles dans le traitement de la tuberculose ostéo-articulaire.

Docteur Jean Charbonneau — Le chirurgien général et les urgences en urologie.

Docteur Charles Ouimet — Etiologie et traitement de la grossesse tubaire.

Docteur Gérard St-Onge — Le traitement chirurgical de la colite ulcéreuse.

Docteur Paul Cartier — L'arrêt cardiaque (avec démonstration expérimentale).

- 12.00 — Visite du Pavillon de Bullion.
1.00 p.m. — Déjeuner au cafeteria des infirmières.

SÉANCE DE L'APRÈS-MIDI

- 2.15 p.m. — Ecole des infirmières de l'Hôtel-Dieu.
Présidence conjointe des
Docteurs Charles Hébert et Donald R. Webster.
Forum sur les écueils de la chirurgie de la vésicule et des voies biliaires.
3.30 p.m. — Forum sur le cancer du sein.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANNUELLE

- 4.30 p.m. — Ecole des infirmières de l'Hôtel-Dieu.
Présidence du Docteur Edouard Desjardins.
Présentation des rapports annuels. — Elections.
7.15 p.m. — Cercle Universitaire de Montréal,
515 est, rue Sherbrooke — Dîner-causerie.
Invité d'honneur: L'hon. Yves Prévost, C.R.
Sujet: « La responsabilité du chirurgien ».
Tous les chirurgiens résidents et internes en chirurgie sont cordialement invités aux séances scientifiques et au dîner. L'assistance à l'assemblée générale annuelle est réservée aux membres en règle de l'Association.

LA SOCIÉTÉ CANADIENNE D'OPHTALMO- OTOLARYNGOLOGIE

Voici le programme de la réunion de la Société Canadienne d'Ophthalmo et d'otolaryngologie, qui s'est tenue à l'occasion du Congrès International d'Ophthalmologie.

Mardi 7 septembre à 9.30 a.m.

Hôpital Hôtel-Dieu de Montréal, séance opératoire par le Dr G.-P. Sourdille.

Hôpital Général de Verdun, séance opératoire par le Dr A. M. Dollfus.

Mercredi 8 septembre.

Hôpital Notre-Dame

9.00 a.m. 1 — Cas de tumeur de la rétine chez un enfant de 16 mois (Dr L. Mailloux).

2 — Kyste congénital, œil droit et microphthalmie opéré (Dr M. Mathieu).

3 — Verres de contact chez les aphaques. (Dr L. Gélinas).

4 — Hématome spontané rétro-bulbaire (Dr R. Cloutier).

5 — Symlépharon congénital (Dr R. Pager).

11.00 a.m. — Quelques cas de strabisme et considérations générales sur le sujet (Dr J. Brault).

2.30 p.m. — Université de Montréal Salle H 404
1 — Le Diamox dans le glaucome (Dr A. Demers et C. Monfette).

2 — Le traitement chirurgical des hétérophories (Dr M. Mathieu).

3 — Iridencélisis et glaucome juvénile (Dr J. Brault).

4 — Diagnostic des tumeurs malignes de la rétine chez l'enfant (Dr A. M. Dollfus).

CONGRÈS DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LA RIVE SUD

L'Association des médecins de la rive sud a tenu son congrès à Victoriaville le 18 septembre 1954 sous la présidence du Docteur Fernand Lizotte. La séance d'étude eut lieu à l'amphithéâtre de l'Ecole des gardes-malades de l'Hôtel-Dieu, d'Arthabaska, sous la présidence du docteur C. A. Gilbert. Il y eut un forum médical dont l'animateur fut le docteur Jacques Dubé et dont les participants furent les docteurs Carleton Auger, Roger Brault, Paul Gadbois, Jacques Genest, François Laramée, L.-Napoléon Larochelle, Renaud Lemieux, Jean-Marc Lessard, Georges Saulnier et Jacques Turcot. Le vice-président de l'Association, le docteur Alphonse Couturier, remercia les rapporteurs.

L'Association des médecins de la rive sud est dirigée par l'exécutif suivant: président: docteur Fernand Lizotte; vice-président: docteur Alphonse Couturier et secrétaire: docteur Jacques Dubé.

Les officiers suivants étaient en charge du Congrès de Victoriaville: les docteurs C. A. Gilbert, Liguori Breton et L.-P. Langelier à titre de président, vice-président et secrétaire.

CRÉATION, À L'UNIVERSITÉ DE MONT- RÉAL, D'UNE ÉCOLE DE PHYSIOTHÉRAPIE

Le Dr Wilbrod Bonin, doyen de la faculté de médecine, annonce l'établissement à l'Université de Montréal d'une école de physiothérapie et d'occupation thérapeutique (occupational therapy).

Le directeur en sera le Dr Gustave Gingras, spécialiste en médecine physique et réhabilitation, directeur de l'Institut de réhabilitation de Montréal, consultant en réhabilitation aux Nations Unies pour le Venezuela et directeur en médecine physique pour le district de Montréal du ministère des affaires des anciens combattants.

Le Dr Gingras, sera assisté d'un conseil pédagogique formé du Dr Maurice Mongeau, assistant-directeur de la nouvelle école, et des Drs Jules Prévost et Eugène Robillard, tous deux professeurs titulaires à la faculté de médecine, et de deux autres personnes à être choisies plus tard.

La nouvelle école sera la première de langue française en Amérique. Au Canada, deux autres écoles seulement existent: à McGill, depuis 1945, et à Toronto. Par ailleurs, la Colombie-Britannique et l'Alberta se proposent d'en établir une cette année.

Les cours se donneront à l'Université, dans des locaux spécialement aménagés à cette fin et qui étaient occupés pendant la guerre par le Conseil national de recherches. Les autres frais de premier établissement et crédits nécessaires au fonctionnement de l'école proviennent des gouvernements de Québec et d'Ottawa, en vertu de l'entente des ministères de la santé, fédéral et provincial.

PHTISIOLOGISTES À SAINTE-AGATHE

La réunion de la Société de phtisiologie de Montréal a eu lieu samedi, à 9 h. 20 a.m., au Royal Edward Laurentian Hospital, Ste-Agathe-des-Monts, sous la présidence du Dr Ruben Laurier. Cette réunion a été faite conjointement avec The Montreal Chirurgical Society (Diseases of the Chest Section), la Société de phtisiologie de Québec et le chapitre canadien de la province de Québec de l'American College of Chest Physicians.

Programme de la journée: 9 h. 30 a.m.: 1) Moniliase pulmonaire, Dr Roger Lachance, F.C.C.P. Sanatorium Bégin; 2) Etude sur le pneumothorax extra spécial (présentation de cas), Dr Maurice Doray, hôpital du Sacré-Cœur, Montréal; 3) Fibrome thoracique, Dr Ruben Laurier, F.C.C.P., B. G. Bégin, F.C.C.P. et Roland Guy, hôpital du Sacré-Cœur, Montréal; 4) Surgical Aspects of Pulmonary Pneumatocele, Dr G. A. P. Hurley, F.C.C.P., F.A.C.S.

2 h. p.m.: 1) Comparative Results with Sm-Pas, Inh-Pas, and Strepto, Hydrazide Sulphate, Dr Allan Hickey, Skeet and Kober of the Royal Edward Laurentian Hospital. Discussion by Dr Phil Edwards, St. Hyacinthe Veterans Hospital, and Dr George Lenis, Sanatorium S.-Jean; 2) A Study of the Histoplasmin Skin Test, Dr Basil Cuddihy; 3) Spontaneous Pneumothorax, Dr J. F. Meakins; 4) Résection pulmonaire en tuberculose, Dr J.-A. Gravel, hôpital Laval, Québec.

LE 17^e CONGRÈS INTERNATIONAL D'OPHTALMOLOGIE TENU À MONTRÉAL

Montréal a été les 10 et 11 septembre 1954 le théâtre du 17^e Congrès International d'Ophthalmologie. Le Congrès qui attira près de 1 000 délégués, se continua à New-York du 12 au 17 septembre.

Jeudi, le 9 septembre, la Société Canadienne d'Ophthalmologie a tenu, à cette occasion, son 7^e Congrès annuel sous la présidence du docteur M. R. Marshall d'Edmonton.

L'ouverture du Congrès International a eu lieu le 10 septembre à l'Université de Montréal sous la présidence du docteur Bernard Samuels de New-York.

Les docteurs Marc Plamondon, Jean Lacerte, René Charbonneau, C. Auger, Jules Brault, François Badaeux, Henri Pichette, Jules Brahy, Roland Cloutier, R. J. Viger, Gaston Duclos, étaient au nombre des rapporteurs ou membres des différents comités.

CONFÉRENCES PAR LE DOCTEUR FERNAND GRÉGOIRE

Le directeur médical de l'Institut Lavoisier est présentement à Naples où il prend part au congrès international de médecine industrielle jusqu'au 16 septembre. Du 17 au 27, le docteur Grégoire donnera à l'Université de Paris une série de cours sur les troubles physiologiques qui apparaissent durant l'anesthésie, troubles dûs à l'hyperventilation (cardiologie); ces cours terminés, le docteur Grégoire se rendra à Madrid au congrès international de la tuberculose qui se terminera le 30 septembre. En octobre, du 4 au 8, M. Grégoire assistera à Barcelone au congrès international des maladies du thorax (cœur et poumon). A ces trois congrès internationaux le docteur Grégoire est le délégué officiel de l'Institut Lavoisier.

SÉANCE D'ÉTUDES DE PATHOLOGISTES DE LA RÉGION À SHERBROOKE

Une séance d'études et un coquetel, suivis d'un dîner, ont eu lieu à l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke pour l'Association des pathologistes du district de Montréal, comprenant aussi ceux des villes de Trois-Rivières, Sherbrooke et Saint-Hyacinthe. Fondée récemment, cette association a pour but de faire rencontrer les pathologistes de cette section et de leur permettre de discuter de ces cas particuliers rencontrés dans la pratique. Les pathologistes se réuniront à l'avenir tous les trois mois à Montréal, Sherbrooke, Trois-Rivières ou S.-Hyacinthe, mais à tous les quinze jours, ils auront à Montréal une réunion d'études suivie d'allocutions par les professeurs de la faculté de Médecine de l'Université de Montréal.

CONFÉRENCE DU DOCTEUR EYLAUD

Le docteur J. M. Eylaud, de Bordeaux, France a donné sous les auspices de l'Association des méde-

cins canadiens, amis des vins de France, une causerie sur Montesquieu, philosophe et vigneron.

La conférence a eu lieu au Ritz-Carlton et le docteur Samuel Letendre a présenté le docteur Eyraud.

DOCTORAT DE LAVAL AU PROFESSEUR KOURILSKI

L'Université Laval de Québec, vient de décerner un doctorat honorifique en médecine au professeur Raoul Kourilski, directeur de l'Institut National d'hygiène de France.

Le docteur Raoul Kourilski a prononcé une conférence à cette occasion.

LE DOCTEUR J.-A. VIDAL, DÉLÉGUÉ

Le docteur J.-A. Vidal, président de l'Association canadienne antituberculose participa activement au Congrès International de la tuberculose tenu à Madrid et au Congrès International des maladies pulmonaires à Naples.

HONNEUR CONFÉRÉ AU DOCTEUR ROBERT AUGER

L'American College of Chest Physicians, à la suite d'examens tenus à San Francisco vient d'admettre à titre de membre associé (fellow) le docteur Robert Auger du Sanatorium St-Joseph de Rosemont.

CONFÉRENCE DU DOCTEUR ANDRÉ ROBERT

Le docteur André Robert de l'Institut de Médecine et de Chirurgie expérimentales de l'Université de Montréal a donné une conférence au Cercle Universitaire de Montréal, mercredi, le 29 septembre 1954.

La conférence a porté sur les méthodes de recherches utilisées à l'Institut.

HONNEUR CONFÉRÉ AU DOCTEUR J.-RAPHAËL BOUTIN

Le Collège américain des administrateurs d'hôpitaux de Chicago vient d'élire au titre de membre associé (fellow) le docteur J.-Raphaël Boutin, directeur médical de l'Hôpital Notre-Dame.

ENSEIGNEMENT POST-UNIVERSITAIRE DE LA PÉDIATRIE À L'HÔPITAL SAINTE-JUSTINE

Un cours de perfectionnement sur les maladies des enfants avait lieu à l'Hôpital Ste-Justine, du 20 au 25 septembre dernier. Cet enseignement, portant sur les nouvelles disciplines de la pédiatrie moderne, était donné par les médecins et spécialistes de cette institution.

Comme par le passé, un grand nombre de praticiens, venus de toutes les parties de la province et même de l'étranger, ont suivi régulièrement cet enseignement, inauguré il y a maintenant plus de 15 ans à Montréal et maintenu par la suite.

Voici quel était le programme cette année, ainsi que l'horaire des cours et cliniques.

Lundi, 20 septembre

Présidence de M. Gaspard Morin.

- 9h. Ouverture du cours. — *M. Gaspard Morin.*
- 9h.15 Problème de la nutrition. — *M. Raymond Labrecque.*
- 9h.45 Service de médecine. — Technique du lavage d'estomac, gavage, alimentation par goutte à goutte, installation de sérum par diverses voies. — *MM. Roger Gervais, Pierre Brodeur et les assistants résidents.*
- 10h.30 Convulsions chez l'enfant. — *M. Pierre Brodeur.*
- 11h.45 Service d'orthopédie. — Présentation de malades, appareils, instrumentation, physiothérapie, orthophonie. — *MM. J.-Calixte Favreau, Pierre Labelle et Bernard Gauthier.*

Mardi, 21 septembre

Présidence de M. Willie Major.

- 9h. Médicaments récents en pédiatrie. — *M. Edouard Laberge.*
- 9h.45 Service d'allergie. — Présentation de malades, technique des tests. — *M. Jean Denis.*
- Service de médecine. — Technique du lavage d'estomac, gavage, alimentation par goutte à goutte, installation de sérum par diverses voies. — *MM. Roger Gervais, Pierre Brodeur et les assistants résidents.*
- 10h.30 Chirurgie infantile: abdomen aigu. — *M. J.-Ernest Cabana.*
- 11h.15 Services de chirurgie et d'anesthésie. — Discussion des techniques courantes et démonstrations. — *MM. Christophe Bisson et Loyola Perras.*
- Présentation de malades. — *MM. Emilien Vigeant et Pierre-Paul Collin.*

Mercredi, 22 septembre

Présidence de M. J.-Alcide Martel.

- 9h. Les pneumopathies de l'enfant. — *M. Paul Letondal.*
- 9h.45 Pneumologie infantile: présentation de malades et de radiographies, exploration endoscopique, examens microbiologiques et tests de résistance aux antibiotiques, oxygénothérapie, ponction pleurale, pleurotomie avec drainage. — *MM. Paul Letondal, Marc del Vecchio et Gaston Robillard, Charles-A. Messier, Bernard Martineau, Emile Thomas, Elie Maltais, J.-C. Claveau et R. Simoneau.*
Service de médecine. — Technique du lavage d'estomac, gavage, alimentation par goutte à goutte, installation de sérum par diverses voies. — *MM. Roger Gervais, Pierre Brodeur et les assistants résidents.*
- 10h.30 Le problème des amygdales et des adénoïdes en pédiatrie. — *MM. Albert Royer et Roland Destroismaisons.*
- 11h.15 Service d'O.R.L. — Présentation de malades. — *MM. René Gauthier, Georges-A. Blanchard, Roland Voisard et Richard-A. Charland.*
Service d'ophtalmologie et des prématurés. — *MM. Fernand Croisetière et Robert St-Martin.*

Jeudi, 23 septembre

Présidence de M. Paul Letondal.

- 9h. Troubles de la croissance. — *M. Alphonse Paquet.*
- 9h.45 Service de médecine. — Présentation de malades (troubles de la croissance et de la nutrition). — *MM. Alphonse Paquet et Raymond Labrecque.*
Service d'endocrinologie. — Présentation de malades. — *M. J.-Alcide Martel.*
- 10h.30 Vaccination et immunisation. — *M. Roger Gervais.*
- 11h.15 Service de neurologie. — Présentation de malades, technique et traitements. — *M. Jean-Léon Desrochers.*
Service d'électro-encéphalographie: technique et démonstrations. — *M. Guy Comtois et Mme Annie Courtois.*

Vendredi, 24 septembre

Présidence de M. Marc del Vecchio.

- 9h. Démonstration par les laboratoires. Tests: application et interprétation.
- 9h.45 Forum.
- 10h.30 Troubles du comportement. — *Mlle Marcelle Dusseault.*

11h.15 Service de radiologie. — Présentation de malades, interprétation de films, radiothérapie. — *MM. Marc del Vecchio et Gaston Robillard.*

Service de dermatologie. — Présentation de malades. — *MM. J.-A. Lebrun et P.-R. Madore.*

Parmi les médecins de l'extérieur inscrits à ce cours, mentionnons les docteurs Antoine Lapointe (de Jonquière), Emile Pelletier (de Cap Chat), Arcade Perrier (de Hawkesbury, Ont.), Richard Dubreuil (de Disraéli), Charles Boisvert (de Lac Mégantic), J.-Dominique Gauthier (de Shippegan, N.B.), J.-M. Bédard (de Charlesbourg), Alexandre Beaudet (de Grand'Mère), Aurélien Thouin (de Sainte-Martine), Bernard Desrosiers (de Gatineau), Marguerite Dorion (de Québec), Alfred Ducharme (de Joliette), J. Lachute (de Lachute), Jean Guertin (de Granby), A.-D. Archambault (de Verdun), Edmour Frenette (de Verchères), Gérard Dupont (de Saint-Césaire), S.-L. Roy (de Normandin), J.-M. Beauchemin (de Lachine), Gérard Beaugard (de Saint-Hyacinthe), Réginald Bourgault (de Pierreville), Alexandre Delorme (de Saint-Isidore de Laprairie), Clément Fortier (de Sainte-Rose), Roger Lamarre (de Ville Jacques-Cartier), J.-Luc Bergeron (de Magog), Jean-Louis Lapierre (de Saint-Constant), Oscar Blanchette (de Lemieux, Co. Nicolet), Laurier Boutet (de Saint-Gabriel de Brandon), Laurent Croteau (de Grand'Mère) et J.-A. Langlois (de Notre-Dame du Nord).

CONFÉRENCE LOUIS GROSS

La 7^e conférence annuelle dite: *Louis Gross memorial Lecture*, tenue sous les auspices de *The Montreal Clinical Society*, se tiendra à l'auditorium des Infirmières, du Jewish General Hospital, jeudi le 21 octobre 1954 à 8.30 p.m. Le conférencier invité sera le docteur Arthur S. Abramson, de New-York qui parlera de: *Rehabilitation in Geriatric Practice.*

CONFÉRENCE DU DOCTEUR WILLIAM H. STEIN

Le docteur Jacques Genest, directeur du département de recherches cliniques de l'Hôtel-Dieu a invité le Dr William H. Stein, du Rockefeller Institute for Medical Research, à donner une conférence à l'Hôtel-Dieu, jeudi, le 7 octobre 1954, à 10.30 a.m., au pavillon Jeanne-Mance (entrée rue St-Urbain).

Le docteur Stein est une des plus grandes autorités au monde dans le domaine des protéines et des acides aminés et ses recherches faites en collaboration avec le Dr Stan Moore, du même Institut, constituent une des contributions les plus remarquables dans cet aspect si important du métabolisme.

Le sujet de la conférence sera: *Chromatographic Determination of Amino Acids in Blood, Urine and Tissues.*

♦♦♦

ACTIVITÉS DU SERVICE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE DE L'HÔPITAL NOTRE-DAME

Octobre, le 6, 1954. Séance anatomo clinique.
 " 13, Journal Club.
 " 20, Radiographie des mastoïdes (Dr J.-L. Léger).
 " 27, Journal Club.
 Novembre 3, Séance anatomo clinique.
 " 10, Journal Club.
 " 17, Radiothérapie (Dr Michon).
 " 24, Journal Club.
 Décembre 1, Séance anatomo clinique.
 " 15, Radiographie des poumons (Dr Trépanier).

Horaire: 8 heures à 9 heures avant-midi.

Visite du service à 9 heures.

Fernand MONTREUIL,
Chef du service d'O.R.L.

♦♦♦

LE COLLÈGE DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

Avis concernant les spécialités

Les Comités des Spécialistes chargés de considérer les demandes de certification se réuniront au cours du mois de décembre 1954.

Les médecins dont les études et l'entraînement post-scolaires sont terminés, voudront bien présenter leurs requêtes avant le 15 novembre, ceci permettant aux Comités concernés d'obtenir les renseignements jugés nécessaires.

Tout aspirant au certificat voudra bien noter que, conformément à nos règlements, des certificats sans examen pourront être émis jusqu'au 1er juin 1955.

Pour fins d'octroyer des certificats de compétence, le Bureau Provincial de Médecine du Québec reconnaît les spécialités suivantes:

1. Anesthésie.
2. Dermatologie et syphiligraphie.
3. Chirurgie générale.
4. Médecine interne.
5. Allergie.
6. Cardiologie.
7. Maladies pulmonaires et T.B.
8. Gastro-entérologie.
9. Neurologie et/ou psychiatrie.
10. Neuro-chirurgie.
11. Obstétrique et/ou gynécologie.
12. Ophtalmologie.
13. Urologie.

14. Chirurgie orthopédique.
15. Oto-rhino-laryngologie.
16. Pédiatrie.
17. Pathologie clinique, bactériologie et anatomie pathologique.
18. Médecine physique.
19. Chirurgie plastique et reconstructive.
20. Radiologie: diagnostique et thérapeutique.
21. Chirurgie thoracique.
22. Hygiène.

Copies des Règlements et normes de formation post-universitaire ainsi que des formules de demande peuvent être obtenues en s'adressant au Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec, 1896 ouest, rue Dorchester, Montréal. — FI: 5205.

Jean, PAQUIN,
Régistrnaire.

♦♦♦

LE DOCTEUR HENDERSON DOIT PRÉSIDER LE SYMPOSIUM DE NOVEMBRE SUR LA GÉRIATRIE

Le Dr Edward Henderson, vice-président de Schering Corporation et récemment élu vice-président de l'American Geriatrics Society et rédacteur en chef de la revue qui est son organe officiel, présidera le premier symposium pour gradués sur la thérapeutique gériatrique moderne qui doit avoir lieu à New York les 11 et 12 novembre.

La conférence de deux jours est destinée à fournir au corps médical, l'occasion de se mettre au courant des plus nouveaux développements dans le traitement des processus de dégénérescence chez les personnes qui ont passé l'âge critique. Ce symposium se répétera tous les ans.

Le cancer et les maladies du cœur, les deux principales causes de mortalité chez les plus de 35 ans, recevront le plus d'attention au cours du symposium. Le Dr Cornelius P. Rhodes de New York, une autorité sur le cancer, et plusieurs éminents cardiologues se partageront l'agenda de la première journée. Une vingtaine d'autorités prendront la parole sur les maladies de dégénérescence chez les personnes âgées, entre autres le Dr Lawrence W. Kinsell, d'Oakland, Cal., spécialiste en hormonologie; le Dr William Wallace Scott, éminent urologue de Johns Hopkins, et le Dr William Maddock, professeur adjoint de médecine à l'Université Wayne à Détroit.

Le Dr Henderson signale que 60,000,000 de personnes aux Etats-Unis auraient besoin des soins spécialisés de médecins au courant de la gérontothérapie moderne, mais que les spécialistes dans ce domaine sont au nombre de 1 500 seulement. Le but du symposium est de leur fournir l'occasion de partager leurs connaissances avec les praticiens surchargés dont les malades qui avancent en âge auraient besoin de traitement gériatrique pour leur permettre de mener une vie plus normale et plus utile.

HYGIÈNE DES DENTS CHEZ LA FEMME ENCEINTE

En plus de faire traiter vos dents par le dentiste, prenez-en bien soin vous-même en les brossant immédiatement après avoir mangé. La vieille méthode de se brosser les dents matin et soir ne contribue pas à empêcher la carie. Il faut se brosser les dents dans les vingt minutes après avoir mangé, car, c'est à ce moment que les acides qui causent la carie sont le plus actifs.

Le vieux dicton: "Chaque enfant coûte une dent..." est faux. Le bébé ne tire pas la chaux dont il a besoin des dents de sa mère mais bien de la nourriture qu'elle absorbe. Si le régime alimentaire ne fournit pas à la mère la chaux suffisante à son organisme et à celui de son bébé, le bébé se servira le premier... la mère manquera de calcium ou de chaux, et alors, à ce moment, ses dents en souffriront.

Il n'est pas nécessaire non plus qu'une femme enceinte souffre d'inflammation des gencives (gingivite). La gingivite est assez fréquente durant la grossesse mais on peut s'en débarrasser en attachant une plus grande importance à l'hygiène de la bouche et ne manquant jamais de se brosser les dents immédiatement après avoir mangé. On conseille aussi de se rincer la bouche avec une solution d'eau légèrement salée ou contenant du bicarbonate de soude (soda à pâte).

Il ne faudrait pas oublier cependant que la qualité des aliments a une grande influence sur la conservation des dents, de même que pour la formation du bébé. Nous parlerons, dans une prochaine chronique de l'alimentation durant la grossesse.

Enfin, si toutes les femmes enceintes voulaient bien reconnaître la nécessité d'une ou deux visites chez le dentiste durant leur grossesse, elles seraient sur la bonne voie pour conserver ces "perles" de la nature qui rendent le sourire si attrayant... Et le sourire est important pour une future mère!...

N'oubliez pas de consulter l'infirmière visiteuse de votre Unité Sanitaire qui peut toujours vous donner de si bons conseils.

SUBVENTION FÉDÉRALE À UN HÔPITAL DE SOREL

L'hon. Paul Martin, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, annonce aujourd'hui que l'Hôtel-Dieu de Sorel recevra une subvention fédérale à l'hygiène, d'un montant de \$8 000, subvention qui aidera cet hôpital à construire des locaux où seront logées 16 nouvelles infirmières.

L'Hôtel-Dieu de Sorel, dirigé par les Religieuses Hospitalières de St-Joseph, constitue, dit M. Martin, une maille importante du réseau des services sanitaires qui desservent cette florissante cité industriel-

le. Ces locaux supplémentaires, ajoute le ministre, aideront l'hôpital à maintenir à Sorel les normes d'hygiène publique, tâche qui lui incombe et dont l'importance va grandissant.

ÉTUDE SUR LE VACCIN CONTRE L'INFLUENZA

L'hon. Paul Martin, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, annonce aujourd'hui que le gouvernement fédéral accorde une subvention de \$5 020 à l'Institut de microbiologie et d'hygiène, de Montréal, afin d'aider celui-ci à poursuivre des études sur l'efficacité du vaccin contre l'influenza.

Les études poursuivies à cet institut, dit M. Martin, s'occuperont d'une manière spéciale de l'administration, par le nez, de doses de rappel sous forme d'aérosols. L'utilisation de vaccins administrés sous forme d'aérosols représente, fait remarquer M. Martin, un nouveau moyen et un moyen pratique de vacciner un grand nombre de personnes. On s'efforcera, entre autres choses, de comparer les effets des vaccinations administrées au moyen de doses de rappel sous forme d'aérosols avec les vaccinations ordinaires.

Les travaux de recherche seront sous la direction du Dr Armand Frappier, directeur de l'Institut de microbiologie et d'hygiène, à l'Université de Montréal, et se poursuivront avec la coopération d'un groupe de volontaires. Les fonds fédéraux proviennent de la subvention aux recherches sur l'hygiène publique, prévue par le Programme national d'hygiène.

AIDE FÉDÉRALE À DES HÔPITAUX QUÉBÉCOIS

L'hon. Paul Martin, ministre fédéral de la Santé, annonce aujourd'hui que deux hôpitaux de la province de Québec recevront des subventions fédérales s'élevant à plus de \$45 000, subventions à la construction d'hôpitaux versées en vertu du Programme national d'hygiène.

La Retraite St-Benoît, située à 8050, rue Notre-Dame est, à Montréal, recevra, dit le Ministre, une subvention de \$37 500. Cette subvention servira à ajouter 25 lits à ceux que possède l'hôpital pour le traitement des maladies chroniques dont le besoin se fait sentir de plus en plus dans la province de Québec.

L'hôpital St-Joseph de La Tuque recevra une subvention de \$8 000. Cette subvention, dit M. Martin, aidera cet hôpital à couvrir les frais d'un certain nombre de réparations qui augmenteront la capacité de l'immeuble actuel. C'est la deuxième subvention fédérale que reçoit cet hôpital de La Tuque: la première avait été versée en 1948-49 et s'élevait à plus de \$14 900.

LETTRES AUX DEUX WILFRID

Du chlorate de potasse dans le traitement de la diphtérie.

Octobre 1885

Mes chers amis. — Dans un des derniers numéros de l'Union Médicale, *Un abonné* terminait de la manière suivante une courte communication au sujet du traitement de la diphtérie:

« Je recommande l'usage du chlorate de potasse, « à la dose de deux drachmes divisées en douze « doses, à prendre comme suit: les huit premières « doses toutes les heures, les deux suivantes toutes « les deux heures, puis les deux dernières toutes les « quatre heures. Pour les cas graves je répète le « remède et de plus je fais quelques applications « locales de glycérolé d'acide tannique. Depuis « cinq ans que j'emploie ce traitement, je n'ai pas « perdu un seul patient. »

Ces résultats sont bien consolants, quand on considère le caractère si souvent inexorable de cette formidable affection qui, depuis quelques années, fait tant de victimes parmi nous. Certes, nous ne devons pas ménager nos félicitations à ceux d'entre nous qui peuvent se glorifier de pareil succès, et pour ma part, je vous avoue que je suis gré à *Un abonné* de faire entendre une note gaie au milieu des déceptions sans nombre que le traitement de cette maladie m'a forcé d'enregistrer dans le cours de ma pratique.

Seulement, je ne puis me défendre de croire, ici, à une série de cas exceptionnellement heureux, plutôt qu'à une influence manifeste de l'administration du chlorate de potasse.

Si je refuse d'accorder à cette médication le mérite exclusif des résultats obtenus, c'est afin de vous prémunir contre les déceptions que pourrait engendrer chez vous une confiance trop absolue dans un médicament qui peut avoir parfois ses indications, mais qui ne mérite certainement pas qu'on lui attribue presque les privilèges de la spécificité.

En effet, la diphtérie, une dans sa nature, se traduit néanmoins à notre observation au moyen de manifestations variées qui nous imposent l'obligation de modifier, selon les circonstances, le pronostic et le mode de traitement.

Légère dans certains cas, plus grave dans d'autres, elle revêt parfois, en troisième lieu, un tel caractère de gravité que nous ne tardons pas à reconnaître l'impuissance absolue dans laquelle nous laissent les moyens d'action qui nous sont fournis par la thérapeutique, malgré leur nombre et leur variété.

Jusqu'au jour où nous aurons saisi la véritable nature de la diphtérie et découvert le spécifique à lui opposer, il ne nous est pas permis d'attaquer cette maladie comme entité morbide à l'exclusion du terrain sur lequel elle se développe, ni de préconiser contre elle un médicament, quel qu'il soit, sans égard pour les manifestations symptomatiques mul-

tiples engendrées par les diverses formes de l'affection.

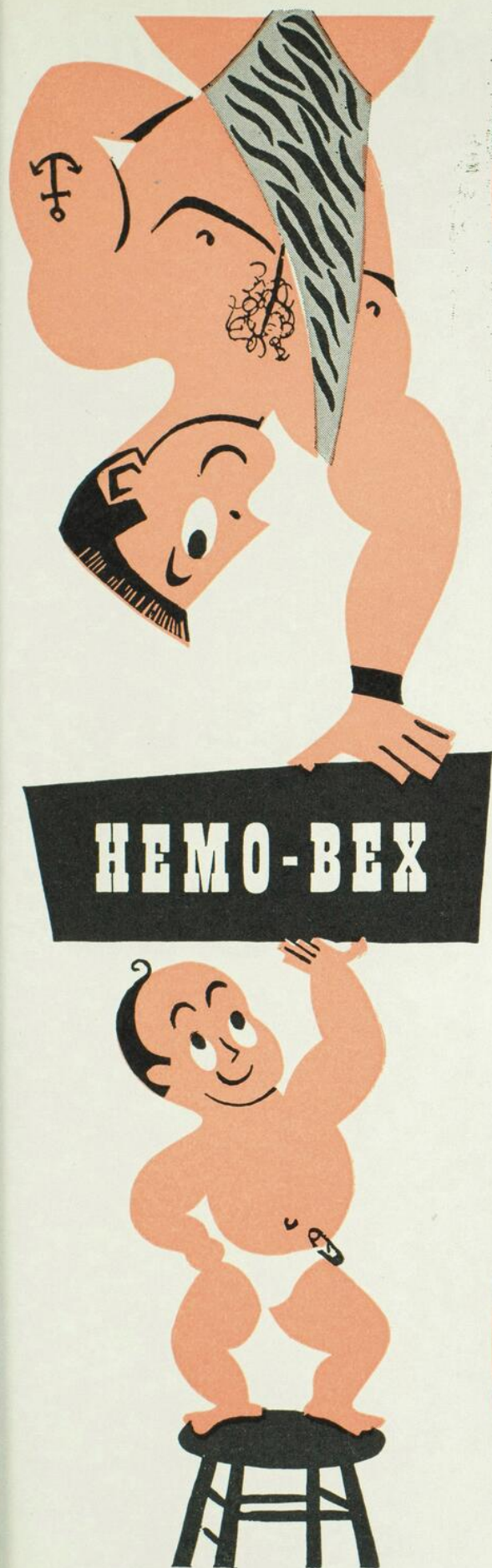
Dans l'espèce, c'est un malade et non pas une maladie que vous avez à traiter et à guérir, si vous le pouvez, et selon que le mal se présentera à votre observation avec tels ou tels symptômes, vous ferez sentir à votre pronostic et à votre traitement les modifications que vous inspireront la sagesse, l'expérience et les connaissances que l'étude aura mises à votre disposition. Oh! un jour viendra peut-être, où l'empirisme nous fournira, contre la diphtérie, un agent spécifique qui prendra rang à côté du mercure, de la quinine, de l'acide salicylique, etc., etc. Que sais-je même? la méthode expérimentale, à la faveur de ses progrès incessants, pourrait bien ne pas attendre les résultats tardifs du hasard et nous permettre, avant longtemps, de pénétrer, le microscope à la main, jusqu'au repaire où se cache la nature intime de cette maladie, nous fournissant en même temps le moyen de la combattre dans son principe.

Que voulez-vous? je vous l'avoue avec toute la candeur dont je suis capable, j'ai foi, moi, dans le microbe; j'y mets toutes mes complaisances, car c'est en lui, il me semble, que doivent reposer nos espérances d'avenir. Cet infiniment petit est appelé, j'en ai la conviction, à jouer dans la pathologie un rôle infiniment grand. Que nous saisissions une bonne fois le micrococcus de la diphtérie, eût-il, celui-là, la forme d'un accent circonflexe, c'en est fait de lui: nous ne serons jamais assez malheureux pour ne pas trouver, par légions, les moyens d'exterminer cet être infime. Et alors quoi de plus simple que la médecine? Les « médecins à tiroir » du regretté Béhier se trouveront créés de toutes pièces. Une maladie étant donnée, le tiroir s'ouvre, on y plonge la main, on y puise le traitement et tout est dit!

Mais en attendant le jour heureux où nous jouirons de la réalisation de ces beaux rêves, force nous est bien de demeurer sur le terrain aride du positivisme où l'intelligence a seule à lutter contre les désordres multiples dont est affligé l'organisme humain.

Puisque le spécifique de la diphtérie est encore à trouver, puisque nous n'avons à notre disposition aucun moyen direct de neutraliser les causes qui président à l'origine et au développement de cette maladie, nous devons instituer un mode de traitement symptomatique dont nous puiserons les éléments dans les connaissances que nous possédons sur la pathologie en général et sur la diphtérie en particulier...

... Si votre étoile vous protège au point de n'offrir à votre observation qu'une série de cas à forme légère, vous sauverez au moins la moitié de vos diphtériques. Mais gardez-vous bien d'attribuer vos succès à la médication que vous aurez choisie, car si dans une épidémie subséquente vous recevez la visite de la forme infectieuse ou même toxique, vous serez ménagé de bien cruelles déceptions qui vous forceront à briser les idoles que vous vous étiez créées en thérapeutique.



CAPSULES HEMO-BEX "FORTIS"

Les capsules d'HEMO-BEX FORTIS réalisent un mélange judicieux de substances toniques essentielles dont l'acide folique, l'extrait de foie et les facteurs vitaminiques du complexe B, y compris la vitamine B₁₂.

● **COMPOSITION :** Chaque capsule contient :

Vitamine D ₂	1,000 U.I.
Vitamine B ₁	2.5 mg.
Riboflavine	2.5 mg.
Niacinamide	25.0 mg.
Vitamine B ₁₂	10.0 mcg.
Acide folique	0.66 mg.
Ext. foie (fraction 2)	50.0 mg.
Estomac desséché	250.0 mg.
Citrate de fer et d'ammonium	100 mg.
Phosphate de calcium dibasique	100 mg.
Sulfate de cuivre	0.5 mg.
Nucléinate de manganèse	0.25 mg.
Vitamine C	50 mg.

● **INDICATIONS :**

Tonique général ; traitement de l'anémie ; adjuvant durant la grossesse et l'allaitement. Recommandé au cours de l'adolescence et la vieillesse ; dans la débilité et la neurasthénie, l'hyponutrition et la convalescence.

● **POSOLOGIE :** 3 capsules par jour.

● **PRÉSENTATION :** Flacons de 50, 100 et 500 capsules.

HEMO-BEX LIQUIDE

Le tonique complet pour bébé, aussi bien pour papa et maman. De saveur fine et agréable, pur ou mêlé au lait ; agrémentera le boire du nourrisson. Procure énergie et résistance ; harmonise la croissance et stimule l'appétit.

● **COMPOSITION :** Chaque cc. contient :

Vitamine D ₂	83 U.I.
Vitamine B ₁₂	0.3 mcg.
Chlorure de thiamine	0.15 mg.
Riboflavine	0.15 mg.
Niacinamide	1.10 mg.
Pyridoxine	0.22 mg.
d-pantothénate de calcium	1.10 mg.
Lactate de calcium	10.0 mg.
Citrate de fer et d'ammonium	5.4 mg.
Nucléinate de manganèse	Catalyseur
Excipient	Q.S.

● **INDICATIONS :**

Adjuvant du régime dans les maladies carenciales. Tonique général durant la convalescence. Traitement de l'anémie d'origine alimentaire ; de l'anorexie, du rachitisme, du retard de croissance, de la carie dentaire, des états asthéniques en général.

● **PRÉSENTATION :** Flacons de 6 et 12 onces, gallon.

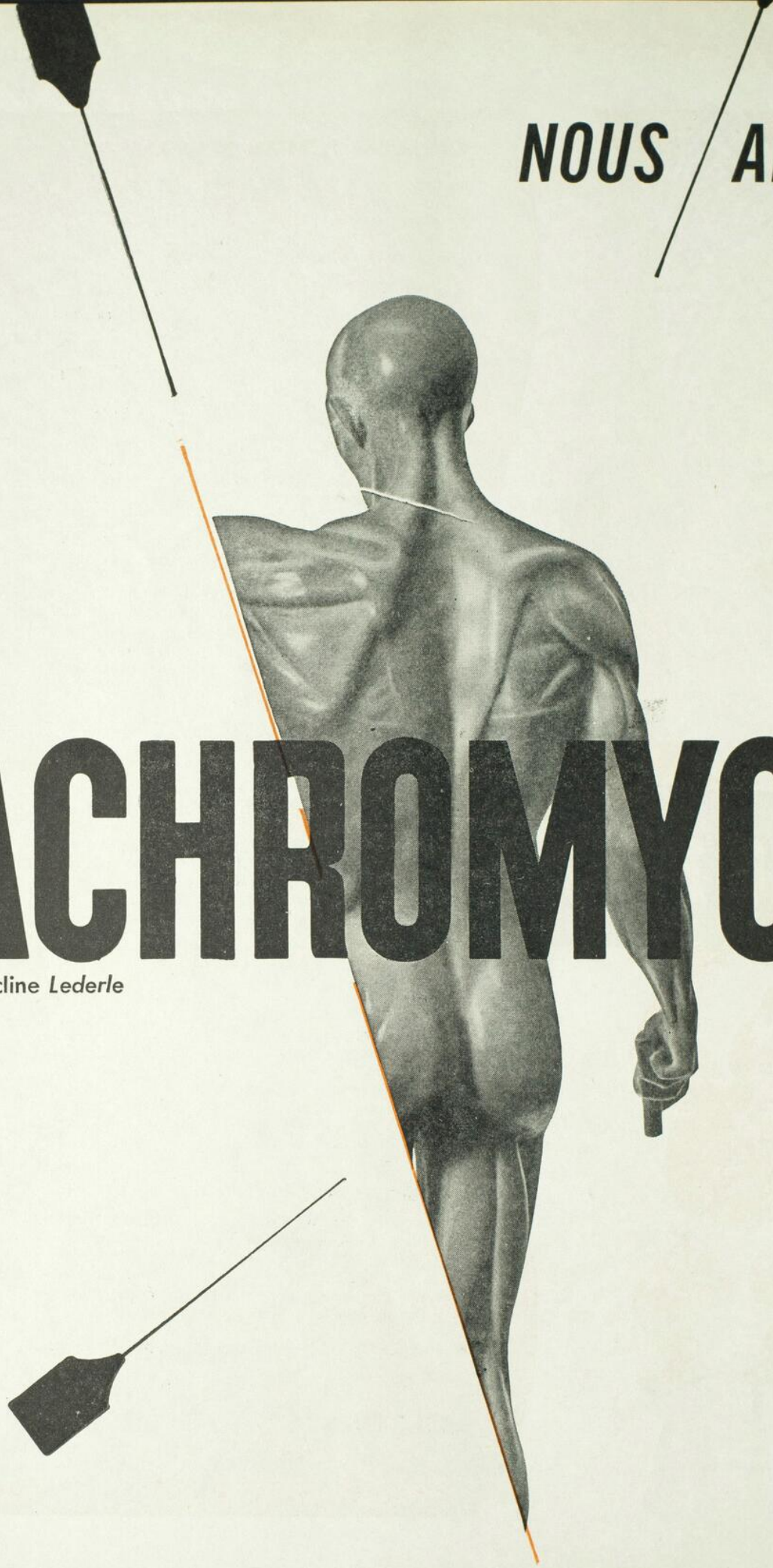
ANGLO-FRENCH DRUG & CIE LTEE

MONTREAL

NOUS ANNONÇONS

ACHROMYCINE

Tetracycline Lederle



UN NOUVEAU PROGRÈS THÉRAPEUTIQUE

Enfin, les nombreux avantages de l'injection intramusculaire d'un antibiotique à large spectre antibactérien ont pu être réalisés. Depuis sa récente introduction sur le marché l'ACHROMYCINE s'est montrée remarquablement efficace sous des formes orales et intraveineuses. Maintenant, après des essais cliniques, il est nettement démontré qu'elle se prête très bien à l'administration intramusculaire.

INTRAMUSCULAIRE

Absorption et diffusion IMMEDIATES
ENRAIEMENT RAPIDE de l'infection
COMMODE pour le médecin
N'occasionne PAS DE MALAISE IMPORTANT au malade.

Cette nouvelle forme intramusculaire étend considérablement l'utilité de l'ACHROMYCINE, l'antibiotique à large spectre antibactérien de choix.

L'ACHROMYCINE Intramusculaire est présentée en fioles de 100 mg.

LEDERLE LABORATORIES DIVISION
NORTH AMERICAN Cyanamid LIMITED

5550 Avenue Royalmount, Ville Mont Royal, Montréal, Québec



•MARQUE DÉPOSÉE

REVUE DES LIVRES

George BURCH et Travis WINSOR. — **Précis d'électrocardiographie** (*A primer of Electrocardiography*). — Traduit par le docteur A. Emam-Zadé; 2e édition revue et augmentée; préface du professeur Donzelot. Un vol. in-8 de 272 pages avec 265 figures (1954). 1 780 fr. — G. Doin et Cie, éditeurs, Paris, 1954.

Le public français a accueilli la traduction de la première édition de ce *Précis* avec la même faveur qu'outre-Atlantique. Les auteurs américains ayant complété leur texte primitif, une traduction française de la deuxième édition s'imposait pour remplacer la première maintenant épuisée.

De nombreuses révisions ont été faites qui méritent d'être mentionnées. Les mécanismes responsables des différents types d'infarctus ont été exécutés d'une façon plus détaillée. Les dérivations précordiales bipolaires ont été remplacées par des unipolaires et les textes et schémas modifiés dans ce sens, etc...

Cette deuxième édition connaîtra, sans doute, la même faveur que son aînée. Comme elle, elle rendra service aux médecins non spécialistes, comme aux spécialistes les plus avertis.

Jacques-L. GAILLARD, chirurgien-chef de l'Hôpital de Rethel. — **Manuel de gynécologie journalière**. — Préface du docteur CHAPPAZ. — Un vol. in-8 de 128 pages avec 28 figures. 550 fr. — G. Doin et Cie, éditeurs, Paris, 1954.

Les médecins-praticiens disposent de nombreux ouvrages de gynécologie, dont la plupart sont remarquables. Il leur manquait cependant un Guide très concis et très clair qui fût en mesure de leur fournir, en peu de pages, tout ce qu'ils devaient savoir pour « faire du bon travail ». Le « Manuel de Gynécologie journalière » du docteur Gaillard répond à un

besoin; le praticien y trouvera très rapidement toutes les notions indispensables, et les acquisitions les plus récentes. L'auteur, chirurgien installé en province, a l'habitude d'écrire pour les omnipraticiens, qu'il côtoie journellement, et « dépanne » jour et nuit.

Comme ses autres ouvrages et ses nombreux articles, ce livre s'adresse donc aux praticiens ruraux et urbains qui y trouveront la conduite à tenir dans tous les cas de leur pratique journalière.

Journées thérapeutiques de Paris 1953. —

Sous la présidence du professeur LOEPER. Les ganglioplégiques; les régimes sans sodium et les résines en thérapeutique. — Un vol. in-8 de 280 pages avec figures. 2 100 fr. — G. Doin et Cie, éditeurs, Paris, 1954.

Sommaire. — Les Ganglioplégiques.

Les inhibiteurs de la transmission synaptique ganglionnaire (Marcel Dallemagne). — *Sur le mécanisme d'action des substances ganglioplégiques* (Eléonore J. Zaïmis). — *Ganglioplégiques et hypertension* (R. Willcoxon et J. Trémouroux). — *Ganglioplégiques et voies digestives* (Prof. Armijo). — *Les neuroplégiques en thérapeutique psychiatrique* (J. Delay et P. Deniker). — *Les ganglioplégiques et l'hibernation artificielle en chirurgie* (H. Laborit et P. Huguenard). — *Ganglioplégiques et chirurgie cardiaque* (F. d'Allaines, N. du Bouchet, J. Vaysse, B. Latschia et C. Perrin). — *L'ouverture des cavités du cœur grâce aux ganglioplégiques et à la réfrigération* (Ch. Dubost et Cl. d'Allaines). — *Les inconvénients des ganglioplégiques* (G. Bartorelli).

Les régimes sans sodium et les résines en thérapeutique:

Les résines synthétiques (composition et principes généraux de leur action) (W. W. Payne). — *Les résines d'échange cationique (pharmacologie et conduite du traitement)* (J. Fabre). — *L'application des résines cationiques dans le traitement des rétentions hydrosalines* (L. de Gennes, Gl. Laroche et L. Courjaret). — *Les résines pauvres en sodium (physiologie, indications, pratique)* (J. Trémolières, G. Pequignot et V. Zucconi).

Médication de Choix

pour la

Sinusite

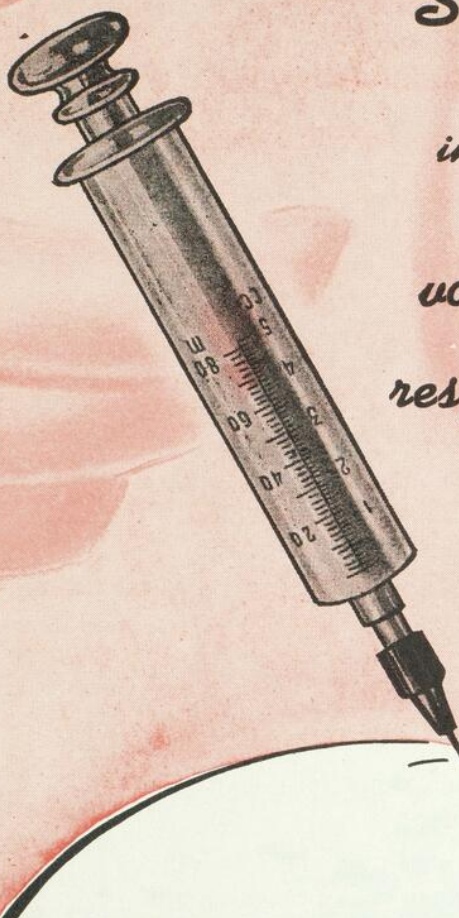
et les

infections

des

voies

respiratoires



FORMULE :

Iodoforme
Iodures

Menthol
Camphre

(En solution huileuse de faible acidité)

CAMIROL

INJECTIONS INTRA-MUSCULAIRES
(ampoules de 1 cc.)

Représentants pour le Canada :

HERDT & CHARTON, INC.

2027, Avenue du Collège McGill, MONTRÉAL

R. M. DE RIBET, professeur d'anatomie à la Faculté de Médecine d'Alger. — **Anatomie schématique de l'appareil nerveux: les nerfs rachidiens.** — Un vol. grand in-8 de 716 pages avec 391 figures dans le texte et en dépliants. 3 750 fr. — G. Doin et Cie, éditeurs, Paris, 1954.

Cet ouvrage, comme les « *Nerfs craniens* » du même auteur, témoigne de la même pensée de *clarification* et de *simplification*.

L'auteur s'est uniquement fixé pour but, et de propos délibéré, d'être, « avant tout », *didactique*.

Malgré tous les reproches, plus ou moins justifiés, que l'on peut faire au « schéma », il n'en est pas moins vrai qu'il reste, incontestablement, une efficace « technique d'enseignement », en même temps qu'un secourable « moyen mnémotechnique ». Et c'est, ainsi, toujours dans le même esprit de « déchiffrement aisé » et de « souvenir durable » — *délibérément utilitaire* — qu'a été conçu ce nouveau tome d'*anatomie schématique de l'appareil nerveux*.

Il comprend les quatre grandes parties suivantes:

1° des généralités sur tous les nerfs cérébro-spinaux — tant rachidiens que craniens — avec un important chapitre consacré à leur développement embryologique et à leur mise en place morphologique;

2° la disposition d'ensemble des différents nerfs rachidiens, en tenant compte des *modifications régionales*;

3° l'étude, groupée, des branches postérieures de tous les nerfs rachidiens;

4° l'analyse méthodique des branches antérieures des nerfs rachidiens.

Dans cette dernière partie de l'ouvrage, « la plus étoffée », évidemment, sont successivement passés en revue:

— le plexus cervical, le plexus brachial, les nerfs intercostaux, le plexus lombaire, le plexus sacré, le plexus honteux, le plexus sacro-coccygien, avec, pour chacun, *sa constitution, ses rapports, sa distribution, etc.*

Une table des matières, détaillée, contribue à donner, à ces pages d'anatomie nerveuse, un caractère « d'aide-mémoire », *très complet*, et « d'outil », *très maniable*.

Qu'il s'agisse des étudiants, des candidats aux concours ou des praticiens, l'auteur a voulu proposer « une méthode d'étude », pratique et rapide, et « un instrument de travail » très simple, facile à utiliser suivant les circonstances: pour comprendre aisément, d'abord; pour mieux retenir, ensuite; et pouvoir retrouver sans peine, enfin, tel ou tel détail nécessaire et plus ou moins oublié.

P. BUFFARD, radiologiste des Hôpitaux de Lyon et L. CROZET, radiologiste des Hôpitaux de Vienne. — **La pratique du radiodiagnostic clinique, positions et techniques.** — Préface du Doyen Hermann. — Un vol. in-4° de 246 pages avec 221 figures. 2 900 fr. — G. Doin et Cie, éditeurs, Paris, 1954.

Le radiodiagnostic revendique une place de plus en plus importante dans la médecine actuelle, puisqu'il n'est pas d'affection — ou presque — pour le diagnostic de laquelle on ne demande le concours de la radiologie. Mais on voit trop souvent encore des films techniquement insuffisants, responsables d'erreurs graves. Confrontant leur expérience hospitalière et universitaire, les auteurs ont fait avant tout un livre de pratique, destiné aussi bien aux étudiants du diplôme de spécialité qu'aux perfectionnants installés ou préparant les premiers concours, ou aux médecins praticiens ou spécialistes faisant eux-mêmes leurs films. Ils y trouveront un texte condensé, qui, appuyé par une riche iconographie, leur donnera toutes les « recettes » pour faire de bons clichés. Du traité, ce livre a en effet l'étendue, expliquant les techniques les plus modernes d'utilisation des contrastes artificiels; du précis, il a le choix des techniques, ne conservant que les meilleures, faciles à utiliser, quel que soit l'appareillage du médecin et l'état de son malade. La bibliographie ne comporte que l'essentiel: elle n'est là que pour permettre au lecteur de se familiariser avec l'interprétation

Nous annonçons

nouvelles présentations de Serpasil

nouvelles indications, plus grande flexibilité de dosage.

ELIXIR	0.25 mg. par 5 cc.—bouteilles de 16 onces.
COMPRIMÉS	1 mg.—flacons de 100 et 500.
AMPOULES	2 cc. contenant 5.0 mg.—boîtes de 5 et 50.

Serpasil introduit en premier lieu comme tranquillisant-hypotenseur dans le traitement de **L'HYPERTENSION** s'avère aussi très utile dans le traitement de:

**L'ANXIÉTÉ, TENSION NERVEUSE,
SUREXCITATION;**

**SCHIZOPHRÉNIE, PARANOÏA, MANIES,
PARÉSIE GÉNÉRALE ACCOMPAGNÉE DE
PSYCHOSE, ET CERTAINS CAS DE
DÉPRESSION.**

Autres présentations:

COMPRIMÉS:	0.1 mg.—flacons de 100 et 500.
	0.25 mg.—flacons de 100, 500 et boîtes de 5000.

COMPAGNIE **CIBA** LIMITÉE, MONTRÉAL

d'images obtenues par une technique dont il n'a pas la pratique courante. Une table des matières particulièrement détaillée permet enfin de trouver immédiatement le renseignement demandé. Ce livre constitue donc un instrument de travail particulièrement pratique, que tout médecin utilisant les rayons X se doit de posséder.

P. BAILLIART. — **Affections vasculaires de la rétine avec quelques rappels d'anatomie et de physiologie de la circulation rétinienne.** — Un vol. in-8 de 400 pages avec 107 figures en noir dans le texte et 4 planches en couleurs hors-texte. 3 200 fr. — G. Doin et Cie, éditeurs, Paris, 1954.

Ce livre résume l'œuvre de l'auteur qui, depuis quarante ans, s'est consacré à l'étude de la circulation rétinienne. Se proposant surtout de décrire les lésions vasculaires dans leur aspect fonctionnel autant que morphologique, il a été amené à rappeler d'abord un certain nombre de notions anatomiques et physiologiques directement en rapport avec son sujet.

La circulation rétinienne dont les troubles retentissent si vite et si gravement, sur le fond de l'œil et sur la vision, intéresse d'abord les ophtalmologistes. Son étude prend pour eux une importance de plus en plus grande; mais les physiologistes et les médecins ont, eux aussi, beaucoup à en apprendre. La circulation rétinienne étalant sous le grossissement de l'ophtalmoscope, véritable biomicroscope, un réseau vasculaire, de sa naissance à sa fin, offre des possibilités uniques. Le physiologiste peut observer les réactions des plus fins vaisseaux que nulle part ailleurs il ne saurait si facilement étudier. Il ne saurait du reste oublier que le réseau de la rétine prolonge celui de l'encéphale.

Dans cet examen microscopique, le médecin trouve la possibilité de suivre toutes les étapes de la lésion vasculaire. Il la voit s'installer, rétrocéder, ou évoluer vers la rupture ou l'oblitération; il rapproche très utilement les lésions qu'il voit de celles qu'il soupçonne dans d'autres réseaux si importants pour lui; il n'inter-

roge plus seulement des symptômes mais des signes.

La mesure de la pression rétinienne permet par l'étude du *rapport rétino-huméral*, notamment dans l'hypertension artérielle, des déductions capitales; les modifications tensionnelles périphériques, notamment cérébrales, ne sont pas toujours celles de la pression générale. On sait qu'aujourd'hui l'examen du fond de l'œil est, dans l'hypertension artérielle, qui a longuement retenu l'attention de l'auteur, le complément indispensable de l'examen cardiovasculaire. On trouvera dans ce livre toutes les indications nécessaires à ce point de vue.

En résumé, le physiologiste, le cardiologue et l'ophtalmologiste trouveront dans ce livre l'état actuel de la question traité par son plus éminent spécialiste.

O. LAMBRET, P. RAZEMON et P. DECOULX, professeurs à la Faculté de Médecine de Lille. — **Technique de la chirurgie du sympathique et de ses infiltrations.** — 4^e édition revue et augmentée. — Un vol. in-8 de 256 pages avec 115 figures dans le texte et 4 planches hors-texte. 1 600 fr. — G. Doin et Cie, éditeurs, Paris, 1954.

La nouvelle édition de ce volume vise au même but que les précédentes: permettre au chirurgien praticien, ou au médecin, de trouver rapidement, sans recherches bibliographiques compliquées, les diverses techniques des résections du sympathique ou des infiltrations ganglionnaires. Il passe donc en revue toute la hauteur du système sympathique, depuis la chaîne cervicale jusqu'aux ganglions sacrés, depuis le corpuscule carotidien jusqu'à la surrenale, au système splanchnique, ou au sympathique hypogastrique. De nombreux schémas, dus au talent du docteur Wagner, illustrent clairement les différents temps opératoires.

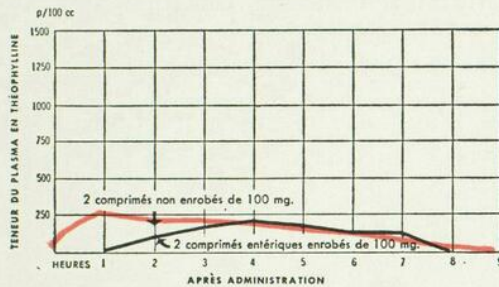
Plusieurs chapitres nouveaux, ajoutés aux éditions précédentes, apportent des précisions sur les interventions les plus récentes.

Une mise à jour complète était nécessaire, dans un domaine où les nouveautés se succèdent si rapidement.

On obtient d'une façon prolongée, avec les comprimés Cardalin, des niveaux sanguins plus élevés qu'avec une thérapie intraveineuse — en toute sécurité.

Même 3 gr. ne suffisent pas

L'inefficacité relative des comprimés de 3 gr. d'aminophylline, donnés deux fois par jour, s'explique par la faible teneur du sang en théophylline qu'ils produisent. Cette faible concentration sanguine obtenue par voie buccale contribue aussi à expliquer la grande divergence entre les résultats obtenus au moyen d'injections intraveineuses et les résultats obtenus avec l'aminophylline administrée en petites doses ordinaires par voie buccale. L'aminophylline administrée par voie intraveineuse s'est révélée convenablement efficace dans le traitement de certaines affections cardiaques et respiratoires.



Teneur du sang en théophylline après l'ingestion d'aminophylline entérique enrobée et non enrobée (Adapté de Waxler & Shack, J.A.M.A. 143: 736, 1950)

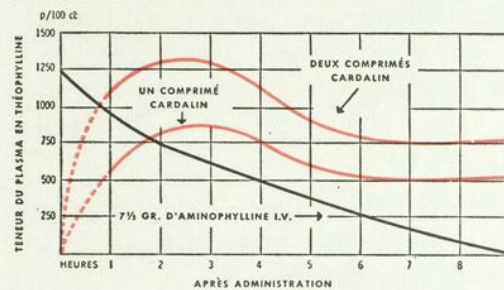
Les niveaux sanguins obtenus avec les comprimés de 3 gr. d'aminophylline entériques enrobés ou non enrobés atteignent à la moitié environ des niveaux produits par 3 gr. d'aminophylline intraveineuse — et approximativement au quart des niveaux obtenus avec la dose préférée de 7½ gr. d'aminophylline intraveineuse.

Cardalin

produit un effet thérapeutique complet par voie buccale

Un ou deux comprimés Cardalin administrés par voie buccale ont provoqué une

teueur du sang en théophylline plus forte et plus prolongée que 7½ gr. d'aminophylline administrée par voie intraveineuse. C'est à cette haute teneur du sang en théophylline qu'il faut attribuer les excellents résultats cliniques obtenus avec les comprimés Cardalin administrés par voie buccale dans la bronchite asthmatique, les affections cardiaques et les oedèmes.



On a obtenu d'une façon prolongée, avec un ou deux comprimés Cardalin administrés par voie buccale, des concentrations plasmatiques en théophylline plus élevées qu'avec 7½ gr. d'aminophylline administrée par voie intraveineuse.

(Adapté de Bickerman, H.A., et al.: Ann. Allergy 11: 301, 1953, et Truitt, E.B., Jr., et al: J. Pharmacol. & Exper. Therap. 100: 309, 1950)

Chaque comprimé Cardalin contient:

Aminophylline 5.0 gr.
Hydroxyde d'alumine 2.5 gr.
Aminobenzoate d'éthyle 0.5 gr.

Empaquetage: Bouteilles de 50, 100, 500 et 1000 comprimés. Egalement disponible: Cardalin-Phen, contenant ¼ gr. de phéno-barbital par comprimés.

Comprimés

Cardalin

EN INSTANCE DE BREVET

IRWIN, NEISLER & COMPANY • DECATUR, ILLINOIS
Boîte postale 157, Toronto, Ontario
Spécialités pharmaceutiques d'ordonnance depuis 1886

Représentants exclusifs dans la province de Québec et Ottawa.

Herdt & Charton Inc.

Montréal

J. COMSA. — **Les antithyroïdiens biologiques.** — Un vol. in-8 de 202 pages avec de nombreux tableaux. 1 500 fr. — G. Doin et Cie, éditeurs, Paris 1954.

L'auteur a voulu réunir les documents que nous possédons sur les forces physiologiques qui s'opposent à l'influence de la thyroïde sur l'organisme, et sur l'équilibre entre ces forces et la thyroïde.

Cette définition très large des antithyroïdiens biologiques est imposée par les faits connus. L'on sait que des substances présentes dans l'organisme normal, entravent l'influence de la thyroïde, soit en s'opposant à l'action de la thyroxine circulante, soit en mettant la thyroïde au repos par une intervention en un point quelconque du couplage hypophyse-thyroïde.

L'auteur commence par exposer succinctement les faits qui démontrent l'action antithyroïdienne de chacune de ces substances. Dans une deuxième partie sont réunies les données acquises au sujet du mécanisme de l'action des antithyroïdiens biologiques et des complexes d'interactions entre toutes ces substances. L'auteur insiste sur le réglage très précis entre le rythme fonctionnel de la thyroïde et des organes antithyroïdiens. Il fait état des nombreuses observations dont il résulte que la thyroïde et les organes antithyroïdiens se conditionnent mutuellement. Ces notions acquises suffisent, d'après lui, pour faire admettre la notion d'une fonction antithyroïdienne proprement dite, à laquelle participent des substances apportées par les aliments ou produites par l'organisme.

L'auteur a à la fois une formation clinique (de pédiatre, élève de Rohmer) et biologique (élève de Bouin). Aussi le dernier chapitre du livre est-il consacré à l'intérêt clinique des documents expérimentaux exposés dans les chapitres précédents. Il s'en dégage surtout de nombreuses hypothèses de travail.

L'auteur a été amené à concevoir la notion de la fonction antithyroïdienne par ses travaux sur l'équilibre entre le thymus, la thyroïde et les gonades. Il a résisté cependant

à la tentation de consacrer à ces travaux la plus grande partie de son livre.

L'abondance inattendue du matériel rend obligatoirement l'exposé très succinct. L'auteur donne à ceux qui s'intéressent au sujet, une copieuse bibliographie (près de 1 500 références).

Le biologiste, l'endocrinologiste et le thérapeute trouveront dans ce livre, le premier de quoi l'orienter dans ses propres recherches; le second et le troisième la description d'un ensemble d'interactions complexes comportant des virtualités thérapeutiques extrêmement intéressantes.

Henri GIBERT, anesthésiste des Hôpitaux d'Avignon. — **Pratique de l'intubation intra-trachéale en anesthésie.** — Un vol. in-8 de 190 pages avec 39 figures. 1 000 fr. — G. Doin et Cie, éditeurs, Paris, 1954.

Il s'agit avant tout d'un livre de *pratique* destiné, l'auteur insiste sur ce point à plusieurs reprises, aux étudiants, aux médecins, voire aux chirurgiens qui désirent se perfectionner en anesthésiologie.

Ayant ainsi fixé son intention essentiellement didactique, l'auteur précise le but de l'intubation intra-trachéale, car cette intervention pratiquée avec une très grande fréquence dans les pays anglo-saxons, et de plus en plus en France, ne doit jamais l'être par « routine » mais pour des raisons clairement définies.

Après un rappel anatomique et un chapitre consacré à l'examen pré-opératoire, toutes les techniques d'intubation sont envisagées et principalement l'intubation par voie buccale sous laryngoscopie directe et l'intubation par voie nasale à l'aveugle. L'importance de ces chapitres de technique justifie le titre de « pratique de l'intubation » que l'auteur a donné à son livre.

Les indications de l'intubation intra-trachéale sont longuement envisagées: elles couvrent toutes les disciplines de la chirurgie. Elles s'étendent d'ailleurs tous les jours, à mesure que la collaboration chirurgiens-anes-



MAINTENANT!

Hibicon*

Benzchloropropamide Lederle

THÉRAPEUTIQUE ANTICONVULSIVE SANS

Somnolence • Léthargie • Incoordination • Troubles
Visuels • Anémie Hypoplastique • Agranulocytose

L'HIBICON permet d'enrayer efficacement les crises de mal
comitial, souvent dans des cas qui se sont montrés
réfractaires au traitement par d'autres anticonvulsifs.
Aucune réaction toxique sérieuse n'a été rapportée.

De nombreux cliniciens ont signalé l'absence d'effets
sédatifs et de léthargie, une sensation nettement définie
de bien-être et un relèvement du moral chez les malades
traités par L'HIBICON.

L'HIBICON est présenté en capsules. La dose usuelle est
de 0.5 gramme à 1 gramme 3 ou 4 fois par jour, aux
repas et avant le coucher.

Capsules de 250 mg. et de 500 mg., en flacons de 100.

*MARQUE DÉPOSÉE



LEDERLE LABORATORIES DIVISION
North American Cyanamid Limited
5550 AVENUE ROYALMOUNT
VILLE MONT ROYAL, MONTRÉAL, QUÉBEC

thésistes se fait plus confiante et que les spécialités chirurgicales de plus en plus nombreuses font appel à l'anesthésiologie.

Les contre-indications sont rares: elles sont néanmoins citées.

Enfin un chapitre important est consacré: 1° aux maladroites que commettra inévitablement le débutant; 2° aux incidents qui peuvent survenir aux mains des plus experts; 3° aux accidents heureusement excessivement rares.

L'auteur, toujours soucieux d'être didactique, termine par des conseils aux jeunes anesthésistes sur la progression de leur apprentissage de l'intubation: laryngoscopie d'abord puis voie buccale puis voie nasale, enfin les techniques plus complexes.

Très clair, très simple et cependant complet, ce livre apportera à tous ceux qui veulent se perfectionner en anesthésiologie le manuel qui leur manquait.

Louis PORTES, membre de l'Académie de Médecine, président du Conseil national de l'Ordre des Médecins. — **A la recherche d'une éthique médicale.** — Un volume de 212 pages (16,5 x 25). 800 fr. — Masson et Cie, éditeurs, Paris, 1954.

Ce recueil de textes du regretté professeur Portes présente, comme le dit J.-P. Carlotti dans sa préface, des études qui ont été groupées sous deux titres: éthique obstétricale, éthique médicale.

De toutes les disciplines médicales, il n'en est aucune qui pose, aussi bien dans la pratique quotidienne que dans les principes directeurs de la recherche scientifique ou des applications thérapeutiques, autant de problèmes d'éthique que la discipline obstétricale.

Si l'éloge d'Adolphe Pinard a été placé en tête de ces études de Louis Portes, c'est par respect d'une filiation spirituelle maintes fois affirmée, mais aussi parce que Pinard, dans son souci d'établir une doctrine d'ensemble de l'obstétricie, a accordé une place primordiale aux problèmes philosophiques et moraux qui la conditionnent.

C'est en défenseur et en illustrateur de cette doctrine que Louis Portes tint à placer son enseignement sous le signe de l'éthique en consacrant sa leçon inaugurale à l'étude des « bases morales de l'obstétricie ».

Lorsqu'il fut élu président de l'Ordre national des médecins, on peut dire que c'est pleinement conscient du rôle que doit jouer le médecin dans la Cité qu'il assumait celui de guide de la profession, et c'est pleinement conscient de ce rôle qu'il entreprit tout d'abord d'établir ses bases morales.

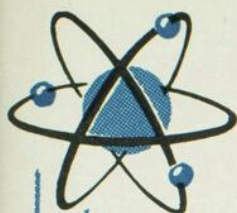
D'emblée, et dès que l'Ordre eut été mis en place, il s'attacha par la rédaction du Code de déontologie à donner un fondement solide à la juridiction naissante. Mais en même temps il tint à préciser dans une préface les limites de ce code, limites qui tiennent d'une part à la nature même de telles œuvres écrites qui ne sont qu'une « mise en place » restrictive de l'ensemble de traditions lentement élaborées qui constituent le « droit naturel », et d'autre part aux circonstances mêmes dans lesquelles ce code fut rédigé et promulgué.

C'est pourquoi, soucieux de ne pas borner la morale professionnelle à un texte dont « la plupart des articles ne font que traduire nos usages traditionnels en matière de médecine privée », L. Portes décida de s'attacher à une tâche beaucoup plus vaste.

Son travail, guidé, a pu dire René Leriche, par un sens inné de l'ordre, de cet ordre intellectuel qui est le triomphe de la raison, s'inspirait d'une même méthode et d'un même double souci: d'une part, définir les devoirs qu'imposent aux médecins les modifications sociales contemporaines, l'évolution et le perfectionnement des techniques; d'autre part, ne pas perdre de vue que de tels problèmes se sont toujours posés au cours des âges, et n'en pas méconnaître le caractère universel.

La mort brutale du « Constructeur » ne lui a pas permis de mener à son terme cette Somme qu'il espérait donner en exemple aux médecins de tous les pays civilisés.

Cependant l'importance de l'œuvre déjà rédigée, plus encore que la piété envers le chef



UROPRAXINE



Avec

SOUFRE COLLOÏDAL

DISSOUT

et

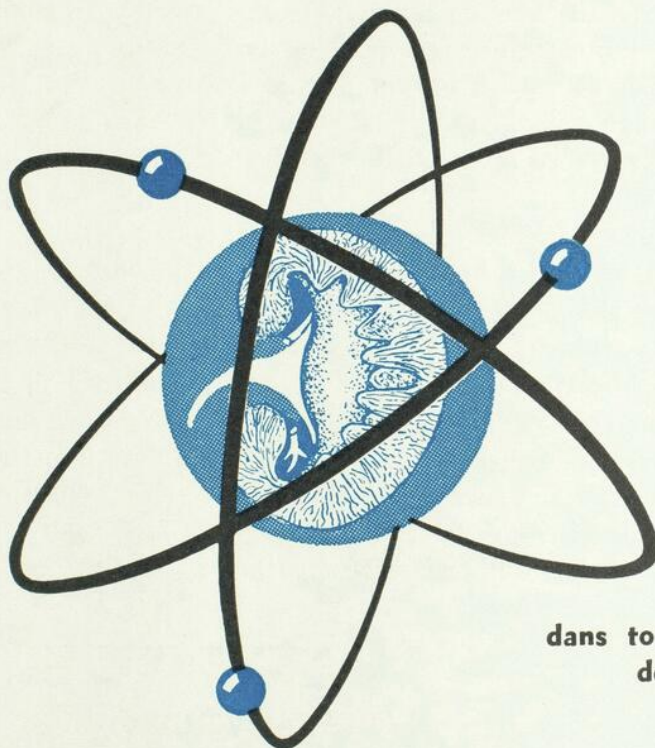
ÉLIMINE

L'ACIDE

URIQUE

FORMULE :

Hexamethylenetetramine
Benz. de lithine, Bic. Soude
PIPÉRAZINE
SOUFRE COLLOÏDAL



RHUMATISME

ARTHRITE

GOUTTE

GRAVELLE

et

**dans toutes les affections
des voies Urinaires.**

PRÉSENTATION : Flacons de 120 et 240 gr.

POSOLOGIE : Une à deux cuillerées à thé dans un demi-verre d'eau tiède, 2 à 4 fois par jour.

HERDT & CHARTON, INC., 2027, McGill College, Montréal, P. Q.

prématurément disparu, a dicté au Conseil national le devoir de rassembler des textes qui seraient restés épars et pour certains inédits.

Ils constituent le dernier message à ses confrères de celui qui, par ses qualités de cœur et de courage, méritait bien d'être leur guide.

Divisions de l'ouvrage

Préface.

Ethique obstétricale.

Droit naturel et obstétricie. — Eloge du professeur A. Pinard. — Obstétricie. — Protection de l'œuf humain. — A propos de l'avortement criminel.

Ethique médicale.

Préface au Code de Déontologie. — A propos des problèmes moraux que soulève l'exercice de la médecine. — Médecine et euthanasie. — Du secret médical. — Du consentement du malade à l'acte médical. — Le serment d'Hippocrate.

E. LORTAT-JACOB. — **Comment traiter l'eczéma.** — Editions Médicales Flammarion, éditeurs, Paris, 1954.

L'eczéma est l'affection dermatologique la plus commune, et son traitement, souvent décevant, est toujours délicat à conduire. Peu de dermatoses sont plus « irritables ». Il n'est pas rare, en effet, de voir un topique externe, dûment appliqué, entraîner une réaction imprévisible. L'épiderme ne répond pas de la même manière chez chaque individu. Les intolérances individuelles dominant la thérapeutique de l'eczéma.

Les multiples variétés d'eczéma rendent souvent la tâche difficile. Il importe donc d'étudier, avec chaque cas particulier, l'étiologie, la pathogénie de la dermatose, avant d'instituer une thérapeutique.

Bien que souvent dédaignée par les « internistes », la sémiologie des affections cutanées n'est pas distincte des autres branches de la médecine générale. La dermatologie obéit aux mêmes lois qui régissent la patho-

logie interne. Certes, comme toutes les disciplines, elle exige une éducation spéciale. « L'œil » dermatologique s'acquiert, mais nécessite un don d'observation peut-être plus aigu encore que dans les autres spécialités.

La conduite d'un tel traitement repose sur un bon diagnostic, c'est-à-dire un diagnostic exact et complet. Il nous paraît donc nécessaire, avant d'aborder le traitement de l'eczéma, d'en faire un court rappel clinique.

J. TURIAF. — **Comment traiter la grippe et les infections saisonnières.** — Editions Médicales Flammarion, éditeurs, Paris, 1954.

Peu de maladies sont aussi banales, aussi répandues et surtout aussi apparemment disparates que les infections saisonnières. Leurs limites nosographiques sont à ce point imprécises et élastiques qu'elles cerneraient facilement la quasi totalité des fièvres éruptives et bon nombre de maladies contagieuses épidémiques, endémiques ou sporadiques, s'il s'agissait d'entendre par « saisonnier » toutes les agressions microbiennes ou virales qui frappent électivement l'homme à certaines périodes de l'année. Ainsi, par exemple, les traitements de la spirochétose ictérique et de la poliomyélite antérieure aiguë, pour ne citer que ces deux affections de déclaration presque exclusivement automno-estivale, devraient se trouver en bonne place dans ce petit ouvrage. Or l'objet de la présente étude est bien plus modeste. A la thérapeutique du groupe déjà important des infections aiguës passagères des voies aériennes de la période automno-hivernale se limitent ses ambitions. C'est donc la grippe, ou influenza, ses complications et les autres infections aiguës de l'appareil respiratoire appartenant à la pathologie courante d'hiver qui représentent l'essentiel de ce travail.

À VENDRE

**Ameublement de bureau médical, et instruments de praticien. —
Téléphone: CRescent 0156.**

UN ANALGÉSIQUE GÉNÉRAL

pour le soulagement des

DOULEURS

qui suivent le TRAUMATISME ou les MANOEUVRES OPÉRATOIRES

qui accompagnent l'ARTHRITE, la SCIATIQUE, le LUMBAGO, la DYSMÉNORRHEE

LES COMPOSÉS D' "ACÉTOPHEN"

Marque d'acide acétylsalicylique

LE COMPRIMÉ 262

Ⓝ "Acétophen" Composé additionné de Codéine (gris)

Afin de prévenir la distribution des Comprimés 262 sans prescription, nous avons délibérément omis le mot "Avertissement" de l'étiquette, une exigence légale pour la vente au détail.

Acétophen.....	3½ gr.
Phénacétine.....	2½ gr.
Citrate de caféine.....	½ gr.
Phosphate de Codéine.....	⅛ de gr.

La même formule se vend sous le nom de COMPRIMÉ "222" (blanc).

LE COMPRIMÉ "282"

Ⓝ "Acétophen" Composé additionné de Codéine R₂ (jaune)

Même formule qu'au comprimé 262, sauf que la teneur en phosphate de codéine est portée à..... ¼ de gr.

LE COMPRIMÉ "292"

Ⓝ "Acétophen" Composé additionné de Codéine R₃ (rose)

Même formule qu'au comprimé 262, sauf que la teneur en phosphate de codéine est portée à..... ½ gr.

POSOLOGIE: Un comprimé, 3 ou 4 fois par jour.

Présenté en flacons de 100 comprimés.

Ⓝ Prescription de narcotique requise.

Les effets s'exercent promptement et persistent pendant 3 à 6 heures.

**POUR UNE
NUIT DE SOMMEIL
QUASI NORMAL**

"Twin-Barb"

MARQUE DÉPOSÉE

Le sédatif à double action

- produit son effet dans les 15 à 20 minutes.
- s'élimine du courant sanguin dans environ 8 heures.
- le patient se réveille rafraîchi, sans sensation de dépression.

Tablette N° 445 "Frosst"

Pentobarbital sodique... .65 mg. (1 gr.)
Noctinal... .50 mg. (3/4 de gr.)
(Butabarbital N.N.R.)

POSOLOGIE: Une tablette avant le coucher.

Présenté en flacons de 100 tablettes.



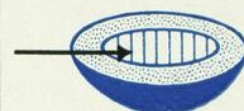
Une couche extérieure rapidement soluble



Du pentobarbital qui produit une prompte sédation



La couche intérieure se dissout vers le moment où l'effet du pentobarbital s'affaiblit



Le butabarbital prolonge la sédation

**POUR UNE SÉDATION DIURNE
SANS
ACCUMULATION**

A doses légères (1/4 à 1/2 gr.), le Noctinal diminue le degré de susceptibilité à l'irritation provenant de stimulus externes, sans porter une atteinte sérieuse à l'efficacité du patient au travail. Les doses plus élevées (3/4 à 1 1/2 gr.) sont plutôt recommandées pour une sédation nocturne.

"NOCTINAL"

Marque de Butabarbital N.N.R.

Tablette N° 439 "Frosst" 1/4 de gr. (16 mg.)
Tablette N° 352 "Frosst" 1/2 gr. (32 mg.)
Tablette N° 419 "Frosst" 3/4 de gr. (50 mg.)
Tablette N° 353 "Frosst" 1 1/2 gr. (0.1 G.)

POSOLOGIE: de 1/4 à 1 1/2 grain, 3 fois par jour. Présenté en flacons de 100 tablettes.

ELIXIR N° 601 "Frosst"

Chaque cuillerée à thé (3.5cc.) renferme 1/2 gr. (32 mg.)

POSOLOGIE: Adultes: de 1/2 à 3 drachmes (1/4 à 1 1/2 gr.) trois fois par jour dans un verre à vin d'eau. Enfants: selon l'âge et l'état physique. Présenté en flacons de 16 onces liquides.

POUR DÉPRIMER L'APPÉTIT

sans danger

"NEGADINE"

MARQUE DÉPOSÉE

FACILITÉ L'OBSERVANCE DU RÉGIME

PROTÈGE CONTRE LES CARENCES D'ORIGINE NUTRITIVE

NOMBREUX SONT LES PATIENTS QUI NE PEUVENT PERDRE LEUR EXCÉDENT DE POIDS PARCE QU'ILS REFUSENT D'OBSERVER RIGOREUSEMENT LE RÉGIME PRESCRIT. D'autres réussissent à atteindre le poids normal mais négligent ensuite de continuer l'observance du régime restreint ET S'EXPOSENT À UN RETOUR D'OBÉSITÉ. Dans ces cas, l'emploi judicieux d'un composé ayant la propriété de déprimer l'appétit peut s'avérer nettement utile, et pour cette fin, Negadine est la préparation de choix.

De nombreux auteurs appuient sur la nécessité d'ajouter des sels minéraux et des vitamines aux régimes amaigrissants.^{1,2} Negadine procure ces facteurs nutritifs en quantités jugées satisfaisantes pour la protection de l'organisme, plus le facteur dépressif de l'appétit, le *d*-Amphétamine.

De toutes les drogues propres à provoquer l'inappétence, *d*-Amphétamine est le plus exempt d'effets secondaires.^{3,4} Comme toutes ces drogues, il perd graduellement de son efficacité après un emploi prolongé, mais on peut obvier à cet inconvénient par l'administration périodique — 4 semaines de traitement suivies de 2 semaines sans traitement. Le but thérapeutique est de briser l'habitude de la suralimentation. On doit discontinuer l'administration de la drogue aussitôt que possible.

"NEGADINE"

Capsule N° 681 "Frosst"

sulfate <i>d</i> -Amphétamine.....	5 mg.
sulfate de fer (exsic.).....	50 mg.
sulfate de cuivre.....	2.5 mg.
carbonate de manganèse.....	0.3 mg.
vitamine A, palmitate de.....	1000 U.I.
vitamine D.....	1000 U.I.
phosphate de calcium (bi-basique).....	140 mg.
chlorhydrate de thiamine.....	1 mg.
vitamine C.....	25 mg.
riboflavine.....	1 mg.
iodure de sodium.....	0.2 mg.

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

Présenté en flacons de 25, 50 et 100 capsules.

Charles E. Frosst & Co.

MONTRÉAL

CANADA

SOURCES À CONSULTER

1. "Nutrition and Diet in Health and Disease". McLester, W. B. Saunders Co., Philadelphie, 1949.
2. "Present status of the obesity problem." Barborka, J.A.M.A., 147, 1015, 1951.
3. "Obesity and its treatment, with particular reference of the use of anorexigenic compounds". Williams et al., Ann. Int. Med., 29:510, 1948.
4. "Obesity and its relation to health and disease." Armstrong, Dublin, Wheatley and Marks, J.A.M.A., 147:1007, 1951.

pour la **RHINITE et la SINUSITE**

"FLAVACO" *Spray Nasal*

MARQUE DÉPOSÉE

"FLAVÉDRIN" DOUX ADDITIONNÉ D'ANTIBIOTIQUES

**ENRAYE
L'INFECTION**

**SOULAGE LES
SYMPTÔMES**

- Agit contre les bactéries Gram-positives et Gram-négatives.
- Rétablit le niveau normal du pH des sécrétions nasales.
- Favorise l'écoulement libre des sinus accessoires du nez.
- Comporte un index de sensibilisation extrêmement bas.

Gramicidine.....0.005 p.c.
 Sulfate de néomycine.....0.1 p.c.
 Chlorhydrate d'éphédrine.....0.3 p.c.
 Chlorhydrate d'aminacrine.....0.1 p.c.

MODE D'EMPLOI

Vaporiser délicatement une ou deux fois, ou instiller 3 ou 4 gouttes dans chaque narine toutes les 3 ou 4 heures, selon le besoin.

Présenté en flacons de matière plastique qui produisent soit un spray, soit des gouttes.

"FLAVEDRIN"

MARQUE DÉPOSÉE

ANTISEPTIQUE—DÉSObSTRUANT

Flavédrin soulage la congestion nasale et favorise une bonne ventilation des sinus accessoires. Chez le patient souffrant de congestion nasale avec écoulement, Flavédrin soulage rapidement et agréablement. L'ingrédient antibactérien est efficace contre un grand nombre de micro-organismes pathogènes.

Charles E. Frosst & Co.

MONTREAL

CANADA

"FLAVEDRIN"

Chlorhydrate d'éphédrine . . 1.0 p.c.
 Chlorhydrate d'aminacrine . . 0.1 p.c.
 Flacons de 1 on., munis de compte-gouttes.

MODE D'ADMINISTRATION: Instiller 3 ou 4 gouttes dans les narines, ou se servir d'un vaporisateur, toutes les 3 ou 4 heures.

"FLAVÉDRIN" DOUX POUR LES ENFANTS

Chlorhydrate d'éphédrine . . 0.3 p.c.
 Chlorhydrate d'aminacrine . . 0.1 p.c.
 Flacons de 1/2 on., munis de compte-gouttes.



Vous pouvez prévenir les attaques dans l'angine de poitrine

La Prophylaxie au Pérित्रate efficace dans 4 cas sur 5. Humphreys *et al.* ont observé que le Pérित्रate réduisait le nombre des attaques chez 78.4 pour cent des malades et que "... les malades présentant le plus grand nombre d'attaques montraient la plus grande diminution."¹ Comme complément à cette observation, Russek et ses co-chercheurs firent remarquer que leurs résultats chez les malades souffrant d'angine de poitrine et recevant du Pérित्रate étaient "... comparables à ceux obtenus avec le trinitrate de glycéryl mais que la durée d'action était considérablement prolongée."²

Absence d'attaques et ECG sensiblement amélioré. Dans les cas prouvés d'angine de poitrine, l'absence d'attaques durant la prophylaxie au Pérित्रate est habituellement accompagnée d'une amélioration de l'ECG. Le Pérित्रate s'est montré efficace pour empêcher

les déplacements du segment S-T qui se produisent après exercice chez plusieurs angineux.¹

Un régime simple aide le patient vers une vie normale. Le Pérित्रate, un vaso-dilatateur des coronaires à effet prolongé, fera décroître le besoin de nitroglycérine chez la plupart des angineux.³ Un régime soutenu de un ou deux comprimés 4 fois par jour produira habituellement:

1. une diminution du nombre des attaques
2. une diminution de la gravité des attaques qui ne peuvent être prévenues.

Disponible en comprimés de 10 mg. dans des bouteilles de 100, 500 et 5000 comprimés.

1. Humphreys, P. *et al*: *Angiology* 3:1 (fév.) 1952.
2. Russek, H. I.; Urbach, K. F.; Doerner, A. A., et Zohman, B. L.: *J. A. M. A.* 153:207 (19 sept.) 1953.
3. Plotz, M.: *New York State J. Med.* 52:2012 (15 août) 1952.

Peritrate[®]



TETRANITRATE

(Marque de tétranitrate de pentaerythritol)

WARNER-CHILCOTT

Laboratories

Filiale de William R. Warner et Cie Ltée
Toronto, Ontario.

NOUVELLES PHARMACEUTIQUES

NOUVELLES THÉRAPEUTIQUES POUR LE TRAITEMENT RAPIDE DES ULCÈRES DIF- FICILES À GUÉRIR

De diverses régions du monde parviennent des rapports concluants sur l'efficacité rapide de médications nouvelles qui ont été essayées récemment dans la lutte contre les ulcères persistants, qui depuis si longtemps mettent au défi les efforts de la médecine et de la chirurgie.

Quoique le mot « ulcère » ne s'entende généralement qu'en ce qui concerne l'estomac ou les intestins, il s'applique de fait à toute plaie ouverte autre qu'une blessure. Les ulcères se forment dans diverses parties du corps et proviennent de causes variées. Les ulcères gastriques par exemple sont apparemment causés par une sensibilité anormale des muqueuses stomacales ou intestinales aux acides contenus dans les sucs digestifs.

Une irritation chronique causée par des corps étrangers, tels que les vers parasites, peut former des ulcères de la peau. Une pression prolongée sur certaines parties du corps peut avoir le même effet. Dans cet ordre d'idée, on note les plaies qui se forment sur le dos et sur les jambes des malades longtemps alités.

Cependant, les genres d'ulcères les plus répandus sont ceux d'origine infectieuse. Parmi ceux-ci, on compte les ulcérations de la cornée, la « fenêtré » de l'œil, ceux de la bouche et autres muqueuses, les ulcères « tropicaux » de la peau et les ulcères de divers organes internes.

Les travaux du Dr Garnett Cheney, de l'université Stanford, en Californie, sont typiques des recherches qui se poursuivent actuellement dans la lutte contre les ulcères. Le Dr Cheney a rapporté à une réunion de l'Association Gastro-Entérologique des États-Unis avoir fait usage de petites doses quotidiennes de jus concentré de choux cru dans le traitement d'ulcères gastriques. Sur 100 cas traités de cette façon, a-t-il dit, les douleurs ont disparu en l'espace de cinq jours et les lésions elles-mêmes se sont refermées en moyenne en moins de deux semaines. Il ressort d'expériences précédentes que le jus de choux contient une substance appelée vitamine U qui apparemment protège les tissus tapisant les voies digestives contre l'action des acides contenus dans les sucs digestifs.

Les ulcères d'origine infectieuse, comme la plupart des maladies infectieuses, peuvent être traités avec succès grâce aux antibiotiques les plus récents. Parmi les plus dangereux des ulcères dans cette catégorie, on compte ceux qui s'attaquent à la

cornée: ils sont l'une des causes principales de cécité.

Les progrès des ulcères de la cornée causés par la bacille pyocyanique peuvent être enrayés par l'emploi de l'antibiotique, la polymyxine B, selon le Dr R. K. Williams et le groupe médical qu'il dirige à la faculté de Médecine de l'université de Virginie. Ecrivant dans *American Journal of Ophthalmology*, ces médecins déclarent que, se fondant sur l'expérience, la polymyxine B « semble être l'antibiotique de choix dans les cas d'ulcères de la cornée humaine dus au bacille pyocyanique ».

Des études antérieures, effectuées à l'université Kumamoto, au Japon, soulignent l'efficacité de l'antibiotique à large spectre d'action, la terramycine, dans la lutte contre une autre espèce de plaie infectieuse de la cornée, appelée « l'ulcère du serpent ». Ecrivant dans le journal médical *Ganka Rinsho-iho* et dans la publication scientifique américaine *Antibiotics and Chemotherapy*, les savants japonais rapportent que la plupart des ulcères du serpent rencontrés au cours de leurs études ont été guéris entièrement grâce à la terramycine en sept jours ou moins.

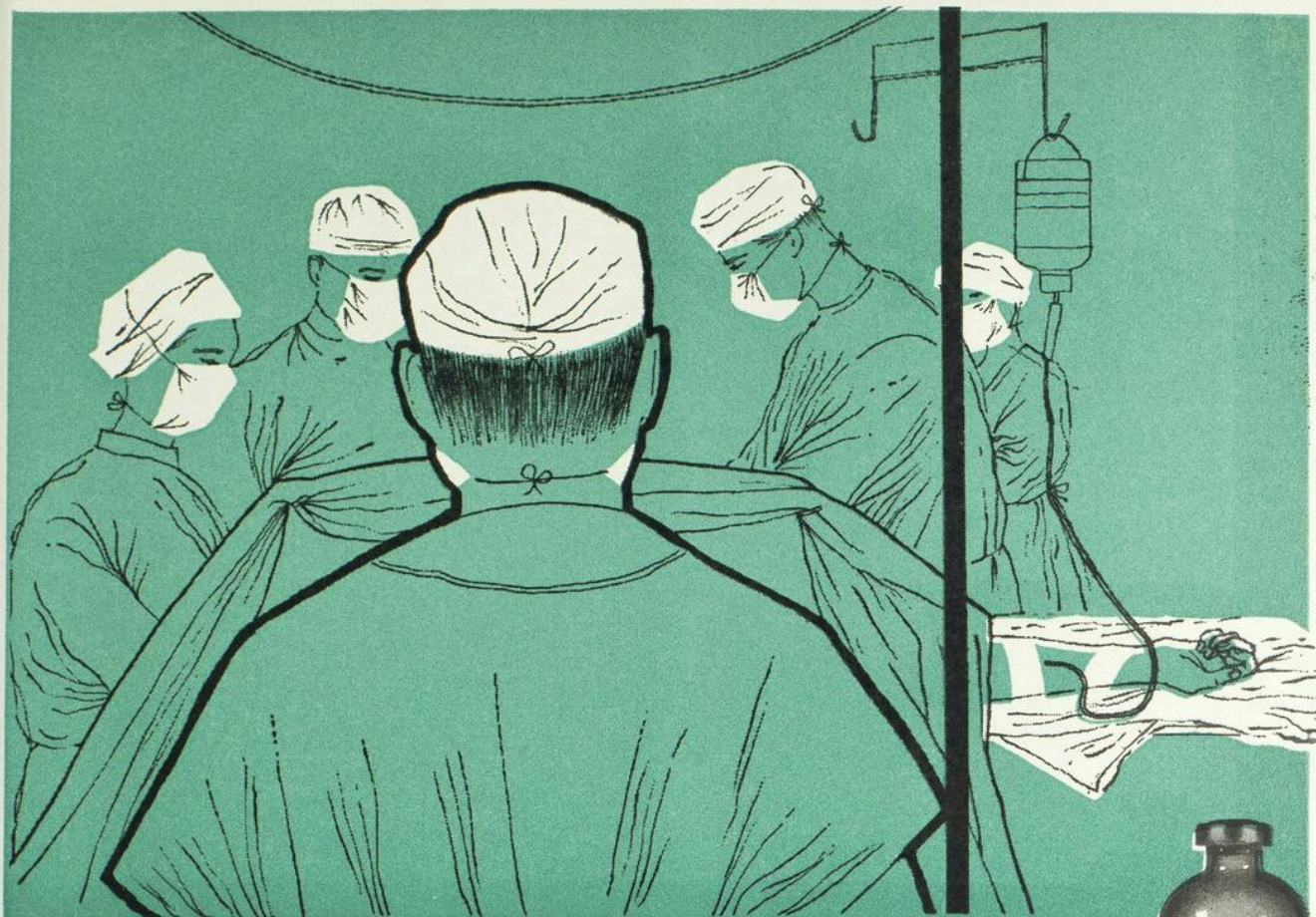
L'efficacité du même antibiotique dans le cas de deux malades qui avaient souffert pendant plus de 20 ans d'ulcères chroniques de la bouche, a été décrite devant une réunion de la section britannique de l'Association Internationale de Recherche Dentaire par le Dr John A. Pedler de Londres. Des résultats semblables et également encourageants ont été enregistrés par des médecins américains.

L'utilisation de la terramycine, administrée simultanément à deux autres médications, a été couronnée de succès dans le traitement d'ulcères chroniques des jambes, affection qui atteint de nombreuses personnes de plus de 50 ans. Les docteurs I. Robert Spier et Eugène E. Clifton, de New-York, affirment dans la revue médicale *Surgery, Gynecology and Obstetrics* que cette combinaison de médications « a réussi dans de nombreux cas où les méthodes habituelles de notre clinique avaient échoué », apportant un rapide soulagement de la douleur et provoquant la cicatrisation des plaies.

NÉOSPORINE

Nom du produit — 'Néosporine', Onguent Antibiotique de Polymyxine B — Bacitracine — Néomycine.

Description — Renferme par gramme: Sulfate de Polymyxine B marque "Aérosporine" 5 000 unités,



pour "... une induction douce et rapide ..."

"... une période d'état calme ..."

"... un réveil ... calme, agréable ..."



SURITAL* sodique

anesthésique intraveineux d'action ultra-brève

Il est notoire que le **SURITAL sodique** (thiamylal sodique, Parke-Davis) produit une anesthésie douce et égale avec peu d'excitation durant l'induction ou au réveil. Le laryngospasme est peu fréquent et il y a absence relative de bronchospasme et de dépression circulatoire ou respiratoire. Informations détaillées sur le SURITAL sodique envoyées sur demande.

1. Helrich, M.; Papper, E. M., & Rovenstine, E. A.: *Anesthesiology* 11:33, 1950. 2. Stephen, C. R., & Martin, R.: *North Carolina M. J.* 12:501, 1951. 3. Phillips, H. S.: *Anesth. & Analg.* 32:56, 1953.

*Marque enregistrée.



Parke, Davis & Cie., Ltée.

WALKERVILLE, ONTARIO

Pour la femme de plus de 41 ans...

PAS SIMPLEMENT UN ESTROGÈNE MAIS

L'ASSOCIATION
ESTROGÈNE-ANDROGÈNE
SOUS FORME DE

GYNETONE REPETABS

POUR UN MEILLEUR EFFET
SYMPTOMATIQUE ET
ORGANIQUE

deux concentrations

.02—formule: 0.02 mg. éthinyl
estradiol plus 5 mg.
méthyltestostérone
.04—formule: 0.04 mg. éthinyl
estradiol plus 10 mg.
méthyltestostérone

GYNETONE *

mélange estrogène-androgène
Schering.

REPETABS *

comprimés Schering à action
répétée.



Schering

*Marques déposées

Bacitracine 400 unités, et Sulfate de Néomycine 5 mg, dans un excipient spécial à base de pétrolatum de bas point de fusion.

Indications — Pour toutes les lésions infectées ou sujettes à devenir infectées par des bactéries. Infections de l'œil et de l'oreille externe.

Prophylactique: Pour protéger les brûlures, les greffes cutanées, les incisions et autres lésions nettes contre la contamination bactérienne. Il existe des indications que la prévention de l'infection abrège la guérison des brûlures et améliore la « prise » des greffes cutanées.

Thérapeutique: Toutes pyodermies d'origine bactérienne et toutes lésions qui sont enflammées ou qui suppurent par suite d'infection bactérienne.

Administration — Appliquer toutes les trois ou quatre heures sur la région affectée. Recouvrir d'un pansement ou laisser à nu.

Présentation — Tubes de 1 once, 1/2 once et 1/8 d'once (embout ophtalmique).

Fabriqué par — Burroughs Wellcome & Co. (The Wellcome Foundation Ltd.), Montréal.

TRINITRINE (STABILISÉE)

Nom du produit — Trinitrine (Stabilisée) marque 'Tabloid'.

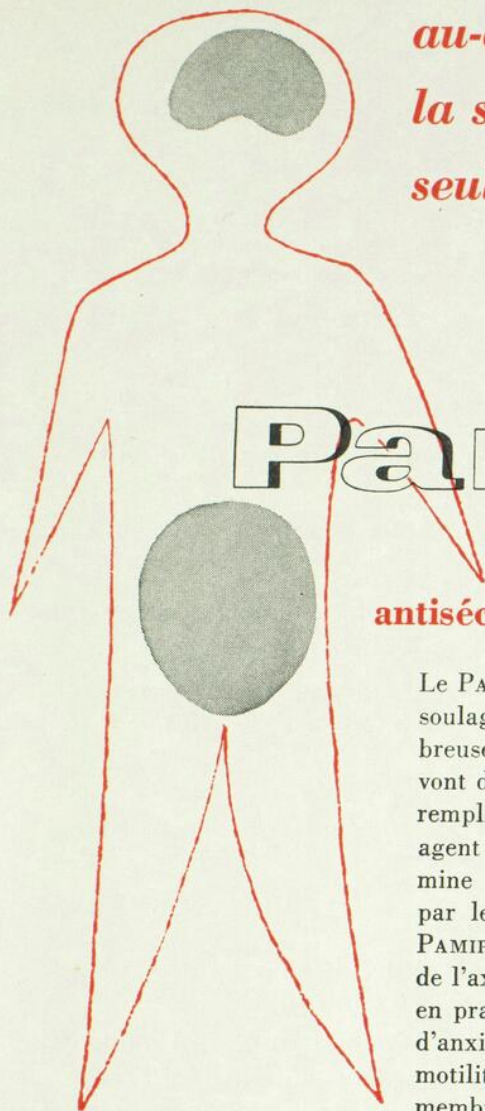
Description — Trinitrine dans un excipient spécial mis au point par les Wellcome Chemical Works en Angleterre. Cet excipient, qui est à base de glycérine et de lactose, donne un produit plus stable que l'excipient chocolaté de la Pharmacopée Britannique. Tandis que les comprimés de la B.P. subissent une détérioration de plus de 10 pour cent par année, la Trinitrine (Stabilisée) 'Tabloid' conserve son activité très longtemps.

Indications — Pour mettre fin aux crises aiguës d'angine de poitrine et, comme prophylactique, pour prévenir les crises.

Administration — La Trinitrine (Stabilisée) 'Tabloid' doit se prendre sublingualement, et agit alors en 2-3 minutes. La dose usuelle est de un ou deux comprimés, mais elle devrait être ajustée d'après la réponse du malade. Comme prophylactique, un demi à un comprimé trois ou quatre fois par jour avant un effort physique.

Présentation — Comprimés rainurés de 0,5 mg. (1/120 de grain), en flacons de 100.

Fabriqué par — Burroughs Wellcome & Co. (The Wellcome Foundation Ltd.), Montréal.



*au-delà de
la sédation
seule*

Pamiphen*

antisécrétoire, antispasmodique et sédatif

Le PAMIPHEN, association rationnelle anticholinergique-sédative, soulage la symptomatologie "dans son ensemble" dans les nombreuses conditions où les états d'anxiété et de tension nerveuse vont de pair avec l'hyperactivité ou les spasmes viscéraux. Pour remplir sa double fonction, le PAMIPHEN associe le phénobarbital, agent sédatif éprouvé, à la Pamine* (marque de la méthscopolamine bromée), agent parasympatholytique efficace développé par les services de recherche Upjohn. Les effets intégrés du PAMIPHEN, couvrant ce que l'on pourrait nommer "le syndrome de l'axe émotif-viscéral," pourront être d'une utilité très étendue en pratique clinique, comme dans les états de tension nerveuse, d'anxiété, de peur, les gastrites, les spasmes du pylore, l'hypermotilité, le côlon spastique, les pancréatites, les colites muco-membraneuses, les diverticulites, les spasmes génito-urinaires. Le PAMIPHEN est une préparation bien supportée, présentée sous forme liquide.

Pamiphen

marque de fabrique

antisécrétoire, antispasmodique et sédatif

Flacons de 4 onces fluides

Dose moyenne pour adultes:

1 ou 2 cuillerées à thé trois ou quatre fois par jour.

Le Pamiphen contient par 5 cm³:

Pamine (méthscopolamine bromée) . . . 1.25 mg

Phénobarbital 8 mg

* MARQUE DE FABRIQUE DÉPOSÉE

Upjohn

Produits Pharmaceutiques Supérieurs depuis 1886

THE UPJOHN COMPANY OF CANADA

865 York Mills Road, Box 202, Postal Station J, Toronto 6, Ontario

PURINETHOL

Nom du produit — 'Purinethol', 6-mercaptopurine.
1. Nom déposé.

Description — Chaque comprimé renferme 50 mg de 6-mercaptopurine, une nouvelle drogue synthétisée et mise au point dans les Laboratoires de Recherches Wellcome.

Indications — Indiqué dans le traitement de la leucémie aiguë et peut parfois être efficace dans la leucémie myéloïde chronique.

Avertissement — N'est pas indiqué dans le traitement de la leucémie lymphatique chronique, la lymphogranulomatose (maladie de Hodgkin) ou les tumeurs solides. Une fois le traitement commencé il faut avoir à sa disposition toutes les facilités pour l'examen pathologique du sang.

Administration — Selon les recommandations du médecin.

Présentation — Comprimés rainurés de 50 mg, en flacons de 25.

Distributeurs — Burroughs Wellcome & Co. (The Wellcome Foundation Ltd.), Montréal.

MYLERAN

Nom du produit — 'Myleran', 1,4-diméthanésulfonoxabutane.

1. Nom déposé.

Description — Chaque comprimé renferme 2 mg. de 1,4-diméthanésulfonoxabutane.

Indications — Indiqué dans le traitement de la leucémie myéloïde chronique.

Avertissement — L'emploi de cette drogue doit être limité aux cas où on dispose des facilités voulues pour faire des numérations globulaires complètes toutes les semaines ou plus souvent.

Administration — Selon les recommandations du médecin.

Présentation — Comprimés rainurés de 2 mg, en flacons de 25.

Distributeurs — Burroughs Wellcome & Co. (The Wellcome Foundation Ltd.), Montréal.

ON DEMANDE UN MÉDECIN

Voici les renseignements qui nous sont fournis par le curé de Moffet, M. Richard Stampfler. Les trois endroits suivants, situés en bordure du Lac-des-Quinze: Laforce, Moffet et Latulipe, représentent respectivement 108, 142 et 150 familles. Ce qui voudrait dire environ 2 500 à 3 000 de population; à quarante milles de Ville-Marie (hôpital).

Le jeune confrère qui voudra s'y installer trouvera à sa disposition, à Moffet, une maison neuve (extérieur et intérieur), voisine de l'église, avec garage, électricité, eau courante, un accueil chaleureux, un loyer gratuit et une clientèle faite de cultivateurs et de bûcherons.

Le ministre de la Santé de la province de Québec, M. le docteur J.-A. Paquette, accorde à ce médecin une allocation de cent dollars par mois pendant deux ans. De plus, une fois par mois, il va visiter la réserve indienne et touche cent dollars par mois du gouvernement fédéral. Enfin, on lui fait une allocation spéciale de six cents dollars pour l'achat d'une automobile. Chasse et pêche abondantes.

Tout médecin qu'une telle proposition intéressera est prié de s'adresser directement à M. le curé Richard Stampfler, de Moffet, comté de Témiscamingue.

N.B. — Il s'agit, bien entendu, d'une demande adressée à un sujet naturalisé du Canada.



le soulagement!



voilà ce qui donne la mesure d'un bon suppositoire hémorroïdal

SUPPOSITOIRES HEMORROIDAUX

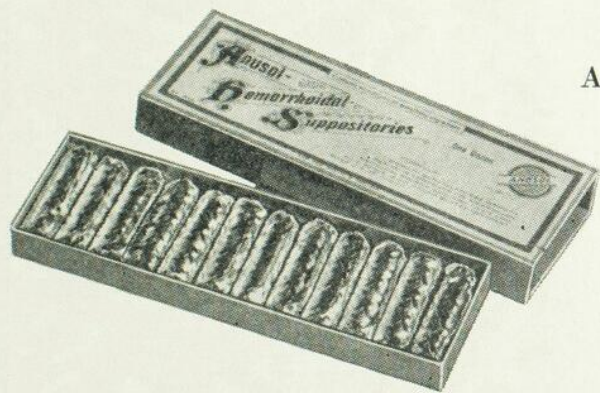
ANUSOL



Il y a plus d'un demi-siècle que les médecins
les préfèrent et les prescrivent.

Les Suppositoires Hémorroïdaux Anusol
soulagent de façon prompte et efficace la douleur
et la gêne causées par les affections ordinaires
du rectum et de l'anus.

Les Suppositoires Hémorroïdaux Anusol ne
contiennent pas de narcotiques ou de substances
analgésiques susceptibles de masquer des
affections anales ou rectales plus sérieuses.
Afin d'obtenir les meilleurs résultats, se servir
d'ANUSOL le matin, au coucher et après
chaque selle.



Les Suppositoires Hémorroïdaux ANUSOL
s'obtiennent en boîtes de 12 suppositoires,
chacun enveloppé individuellement.

ANUSOL

WARNER-CHILCOTT
Laboratories

Filiale de William R. Warner & Co. Ltd.
Toronto, Ont.

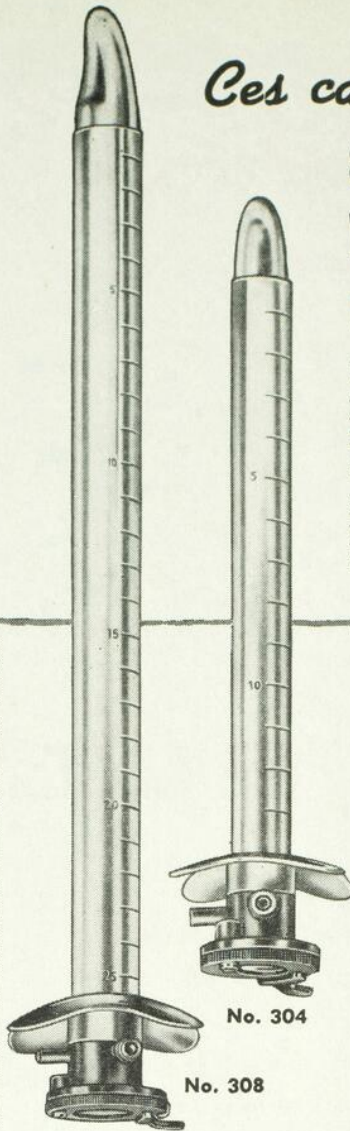
Subgallate de Bismuth	2.25
Bismuth-Résorcine Composé	1.75
Baume nicaraguayen médicinal	3.00
Oxyde de Zinc	11.00
Acide Borique	18.00
Onguent Beurre de Cacao, q.s. a.	100.00

Ces caractéristiques des

**SIGMOIDOSCOPES et des PROCTOSCOPES
WELCH ALLYN**

rendent les examens rectaux plus faciles

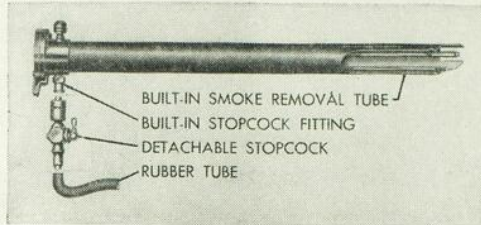
La fréquence des cancers de l'anse sigmoïde et du rectum et la présence dans cette région d'adénomes dont la nature peut également être cancéreuse, démontrent l'importance que peut avoir un examen rectal *complet* au moment où l'on procède à un examen physique. L'usage des instruments éclairants modernes fabriqués par Welch Allyn facilitent grandement la pratique de la sigmoïdoscopie.



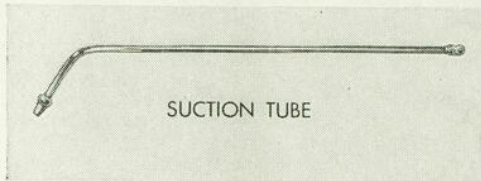
No. 304

No. 308

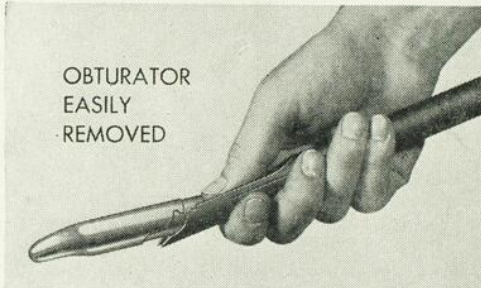
QUATRE FORMATS: Formats réguliers: longueur, 25 cm. x diamètre 21 mm. et longueur, 15 cm. x diamètre 21 mm. Formats pour bébés: longueur, 25 cm. x diamètre, 15 mm. et longueur, 14 cm. x diamètre, 15 mm. Longueurs plus considérables sur commandes spéciales.



BUILT-IN SMOKE REMOVAL TUBE
BUILT-IN STOPCOCK FITTING
DETACHABLE STOPCOCK
RUBBER TUBE



SUCTION TUBE



OBTURATOR
EASILY
REMOVED

No 308-A — Ce sigmoïdoscope possède un tube encastré pour livrer passage à la fumée, une caractéristique qui permet une vision nette pendant la cautérisation.

No 301 — Le tube à suction constitue un accessoire commode pour se débarrasser du suintement et des matières fécales pendant l'examen ou le traitement.

Tous les proctoscopes et les sigmoïdoscopes éclairants Welch Allyn ont un obturateur que l'on peut enlever tel que démontré sans toucher le bout sali de l'obturateur.



S'OBTIENNENT SEULS OU SOUS FORME D'ENSEMBLES: Cet ensemble rectal complet (No 318) est l'un des nombreux ensembles que votre vendeur Welch Allyn se fera un plaisir de vous montrer. Il comprend un anoscope, un poinçon à biopsies, une sonde et un crochet, une poignée à batterie et un conducteur souple, un tube à suction, en plus d'un sigmoïdoscope avec tube encastré pour passage de la fumée et deux proctoscopes.



POIGNEE QUI
S'ADAPTE

No 303 — Cette poignée se fixe solidement et rapidement à l'instrument et contribue à en faciliter l'introduction et la manipulation. (On doit la commander séparément — elle ne fait pas partie des ensembles.)

WELCH ALLYN

Skaneateles Falls, N. Y.

J. F. HARTZ CO., LIMITED

Toronto

Montréal

Halifax

THE STEVENS COMPANIES

Toronto

Winnipeg

Calgary

Vancouver

CASGRAIN & CHARBONNEAU, LIMITÉE

Montréal

Ottawa

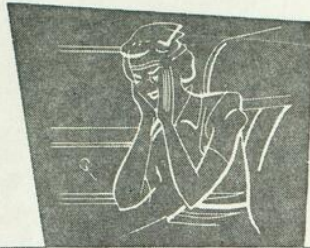
Québec

Maintenant... un traitement plus efficace des nausées et des vomissements dans...

LA GROSSESSE



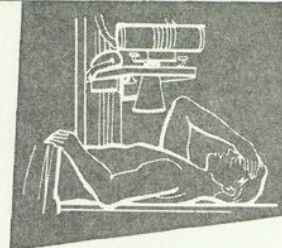
LA
CINÉPATHIE



LA PHASE
POST-ANES-
THÉSIQUE



LES
MALAISES
CAUSÉS PAR
LES
RADIATIONS



APOLAMINE®

Il est prouvé que les substances anti-vomitives ont une efficacité plus grande lorsqu'on les administre en groupes.

L'Apolamine réunit des agents anti-vomitifs effectifs en une association parfaitement équilibrée, permettant ainsi un traitement plus rationnel des réflexes qui gouvernent les nausées et les vomissements.

APOLAMINE

FREINE LE CENTRE MOTEUR RESPONSABLE DES VOMISSEMENTS

Grâce à une sédation légère qui calme le vomissement considéré comme réflexe et apaise le malade

ANNULE L'EXCÈS DE STIMULATION PARASYMPATHIQUE

Qui provoque de la salivation, de l'hypersécrétion gastrique et, partant, le vomissement.

CONTRIBUE AU RÉTABLISSEMENT D'UN MEILLEUR ÉQUILIBRE DU MÉTABOLISME

En fournissant les vitamines du complexe B qui tendent à prévenir la nausée et le vomissement.

CONTRÔLE L'IRRITATION GASTRIQUE LOCALE

Il réduit au minimum les réflexes de nausée causés par divers aliments en diminuant la sensibilité de la muqueuse stomacale.

Chaque comprimé contient: 15 mg. (1/4 grain) Luminal^(R), 0.1 mg. (1/600 grain) sulfate d'atropine, 0.2 mg. (1/300 grain) bromhydrate de scopolamine, 0.1 gm. (1 1/2 grain) benzocaïne, 4 mg. riboflavine, 2.5 mg. chlorhydrate de pyridoxine et 25 mg. nicotinamide.

Apolamine s'obtient en flacons de 100 comprimés.

Luminal est une marque de phénobarbital dont le nom a été déposé aux E.-U. et au Canada.

Winthrop Stearns OF CANADA, LTD
WINDSOR, ONTARIO

443 OUEST, RUE SANDWICH, WEST WINDSOR, ONT.

EXIGEZ le fonctionnement supérieur propre au matériel "American"

Caractéristiques hardies du dessin et de la construction, l'accomplissement du savoir-faire technique . . . exécution et opération précises, l'oeuvre d'ouvriers expérimentés . . . sûreté du fonctionnement, le résultat de la supériorité des matériaux et des méthodes de production. Au point de vue économique, le matériel "American" assure de plus longues périodes d'un service éminemment satisfaisant. Au point de vue clinique, chaque unité est conçue pour aider le chirurgien à atteindre pleinement son objectif.

Convient également pour les
ÉTUDES GYNÉCOLOGIQUES - NEURO-CHIRURGICALES - ORTHOPÉDIQUES



Le LUMINAIRE "AMERICAN" d'après-guerres
(Modèle DMCA)

est le seul à offrir une combinaison unique de rail avec montage décentré qui permet un réglage en hauteur du niveau opératoire la plus grande amplitude. Il offre tout angle désiré dans un plan qui est bien qu'horizontal.

L'importance d'une bonne illumination est évidente dans les différentes branches de la chirurgie. Ces triomphes de conception sont évidents que dans le Luminaire "American".

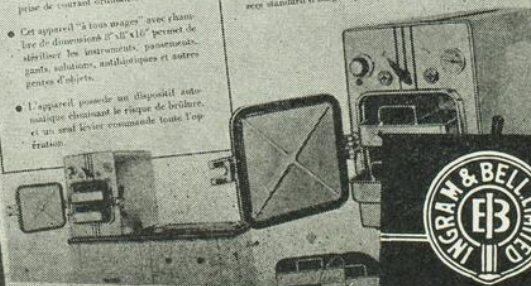
ECHRIEZ ALLEN
1010 Rte. 101
Erie, Pa.

Augmente de **100%** l'espace disponible
... contient deux tiroirs à instruments au lieu d'un

L'AUTOCLAVE JUNIOR à tous usages
L'"American" (MODELE 8816)

- Intégrément automatique et à compensation automatique pour tous genres d'objets.
- Nécessite très peu d'espace. Se pose sur toute surface unie et se branche sur une prise de courant ordinaire.
- Cet appareil "à tous usages" avec chambre de dimension 8" x 11" permet de stériliser les instruments, pansements, gants, solutions, matériel hospitalier et autres genres d'objets.
- L'appareil possède un dispositif automatique éliminant le risque de brûlure, et un seul levier commande toute l'opération.

Pourquoi ou l'on désire un stérilisateur à vapeur sans provision de petite dimension, cet appareil représente un changement radical dans le domaine des autoclaves et répond à tous les besoins. A tous égards, il remplit les mêmes fonctions de précision et il est aussi que les "American" Sterilizer Supply Sterilizer avec standard d'usage répandu dans les hôpitaux.



Comparez
l'état avancé du fonctionnement automatique de

STERILISATEURS "AMERICAN" POUR LES PETITS INSTRUMENTS

Appliquez à ces stérilisateurs supérieurs pour le cabinet privé du médecin, le terme "automatique" comprend tout. Il signifie non seulement le contrôle automatique de température pendant le fonctionnement intermittent, il inclut la sûreté PERMANENTE au moyen de l'interception due au bas niveau d'eau, la sûreté cyclomatique qui garantit contre les risques de "brûlure" et qui protège en même temps les instruments et le stérilisateur.

Si on le laisse fonctionner seul, sans que personne le surveille, comme par exemple pendant une visite urgente ou en un tour fermé de semaine, il n'en résulte aucun danger. Les instruments et le stérilisateur sont toujours prêts à être remis en marche.

Quand les secondes et la précision comptent...

Le TABLE D'OPERATION "AMERICAN-1075"

offre des innovations mécaniques exclusives qui assurent rapidité, précision et confort dans les positions chirurgicales.

STÉRILISATEURS CHIRURGICAUX
pour tous les besoins de l'hôpital, offrant en exclusivité le Contrôle Cyclomatique.

TABLES CHIRURGICALES
opérations majeures ou d'importance secondaire, obstétrique, orthopédie, chirurgie thoracique.

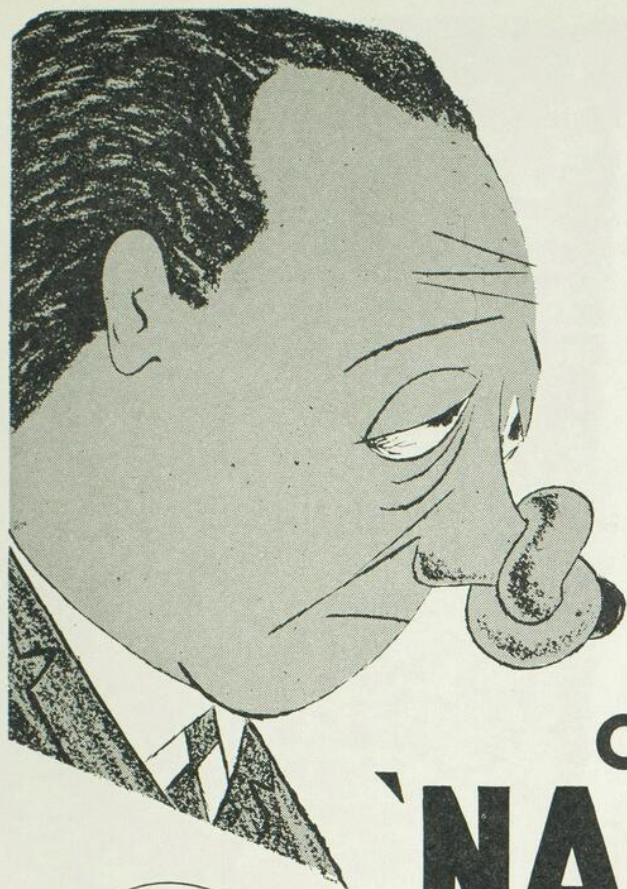
LUMIÈRES CHIRURGICALES
majeures, mineures, obstétriques, d'urgence, germicides.

APPAREILS SPÉCIAUX
unités de laboratoire pour formules de lait, meubles en acier inoxydable, chaises d'invalides, lits à bassin automatique, matelas à points de compression alternatifs, ozonateurs.

Écrivez dès maintenant pour plus de renseignements
AMERICAN STERILIZER COMPANY
Erie, Pennsylvanie



Représentée au Canada par
INGRAM & BELL LIMITED
TORONTO
MONTRÉAL • WINNIPEG • CALGARY • VANCOUVER



*pour soulager
la congestion
nasale*

et autres symptômes désagréables
dans les infections respiratoires
au niveau supérieur



CAPSULES 'NAREMIDE'

TÉTRADE ANALGÉSIQUE-DÉCONGESTIONNANTE

Contient . . .

Chlorhydrate de Propadrine®
chlorhydrate de
phénylpropanolamine
. . . 25 mg. ($\frac{3}{8}$ gr.)

Salicylamide 0.225 Gm. ($3\frac{1}{2}$ gr.)
Acétophénétidine
(Phénacétine) 0.15 Gm. ($2\frac{1}{2}$ gr.)

Cafféine 30 mg. ($\frac{1}{2}$ gr.)

et Fournit

UNE RESPIRATION
PLUS FACILE ET
PLUS NORMALE

ANALGÉSIE
SUPÉRIEURE

UN DOUX
EFFET
STIMULANT

Dose recommandée: Adultes—4 à 6 capsules par jour
Enfants (6-10 ans), 3 à 5 capsules par jour
(3-5 ans), 2 à 3 capsules par jour

Présentation en flacons de 100 (No. 3145)

SHARP & DOHME (CANADA) LTD.
Toronto 16, Ontario

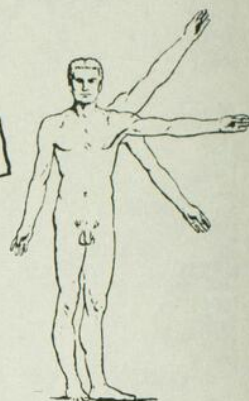


AMELIORATION FRAPPANTE DANS

94.29% DES RHUMATISANTS

traités avec le

Cobaden



Dans une étude clinique approfondie, entreprise par cinq médecins de renom, il a été reconnu que le Cobaden, une combinaison unique de monophosphate-5-d'adénosine et de cyanocobalamine, "avait donné de bons résultats dans le soulagement de la douleur, le rétablissement des mouvements et pour diminuer l'enflure et la sensibilité chez 66 des 70 patients traités pour de l'ostéoarthrite, de la douleur polyarticulaire, de la polyarthrite, la ténosite (bursite), l'inflammation des fascia musculaires, la ténosynovite, la névrite périphérique (sciatique) et la névrite diabétique".¹

1. De Lucia and Strosberg: Med. Times 82: 1, p. 47, 1954.

Chaque cc. de COBADEN contient:

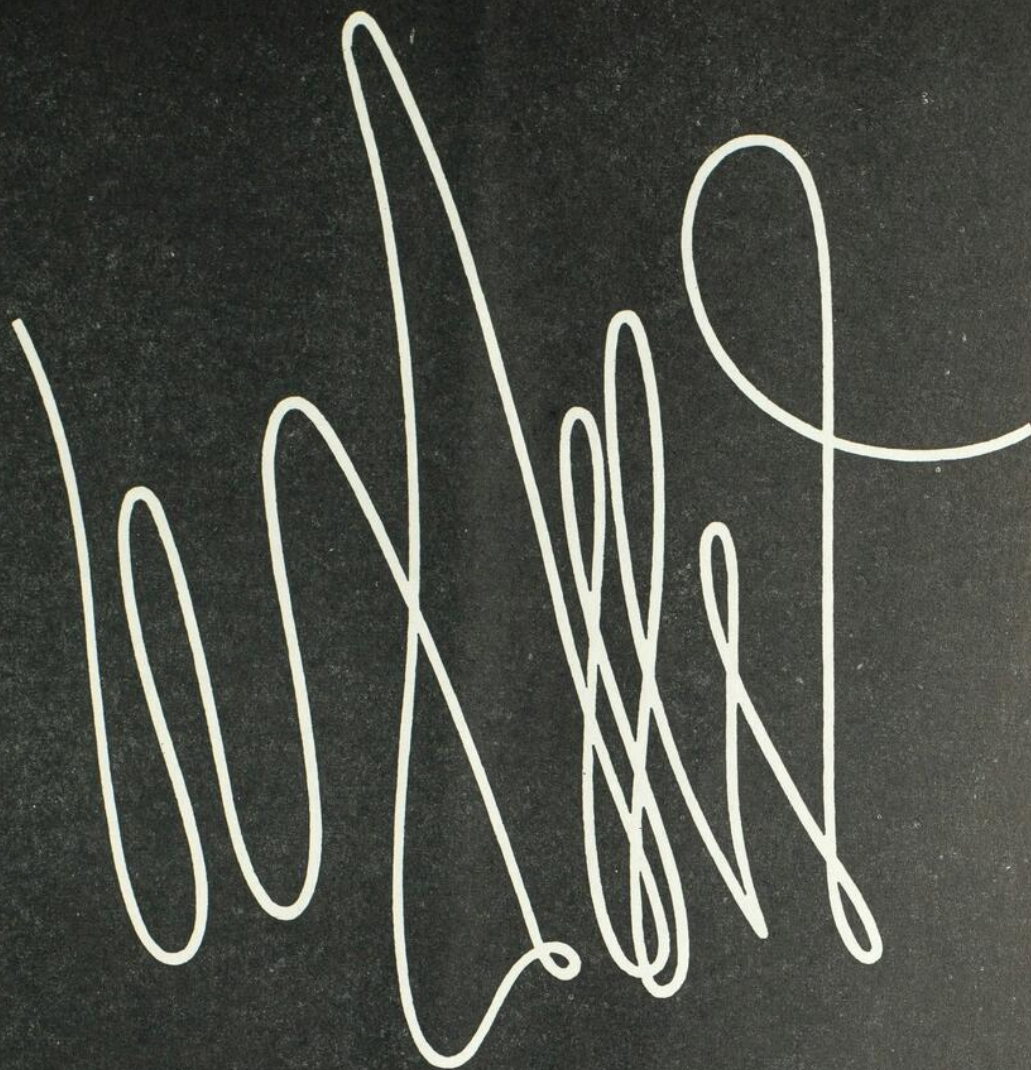
Acide monophosphate-5-d'adénosine 25 mg.
Cyanocobalamine 60 mcg.
Alcool benzylique 1.5%
Eau pour injections q. s.

THE WILBY COMPANY
1242, Avenue du Collège McGill
Montréal 2, Qué.

Rand

PHARMACEUTICAL CO., INC.

333 COLUMBIA STREET, RENSSELAER, NEW YORK



Un indice qui ne trompe jamais...

quel que soit l'angle sous lequel est prise
la photo. Ne peut être confondu avec les os,
ou des taches, sur la plaque radiographique.

COMPRESSES

dépigmentables aux rayons X

RAY-TEC

MARQUE DÉPOSÉE

Johnson & Johnson
LIMITED MONTREAL

Farmer's Wife *Lance une boîte*

À INTÉRIEUR DORÉ



**LAIT CONCENTRÉ
SEMI-ÉCRÉMÉ**
Farmer's Wife no 2
Étiquette bleue

UN PROGRÈS IMPORTANT DANS LA MISE EN BOÎTE DES TITRES DE LAIT

Tous les Titres de Lait Farmer's Wife sont maintenant en vente dans de nouvelles boîtes modernes dont l'intérieur lisse est émaillé or, afin d'éviter tout contact avec le métal brut de la boîte. Ces nouvelles boîtes sont fermées sous vide pour sauvegarder la saveur naturelle du lait et sa valeur nutritive. Les boîtes sont maintenant nettoyées à fond et stérilisées avant le remplissage—et la boîte ainsi que le contenu sont aussi stérilisés après le remplissage et le scellement. SEUL ce type de boîte plus solide permet d'assurer cette protection supplémentaire.

INDICATION DE LA DATE

Une date chiffrée est GRAVÉE sur le dessus de chaque boîte, afin d'aider les représentants Cow & Gate à garder frais les stocks en magasin et de protéger les bébés sous votre surveillance.

LA TENEUR EN VITAMINE D EST PRESQUE DOUBLÉE DANS LES TITRES DE LAIT FARMER'S WIFE

Dans chacun des trois Titres de Lait Farmer's Wife, la teneur en Vitamine D a été portée de 480 Unités Internationales à 800 Unités Internationales par chopine concentrée, par l'addition de cristaux de Vitamine D₃. Les Titres de Lait Farmer's Wife furent les premiers, dans cette industrie, à offrir cet important supplément nutritif.



LAIT ENTIER ÉVAPORÉ
Farmer's Wife no 1
Étiquette rouge



LAIT CONCENTRÉ ÉCRÉMÉ
Farmer's Wife no 3
Étiquette jaune

LES MAMANS AIMERONT CES NOUVELLES ÉTIQUETTES ATTRAYANTES

Les boîtes modernes Farmer's Wife présentent maintenant une nouvelle étiquette frappante, mais elles peuvent encore se reconnaître, quant au type de lait, aux mêmes couleurs familières.

Vous êtes invités à vous procurer des renseignements professionnels sur les titres de lait

COW & GATE (CANADA) LIMITED
Brockville - Ontario

"SPÉCIALISTES DANS LES PRODUITS LACTÉS POUR L'ALIMENTATION DES BÉBÉS"



En obstétrique et "gynéco,"

les fils à suturer

avec aiguille emboutée

ATRALOC*

réduisent le temps opératoire.

ETHICON*



Protection complète

infantol

FRANK W. HORNER LIMITED

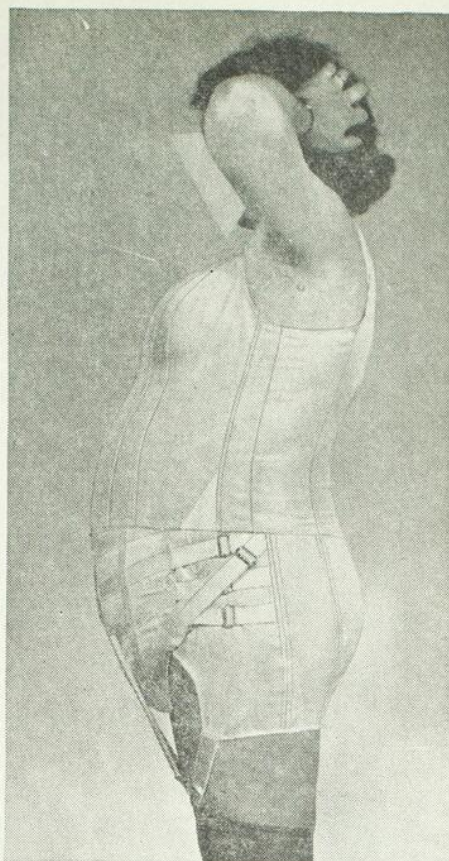
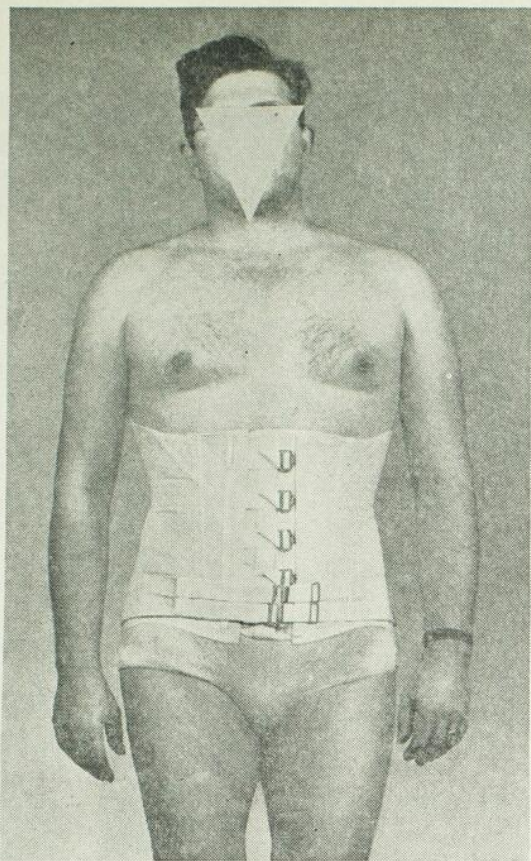
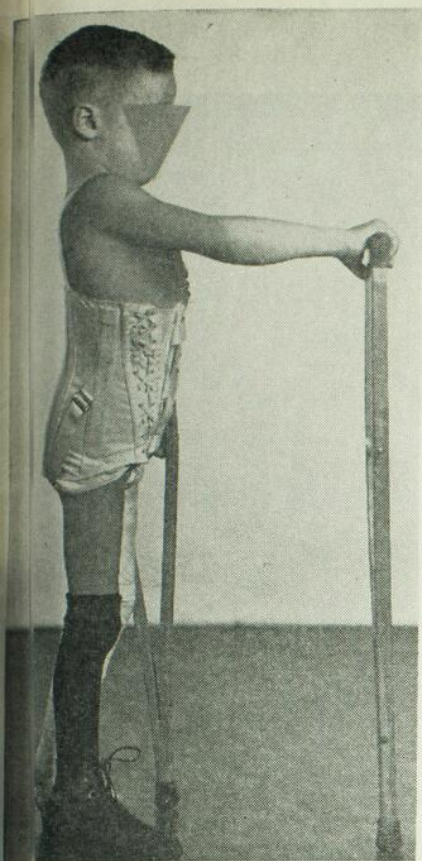


Pou
est-

Tou
pour
• Chaq
taillé
indies
cas
• Chaq
s'étre
• Chaq
la ten
bôis

dreser
une me
pays pour

SP



Pourquoi CHAQUE Support Spencer est-il GARANTI conserver sa forme?

Quand un vêtement de fond — gaine, corset, ceinture — perd sa forme, il perd ses qualités comme support et sa valeur thérapeutique. Cependant, à notre connaissance, Spencer est le seul support qui porte la garantie de conserver sa forme !

Voici pour quelles raisons:

- Chaque Spencer est modelé individuellement, taillé à la main et fait pour répondre aux indications médicales particulières à chaque cas.
- Chaque Spencer est non-élastique (l'élastique s'étire, perd sa forme).
- Chaque Spencer est taillé de manière que la tension porte sur le droit fil (la coupe de biais permet l'élasticité de tout tissu).

Adresser le coupon à droite — ou téléphoner à une marchande de Supports Spencer (voir pages jaunes) pour renseignements.

- Chaque Spencer comporte des baleines flexibles spéciales qui ne se plient pas de côté (les baleines qui se plient de côté permettent à tout support de perdre sa forme).

Les raisons pour lesquelles chaque Spencer est garanti conserver sa forme sont les raisons qui rendent le Spencer *thérapeutiquement, esthétiquement et économiquement* le support de choix. SEUL un support modelé individuellement peut répondre, avec confort, aux divers besoins individuels.

Nous invitons votre investigation.

SPENCER SUPPORTS (CANADA) LIMITED
Rock Island, Québec.

Etats-Unis: Spencer, Inc., New-Haven, Conn.

Angleterre: Spencer, Ltd., Banbury, Oxon.

Veuillez m'adresser le livre gratuit "Les Supports Spencer dans la Thérapeutique Moderne".

Nom M.D.

Adresse

151-10-54

SPENCER

le support dessiné individuellement



recommandé pour les premiers pas de bébé

Examinez l'illustration ci-dessus et vous constaterez que les *Jumping-Jacks* répondent à toutes les conditions exigées d'une première chaussure d'enfant. Le large talon, qui suit la courbe du pied, aide l'enfant à se tenir droit et à poser le pied normalement. La semelle monopiece idéalement souple, se prolonge jusqu'à l'arrière de la cheville et en épouse la courbe.

Les chaussures *Jumping-Jacks* sont construites très soigneusement avec des cuirs de haute qualité. Elles ne se déformeront pas tout le temps que Bébé les portera.

JUMPING-JACKS
Création Savage

SAVAGE SHOES LIMITED • PRESTON ONTARIO



NEURINASE

*amorce le
sommeil naturel*

*Comprimés
Suppositoires*



ALEPSAL

*10cg convulsions
5cg spasmes
1cg5 naupathie*

*Laboratoires
Génévrier*

PARIS - FRANCE



GÉNÉVRAL

**TROUBLES NEURO-CARDIAQUES
HYPERTENSION**

J. EDDÉ, Limitée
1154 Beaver Hall - MONTREAL, Canada

ADULTES - ENFANTS

SPÉCIALEMENT EN PÉDIATRIE...

un Bon
Débuta tellement d'Importance!

L'acceptation précoce d'aliments variés par un nourrisson est importante... non seulement à cause des éléments nutritifs supplémentaires qu'ils lui fournissent... mais parce qu'ils sont la base de bonnes habitudes alimentaires plus tard. Ces dernières, à mesure que l'enfant grandit, permettent à la mère de famille de composer, pour tous, des repas bien équilibrés.

L'acceptation des aliments variés commence avec les "Spécialités du Début" Gerber — Jus d'Orange Passé au Tamis, 5 Céréales, 6 Viandes Passées au Tamis et Jaunes d'Œufs Passés au Tamis — toutes spécialement préparées pour fournir les éléments nutritifs supplémentaires nécessaires dès les premières semaines. Leur saveur douce et agréable ainsi que leur consistance propice à l'ingestion contribuent à leur acceptation spontanée de la part des nourrissons.

Sachant la valeur d'un régime bien équilibré pour les nourrissons, la maison Gerber offre un véritable choix de prescriptions alimentaires avec l'assortiment le plus complet d'aliments pour bébés — comprenant les "Variétés du Début" mentionnées ci-dessus et 24 Fruits, Légumes, Soupes et Desserts Passés au Tamis.

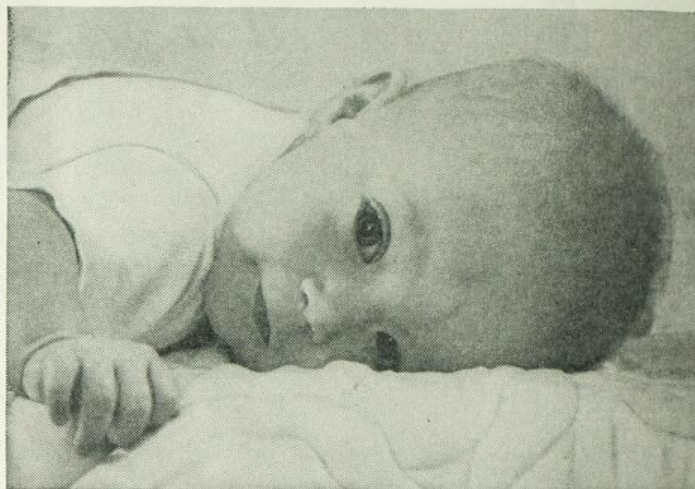
*Nous nous occupons uniquement
de l'alimentation des bébés !*

ALIMENTS
Gerber

POUR BÉBÉS

NIAGARA FALLS, CANADA

5 CÉRÉALES • 58 PURÉES ET ALIMENTS POUR
ENFANTS, Y COMPRIS LES VIANDES

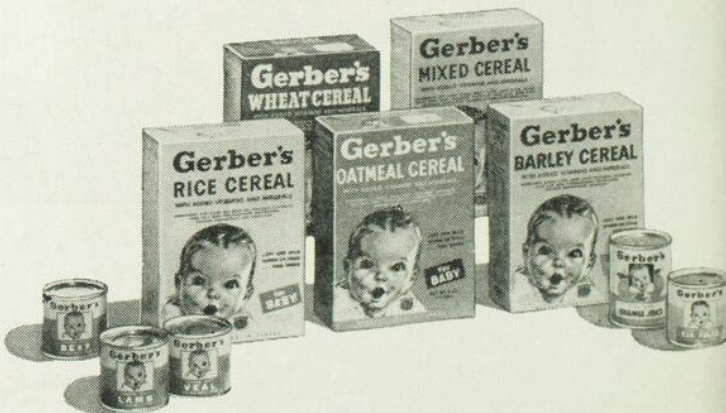


Les Céréales Gerber — Riz, Orge, Avoine, Blé et Mixte — sont faciles à digérer! ... enrichies de vitamines B, de calcium et de fer pour avoir une valeur nutritive supérieure à celle du grain complet.

Le Jus d'Orange Gerber est garanti avoir une teneur uniforme en vitamine C... minimum en essence de zeste et en protéines de fragments de pépins. Hypoallergénique!

Les Viandes Gerber sont dépourvues de croquant et de tissus cellulaires coriaces, ont une faible teneur en matières grasses (jamais plus de 5.5%), une haute valeur protéique.

Les Jaunes d'Œufs Gerber ont une consistance crémeuse semblable à celle de la cossetarde. Stérilisés à la chaleur pour sécurité absolue. Source importante de protéines.



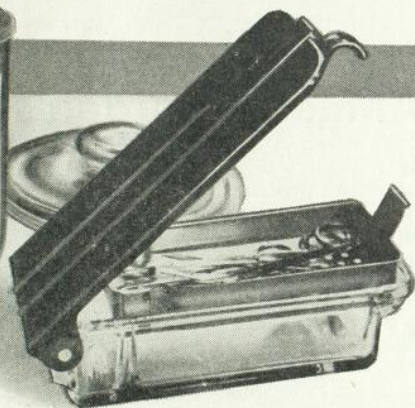
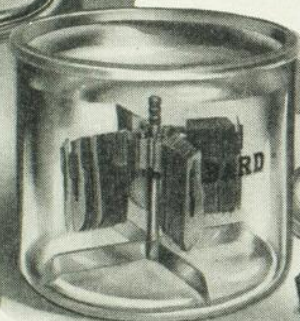
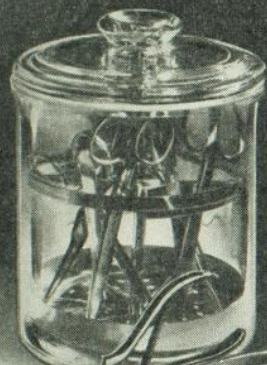
Il a tout ce qu'il faut pour
**DESINFECTER CHIMIQUEMENT LES INSTRUMENTS
CHIRURGICAUX LES PLUS DELICATS**

Vous pouvez avoir pleinement confiance au

B-P FORMALDEHYDE GERMICIDE

contient HEXACHLOROPHENE (G-11*)

- II TUE** les pathogènes actifs et les sporogènes en moins de 5 minutes.*
- II TUE** les spores en moins de 3 heures.*
- II TUE** le bacille de Koch en moins de 5 minutes.*



*Marca Registrada Sindar Corp.

SUGGESTION! Les CONTENANTS B-P

sont tous faits pour que vous puissiez vous en servir commodément avec le B-P GERMICIDE.

Lorsqu'on l'emploie selon les directions, il n'endommage pas le taillant des instruments les plus tranchants, la pointe des aiguilles hypodermiques ou des aiguilles pour sutures, les ciseaux et autres instruments délicats. . . . Il ne cause ni rouille ni corrosion, ni dommage d'aucune sorte au métal.

VOILA LA METHODE QUI réduit au minimum ce qu'il en coûte pour remplacer les solutions germicides et les instruments ainsi que pour réparer ceux-ci.

Peut servir plusieurs fois s'il n'est pas dilué et s'il ne contient pas de corps étrangers.

*Un tableau de comparaison vous sera envoyé sur demande.

Demandez-le à votre fournisseur

PARKER, WHITE & HEYL, INC.
Danbury, Connecticut, U.S.A.



"Du lait... c'est pour les enfants"

Pour bébés allergiques au lait . . .

Borden's Mull-Soy (Aliment Emulsifié à Base de Fève de Soya) est indiqué comme succédané idéal du lait. Mull-Soy offre les avantages suivants:

- Dilution facile avec l'eau
- Simplification de la formule
- Valeur nutritive égale à celle du lait complet
- Hypoallergénique dans les cas d'allergie au lait.

Composition Approximative de Mull-Soy

	Borden's Mull-Soy*	Lait de vache ordinaire, complet
Calories par once liq.	20	20
Protéines	3.1%	3.3%
Matières grasses	4.0%	3.8%
Hydrates de carbone	4.5%	4.9%
Total des sels minéraux	1.0%	0.7%
Calcium	0.13%	0.118%
Phosphore	0.11%	0.093%
Fer	0.0002%	0.0002%
Eau	87.3%	87.3%

*dilué avec un volume égal d'eau

Autres Aliments Borden's pour Formules



Dryco—

un lait en poudre riche en protéines et pauvre en matières grasses dont l'emploi est particulièrement avantageux pour l'alimentation des bébés prématurés.



**Lait Protéiné en Poudre
Marque (C.M.P.)**

un lait acidifié basé sur la formule de Finkelstein. Ses avantages ont été cliniquement prouvés dans le traitement de la Maladie Coeliaque, de la Diarrhée Fermentescence et dans l'Alimentation des Bébés Prématurés.



Lait Evaporé—

un lait complet évaporé, homogénéisé, enrichi de Vitamine D.



Nutrilac—

un lait évaporé, partiellement écrémé et homogénéisé.



Lait à l'Acide Lactique en Poudre (Marque C.M.P.)

un lait en poudre qui est fréquemment indiqué dans les cas d'alimentation infantile présentant des problèmes spéciaux. En boîtes scellées sous atmosphère inerte pour préparation à domicile.



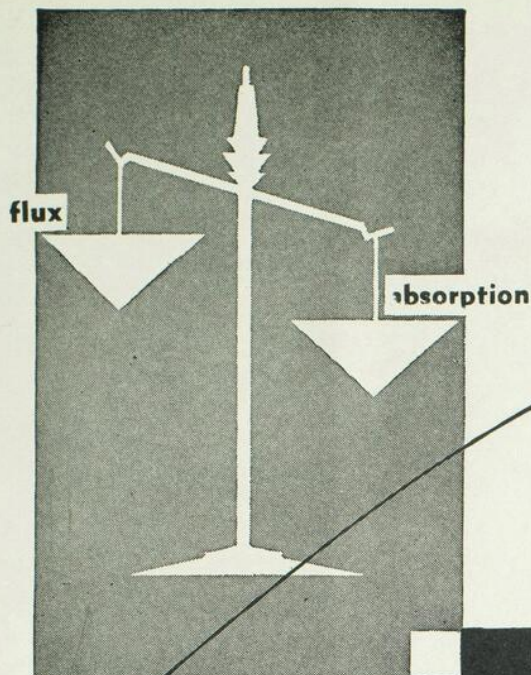
Starlac—

la source de protéines la plus économique qui soit. Starlac est un lait écrémé en poudre de qualité pour ordonnances; il est facilement digéré et a un goût très agréable.

Pour de plus amples renseignements sur tout Aliment Borden's pour Formules, veuillez écrire à

THE BORDEN COMPANY, LIMITED

Service des Aliments pour Formules,
Spadina Crescent, Toronto, Ont.



si efficace

La marge de sécurité entre le volume du flux menstruel* et la capacité d'absorption des tampons TAMPAX est plus que suffisante. La vente de plus de deux billions de TAMPAX, au cours des douze dernières années, en est un témoignage probant. Le confort et la commodité que procurent les trois degrés d'absorption de ces tampons intravaginaux (avec applicateurs individuels) donnent entière satisfaction aux femmes.

*Am. J. Obst. & Gyn., 31:979, 1936.

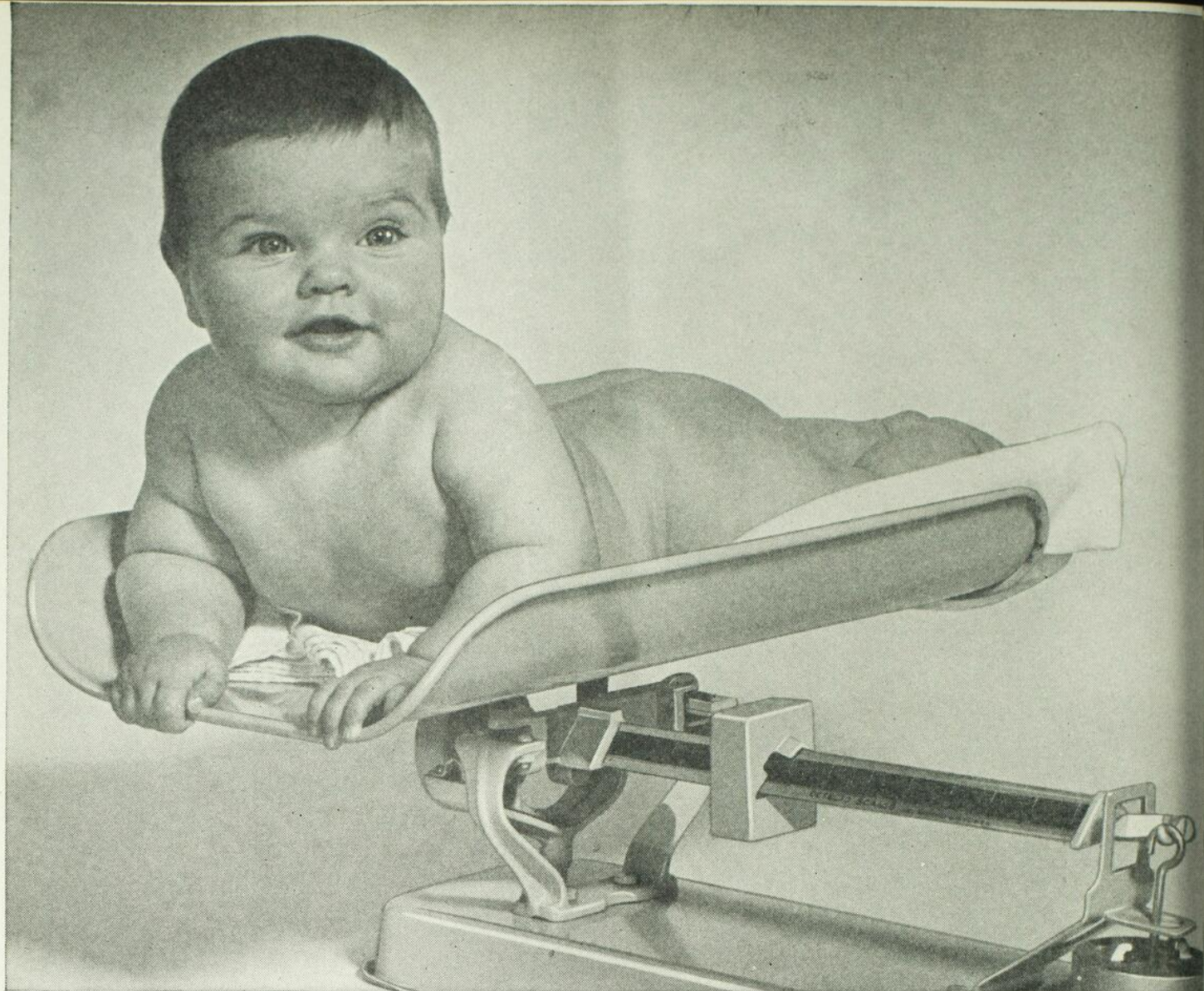
**CANADIAN TAMPAX
CORPORATION LTD.,
BRAMPTON, ONTARIO**

Publicité acceptée par "The
Journal of the American
Medical Association"

TAMPAX

La protection menstruelle interne de choix

Echantillons profes-
sionnels envoyés sur
demande.



Champion poids-lourd

Il est déjà le champion de sa catégorie—tout comme des milliers d'autres enfants solides et en parfaite santé qui, depuis leur naissance, ont profité, grâce aux produits Heinz. Chaque année, et par une forte majorité, les gagnants des concours de bébés par tout le Canada, sont des bébés Heinz.

Les protéines qu'un enfant assimile dans les purées et viandes Heinz pour enfants, sont un apport important à sa diète et leur contribution est reconnue par la profession médicale.

Un assortiment complet de purées et viandes Heinz pour enfants est à votre disposition et chaque variété mérite votre recommandation.

Viandes et Purées **Heinz**
POUR BÉBÉS ET ENFANTS

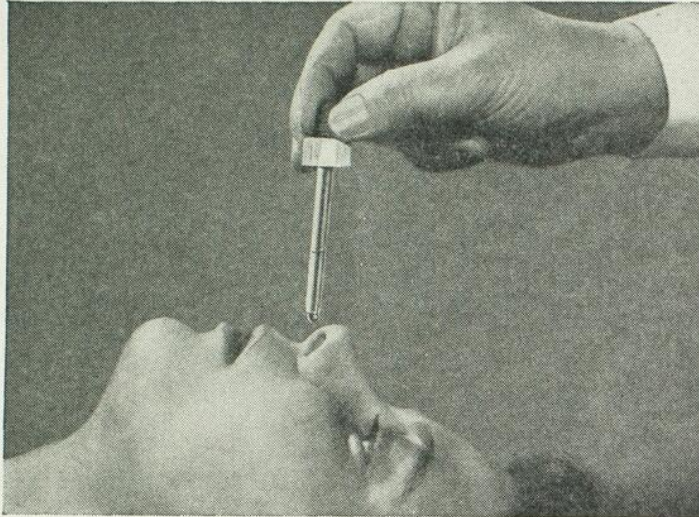


Thérapeutique antibactérienne efficace dans les cas de
SINUSITE, RHINITE, OZENE

FURACIN[®]

sans entraver les mécanismes de défense naturelle

FURACIN NASAL
pur • avec éphédrine • avec Néo-Synéphrine



LE Furacin possède l'avantage de

- Ne pas ralentir l'activité ciliaire
- Ne pas retarder la cicatrisation
- Ne pas nuire à la phagocytose
- Ne pas inhiber la lysosyme nasale

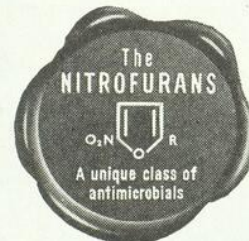
Formules: Le *Furacin Nasal pur* contient 0.02% de Furacin, marque de nitrofurazone NNR, dans une solution aqueuse, isotonique et tamponnée. Le *Furacin Nasal avec Ephédrine* contient 1% de chlorhydrate d'éphédrine. Le *Furacin Nasal avec Néo-Synéphrine* contient 0.25% de phényléphrine. Flacon de ½ once.

* Néo-Synéphrine: Marque de phényléphrine déposée au Canada par Winthrop-Stearns of Canada Ltd.



Littérature sur demande.

LABORATORIES Inc.
NORWICH, NEW YORK



LE FURACIN EST AUSSI PRÉSENTÉ SOUS FORME DE
SUPPOSITOIRES VAGINAUX • POUDRE SOLUBLE • SUPPOSITOIRES URÉTHRAUX






Distribué exclusivement au Canada par

AUSTIN LABORATORIES LTD.
GUELPH, CANADA.

IMPORTANT

S.V.P. SPECIFIEZ **KNOX**
LORSQUE VOUS PRESCRIVEZ DE LA "GÉLATINE"

Il y a une raison à cela, étant donné que toutes les "gélamines" ne se ressemblent pas. Les marques de gélamines aromatisées contiennent 85% de sucre et seulement 10% de gélatine.

-  **KNOX** ne contient que des protéines - sans sucre
-  **KNOX** peut servir dans les régimes pour diabétiques
-  **KNOX** peut servir dans les régimes riches en protéines
-  **KNOX** peut servir dans les cures d'amaigrissement
-  **KNOX** peut servir dans les régimes pauvres en chlorure de sodium

Depuis 64 ans la profession médicale place sa confiance en Knox et la famille Knox fera en sorte qu'il en soit toujours ainsi.

KNOX la gélatine véritable
seulement des protéines - sans sucre

Format famille
4 enveloppes



KNOX GELATINE • JOHNSTOWN, NEW YORK, U.S.A.

RÉGULATEUR DU TONUS VAGO-SYMPATHIQUE

DÉS ANXYL

COMPRIMÉS KÉRATINISÉS



FORMULE:

hypophyse fraîche - chlorhydrate d'éphédrine, phénobarbital.

belladone stabilisée, extrait d'euphorbe, crataegus, scille.

INDICATIONS:

états anxieux, dyspnées asthmatiformes, asthme, emphysème. Spasmes gastriques et intestinaux.

Tempéraments émotifs, instables ou anxieux, insomnies d'origine neurovégétative, vertiges, migraines, affections allergiques.

Contre-indiqué dans l'hypertension élevée, l'albumine, les affections organiques cardiaques et le diabète.

Docteur,

En prescrivant le DESANXYL, spécifiez "EDDÉ"

Flacons de 30, 100, 500

J. EDDÉ, LIMITÉE,

1154, Beaver Hall, Montréal — Tél.: UN. 6-1806

Maison fondée en 1918

Une
alimentation
carnée
précoce
est d'une
réelle
importance



Des études cliniques soulignent les avantages d'une alimentation carnée pour les très jeunes bébés. Aujourd'hui, de plus en plus de médecins recommandent une alimentation carnée précoce.



Des bébés de six semaines à qui l'on avait donné de la viande avaient une concentration d'hémoglobine plus élevée que ceux à qui l'on n'en avait pas donné.

Leverton et Clark, "Meat in the Diet of Young Infants," J.A.M.A., 134, 1215, (1947). Egalement, Leverton, Clark, Bancroft et Copeman, "Further Studies of the Use of Meat in the Diet of Infants and Young Children," J. Pediatrics, 40, 761, (1952).



Dans le cas de bébés allergiques aux protéines du lait, la formule lactée peut être remplacée par une formule préparée avec de la viande.

McQuarrie et Ziegler, "Nutritive Value of Mineral-Enriched Meat and Milk," Pediatrics, 5, 210, (1950).



Même les bébés prématurés digèrent et utilisent les éléments nutritifs de la viande aussi bien que ceux du lait.

Sisson, Emmel et Filer, "Meat in the Diet of Prematures," Pediatrics, 7, 89, (1951).

Ces viandes peuvent être données très tôt dans la formule des très jeunes bébés. 7 sortes pour varier — toutes 100% viande. Boeuf, Agneau, Veau, Porc, Foie, Coeur, Foie-et-Bacon. Egalement, Saumon pour Bébés.



Toutes les déclarations concernant l'alimentation qui sont contenues dans cette annonce ont l'approbation du Comité des Aliments et de la Nutrition de l'Association Médicale Américaine.

Swift's

LA PREMIÈRE MARQUE EN
FAIT DE
Viandes pour Bébés

Les premières viandes 100% cliniquement essayées

NOUS NOUS OCCUPONS DE LA NUTRITION



Nouveau—Jaunes d'Oeufs Swift's Passés au Tamis pour Bébés. Un nouveau procédé spécial stérilise les jaunes pour plus de pureté—en réalité, plus sûrs pour les bébés que les oeufs frais. Une riche source de fer. Précuits, prêts à servir.

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 tolérance ni complications.

Littérature sur demande.

AGENTS CANADA DRUG.CO.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.

La
BANQUE CANADIENNE NATIONALE

est à vos ordres pour
toutes vos opérations
de banque et de
placement.



Actif, plus de \$500,000,000
566 bureaux au Canada

Le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada

AVIS CONCERNANT LES EXAMENS

On fait maintenant passer les examens pour le diplôme d'Associé (Fellow) en médecine et en chirurgie, et pour le certificat des spécialités médicales et chirurgicales approuvées.

Les demandes d'admission aux examens de 1955 seront acceptées jusqu'au **30 avril 1955**.

Les règlements et les conditions régissant les examens, tels que révisés en mai 1951, la liste des hôpitaux canadiens approuvés, des formules de demande d'admission aux examens, de même que des formules de demande d'évaluation, peuvent être obtenus du:

Secrétaire Honoraire,
Le Collège Royal des Médecins
et Chirurgiens du Canada,
150, rue Metcalfe,
Ottawa 4, Canada.

MAINTENANT

Donnez-vous la preuve que
le **RINCE-COUCHES SOFTIE**
prévient l'irruption due aux
couches de façon certaine!



Voici l'occasion pour vous de constater en clinique les mérites du composé de l'ammonium quaternaire dont le nom de commerce déposé est SOFTIE. Depuis plus d'un quart de siècle, l'Associated Chemical Company a fait bénéficier les Canadiens des dernières découvertes dans le domaine des bactéricides, des désinfectants et des agents de sanitation. Et maintenant, cette même firme désire que chaque médecin puisse se rendre compte par lui-même de l'efficacité de SOFTIE pour prévenir la dermatite causée par l'ammoniaque. Sur demande vous recevrez un généreux échantillon de SOFTIE. Remplissez simplement le coupon ci-contre et faites-nous le parvenir

Voici ce que fait SOFTIE :

Etant à base de Chlorure de Dialkyl Dimethyl Ammonium, SOFTIE, lorsqu'on l'emploie au dernier rinçage, élimine totalement les bactéries qui provoquent le dégagement d'ammoniaque dans l'urine du bébé. Plusieurs laboratoires ont prouvé individuellement et de façon conclusive que le composé de l'ammonium quaternaire contenu dans SOFTIE pouvait prévenir la

prolifération bactérienne dans des couches imprégnées d'urine pendant plus de 15 heures. Ainsi on rend absolument impossible l'éventualité de voir des couches imbibées d'urine se transformer en milieux de culture pour les bactéries qui synthétisent l'ammoniaque à partir de l'urée.

De plus —

SOFTIE rend les couches et le linge encore plus doux pour les peaux sensibles !

Egalement disponible en solution doublement concentrée pour l'hôpital.

**ASSOCIATED
CHEMICAL**
COMPANY OF CANADA
LIMITED

Associated Chemical Co. of Canada Limited
Box 509, Toronto 15, Ont.

Veillez m'envoyer mon échantillon de Rince-Couches SOFTIE.

Nom.....

Adresse.....

Ville..... Prov.....

Votre Formule Lui Va



Quand vous prescrivez à un bébé une formule au Lait Evaporé Carnation, vous pouvez être assuré qu'elle lui *ira* — elle l'a fait pour des millions d'autres bébés, y compris des prématurés et des jumeaux.

Vous rendez aussi service à la mère. Les formules au Carnation sont faciles à préparer et économiques. Le Lait Carnation est stérile en sortant de la boîte. Il est toujours uniforme où qu'elle l'achète. Et on peut se le procurer partout et en garder facilement une quantité suffisante sous la main.

Le procédé de raffinement à chaud Carnation fait du Carnation un lait à caillé mou qui est facile à digérer. Carnation exerce un contrôle sévère depuis le lait cru jusqu'au produit fini.



Le Lait Connu de Tous les Médecins

**PRESCRIT POUR PLUS DE BÉBÉS CANADIENS
QUE TOUTES LES AUTRES MARQUES RÉUNIES**



**"Provenant de Vaches
Bien Nourries"**

LACTOGEN

est une poudre de lait complet se rapprochant étroitement du lait humain

Lactogen est composé de lait de vache complet modifié par addition de lacto-lipide et de lactose. Il ne contient aucun succédané.

La composition de Lactogen se rapproche très étroitement de celle du lait humain sous tous rapports, mais elle est plus riche d'un tiers en protéines.

On prépare Lactogen en le délayant simplement dans de l'eau chaude préalablement bouillie. On le prépare aussi facilement pour un seul repas que pour plusieurs.

NESTLÉ (CANADA) LTD.



BANDAGE ÉLASTIQUE **TENSOR**

MARQUE DÉPOSÉE

Curity

MARQUE DÉPOSÉE

**MOINS CHER,
MAINTENANT,
à la
DOUZAINE**

TENSOR, le seul bandage élastique tissé de fils de véritable caoutchouc, se vend maintenant aux hôpitaux dans une nouvelle boîte commode d'une douzaine. Oui, les bandages élastiques Tensor Curity vous coûtent *moins cher* quand vous les achetez dans le commode emballage d'une douzaine pour hôpitaux.

Tensor est deux fois plus élastique que les bandages d'autrefois. Il est tissé de fils de véritable caoutchouc—pas seulement de coton. Il en résulte que vous pouvez régler la tension plus exactement—vous pouvez appliquer une pression *faible* aussi facilement et aussi uniformément qu'une pression élevée dans le traitement des maladies vasculaires et musculaires.

UN PRODUIT EXCLUSIF À BAUER & BLACK

Division de Kendall Company (Canada) Limited
Curity Ave., Toronto 13

Curity

MARQUE DÉPOSÉE

LE BANDAGE ÉLASTIQUE LE PLUS APPRÉCIÉ

N.B.—
On peut toujours se procurer le bandage élastique Tensor en boîte individuelle.

Tensor s'ajuste de lui-même à mesure que l'enflure croît et décroît. Il n'est donc pas étonnant que le bandage élastique Tensor Curity soit le bandage le plus apprécié dans les hôpitaux du Canada.

TABLE DES ANNONCEURS

	Pages		Pages
Abbott Laboratories (Blutene) — (Nembutal)	XLV - XLVI	Laboratoires Desautels (Propylose - B)	XXXVIII
American Sterilizer Co. (Matériel "American")	LXV	Laboratoires Jean Olive (Vasoverine)	XIV
Ames Company of Canada Limited (Decholin avec Belladone)	XXIII	Laboratoires Jean Olive (Calcium Jol) — (Neuro Solène) XLII	
Anglo-French Drug Cie Limitée (Hemo-Bex)	XLVII	Laboratoires Jean Olive (Tussolyse Codéinone)	XVI
Associated Chemical Co. of Canada Ltd. (Softie)	LXXXVI	Laboratoires Jean Olive (Egosalyl) — (Argédrine)	XX
Austin Laboratories Limited (Furacin)	LXXX	Laboratoires Jean Olive (Revitalose)	XXIV
Ayerst, McKenna & Harrison Limitée (Béminal avec phénobarbital) — (Médiatric)	XXI - XXII	Lakeside Laboratories (Canada) Limited (Neohydrin) XXXIX	
Banque Canadienne Nationale	LXXXV	Lederle Laboratories (Géviral)	I
Barnes Company, Limited, A. C. (Argyrol)	XLI	Lederle Laboratories (Achromycine)	XLVIII - XLIX
Bauer and Black (Tensor "Curity")	LXXXIX	Lederle Laboratories (Hibicon)	LIII
Bell-Craig Limited (Probèse T. D.)	CX	Librairie Beauchemin Limitée	XL
Borden Co. Limited, The (Mull-Soy)	LXXVII	Mead Johnson & Company of Canada Limited (Mejalin)	Troisième page de la couverture
Bristol (Polycycline)	XXXI - XXXII	Merck & Company Limited (Mandelamine)	XXIX
British Drug Houses (Anatensine)	XIX	Merck & Company Limited (Cortone avec Bacitracine)	XV
Canada Drug Company (Betagen) — (Bicalgen D) — (Tri-sulfa) — (Somenal)	XXVIII	Merrell (Mercodol)	XXV
Canada Drug Company (Paveral)	LXXXV	Millet, Roux & Compagnie (Néo-Spasmyl)	III
Canada Starch Company Ltd., The (Sirops: "Crown Brand", "Lily White")	XVIII	Nestlé (Canada) Limited (Lactogen)	LXXXVIII
Canadian Tampax Corp. Ltd. (Tampax)	LXXXVIII	Pan Pharmacals Limited, The (Berex — Succinate- Salicylate)	XLIII
Carnation (Lait)	LXXXVII	Parker, White & Heyl, Inc. (B-P Formaldehyde Germicide) LXXVI	
Ciba Limitée (Serpasil)	LI	Parke, Davis & Cie, Limitée (Surital)	LX
Cow & Gate (Canada) Limited (Lait "Farmer's Wife") LXIX		Pfizer Canada Limited (Tetracycl)	XXVII
Eddé, J., Limitée (Désanxyl)	LXXXII	Poulenc Limitée (Largactil) .. Deuxième page de la couverture	
Eddé, J., Limitée (Neurinase — Alepsal — Génévral) LXXIV		Rand Pharmaceuticals Co. Inc. (Cobaden)	LXVII
Frosst, Charles E. & Co. ("Acetophen") — ("Twin-Barb") — (Noctinal) — (Negadine) — (Flavaco) — (Flavedrin)	LV - LVI - LVII - LVIII	Rougier Frères (Digitaline Nativelle)	V
Frosst, Charles E. & Company ("Gouttes Zephadon") — (Trulfacillin) — (Trulfa-zinc) — (Trulfa) VII - VIII - IX - X		Rougier Frères (Natisédine) .. Première page de la couverture	
Frosst, Charles E. & Company (Sedalka)	IV	Sandoz Pharmaceuticals (Plexonal)	XXVI
Geigy Pharmaceuticals (Tromexan)	XI	Savage Shoes Limited (Jumping-jacks)	LXXXIII
Gerber (Aliments pour bébé)	LXXV	Searle & Company, G. D. (Pro-Banthine)	XXXIII
Heinz (Viandes et Purées)	LXXXIX	Sharp & Dohme (Canada) Limited (Naremid)	LXVI
Herd & Charton, Inc. (Cardalin)	LII	Smith, Kline & French Inter-American Corp. (Dexamyl Spansule)	XIII
Herd & Charton, Inc. (Camirrol)	L	Smith & Nephew Limited (Emplâtres-Extension Elastoplast)	XXXVI
Herd & Charton, Inc. (Uroprazine)	LIV	Spencer Supports (Canada) Limited (Support Spencer) LXXII	
Herd & Charton, Inc. (Vichy Célestins)	II	Swift's Canadian Co. Limited (Viandes pour bébés)	LXXXIII - LXXXIV
Hoffmann-La Roche Limitée (Lévo-Dromoram) — (Nisentif)	XVII	Upjohn Co. of Canada, The (Pamiphen)	LXI
Horner Limited, Frank W. (Infantol)	LXXI	U. S. Vitamin Corp. of Canada, Limited (Methischol) XXXV	
Johnson & Johnson (Ray-Tec)	LXVIII	Vinant Limitée (Caréna) — (Parturiol Lafa)	XXX
Johnson & Johnson Limited, Division Ethicon (Atralog)	LXX	Vinant Limitée (Thiodérazine) — (Opobyl)	XXXIV
Knox (Gelatine)	LXXXI	Warner-Chilcott Laboratories (Péritrate)	LIX
Laboratoire Bio-Chimique Inc. (Celluka)	XLIV	Warner-Chilcott Laboratories (Anusol)	LXII
Laboratoire Desbergers Limitée (Dynamycine)		Welch-Allyn (Sigmoidoscopes — Proctoscopes)	LXIII
..... Quatrième page de la couverture		Winthrop-Stearns of Canada Limited (Apolamine)	LXIV
		Wyeth & Bros. (Canada) Limited, John (B-Plex)	XXXVII



PROBESE . . . sous une **NOUVELLE** forme

PROBESE TRIPLE DÉSINTÉGRATION

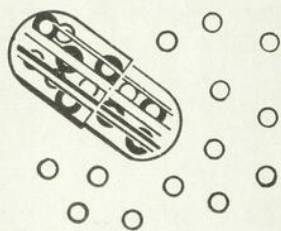
PROBESE A.B.C. peut maintenant être administrée en une seule capsule quotidienne dont la désintégration s'effectue par étapes. Les granules jaunes sont libérés immédiatement — les verts, après 4 heures, et les roses, au bout de 8 heures.

**CAPSULES
PROBESE
T. D.**

élimine la surveillance de l'horaire

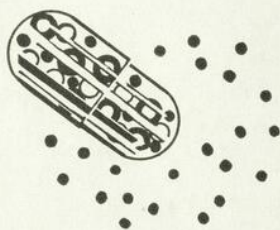
CAPSULES PROBESE T. D.

permettent l'administration des trois formules originales en une seule capsule



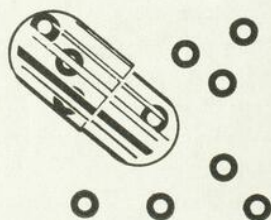
DÉSINTÉGRATION IMMÉDIATE

Sulfate d'amphétamine	5 mg.
Thyroïde U.S.P.	2/3 gr.
Sulfate d'Atropine	1/360 gr.
Aloïn	1/4 gr.



INGRÉDIENTS LIBÉRÉS APRÈS 4 HEURES

Sulfate d'amphétamine	5 mg.
Thyroïde U.S.P.	2/3 gr.
Sulfate d'Atropine	1/360 gr.



INGRÉDIENTS LIBÉRÉS AU BOUT DE 8 HRES

Sulfate d'amphétamine	5 mg.
Thyroïde U.S.P.	2/3 gr.
Phénobarbital	1/4 gr.

Présenté en boîtes de 30 capsules (approvisionnement mensuel) avec diète quotidienne de 1300 cal. et indice des calories.

PROBESE T. D.

LA PRÉPARATION
PARFAITE POUR
LE CONTRÔLE
DE L'OBÉSITÉ

BELL-CRAIG LTD. 270 PARLIAMENT ST. • TORONTO 2



LA RÉPONSE À TOUS CES PROBLÈMES

MEJALIN

Mejalin facilite la prescription

Un seul nom à retenir



Prescrivez Mejalin à l'homme d'affaires surchargé qui "n'a pas le temps de manger" . . . à vos patients âgés qui mangent trop peu ou irrégulièrement ou qui ont besoin d'un supplément de vitamines. N'essayez pas de retenir tous les produits du complexe vitaminique B . . . tout ce qu'ils contiennent ou ne contiennent pas . . . il y en a trop. Mais il y en a un qui est tout indiqué pour vos nombreux patients qui requièrent une protection quotidienne contre la carence du complexe B dans l'alimentation . . . pour vos malades chez qui l'utilisation ou la synthèse du complexe B sont défectueuses, comme dans certains troubles du tube digestif et dans l'antibiothérapie.

Et ce produit est **MEJALIN**.

Et **MEJALIN** sera favorablement accueilli par le patient à cause de sa présentation très agréable.

Chaque Capsule Mejalin contient:

Thiamine	1.0 mg.
Riboflavine	1.0 mg.
Niacamide	10.0 mg.
Pyridoxine HCl	0.4 mg.
d-Pantothénate de calcium	1.8 mg.
Vitamine B12 (cristallisée)	1.0 mcg.
Acid Folique	0.7 mg.
Biotine	0.02 mg.
Foie desséché	300.0 mg.
Sulfate ferreux (équivalent à 7.5 mg. de fer)	25.5 mg.

CAPSULES MEJALIN

FLACONS DE 100

Le supplément COMPLET en vitamines B.

MEAD

MEAD JOHNSON & COMPANY OF CANADA LIMITED
TORONTO • BELLEVILLE

Une nouvelle étoile au firmament des
ANTIBIOTIQUES
DYNAMYCINE

UN NOUVEL AGENT BACTÉRICIDE
ACTIF CONTRE LES ORGANISMES

INDICATIONS

• Abscès périamygdaliens
• Amygdalite
• Angine streptococcique
• Broncho-pneumonie
• Cellulite
• Erysipèle
• Fièvre scarlatine
• Furunculose
• Infections urinaires
• Laryngite
• Otite moyenne
• Pharyngite
• Plaies infectées
• Pneumonie lobaire
• Pyodermie
• Sinusite
• Bactériémie
• Brucellose
• Coqueluche
• Diphtérie
• Endocardite
• Typhus

GRAM-POSITIFS
GRAM-NÉGATIFS

RICKETTSIES
CERTAINS VIRUS

UNE IMPORTANTE BIBLIOGRAPHIE DÉMONTRE
DES QUALITÉS PARTICULIÈRES

- POUVOIR DE PÉNÉTRATION ET DE
CONCENTRATION DANS LES TISSUS
- N'EST PAS DÉTRUIT PAR LES SUCS GASTRIQUES
- NE PRODUIT PAS DE RÉSISTANCE NI DE
CONTRE-RÉSISTANCE
- AGIT MÊME CHEZ LES PATIENTS DEVENUS
RÉSISTANTS AUX AUTRES ANTIBIOTIQUES
- PAS DE TROUBLES GASTRO-INTESTINAUX
AUX DOSES ORDINAIRES
- AUCUNE TOXICITÉ

Chaque dragée jaune est dosée à 50 mgm. de Dynamycine

Chaque dragée orange est dosée à 100 mgm. de Dynamycine

Chaque dragée rouge est dosée à 250 mgm. de Dynamycine

DOSE ORDINAIRE : 200 à 300 mgm. à toutes les 6 ou 8 heures

INFECTIONS AVEC TEMPÉRATURE ÉLEVÉE : Dose initiale de 500 mgm.,
suivie de 250 mgm. à toutes les 6 ou 8 heures.

DYNAMYCINE est présentée en vials de 12 et 24 — et en flacons de 100.

DESBERGERS LIMITÉE

Montréal

Canada