Tome 83 — Numéro 12

MONTRÉAL, DÉCEMBRE 1954

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

Un antidyspnéique de choix...

EUPNOGÈNE

également présenté avec
AMINOPHYLLINE (100 mg. par cuillerée à thé)

EUPNOPHYLLINE

L'action bronchodilatatrice de **l'Aminophylline** s'ajoute à l'action fluidifiante de l'**Eupnogène**. Médication par excellence de la **bronchite asthmatique et de l'emphysème pulmonaire.**

Flacons de 120 cc., 16 oz., ½, 1 gallon, 60 et 500 comprimés.

Plus d'un demi-siècle consacré à l'avancement des sciences pharmaceutiques et médicales au Canada.

un nouvel hypotenseur remarquable . . .

Ansolysen

TARTRATE DE PENTOLINIUM

L'hexaméthonium fut le premier des ganglioplégiques utilisé largement dans le traitement de l'hypertension, et son introduction en thérapeutique marqua un indiscutable progrès.

L'intérêt soulevé par ce nouveau genre de préparation suscita des recherches en vue de découvrir des produits supérieurs, et dans ce domaine des sels de méthonium, les travaux aboutirent à la mise au point de l'ANSOLYSEN, ou tartrate de pentolinium.

L'ANSOLYSEN possède de grands avantages sur l'hexaméthonium dans le traitement de l'hypertension :

médicament sûr — exempt de toxicité réelle, aiguë ou chronique

action prolongée — effet hypotenseur plus uniforme et plus sûr, particulièrement par voie orale

contrôle efficace — chez plus de 90% des patients atteints d'hypertension moyennement grave, grave ou maligne

très bonne tolérance — minimum de réactions secondaires non contrôlables

faible risque d'accoutumance — besoin moindre d'augmenter les doses, une fois la posologie individuelle établie

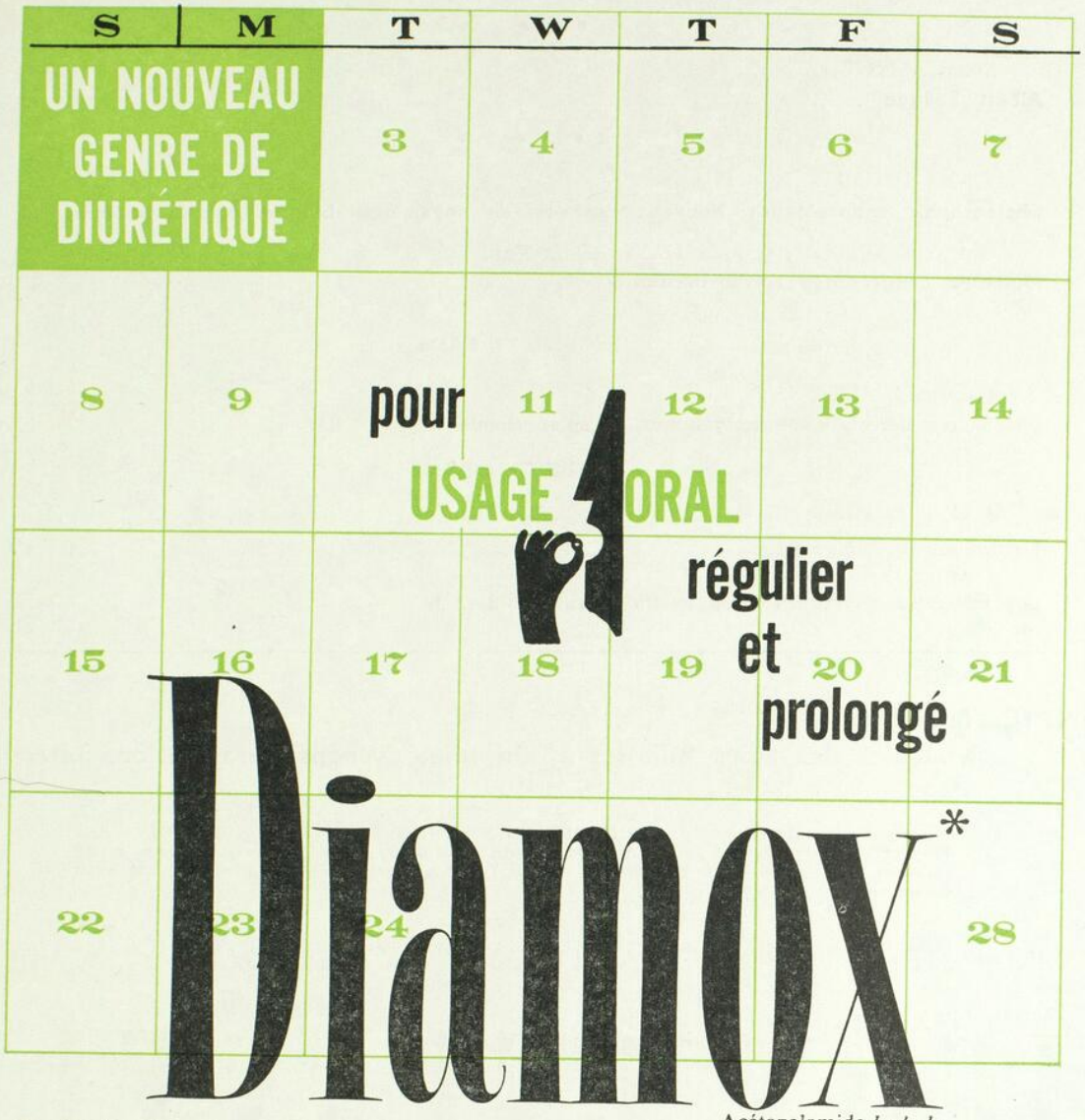
COMPRIMÉS	**40 mg. et 200 mg.**
FLACONS-AMPOULES	**10 c.c., 5 mg. par c.c.**
	30 c.c., 25 mg. par c.c.

renseignements et échantillons sur demande

POULENC

204, Place Youville, Montréal

POULENC



Acétazolamide *Lederle*

Le DIAMOX *Lederle* agit d'une façon nouvelle et différente. Ce n'est ni un mercuriel ni un dérivé xanthique. Il provoque rapidement une diurèse abondante par inhibition spécifique de l'anhydrase carbonique. Il est remarquablement atoxique, même à doses beaucoup plus élevées que la dose thérapeutique. Le DIAMOX ne s'accumule pas dans l'organisme, mais est éliminé quantitativement et inchangé dans l'urine. Il peut donc être administré de façon répétée.

Les cardiaques peuvent être maintenus exempts d'œdème pendant des semaines et des mois.

Présenté en comprimés rainurés (250 mg.)
Dose: 1 à 1½ comprimé chaque matin, selon le poids.

Lederle

*MARQUE DÉPOSÉE

LEDERLE LABORATORIES
DIVISION
North American Cyanamid Limited
5550 AVENUE ROYALMOUNT
VILLE MONT ROYAL
MONTRÉAL, QUÉBEC

SOMMAIRE

Table alphabétique des matières 1329

Table alphabétique des analyses 1336

Table alphabétique des auteurs 1340

Roma AMYOT

Albert LeSage 1343

Albert JUTRAS

Cholégraphie endoveineuse. Nouveaux aspects de physiologie biliaire, calculs flottants. 1349

Ghislaine GILBERT, Claude LEONARD et Paul DAVID

Maladies congénitales cardiovasculaires 1370

RECUEIL DE FAITS

Georges SAINE

Les ictères hémolytiques congénitaux et splénectomie 1378

REVUE GÉNÉRALE

L.-N. LAROCHELLE

La fatigue hypoglycémique 1365

Rosario ROBILLARD

Les exercices physiques dans le traitement du diabète 1390

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

EAU MINÉRALE ALCALINE NATURELLE

PROPRIÉTÉ DE L'ÉTAT FRANÇAIS

MEFIEZ-VOUS DES IMITATIONS — PRESCRIVEZ **CELESTINS**

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

PAS DE CHOC - PAS D'INTOLERANCE

SEPTICEMINE

ATTAQUE

TOUTES INFECTIONS AIGUËS CHIRURGICALES ou MÉDICALES

Les antibiotiques ne triomphent pas de toutes les infections.

La SEPTICÉMINE, grâce à sa polyvalence remarquable, présente cette supériorité d'agir efficacement sur les germes les plus divers sans provoquer aucun choc, aucune intolérance.

- SEPTICÉMINE détruit les microbes eux-mêmes sans altérer les éléments du sang.
- SEPTICÉMINE ne touche pas les organes d'élimination.
- SEPTICÉMINE neutralise les toxines microbiennes.
- SEPTICÉMINE a un pouvoir de diffusion extrêmement rapide et étendu.
- SEPTICÉMINE ne crée ni accumulation ni résistance.

PRÉSENTATION :

Ampoules de 4 cc. et 10 cc.
Pour injections Intraveineuses ou Intramusculaires.

LABORATOIRES CORTIAL
Paris — France

MILLET, ROUX & CIE LIMITÉE

1215, rue Saint-Denis **Montréal, P. Q.**

SOMMAIRE
(Suite)

ÉDITORIAL

Edouard-D. GAGNON
Le connu et l'inconnu en chirurgie cardiaque 1393

VARIÉTÉS

Comité d'Economie médicale de l'Association des M. L. F. C. — Séance publique au cours du XXIVe Congrès. Le secret médical :

Allocution du docteur Roma Amyot 1396

Exposé du docteur Rolland Blais 1398

Exposé de l'honorable Juge Taschereau 1403

Exposé du Rév. P. Léon Loranger, o.m.i. 1403

CORRESPONDANCE

André PLICHET
Lettre de Paris 1415

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

Recherches et découvertes médicales 1417

Le SÉDATIF À DOUBLE ACTION "TWIN-BARB"

Marque d'un composé de Pentobarbital-"Noctinal"

Le pentobarbital renfermé dans la tablette Twin-Barb induit rapidement au sommeil et ses effets durent pendant environ trois heures. À mesure que cette action s'épuise, le Noctinal commence à exercer ses effets plus soutenus. Le patient jouit donc d'approximativement huit heures de sommeil et se réveille rafraîchi, libre de toute sensation déprimante.

"TWIN-BARB"
S.C.T. Nº 445 "Frosst"

Chaque tablette renferme:
*Noctinal (dans le noyau intérieur) 50 mg. (¾ de gr.)
*butabarbital sodique N.N.R.
pentobarbital sodique (dans l'enveloppe extérieure)..... 65 mg. (1 gr.)

POSOLOGIE: une tablette avant le coucher.

PRÉSENTATION: flacons de 100 tablettes.

- **PROVOQUE PROMPTEMENT LE SOMMEIL;**
- **DONNE UN REPOS RAFRAÎCHISSANT DURANT TOUTE LA NUIT – libre de sensation déprimante.**

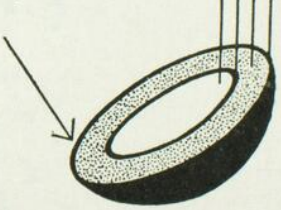
COMPOSITION DE LA TABLETTE

Une enveloppe extérieure rapidement soluble.

Du pentobarbital sodique qui produit une prompte sédation.

L'enrobage intérieur prend, pour se dissoudre, environ le même temps que la durée de l'effet du pentobarbital.

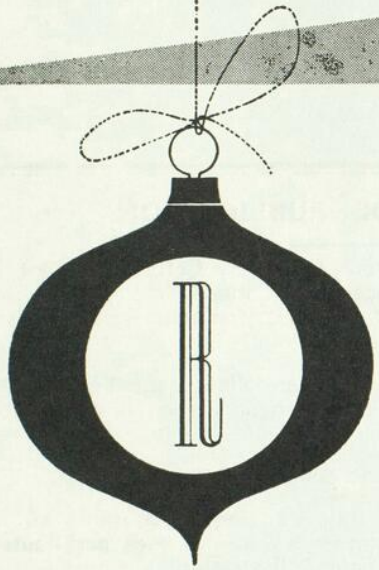
Le "Noctinal" prolonge la sédation.



Frosst — DEPUIS 1899 LE SYMBOLE DU PROGRÈS EN RECHERCHES PHARMACEUTIQUES

Charles E. Frosst & Co.
MONTREAL CANADA

Un moment de répit . . .



pour vous remercier
et vous souhaiter un
Joyeux Noël et
une Heureuse Année.

ROUGIER FRÈRES, 350 RUE LE MOYNE, MONTRÉAL

SOMMAIRE
(Suite)

ANALYSES

MEDECINE :

La fonction cortico-surrénale pendant un traitement continu et prolongé à la cortisone (1421). **Dépression hématopoïétique provoquée par la Chloromycétine** (1422). **La pleurodynie épidémique dans le Texas: Etude de 22 cas** (1422).

CHIRURGIE :

Réadaptation des malades totalement paralysés au-dessous de la ceinture. Mention spéciale sur leur rééducation ambulatoire et leur capacité de travail rémunérateur. — IV : Contrôle de l'évacuation intestinale (1423).

NEURO-PSYCHIATRIE :

Hypoglycorrhachie d'origine non infectieuse : néoplasie méningée diffuse (1424).

OBSTETRIQUE :

ACTH et cortisone au cours de la grossesse (1425).

PHTISIOLOGIE :

Etude comparative des divers modes d'administration de l'isoniazide (1425). **Le traitement conservateur des cavernes tuberculeuses par l'alitement absolu et les antibiotiques** (1426).

SOCIÉTÉS

Société Médicale de Montréal : séance du 20 avril 1954 (1427); journées médicales des 4, 5 et 6 mai 1954 (1427); séance du 21 septembre 1954 (1428); séance du 5 octobre 1954 (1429).

Association des Médecins Canadiens en France : séance du 12 octobre 1954 (1429).

NÉCROLOGIE 1431

NOUVELLES 1436

REVUE DES LIVRES 1446

"L'Union Médicale du Canada" en 1885 1458

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 barême 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 TONIQUE GÉNÉRAL pour tous les groupes d'âges

"NEO-CHEMICAL" FOOD

- STIMULE L'APPÉTIT
- PROCURE DES VITAMINES, DU FER ET DES TRACES D'ÉLÉMENTS ESSENTIELS
- COÛTE MOINS CHER AU PATIENT

FORMULES CONÇUES POUR ENFANTS ET ADULTES

Charles E. Frosst & Co.
MONTRÉAL CANADA

POUR LES ENFANTS

"N.C.F." ℞1

La préparation liquide originale, dans un savoureux véhicule malté, pour les enfants et les convalescents.

Principaux ingrédients	*dans la dose quotidienne*	
Phosphate ferrique	1¾ gr.	(110 mg.)
Citrate de cuivre	1/18 de gr.	(3 mg.)
Carbonate de manganèse	1/90 de gr.	(0.8 mg.)
Vitamine A		2000 U.I.
Vitamine D		2000 U.I.
Phosphate de calcium	2½ gr.	(150 mg.)
ClH. de thiamine		2 mg.
Riboflavine		2 mg.
Iodure de sodium	1/163 de gr.	(0.4 mg.)
Extrait de malt		q.s.

POSOLOGIE. Deux petites cuillerées à thé par jour.

Commencer par ¼ de cuillerée à thé et augmenter graduellement.

PRÉSENTATION. Formats de 24, 72 et 144 jours.

Coûte au patient de 4 à 6½ centins par jour, selon le format.

"N.C.F." ℞2

Une préparation claire, différemment aromatisée, préférée de certains enfants.

Principaux ingrédients	*dans la dose quotidienne*	
Phosphate de fer, soluble (N.F.)	200 mg.	(3 gr.)
Chlorure de cuivre	2.4 mg.	(1/25 de gr.)
Citrate de manganèse soluble (N.F.)	2.0 mg.	(1/30 gr.)
Vitamine A		2000 U.I.
Vitamine D		2000 U.I.
Hypophosphite de calcium	150 mg.	(2½ gr.)
ClH. de thiamine		2.0 mg.
Riboflavine		2.0 mg.
Niacinamide		10.0 mg.
Iodure de sodium	0.12 mg.	(1/500 de gr.)
Extrait de malt	4.0 G.	(60 gr.)

POSOLOGIE. Une cuillerée à thé une fois par jour.

Commencer par ¼ de cuillerée à thé et augmenter graduellement.

PRÉSENTATION. Formats de 36 et 96 jours.

Coûte au patient de 4½ à 6 centins par jour, selon le format

POUR LES ADULTES

"N.C.F." (CAPSULES)

Une présentation plus pratique et d'administration plus facile pour les enfants plus âgés et les adultes.

Principaux ingrédients	*dans la dose quotidienne*	
Phosphate de fer, (exsic.)	1 3/5 gr.	(110 mg.)
Sulfate de cuivre	1/13 de gr.	(5 mg.)
Carbonate de manganèse	1/90 de gr.	(0.8 mg.)
Vitamine A		2000 U.I.
Vitamine D		2000 U.I.
Phosphate de calcium (bi-basique)	4 2/7 gr.	(0.3 G.)
ClH. de thiamine		2 mg.
Riboflavine		2 mg.
Iodure de sodium	1/166 de gr.	(0.4 mg.)

POSOLOGIE. 2 capsules par jour.

PRÉSENTATION. Flacons de 50, 100 et 250.

Coûte au patient de 5½ à 6½ centins par jour, selon le format.

"N.C.F." GÉRIATRIQUE

Un supplément diététique qui satisfait aux exigences alimentaires particulières aux adultes.

Principaux ingrédients	*dans la dose quotidienne (48 cc.)*	
Phosphate de fer, soluble (N.F.)	200 mg.	(3 gr.)
Citrate de manganèse soluble (N.F.)	2.0 mg.	(1/30 de gr.)
Hypophosphite de calcium	150 mg.	(2½ gr.)
Vitamine D		1200 U.I.
ClH. de thiamine		3.0 mg.
Riboflavine		6.0 mg.
Niacinamide		30 mg.
ClH. de pyridoxine		3.0 mg.
Citrate de tricholine	650 mg.	(11 gr.)
Iodure de sodium	0.12 mg.	(1/500 de gr.)

Alcool, sous forme de préservatif, 15 p.c.

POSOLOGIE. 1 à 3 cuillerées à soupe (16-48 cc.) par jour avant les repas, en doses uniques ou fractionnées.

PRÉSENTATION. Flacons de 8 et 16 onces liquides.

Thérapie orale efficace

contre

LES INFECTIONS PNEUMOCOCCIQUES, STAPHYLOCOCCIQUES, GONOCOCCIQUES ET STREPTOCOCCIQUES HÉMOLYTIQUES

•

LA FIÈVRE SCARLATINE, LA ROUGEOLE, L'OTITE MOYENNE, L'AMYGDALITE, L'ANGINE DE VINCENT ET LES INFECTIONS DES VOIES URINAIRES

"TRULFACILLIN"

MARQUE DÉPOSÉE

UNE ASSOCIATION de TROIS SULFAMIDES et de PÉNICILLINE

L'administration de Trulfacillin procure les avantages d'une thérapie combinée —

- des effets additifs, et parfois synergiques, sur les bactéries sensibles aux agents utilisés;
- 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; une réduction considérable de la sensibilité par 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 No 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 No 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 No 828** "Frosst"*

sulfaméthazine	0.167 G.	7½ gr.
sulfadiazine	0.167 G.	
sulfamérazine	0.167 G.	
†benzethacillin	**300**,000 U.I.	

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

Présenté en boîtes de 12.*

"TRULFACILLIN" 5-25

***Comprimé No 818** "Frosst"*

sulfaméthazine	0.1 G.	5 gr.
sulfadiazine	0.1 G.	
sulfamérazine	0.1 G.	
pénicillin-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 No 819** "Frosst"*

sulfaméthazine	65 mg.	3 gr.
sulfadiazine	65 mg.	
sulfamérazine	65 mg.	
pénicillin-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 No 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 No 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 No 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 No 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 No 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 au MAXIMUM DE SÛRETÉ

dans le traitement des INFECTIONS PNEUMOCOCCIQUES, STAPHYLOCOCCIQUES, GONOCOCCIQUES et STREPTOCOCCIQUES HÉMOLYTIQUES • la FIÈVRE SCARLATINE • la ROUGEOLE • L'OTITE MOYENNE • L'AMYGDALITE • L'ANGINE de VINCENT et les INFECTIONS des VOIES URINAIRES

"TRULFA-ZINE" et "TRULFA" sont très 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.[1]

"TRULFA-ZINE"

"TRULFA"

Une association de sulfaméthazine, de sulfadiazine et de sulfamérazine

SUSPENSION de TRULFA-ZINE

Chaque once liquide renferme:

sulfaméthazine	13-⅓ gr.
sulfadiazine	13-⅓ gr.
sulfamérazine	13-⅓ gr.

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

POSOLOGIE: bébés de 1 à 2 ans, ½ 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 quatre heures.

Présenté en flacons de 16 onces liquides.

COMPRIMÉS de TRULFA-ZINE

Comprimé Nº 810 "Frosst"
Divisible

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

POSOLOGIE: 1 à 2 comprimés toutes les quatre heures.

Présenté en flacons de 100.

COMPRIMÉS de TRULFA-ZINE

demi-concentration pour les enfants
Comprimé Nº 811 "Frosst"

sulfaméthazine	83 mg.	**3¾ gr.**
sulfadiazine	83 mg.	
sulfamérazine	83 mg.	

POSOLOGIE: 1 à 2 comprimés toutes les quatre heures.

Présenté en flacons de 100.

SUSPENSION de TRULFA

Formule semblable à celle de la Suspension de Trulfa-Zine, sauf que le sulfathiazole remplace le sulfaméthazine.

COMPRIMÉS de TRULFA

La formule du Comprimé de Trulfa (Nº 393) est semblable à celle du Comprimé de Trulfa-Zine (Nº 810), sauf que le sulfathiazole remplace le sulfaméthazine.

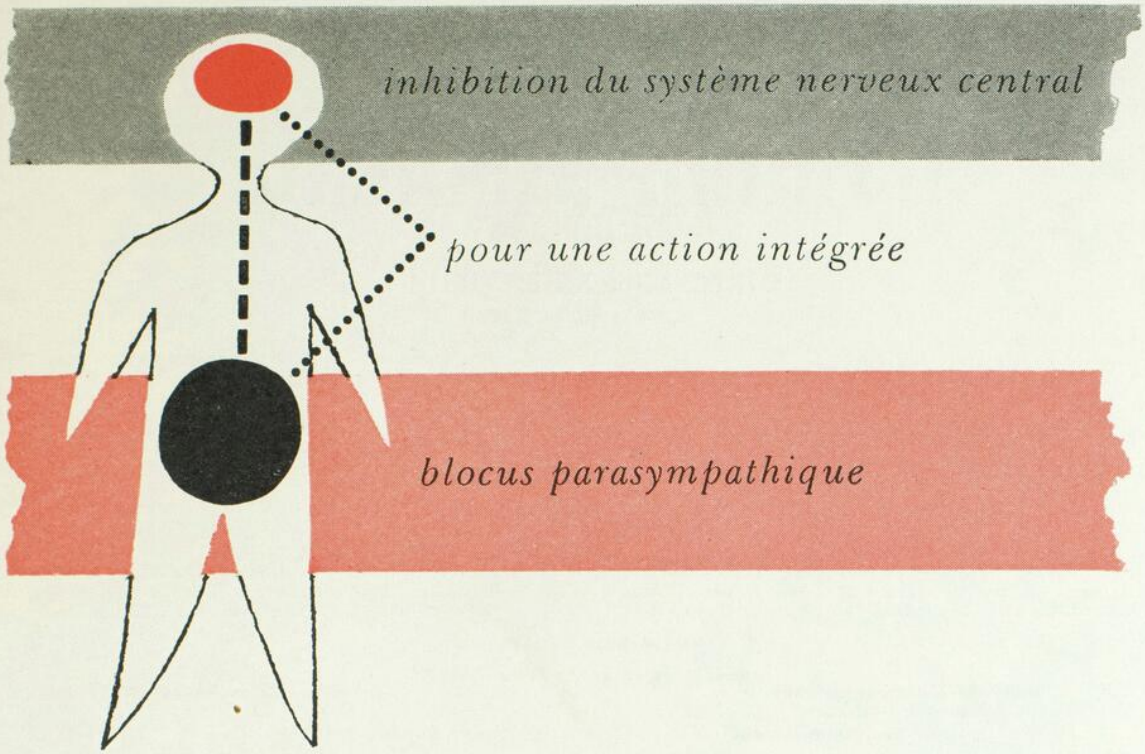
[1] Lehr, David, "Present Status of Sulfonamide Therapy", Exposé scientifique, Congrès annuel, A.M.A., San Francisco, 1954.

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.

Frosst
DEPUIS 1899
LE SYMBOLE DU PROGRÈS EN RECHERCHES PHARMACEUTIQUES

Charles E. Frosst & Co.
MONTRÉAL CANADA



Le *Pamiphen** est d'un usage très répandu dans le traitement pratique de diverses manifestations du "syndrome de l'axe émotif-viscéral" — ces associations cliniquement fréquentes de tension nerveuse, anxiété ou appréhension avec les gastrites, les spasmes du pylore, l'hypermotilité, le côlon spastique, les pancréatites, les colites muco-membraneuses, les diverticulites ou les spasmes génito-urinaires. Pour assurer une action intégrée sur de tels symptômes connexes, le *Pamiphen* contient à la fois la Pamine (marque du bromure de méthscopolamine), agent parasympatholytique remarquable développé par les services de recherche Upjohn, et le phénobarbital, agent sédatif éprouvé. Le Pamiphen est une préparation liquide bien tolérée apte à soulager les manifestations psychiques aussi bien que physiques des troubles du malade.

Pamiphen*

antisécrétoire, antispasmodique et sédatif

Flacons de 4 onces liquides
Dose moyenne pour un adulte: 1 ou 2 cuillerées à thé trois à quatre fois par jour

Chaque 5 cm³ de *Pamiphen* renferme:

Pamine *(bromure de méthscopolamine)*	1,25 mg
Phénobarbital	8 mg
Alcool	20 %

*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

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;
Jean-Baptiste Jobin, 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

Rédacteur en chef: Roma AMYOT

Assistant-rédacteur en chef: Edouard Desjardins

Secrétaire de la Rédaction: Roger-R. Dufresne

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

BUREAU DE COLLABORATION

MM. 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

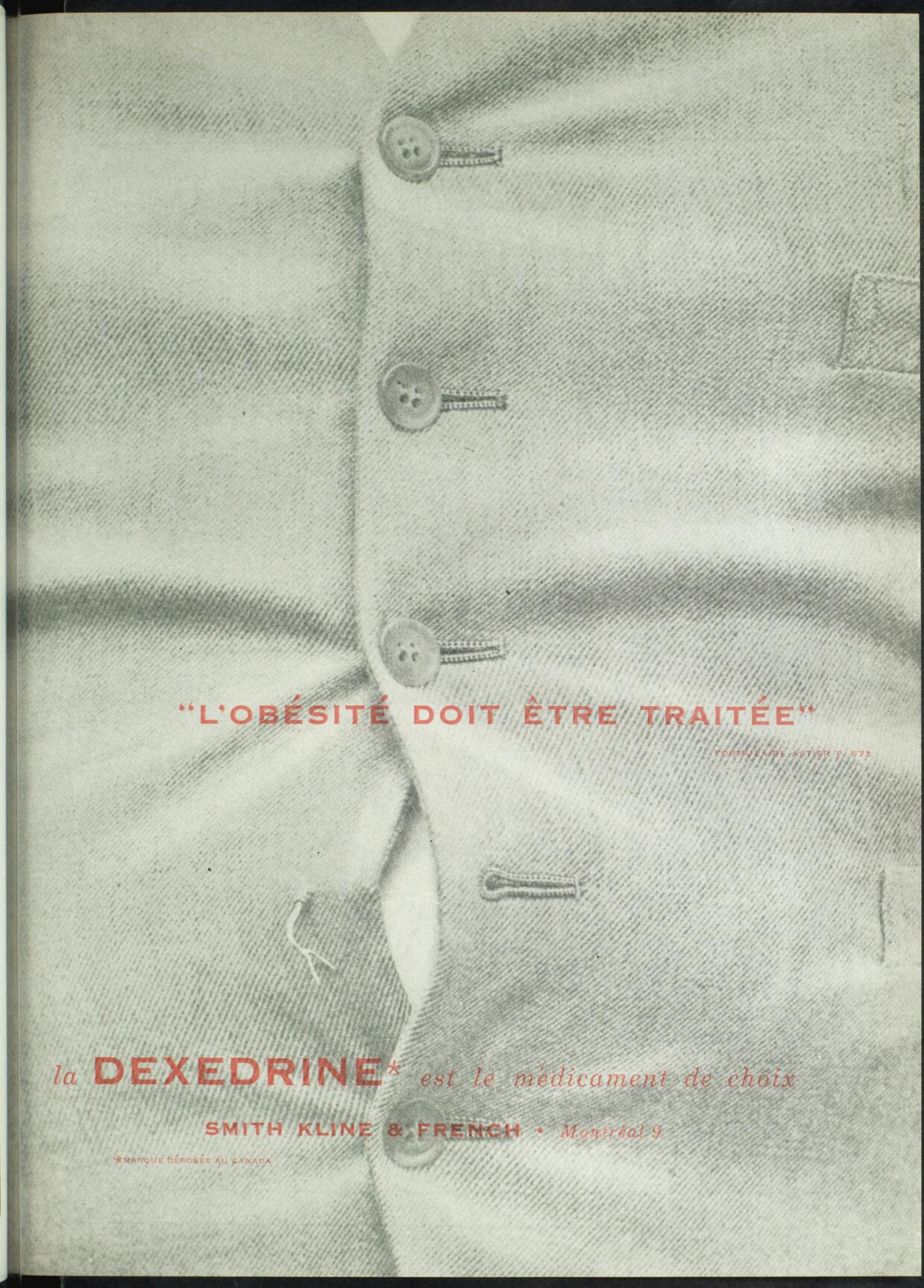
des Postes de Résidents en Anesthésie

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.


"L'OBÉSITÉ DOIT ÊTRE TRAITÉE"
FORMULAIRE ASTIER P. 673
la DEXEDRINE* est le médicament de choix
SMITH KLINE & FRENCH • Montréal 9
*MARQUE DÉPOSÉE AU CANADA

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. Plichet (Paris),
Charles-P. Mathé (San Francisco),
A. Fontaine (Woonsocket),
J.-E. Gaulin, L. Mantha, Horace Viau (Ottawa),
MM. R. Gaudet (Sherbrooke),
Edmond Potvin (Chicoutimi),
Aug. Panneton, J.-A. Denoncourt (Trois-Rivières),
D. Colin (Saint-Boniface),
L.-P. Mousseau (Edmonton).

ADMINISTRATION et SECRÉTARIAT } **326 est, boulevard Saint-Joseph, Montréal**
PUBLICITÉ : Jacques-D. Clerk } **Téléphone: AVenue 8-9888**

SIROP EXPECTORANT ET ANTISEPTIQUE

TUSSOLYSE
CODÉINONE
LYSE LA TOUX

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

CORPORATION PHARMACEUTIQUE FRANÇAISE LTEE — MONTREAL

COMPOSÉ F
POUR UNE ACTION
ANTI-INFLAMMATOIRE
ET ANTIPRURIGINEUSE
RAPIDE

HydroCortone
(HYDROCORTISONE MERCK)

L'Onguent Topique et l'Onguent Émulsifiant d'HYDROCORTONE* procurent un soulagement rapide et efficace dans les cas de dermite atopique ou de contact.

Les préparations dermatologiques d'HYDROCORTONE soulagent le prurit et l'inflammation et, fréquemment, permettent d'obtenir une amélioration des cas qui se sont montrés réfractaires aux autres agents thérapeutiques.

L'Onguent d'HYDROCORTONE avec Néomycine est souvent employé avec succès lorsque survient une infection secondaire causée par un organisme sensible à cet antibiotique.

Vous pouvez vous procurer sur demande les brochures traitant de ces trois produits.

HydroCortone

LA PRÉPARATION ORIGINALE DU COMPOSÉ F

*HYDROCORTONE est la marque déposée de MERCK & CO. Limited pour sa préparation d'hydrocortisone.

MERCK & CO. LIMITED
Chimistes fabricants
MONTRÉAL · 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.

SECRÉTAIRE-TRÉSORIER GÉNÉRAL

Hermile TRUDEL,
1990 est, rue Rachel, Montréal.

SECRÉTAIRE ADJOINT

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

EXÉCUTIF DE L'ASSOCIATION

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

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

SYNDROME DOULEUR

SUP EUDOL

SUPPOSITOIRES D'EUDOL
OXYCODÉINONE

GROUPE NARCOTIQUE DE LA MORPHINE

SPASMOLYTIQUE ET SÉDATIF
PLUS FORT QUE LA MORPHINE,
L'EUDOL MIEUX TOLÉRÉ
ET MOINS TOXIQUE
N'EST PAS EUPHORIQUE

DOSE NORMALE
1/3 gr. (20 mgm)
DEMI - DOSE
1/6 gr. (10 mgm)

CORPORATION PHARMACEUTIQUE FRANCAISE LTÉE - MONTRÉAL

2 en 1

maintenant

présenté sous forme liquide pour le traitement des infections chez les enfants. Chaque cuillerée à thé (5 cc.) contient 0.5 gm. de Gantrisin sous forme de Gantrisin (acétyl) plus 200,000 U.I. de pénicilline G potassique cristallisée.

GANTRICILLIN (ACETYL) 200 "ROCHE"

est surtout utile par le fait qu'il procure aux enfants, sous une forme attrayante, un agent au spectre antibactérien étendu.

GANTRICILLIN (ACETYL) 200 "ROCHE"

est une poudre qui, mêlée à l'eau distillée, forme une suspension à l'agréable goût de cerise.

Le GANTRICILLIN est également présenté sous forme de comprimés rainurés pour administration buccale: chaque comprimé contient 0.5 gm. de Gantrisin plus 100,000 U.I. de pénicilline G potassique cristallisée.

HOFFMANN - LA ROCHE LIMITÉE
286 ouest, rue Saint-Paul, Montréal

COMITÉ DU XXIVe 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 CONGRES:
195, avenue Marlborough, Ottawa, Ont.

ANCIENS PRÉSIDENTS

Albert LeSage
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
BIBAUD, Barthélemy, 65, Nicholson, Valleyfield, P.Q. 1956
BLANCHET, Roméo, 54, avenue Laurier, Québec, P.Q. 1956
BONIN, Wilbrod, 575, av. Davaar, Outremont, P.Q. ... 1954
BROUSSEAU, L.-Philippe, Malartic, P.Q. 1954
CHOLETTE, A.-M., 1451 est, boul. St-Joseph, Montréal 1954
COUTURIER, Alphonse, Rivière-du-Loup, P.Q. 1954
D'ARGENCOURT, Guy, Drummondville, P.Q. 1954
DECARIE, Roland, 524 est, Sherbrooke, Montréal, P.Q. 1956
DOMINGUE, Albert, Granby, P.Q. 1956
GAUTHIER, Henri-E., Woonsocket, R.I. 1954
GAUTHIER, J.-D., Shippegan, N.-B. 1954
HURTUBISE, Sénateur Raoul, Ottawa, Ont. 1954
JOANNETTE, Albert, Sainte-Agathe-des-Monts, P.Q. .. 1954
JOBIN, Pierre, 91½, avenue d'Auteuil, Québec, P.Q. .. 1954
LEBLOND, Sylvio, Hôtel-Dieu St-Vallier, Chicoutimi, P.Q. 1956
LECOURS, J.-A., 538, av. King-Edward, Ottawa, Ont. . 1956
LEMIEUX, J.-R., Hôpital du St-Sacrement, Québec, P.Q. 1956
MERCILLE, Jean, 4903 ouest, N.-Dame, Montréal, P.Q. 1956
MILOT, J.-D., 1017 Stafford Road, Fall River, Mass. .. 1956
MORISSET, Pierre, Saint-Georges-de-Beauce, P.Q. 1956
PERRAS, J.-Ephrem, 192, rue Principale, Hull, P.Q. 1956
PERRON, J.-M., 2, rue Mercier, Shawinigan, P.Q. 1954
PIETTE, Edmond, Joliette, P.Q. 1954
PILON, J.-L., 389 est, boul. St-Joseph, Montréal, P.Q. 1954
RIOUX, J.-Emile, Sainte-Anne-des-Monts (Gaspé), P.Q. 1954
ROULEAU, J.-Maurice, Saint-Grégoire, (Nicolet), P.Q. .. 1956
SMITH, Pierre, 300, carré Saint-Louis, Montréal, P.Q. .. 1954
TETREAULT, Ad., 411, boul. Laviolette, T.-Rivières, P.Q. 1954
THIBAULT, Eugène, 4070, boul. Lasalle, Verdun, P.Q. 1954
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.

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 .....

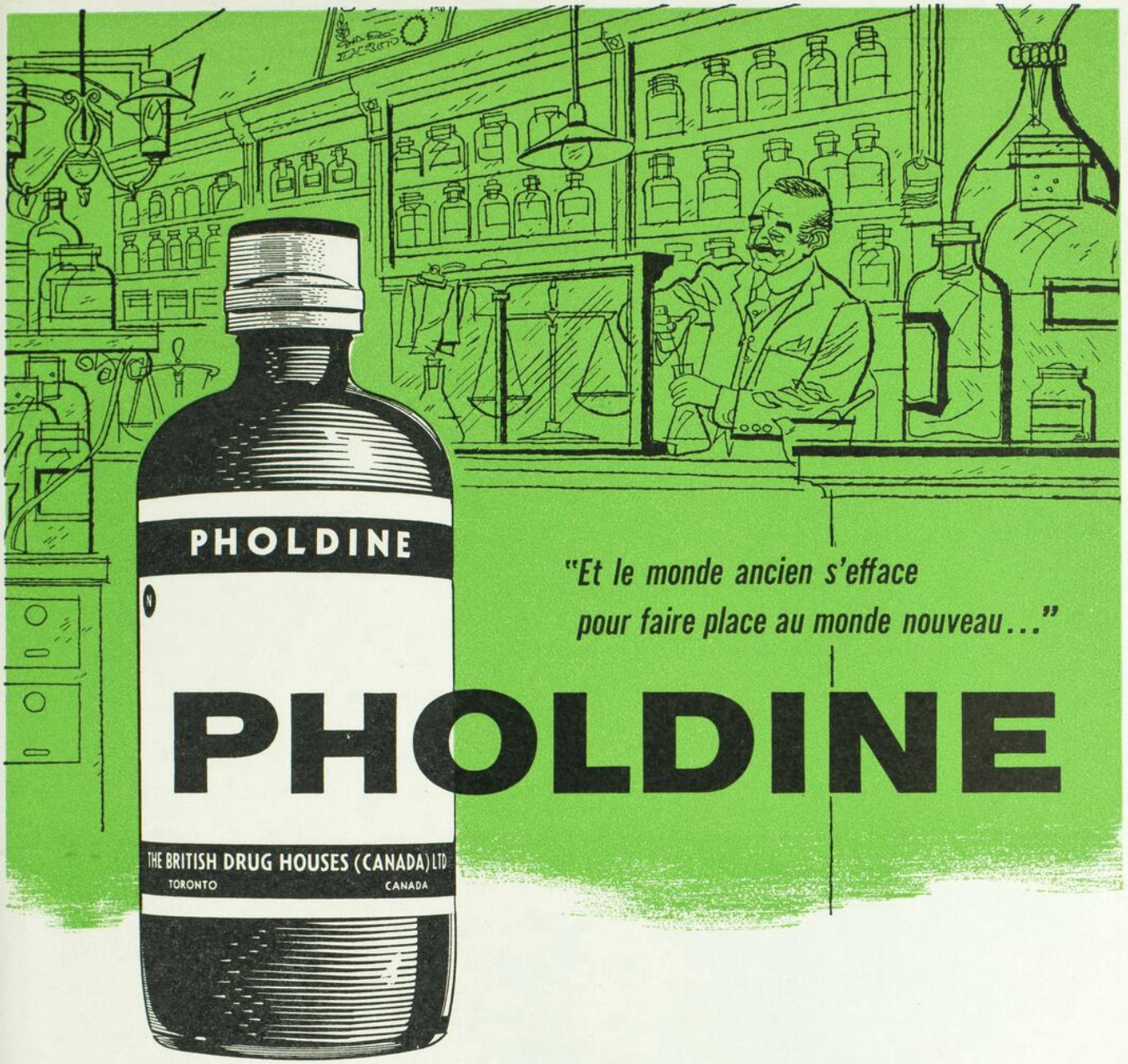
Adresse .....

.....

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.



"Et le monde ancien s'efface
pour faire place au monde nouveau..."

PHOLDINE

Le plus récent développement relatif au contrôle du réflexe de la toux, incorpore les caractéristiques désirables des anciens dérivatifs de l'opium sans leurs effets secondaires défavorables. L'ingrédient actif est Pholcodine, un nouvel éther de morphine qui a été décrit comme étant "*trois fois aussi actif que la codéine—sept fois moins toxique*" . . .*

PHOLDINE est un sirop efficace contre la toux, agréable à prendre et ne causant pas de constipation ni de dépression respiratoire. Il n'a pas d'effet sur la motilité ou la tonicité du système gastrointestinal. Disponible sur prescription seulement.

*...A. W. MAY et W. G. WIDDICOMBE, *Brit. J. Pharmacol.* 9:335 (Sept.) 1954*

BRITISH DRUG HOUSES

EGOSALYL

RHUMATISME
TRAITEMENT
D'ATTAQUE

AMIDE SALICYLIQUE EGGER
(0.45 gm. par comprimé)

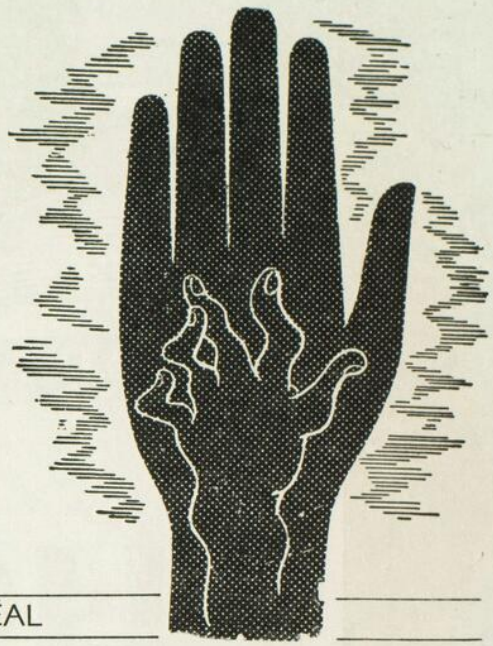
Seul dérivé salicylé bien toléré
associé à :

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

ARGÉDRINE

DÉSINFECTION
VOIES NASALES
GOUTTES INCOLORES

III A IV GOUTTES INSTILLATIONS
PLUSIEURS FOIS PAR JOUR

Laboratoires Jean OLIVE, 200 Rue Vallée, MONTRÉAL

"Prémarine"

dans le traitement du syndrome de la ménopause

La suppression de l'hormone ovarienne "paralyse un des plus importants régulateurs de l'organisme."* Puisque le système nerveux central et le système sympathique n'agissent que sous l'influence des oestrogènes, l'absence de sécrétion naturelle est habituellement suivie de divers troubles du métabolisme d'origine indéterminée. Cependant, la thérapeutique de substitution par la "Prémarine" (véritables substances oestrogènes naturelles) procure rapidement une sensation de bien-être et contribue, par le fait même, au rétablissement de l'équilibre émotif.

*Goldzieher, M.A. et Goldzieher, J. W.: Endocrine Treatment in General Practice, New-York, Springer Publishing Co. Inc., 1953, p. 23

Ayerst

Prémarine

s tances oestrogènes conjuguées (équines)]

inodore . . . ne transmet aucune odeur

cs buccale et injectable

Ayerst, McKenna & Harrison Limitée
Montréal, Canada

pour hâter la convalescence

"Béminal" Fortis Vitaminé C (N° 817)

(puissante association de facteurs vitaminiques B à la vitamine C)

pour préparer le patient avant l'intervention et pour favoriser la cicatrisation

pour abréger la convalescence après une grippe ou toute autre maladie débilitante

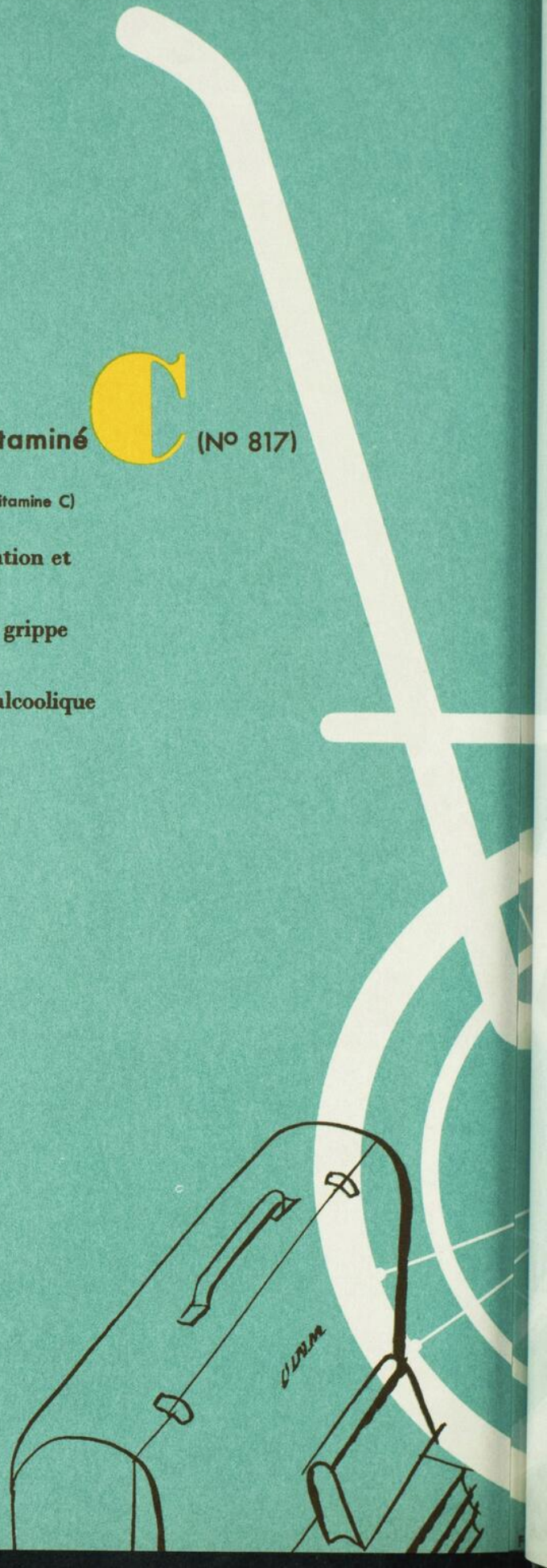
pour améliorer le régime alimentaire de l'alcoolique chronique ou du patient "épuisé"

Chaque capsule contient:

Thiamine	25 mg.
Riboflavine	12 mg.5
Niacinamide	100 mg.
Pyridoxine	1 mg.
d-pantothénate de calcium	10 mg.
Vitamine C	100 mg.

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

Ayerst



précision chaque fois

Clinitest®

pour l'épreuve de glycosurie

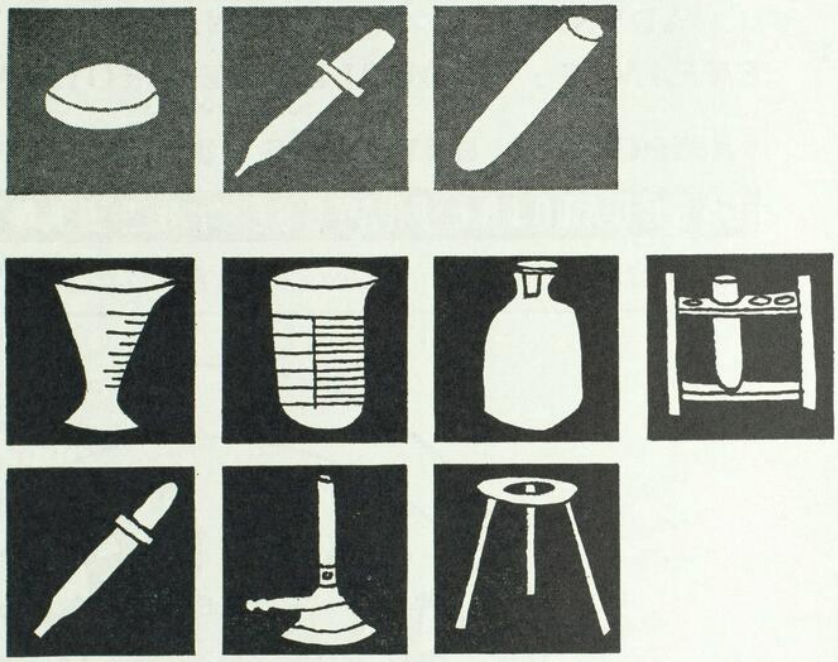
"Le *Clinitest* et le test qualitatif de Benedict sont tous deux absolument précis lorsqu'on les fait convenablement." [1]

mais

"...les causes d'erreur sont plus minimes avec le *Clinitest*." [1]

et

"En pratique courante, le test de Benedict... est rarement bien fait, vu les difficultés qu'éprouve l'opérateur lorsqu'il lui faut mesurer exactement les quantités de réactif et d'urine et appliquer une chaleur uniforme; on doit lui préférer la méthode qui se sert de comprimés: elle est beaucoup plus simple et plus facile à standardiser..." [2]



1. Cook, M. H.; Free, A. H., and Giordano, A. S.: Am. J. M. Technol. *19*:283, 1953.
2. Gray, C. H., and Millard, H. R.: Brit. M. J. *4824*:1361 (June 20) 1953.

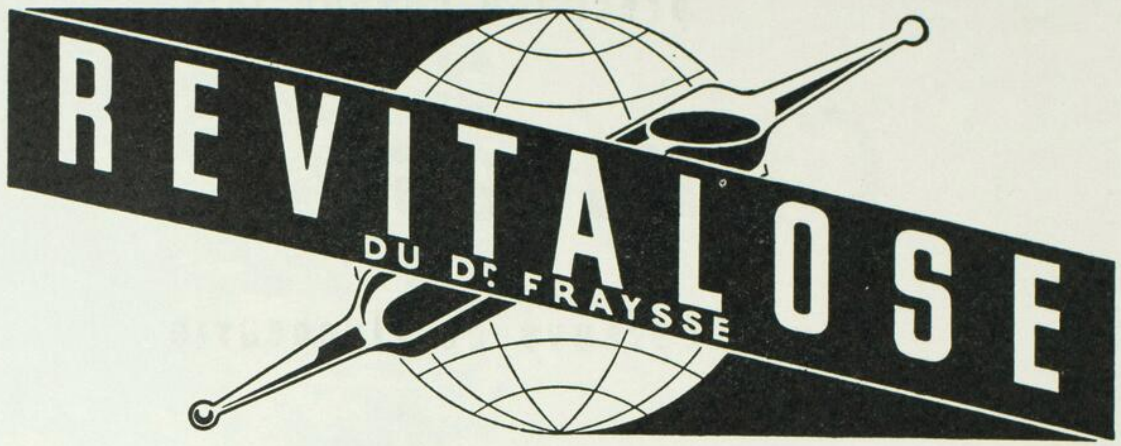
Les Diagnostics Ames — Des Auxiliaires du traitement clinique

AMES

COMPANY OF CANADA, LTD., TORONTO

53254

OPOTHÉRAPIE ASSOCIÉE



CORTICO-SURRÉNALE

EXT. ORCHITIQUE - SUBS. CÉRÉBRALE

ADYNAMIE - SURMENAGE - HYPOTENSION

ENFANTS : TROUBLES DE CROISSANCE - ENURÉSIE

AMPOULES BUVABLES 10 cc et 3 cc - une par Jour

LABORATOIRE FRAYSSE ET Cie NANTERRE (SEINE)

CANADA : Laboratoires Jean OLIVE - 200, rue Vallée, Montréal, P. Q.

NORMO GASTRYL

UN COMPRIMÉ CONTIENT EN SELS DE SODIUM

Bromure	0,25 gm
Citrate	0,75 gm
Benzoate	0,12 gm
Sulfate	0,30 gm
Phosphate	0,20 gm
Carbonate acide	0,17 gm

AÉROPHAGES · DYSPEPTIQUES · GASTRIQUES FONCTIONNELS

ÉTATS SPASMODIQUES DIGESTIFS

Embarras gastrique chez l'enfant, vomissements de la grossesse, insomnies d'origine digestive

Comprimé-dose effervescent à faire dissoudre dans 1/2 verre d'eau (tiède) matin, midi, soir et au moment des malaises digestifs.

Laboratoires U.P.S.A. AGEN (France) *Canada : Laboratoires JEAN OLIVE . MONTRÉAL.*

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

Ampoules Buvables

PROPYLOSE-B

(non-injectables)

MÉDICATION HÉMATOPOÏÉTIQUE, ANTI-ANÉMIQUE

FORMULE : Extrait de foie protéolysé, Extraits de rate et de moelle osseuse, Vitamines B_{12}, B_1, B_2, 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

que l'infection
ou l'inflammation
soit primaire
ou secondaire...

Terra-Cortril* Suspension ophtalmique

anti-infectieuse — anti-inflammatoire

Procure une rémission rapide de l'infection et de l'inflammation oculaires dans la plupart des cas... grâce à l'effet anti-infectieux et au vaste champ d'action (qualités bien prouvées) de la TERRAMYCINE unis à l'effet anti-inflammatoire puissant de CORTRIL.

Présentation: *En bouteilles de couleur ambrée de 5 cc. Contient 15 mgms de* CORTRIL *(acétate d'hydrocortisone) et 5 mgms de* TERRAMYCINE *(chlorure d'oxytétracycline) par cc. de la suspension stérile. Avec compte-gouttes ophtalmique stérile.*

Egalement disponibles: *Onguent ophtalmique à l'acétate de* CORTRIL *et comprimés de* CORTRIL.

* Marques d'oxytétracycline et hydrocortisone.

Les plus grands fabricants d'antibiotiques au monde

Pfizer
Fondée en 1849

PFIZER CANADA
Division Pfizer Corporation
8311, chemin Royden, Montréal 9, Qué.

FORMULES VITAMINO-MINÉRALES
HORMONES

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 B_1 — RIBOFLAVINE — PYRIDOXINE — ACIDE NICOTINIQUE — ACIDE PANTOTHÉNIQUE
LÉCITHINE — AVÉNINE — GLYCÉROPHOSPHATES DE SODIUM, CALCIUM, POTASSIUM, STRYCHNINE

(1/160 gr. à l'once)

SAVEUR AGRÉABLE ● TOLÉRANCE PARFAITE

DOSE : UNE CUILLERÉE À DESSERT QUATRE FOIS PAR JOUR AVANT LES REPAS.

Comprimés Bicalgen-D

A base de Gluconate de Calcium

INOSITOPHOSPHATE DE CALCIUM ET MAGNÉSIUM
CÉRIUM OXALATE • VITAMINE D

Grossesse, Lactation, Vomissements gravidiques

LE BICALGEN-D, COMPRIMÉ NON AROMATISÉ, PRESQUE INSIPIDE, ENTIÈREMENT SOLUBLE,
EST LE MÉDICAMENT DE CHOIX POUR LA FEMME GRAVIDE.

Dose: Trois à six comprimés par jour.

*TRI-SULFA

Amélioré

NOUVELLE ASSOCIATION SULFAMIDÉE PERMETTANT DES DOSAGES ADÉQUATS
SANS DANGER DE CRISTALLURIE

SULFAMÉTHAZINE,	**SULFADIAZINE,**	**SULFAMÉRAZINE**
37%	37%	26%

COMPRIMÉS, ADULTES	**COMPRIMÉS AROMATISÉS, ENFANTS**	**SUSPENSION AROMATISÉE**
à 0.50 gramme du mélange par comprimé.	à 0.30 gramme du mélange par comprimé.	à 0.50 gramme du mélange par cuillerée à thé.

*Marque déposée.

DOSE : SELON L'AVIS DU MÉDECIN

Somenal

COMPRIMÉS À 12 CENTIGRAMMES			**COMPRIMÉS À 15 MILLIGRAMMES**		
Butobarbital	0.06 gm.	par comprimé	Butobarbital	7½ mg.	par comprimé
Phénobarbital	0.06 gm.		Phénobarbital	7½ mg.	

NOUVELLE SYNERGIE BARBITURIQUE

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

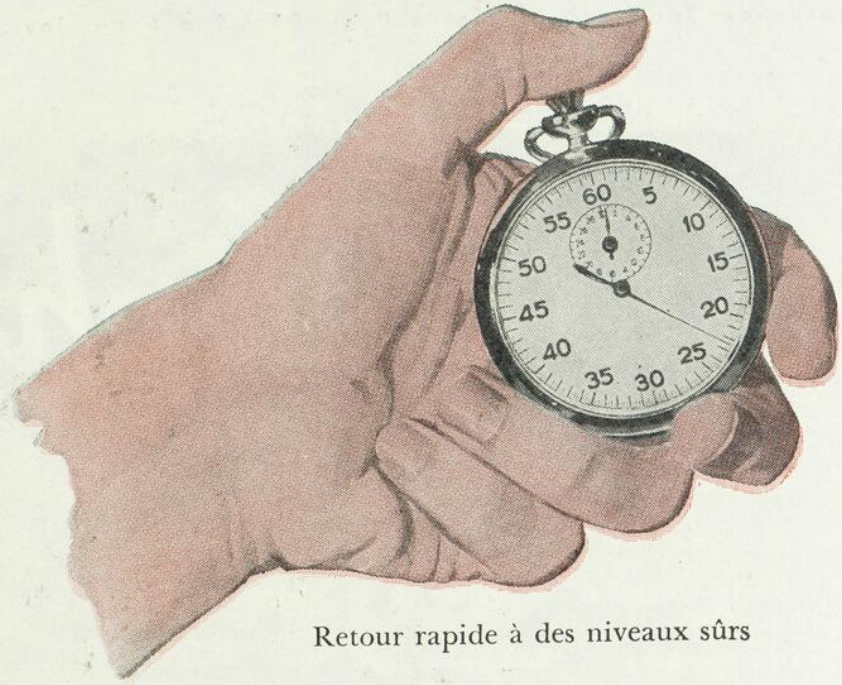
ÉMOTIVITÉ - INSOMNIE - SPASMES - PHOBIE - ANXIÉTÉ

La Cie
CANADA DRUG CO.
Montreal

Pour un renversement efficace

du temps de Prothrombine

dangereusement prolongé



Retour rapide à des niveaux sûrs

Le MEPHYTON est le premier antagoniste à action rapide et infaillible dans l'hypoprothrombinémie provoquée par le Dicumarol[R] et autres anticoagulants du genre. Il n'a pas été signalé que le MEPHYTON provoquait des effets secondaires s'il est administré tel que recommandé. L'action du MEPHYTON se fait sentir en l'espace de quelques minutes et l'hémorragie cesse habituellement en moins de 3 heures. Le renversement du temps de prothrombine s'opère en moins de 4 à 12 heures.

Documentation sur demande

ÉMULSION DE

MEPHYTON

(Marque déposée)

(ÉMULSION DE VITAMINE K_1 MERCK)

Recherches et production au service du public.

MERCK & CO. LIMITED

Chimistes fabricants

MONTRÉAL • TORONTO • VANCOUVER • VALLEYFIELD

Spartoval

Isovalérianate Neutre de Spartéine

SEDATIF CARDIO-VASCULAIRE ANTISPASMODIQUE

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

Sparto-Camphre

Campho-Sulfonate de Spartéine et Campho-Sulfonate de Sodium

VERITABLE SYNERGIE CARDIOTONIQUE

Diurétique et Cardiotonique d'Entretien

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

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

Génisténal

Ethylphénylbarbiturate Neutre de Spartéine

NEURO-SEDATIF & HYPNOGENE «EQUILIBRANT»

du Système nerveux végétatif

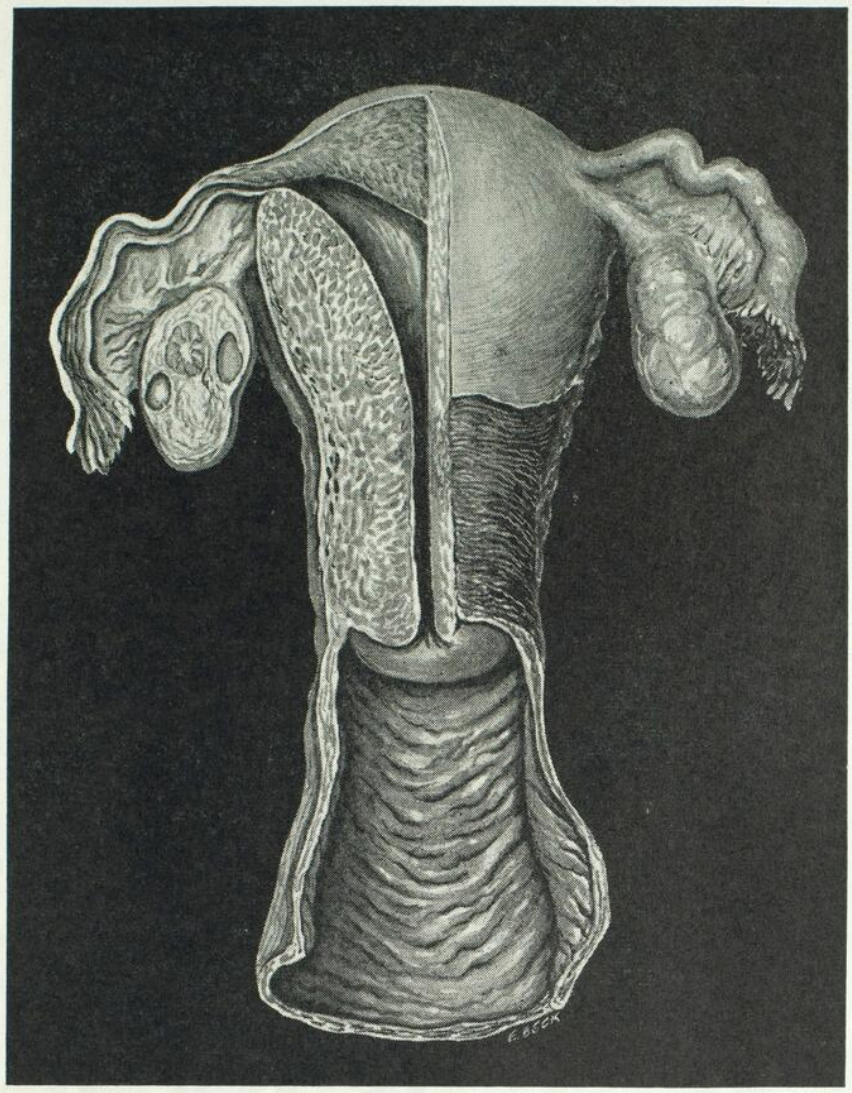
Dragées de Génisténal (0.035 d'éthylphénylmalonylurée et 0.015 de spartéine).

Adultes: 1 à 6 dragées par jour. — Enfants: ½ à 4

■ ■ ■ ■

LABORATOIRES CLIN, COMAR & CIE, PARIS

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



Le Vallestril assure un maximum d'activité œstrogénique en même temps qu'un minimum d'effet sur l'endomètre, ce qui contribue au nombre exceptionnellement minime de "saignements provoqués".

"Action sélective" unique du Vallestril®

On a prouvé que le Vallestril exerçait son action sélective sur la muqueuse vaginale. Réciproquement, son action sur l'utérus ou sur l'endomètre est négligeable.

Des études pharmacologiques au cours desquelles on s'est servi de la technique Allen-Doisy, ont démontré que le Vallestril était plus puissant que l'œstradiol et deux fois plus actif que l'œstrone sur la muqueuse vaginale. D'autre part, en se servant de la technique de Rubin, on a trouvé que le Vallestril avait seulement le dixième de l'activité de l'œstrone sur l'utérus, ce qui expliquerait le nombre si peu élevé de "saignements provoqués".

Un résumé d'observations cliniques s'étendant sur une période de deux ans et demie montre* que le Vallestril est "une substance œstrogène synthétique ... exceptionnellement dénuée d'effets toxiques et de complications, spécialement de saignements utérins ... Les effets heureux de la médication apparaissaient en moins de trois ou de quatre jours chez la plupart des patientes ménopausées ... le fait de ne trouver aucun cas de "saignement provoqué" chez nos malades a été très réconfortant ..."

Des réactions indésirables, telles que nausées, mastalgies et œdèmes se produisent moins fréquemment avec le Vallestril.

Le Vallestril est indiqué de préférence dans les cas où les œstrogènes peuvent servir: le syndrome de la ménopause, douleurs de l'ostéoporose après la ménopause; douleurs des métastases osseuses dans le cancer de la prostate.

Posologie: Ménopause—3 mg. (1 comprimé) deux ou trois fois par jour pendant deux ou trois semaines, suivi de 3 ou 6 mg. par jour pendant un mois. S'obtient seulement en comprimés rainurés de 3 mg. G. D. Searle & Co., La recherche au service de la médecine.

* Sturnick, M. I., et Gargill, S. L.: New England J. Med. 247:829 (nov. 27) 1952.

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

390 Weston Road, Toronto 9, Ontario

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**

GENOSCOPOLAMINE

POLONOVSKI et NITZBERG

Maladie de Parkinson

Composition: Bromhydrate de Génoscopolamine.

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

Indications: Maladie de Parkinson, Paralysie agitante, Syndromes post-encéphalitiques.

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

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

Laboratoires AMIDO — PARIS

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

souvent efficace, même dans les
cas rebelles à toute autre thérapeutique [1-3]

La crème panthoderm

le **premier** et le **seul** topique contenant du pantothénylol
(corps analogue à l'acide panthothénique)

dans les dermatoses

le prurit

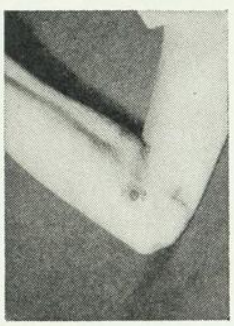
l'érythème fessier

les ulcères externes
(traumatiques, diabétiques, variqueux)

plaies

brûlures

Ulcération traumatique avec œdème à un bras paralysé.



Cicatrisation presque complète après application de la crème Panthoderm deux fois par jour, recouverte d'une gaze stérile durant trois semaines.

La Crème Penthoderm est apaisante, douce, non-iritante . . . propre, d'un blanc neige, ne tache pas; miscible à l'eau, s'étend facilement; s'enlève sans nuire aux tissus en voie de granulation.

soulage rapidement la douleur, le prurit et l'inflammation

apaise, adoucit lubrifie

favorise la granulation et accélère la guérison

atoxique et peu sensibilisatrice

échantillons et documentation sur demande.

En pots de 1 oz., 2 oz. et 1 lb.

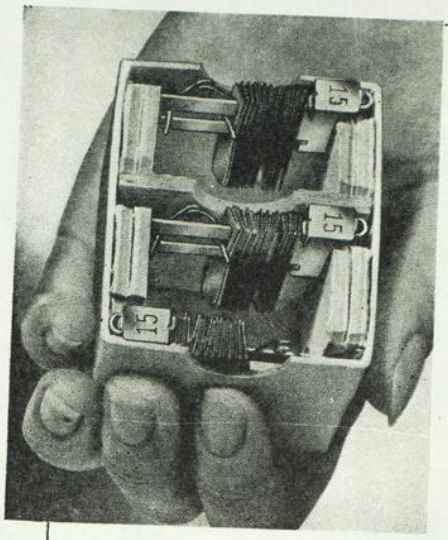
1. Kline, P. R., and Caldwell, A.: New York St. J. M., May 1, 1952.
2. Combes, F.C., and Zuckerman, R.: J. Invest. Dermat. 16: 379, 1951.
3. Kline, P. R.: Current News in Derm. & Syph., May 1952.

u. s. vitamin corporation of canada ltd.

Arlington-Funk Laboratories, division

1452, RUE DRUMMOND, MONTRÉAL, P. Q.

Voici trois nouvelles innovations BARD-PARKER



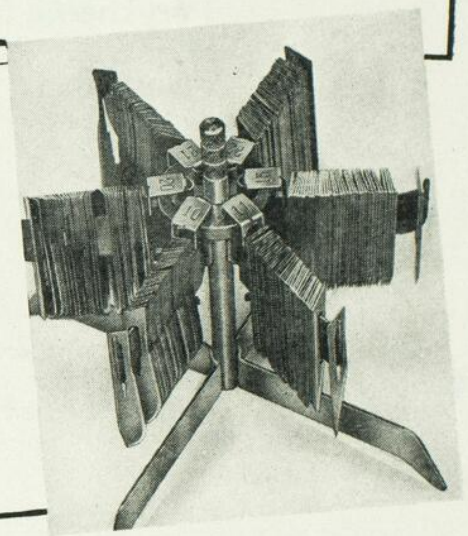
1 *Le Nouveau*

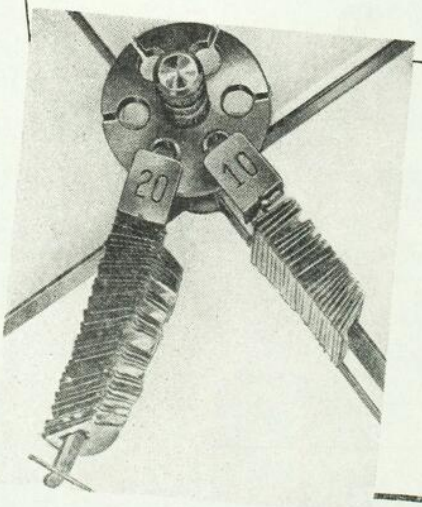
RACK-PACK ½ GROSSE — un empaquetage contenant des lames B-P RIB-BACK d'un seul format, montées sur trois porte-lames—24 lames par porte-lames. Ce nouveau membre de la famille RACK-PACK offre les mêmes avantages que le RACK-PACK UNE GROSSE, tant au point de vue de la commodité que de la protection des lames. Il constitue également une épargne de temps et de travail pour le personnel de la salle d'opérations.

2 *Le Nouveau*

SUPPORT RACK-PACK pour 6 PORTE-LAMES

—qui sert d'instrument permanent et s'insère dans le vase pour lames B-P. Il permet de mettre à la disposition du personnel de la salle d'opérations une quantité plus grande de lames Rib-Back "prêtes à servir."





3 *Les Nouveaux*

NUMÉROS INDICATEURS—chaque porte-lames RACK-PACK porte un numéro indicateur qui identifie les lames de façon positive — dans l'empaquetage comme dans le stérilisateur — de sorte qu'on puisse rapidement et facilement identifier les lames dans la salle d'opérations.

It's Sharp

Demandez-les à votre fournisseur

BARD-PARKER COMPANY, INC., Danbury, Connecticut, U.S.A.

ADAPTATION DE LA MEDICATION ANTI-ACIDE A L'ACTIVITE DU MALADE

Médication aussi pratique que logique, l'ALUDROX peut se prendre *avec ou sans eau*, où que le malade se trouve. Pris en dehors du foyer, au travail, même dans la rue, les comprimés d'ALUDROX rendent la médication anti-acide efficace, en la rendant pratique. Ils sont rafraîchissants, agréables à mâcher et à avaler.

L'ALUDROX associe l'hydrate d'alumine au lait de magnésie dans la proportion thérapeutique[1] de 4/1. Il combat rapidement l'acidité gastrique, s'oppose à la constipation et favorise la cicatrisation de l'ulcère.

Présentation: Comprimés d'ALUDROX, en flacons de 50 et de 500 comprimés.

Autre forme: Suspension d'ALUDROX, en flacons de 12 onces liq. et de ½ Gall. imp.

1. Rossett, N.E. et coll.: Ann. Int. Med. 36:98, janv. 1952.

ALUDROX

COMPRIMES

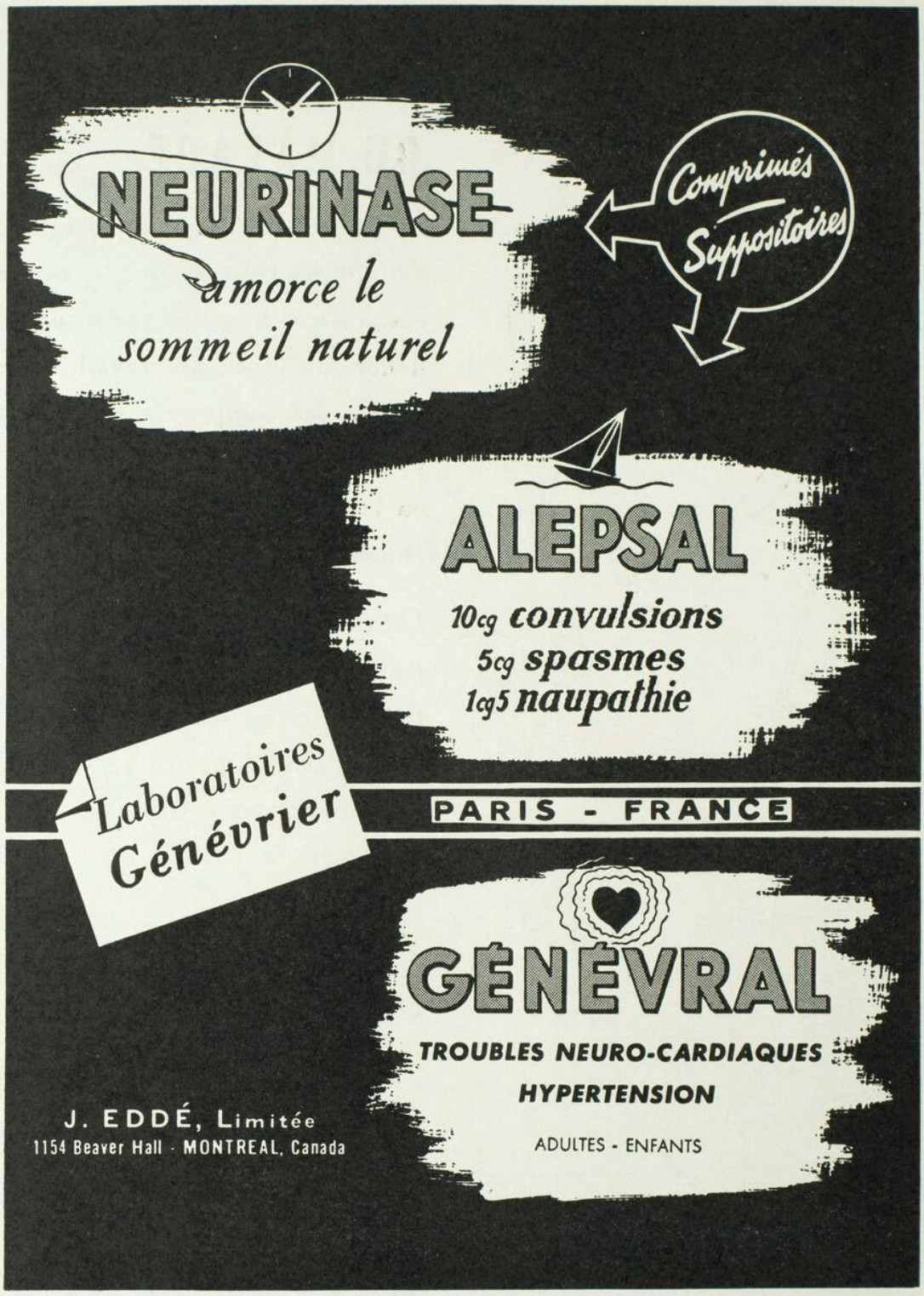
ALUDROX

Hydrate d'alumine et hydrate de magnésie

WALKERVILLE, ONTARIO

Wyeth

Marque Déposée


NEURINASE
amorce le
sommeil naturel
Comprimés
Suppositoires
ALEPSAL
10cg convulsions
5cg spasmes
1cg5 naupathie
Laboratoires
Génévrier
PARIS - FRANCE
GÉNÉVRAL
TROUBLES NEURO-CARDIAQUES
HYPERTENSION
ADULTES - ENFANTS
J. EDDÉ, Limitée
1154 Beaver Hall - MONTREAL, Canada

tonique viscéral

DACTIL

PUR ET ASSOCIÉ AU GARDÉNAL

soulage le syndrome **douleur⇄spasme** généralement en dix minutes

DACTIL calme les douleurs du carrefour gastro-duodénal et biliaire si rapidement que vous pouvez observer cette amélioration à votre cabinet de consultation.

Les capsules de DACTIL agissent au lieu même où siège la douleur viscérale. Elles soulagent le syndrome douleur ⇄ spasme en moins de quelques minutes et suppriment le spasme en moins de deux jours. Parfaitement bien toléré, DACTIL reste sans effet sur les sécrétions gastro-intestinales ou biliaires, non plus que sur la motilité ou le tonus viscéral normal.

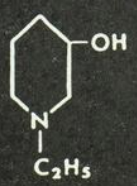
DEUX FORMES QUATRE FOIS PAR JOUR.

DACTIL avec gardénal, en flacons de 50 capsules. Chaque capsule contient 50 mg. de DACTIL et 16 mg. de gardénal (attention: peut engendrer l'accoutumance).

DACTIL (pur) en flacons de 50 capsules, contenant chacune 50 mg. de DACTIL.

DACTIL, le premier des dérivés de pipéridine de Lakeside, est la seule marque déposée de N-éthyl-3-pipéridyl-diphénylacétate HCl.

LES PIONNIERS DE LA PIPÉRIDINE



Lakeside Laboratories (Canada), Ltd.
24 WELLINGTON STREET, WEST, TORONTO, ONTARIO

753C54

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 St-Gabriel, Montréal • UN. 1-1431

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

MAINTENANT l'agent thérapeutique le plus sûr qui ait été mis de l'avant pour contrôler efficacement la TENSION ARTÉRIELLE présente 5 facteurs d'excellence

UNITENSEN

marque de cryptenamine

Unitensen est recommandé pour le patient qui a besoin de plus qu'un simple effet calmant. Il produit une chute réelle et soutenue de la tension artérielle.

Voici ce que les comprimés Unitensen peuvent faire—et avec une innocuité inégalée.

Chez ces patients l'abaissement de la tension artérielle fut maintenu durant un temps prolongé.

Extrait des histoires de cas—Série A†

Age—Sexe	T. A. mm. Hg. AVANT	T. A. mm. Hg. APRÈS
64—M	190/115	140/90
37—M	200/130	130/85
48—M	230/140	140/100
46—M	220/140	160/110
41—M	210/140	155/110
43—M	200/120	160/110
26—M	230/130	180/120
44—M	220/130	175/120
46—M	220/120	162/90

(Ecrivez-nous pour données cliniques complètes comprenant histoires de cas.)

†Communication personnelle à Irwin, Neisler & Company.

EXCELLE PAR SON EFFET CERTAIN SUR LA TENSION ARTÉRIELLE

Le seul agent thérapeutique que contiennent les comprimés Unitensen est la cryptenamine,—un alcaloïde fortement hypotenseur qui a été isolé par le personnel préposé à la recherche chez Irwin, Neisler & Company. Dans la plupart des cas (voir le tableau à gauche) la cryptenamine abaissera la tension artérielle de façon marquée et la maintiendra à ces bas niveaux pour des périodes de temps prolongées.

EXCELLE PAR SON INNOCUITÉ

Les comprimés Unitensen agissent sur le mécanisme hypotenseur, au niveau du système nerveux central. L'équilibre circulatoire n'est pas rompu. *Concomitamment à la baisse marquée de la tension artérielle* l'on obtient souvent une circulation améliorée et un rendement cardiaque accru.

Les comprimés Unitensen n'ont pas d'action sympathicolytique ou parasympathicolytique. Il n'y a pas de blocage ganglionnaire. Les comprimés Unitensen *ne* causent *pas* d'hypotension avec collapsus, un risque toujours présent avec les autres drogues puissamment hypotensives. La fonction rénale *n'est pas* atteinte.

EN

COMPRIMÉS DE TANNATE

Flacons de 50, 100, 500 et 1000.

EXCELLE PAR LA DUALITÉ DU CONTRÔLE AUQUEL LE MÉDICAMENT EST SOUMIS

Avec Unitensen un double standard biologique est établi, chez le chien,—un premier au point de vue effet hypotenseur et un second au point de vue réactions secondaires (vomissement),—de sorte qu'une marge thérapeutique intermédiaire *sûre* est obtenue. Au cours d'essais cliniques poussés, seulement quelques cas isolés ont présenté du vomissement occasionnel.

Les comprimés Unitensen ne produisent pas les réactions secondaires graves propres aux hypotenseurs synthétiques d'usage courant. Les comprimés Unitensen peuvent être administrés sans crainte pendant un temps prolongé. Aucun effet d'accumulation n'a été observé.

EXCELLE PAR LA SIMPLICITÉ DE LA POSOLOGIE

Commencer par deux comprimés par jour: un immédiatement après le petit déjeuner, l'autre au coucher. S'il est nécessaire d'augmenter le nombre de comprimés, la troisième prise se fait à 1 ou 2 P. M.

EXCELLE PAR LA MODICITÉ DU PRIX

A cause de la posologie réduite, les comprimés Unitensen épargnent à vos patients de ⅓ à ½ du prix d'autres agents puissamment hypotenseurs.

Chaque comprimé Unitensen contient: Cryptenamine†.....2 mg.*
(à l'état de sel tannate)

†Alcaloïdes estérifiés du Veratrum Viride obtenus par un procédé d'extraction non-aqueuse exclusif à Irwin, Neisler.
*Equivalent à 260 unités réflexe-du-sinus-carotidien.

IRWIN, NEISLER & COMPANY • Casier postal 157, TORONTO, ONTARIO.

Spécialistes en produits pharmaceutiques pour ordonnances depuis 1886

Représentants exclusifs dans la Hardt & Charton Inc. Montréal

ACIDE Dé-Hydro-Cholique = Drainage Hépatique Cholérétique avec CHOLIBILE

2 FORMES
granulés
comprimés

"On sait que l'ampoule de Vater est normalement envahie par les micro-organismes du duodénum; le cholédoque se garde de l'infection par la chasse biliaire qui vient s'opposer à l'ascension des germes. Lorsqu'au contraire, le flux biliaire cesse de se produire, qu'il y a obstacle au cours de la bile, les germes se développent aisément dans la bile stagnante et viennent infester les parois de la vésicule et des conduits biliaires.

"Ainsi se créent l'angiocholite, l'angiocholécystite par rétention."
Emile Sergent: l'exploration clinique médicale. Ed. 1947, page 673.

"L'acide déhydrocholique augmente de 144% la fraction aqueuse de la bile."
Schmidt, C.R.; Beazell, J.M.; Atkonson, A.J., et Ivy, A.C.: The Effects of therapeutic agents on the volume and constituents of bile. Am. J. Digest. Dis. 5:613, nov. 1938.

C'est à cette action hydrocholéritique que la CHOLIBILE doit son remarquable effet de drainage: une bile plus fluide, plus abondante, draine les voies biliaires et vient s'opposer à l'infection ascendante.

CHOLIBILE GRANULE Formule par c. à t. rase		**CHILIBILE FORT** par dragée	**CHOLIBILE FAIBLE** par dragée
Acide Déhydrocholique	0.10 Gm.	0.25 Gm.	0.10 Gm.
Ext. de Cascara Sagrada	0.02 Gm.	0.05 Gm.	0.02 Gm.
Chlorhydrate de Thiamine	2 mg.	5 mg.	2 mg.

LABORATOIRE BIO-CHIMIQUE INC.

950, avenue Ogilvy, Montréal

pour les cas de dermatite séborrhéique

SELSUN

UMBERTO ROMANO

enraye la desquamation, arrête la démangeaison, soulage la sensation de cuisson

La suspension de sulfure SELSUN apporte un soulagement rapide à la dermatite séborrhéique du cuir chevelu. On peut s'en convaincre d'après les rapports publiés et couvrant plus de 400 cas:[1-3]

SELSUN *guérit complètement de 92 à 95% des cas de pellicules simples et 81 à 87% de tous les cas de dermatite séborrhéique.*

Deux ou trois applications suffisent pour supprimer les symptômes de démangeaison et de cuisson. En l'espace de quatre à six semaines, le cuir chevelu est redevenu propre et sain. Une fois obtenu ce premier résultat, il suffit de le consolider par un nouveau traitement qui gardera le cuir chevelu libre de squames pendant une à quatre semaines.

Vos malades trouveront SELSUN d'emploi agréable et facile. Il leur suffira de l'utiliser au cours du lavage courant de la chevelure. Le produit, après simple rinçage, laisse le cheveu et le cuir chevelu d'une propreté méticuleuse, sans imposer de méthodes compliquées, trop souvent renouvelées, sans graisser du reste.

SELSUN est présenté au Corps médical et ne peut être obtenu que sur présentation d'une ordonnance. Il est présenté en flacon de 4 onces dont l'étiquette porte le mode d'emploi.

Abbott

une des 44 indications du **Nembutal®**

Il ne faudra que quelques minutes pour que ses nerfs soient calmés, son anxiété atténuée et pour que sa tension interne se transforme doucement en somnolence.

Le NEMBUTAL à l'action brève (Pentobarbital Abbott) permet de réaliser un degré quelconque de dépression cérébrale, allant de la légère sédation à l'hypnose profonde.

La posologie requise dans ce but est faible et n'atteint qu'environ la moitié de celle qu'il faut avec de nombreux autres barbituriques.

En conséquence, la dose de médicament à inactiver est moindre, l'effet est moins long, la marge de sécurité plus large et les malaises post-hypnotiques moins prononcés.

A dose per os égale, aucun autre barbiturique ne réalise d'effet plus rapide, plus bref, plus profond.

Autant d'excellentes raisons pour expliquer la faveur croissant du NEMBUTAL à l'action brève, après plus de 24 années d'emploi en clinique. Abbott

pour une sédation légère, essayez la capsule de NEMBUTAL sodique à 50 mg. (¾ gr.)

410019

L'Union Médicale du Canada

à ses lecteurs et à ses annonceurs

L'Association des Médecins de langue française du Canada

à tous ses membres

offrent leurs meilleurs voeux pour

un Joyeux Noël

et

une Bonne et Heureuse Année

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

Fondée à Québec en 1902

L'Union Médicale du Canada

Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872

ONT COLLABORÉ AU VOLUME 83:

MM. Adamkiewicz (Lidia) ; Amyot (Roma) ; Archambault (Laurent) ; Archambault (Paul-René) ; Auger (Carlton) ; Beauregard (J.-M.) ; Béique (Léon) ; Bélisle (Maurice) ; Bérard (Michel) ; Bertrand (Albert) ; Bilodeau (M.) ; Blain (Emile) ; Blais (Roland) ; Blanchard (G.) ; Boivin (J.-Claude) ; Bordeleau (J.-M.) ; Boulanger (J.-B.) ; Bourgeois (Paul) ; Bourque (Jean-Paul) ; Bousquet (J.-P.) ; Brahy (Jules) ; Brais (Paul) ; Brien (J.-A.) ; Brodeur (Pierre) ; Carasso (B.) ; Caron (M.) ; Cartier (G.-Etienne) ; Casgrain (Gérard) ; Castaigne (le professeur Paul) ; Champoux (G.-Roger) ; Charbonneau (René) ; Charest (G.) ; Chedid (P.) ; Chenevert (Robert) ; Chicoine (Luc) ; Chigot (P.-L.) ; Claveau (J.-C.) ; Cliche (F.) ; Cloutier (R.) ; Comeau (Maurice) ; Cotton (Odilon) ; Courtois (Annie) ; Cousineau (Gilles) ; Crevier (Paul-H.) ; Cyr (D.-Paul) ; Dagenais-Pérusse (Paul) ; David (Paul) ; Décary (Chas.) ; Décarie (Léandre) ; Demers (Antonio) ; Denis (M.) ; De Saint-Victor (R.) ; Desjardins (Edouard) ; Desrochers (Yves) ; Desrosiers (Louis) ; Désilets (Roland) ; D'Iorio (Antoine) ; Doray (Maurice) ; Doré (R.) ; Dufresne (Origène) ; Dufresne (Roger-R.) ; Dumas (Paul) ; Dupont (Claude) ; Enesco (M.) ; Ferron (Marcel) ; Fortier (Jean-Paul) ; Fortier (Lise) ; Fortin (Guy) ; Françon (François) ; Frank (B. L.) ; Frappier (Armand) ; Gagné (F.) ; Gagnon (E.-D.) ; Gagnon (Marc) ; Gariépy (L.-H.) ; Garon (Nantel) ; Gass (Chas. L.) ; Gaumond (E.) ; Genest (Jacques) ; Gendron (Claude-P.) ; Gérin-Lajoie (L.) ; Gervais (Maurice) ; Giard (Th.) ; Gilbert (J.) ; Gilbert (Ghislaine) ; Gingras (G.) ; Gosselin (B.) ; Gosselin (G.) ; Grégoire (F.) ; Grignon (C.-E.) ; Grignon (J.) ; Groulx (Ad.) ; Haisch (E.) ; Hébert (Fernand) ; Hébert (Louis) ; Hillemand (P.) ; Jeliu (G.) ; Johnson (R.) ; Johnston (W.V.) ; Jutras (A.) ; Keller (J.) ; Khalil (N.) ; Lachance (R.) ; Ladouceur (L.) ; Lafond (R.) ; Laframboise (Jean) ; Laframboise (J.-Marie) ; Laham (Jean) ; Lambert (Julien) ; Lamoureux (Marcel) ; Lamy (J.-L.) ; Lanthier (André) ; Lapalme (Jacques) ; Lapointe (Roland) ; Larochelle (L.-N.) ; Larouche (Gérald-L.) ; Larue (Robert) ; Latraverse (V.) ; Laurendeau (E.) ; Laurier (J.-J.) ; Laurier (R.) ; Laurin (J.-G.) ; Lauzé (Simon) ; Lebeau (René) ; Lebel (L.-Léon) ; Leblond (Sylvio) ; Lecours (A.) ; Léger (F.) ; Léger (Jean-Louis) ; Lelièvre (Mme) ; Léonard (Gérard) ; Léonard (Claude) ; Lépine (Mlle A.) ; Lépine (Charles) ; Lépine (Edgar) ; LeSage (Albert) ; Lessard (Richard) ; Letondal (Paul) ; Longtin (Jean) ; Longtin (Léon) ; Loranger (Rév. Père Léon) ; Mantha (Léopold) ; Marcotte (J.-E.-A.) ; Marin (Albéric) ; Marion (D.) ; Masson (Gaston) ; Masson (P.) ; Mathieu (M.) ; McCormick (W. J.) ; Mergler (L.) ; Méthot (J.-Paul) ; Michon (Jean) ; Millet (Joseph) ; Milot (J.-P.) ; Monfette (Claude) ; Montreuil (Fernand) ; Morissette (Guy) ; Morissette (L.) ; Nadeau (C. Laberge) ; Nadeau (Gabriel) ; Nolin (Gaétan) ; Pager (Robert) ; Panneton (André) ; Paquette (J.-Philippe) ; Pellerin (Joseph) ; Pestel (Maurice) ; Plamondon (Marcel) ; Plichet (André) ; Poirier (Jean-Robert) ; Préfontaine (Georges) ; Primeau (Bertrand) ; Robillard (Eugène) ; Robillard (R.) ; Robillard (Rosario) ; Roulin (G.) ; Roussel (Jean-Marie) ; Rousseau (Thérèse) ; Royer (Albert) ; Saine (Georges) ; Saint-Martin (Robert) ; Saucier (Adéodat) ; Saulnier (André) ; Simard (L.-C.) ; Simard (René) ; Simard (Roger) ; Sirois (Jean) ; Smith (Henri) ; Smith (Pierre) ; Sonea (Sorin) ; Stalher (M. R.) ; Tabet (M.) ; Taschereau (l'hon. Juge) ; Thibault (Eug.) ; Tremblay (Jean) ; Tremblay (Gilles) ; Tremblay (J.-P.) ; Trépanier (A.) ; Trudel (H.) ; Vac (Bertrand) ; Vadeboncoeur ; Vaillancourt (DeGuise) ; Vaillancourt (Pierre) ; Vallée (Arthur-F.) ; Vasquez (J.) ; Venne (L.) ; Viguié (Mme) ; Wigdor (B.) ; Wittkower (E.-D.).

TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

A

Abdominales. Les urgences a. en obstétrique. (Marcel Ferron) 809
ACTH, cortisone et hydrocortisone en thérapeutique. (Richard Lessard) 242
ACTH. Emploi de l' dans l'hépatite infectieuse. (A. Lanthier et C.-E. Grignon) 1252
Alimentation appropriée dans la grossesse et la lactation dans la croissance et le développement des enfants, et dans les états débilitants et la sénilité. (B. L. Frank) 294
Anales et perianales. Lésions bénignes a. et p. et leurs traitements. (Léon Béique et Michel Bérard) 1031
Allons à Ottawa. (Henri R. de Saint-Victor) 607
Anémies macrocytaires par la vitamine B_{12} orale. Le traitement des (Blandine Gosselin et Maurice Bélisle) 1242
Anémie sidéropénique: pathogénie et traitement. L' (Donat-Paul Cyr et Claude-P. Gendron) 515
Anesthsie chez le cardiaque. L' (René Lebeau) 917
Anévrysme de l'artère rénal. Présentation d'un cas. (Jean-Louis Léger, Jean Michon, Paul Bourgeois et Maurice Bélisle) 634
Angine de poitrine. Diagnostic différentiel et traitement d'urgence de l'a. de p. et de l'infarctus du myocarde. (Gaston Masson) 49
Angine de poitrine. Les symptômes digestifs au cours de l' (Jean Longtin et B. Carasso) 1234
Antibiotiques. Considérations sur les (Sylvio Leblond) 135
Antibiotiques. Les mécanismes d'action des (M. Enesco et J.-M. Beauregard) 523
Antihistaminiques. Quelques nouveaux (Gérard Casgrain) 206
Antituberculeuse. Le médecin et la lutte (Roger Lachance) 1134
Aponévrotiques. Réparations de hernies au moyen de sutures (Edouard Gagnon et R. Désilet) 733
Apoplexie utéro-placentaire. (Gérard Léonard) 901
Arrêt cardiaque. A propos d' (J.-L. Lemay et E.-D. Gagnon) 979
Association des Médecins de Langue Française du Canada et ses activités. L' (Emile Blain) 494
Athéro-sclérose et essai d'une thérapie à base de lipotropes associés à un polysorbate. Contribution à l'étude de l' (E. Laurendeau et M. Denis) 1092
Assurance-santé. Médecine préventive et (Jules Gilbert) 188

B

B.C.G. Réactions ganglionnaires post-vaccinales au (Robert Larue) 152
Bilan-santé à Montréal en 1953. Le (Ad. Groulx) 288
Broncho-œsophagologie moderne. Contributions de la (Valmore Latraverse) 539
Bulletins:
Actualité du droit médical comparé. (Pierre Smith) 120
Allons à Ottawa. (Henri R. de Saint-Victor) 607
A propos du choix des candidats à l'étude de la médecine. (Roger-R. Dufresne) 1085
Congrès de l'A.M.L.F.C. à Ottawa-Hull en septembre 1954. (Hermile Trudel) 240
Deux congrès internationaux. Physiologie — Psychologie. (Roma Amyot) 847
Grandeur et limites de l'expérimentation médicale. (Roger-R. Dufresne) 721
Initiation à la connaissance scientifique. (Edouard Desjardins) 239
La déontologie est-elle une science périmée? (Edouard Desjardins) 605
La diététique. (Roger-R. Dufresne) 363
La diffusion de la pensée médicale. (Edouard Desjardins) 969
Lancement d'un programme de classification des hôpitaux du Canada 5
L'Association des Médecins de Langue Française du Canada et ses activités. (Emile Blain) 494
La poliomyélite sera-t-elle vaincue? (Roma Amyot) 491
L'économie médicale. (Roma Amyot) 117
Le docteur R. E. Valin, directeur honoraire de l.A.M.L.F.C., à l'honneur. (La Rédaction) 3
Les praticiens généraux. (R.-R. Dufresne) 1
Quelques bonnes raisons d'assister au Congrès Ottawa-Hull de septembre. (Antonio Lecours) 723
Réflexions sur le XXIVe Congrès. (Hermile Trudel) 1207
Séances du Comité d'économie médicale de l'A.M.L.F.C. 119
XXIVe Congrès de l'A.M.L.F.C. — Programme scientifique préliminaire. 850

C

Cancer. A propos de l'âge du (Carlton Auger) 252
Cancers de la peau et des muqueuses. Le traitement palliatif des (Albert Marin) 365

Cancers de la prostate? Quand guérira-t-on les (Jean-Paul Bourque) ---- 285
Cancers inopérables. Le traitement palliatif des (Roger-R. Dufresne) ---- 377
Cancer. Nouveaux horizons sur le domaine du (Origène Dufresne) ---- 1037
Cardiaque. Le connu et l'inconnu en chirurgie. (Edouard-D. Gagnon) ---- 1393
Cardiovasculaires. Maladies congénitales (G. Gilbert, C. Léonard et Paul David) ---- 1369
Céphalée. La — Le vertige. (Roma Amyot) -- 807
Césariennes. Indications des (Henri-R. de Saint-Victor) ---- 398
Cholégraphie endoveineuse. (Albert Jutras) ---- 653
Cholégraphie endoveineuse. Nouveaux aspects de physiologie biliaire. Calculs biliaires. (Albert Jutras) ---- 1349
Classification des hôpitaux du Canada. Lancement d'un programme de ---- 5
Coagulation sanguine. Conception moderne du mécanisme de la (Jean-Guy Laurin) ---- 1218
Cœur pulmonaire. Xypho-scoliose et (G.-Roger Champoux) ---- 768
Collège canadien des médecins en pratique générale. Le ---- 73
Collège de pratique de la médecine générale. Le (Chas. L. Gass) ---- 303
Collège de pratique de la médecine générale. Le (W. V. Johnston) ---- 546
Collège de pratique de la médecine générale du Canada. Le (M. R. Stalher) ---- 426
Comas et leurs traitements d'urgence. Le diagnostic différentiel des (Rosario Robillard) 33
Comité d'économie médicale de l'A.M.L.F.C. Séances du (Roma Amyot) ---- 119
Comité d'économie médicale. Troisième séance 1953-54 du (Emile Blain) ---- 497
Comité d'économie médicale de l'A.M.L.F.C. Séance publique. (Roma Amyot) ---- 1396

Congrès:

Congrès de l'A.M.L.F.C. à Ottawa-Hull en septembre 1954. (Le Secrétaire-trésorier général de l'A.M.L.F.C.) ---- 240
Congrès, le XXIVe (Hermile Trudel) ---- 1207
Congrès de l'A.M.L.F.C. XXIVe — Programme scientifique préliminaire. ---- 850
Congrès, le XXIVe de l'A.M.L.F.C. ---- 1275, 1276, 1278, 1279, 1280, 1284, 1288.
Congrès, le XXIVe (Hermile Trudel) ---- 1207
XXIVe Congrès de l'A.M.L.F.C.:
Séance d'ouverture —
Allocution du docteur Hermile Trudel 1275
Allocution du docteur I.-M. Laframboise 1276
Allocution du docteur Emile Blain ---- 1278
Allocution de Monseigneur Marie-Joseph Lemieux ---- 1279
Allocution du professeur René Cachera 1280
Banquet de clôture —
Allocution de l'hon. Louis Saint-Laurent 1284
Allocution du docteur Emile Blain ---- 1288
XXIVe Congrès de l'A.M.L.F.C.:
Invitation du Président (Jean-Marie Laframboise) ---- 967
Symposium sur la pathologie pulmonaire 968
XXIVe Congrès de l'A.M.L.F.C. — Programme scientifique préliminaire ---- 850
Congrès de l'A.M.L.F.C. à Ottawa-Hull en septembre 1954 (H. Trudel) ---- 240
Congrès Ottawa-Hull de septembre. Quelques bonnes raisons d'assister au (Antonio Lecours) ---- 723
IVe Congrès pan-américain d'oto-rhino-laryngologie et de broncho-œsophagologie. (Jules Brahy) ---- 550
Congrès de l' "American Goiter Association". Rapport du (R. Doré) ---- 665
Congrès Pan-Américain d'Oto-Rhino-Laryngologie et de broncho-oesophagologie. IVe (Jules Brahy) ---- 550
Deux congrès internationaux. Physiologie — Psychologie. (Roma Amyot) ---- 847
Congrès International de Médecine Hippocratique. Deuxième ---- 196, 310, 430
Congrès International de Psychologie. Le (J.-B. Boulanger) ---- 803
Congrès Internationaux. Deux — Physiologie — Psychologie. (Roma Amyot) ---- 847
Deuxième Congrès International de la médecine hippocratique. ---- 310, 430
Rapport du Congrès de l' "American Goiter Association". (R. Doré) ---- 665
Cortico-surrénalienne du nouveau-né. La fonction (Pierre Brodeur) ---- 1024
Cortisone. L'action de la c. et de l'ACTH sur l'hypertrophie thymique. (Philippe Chedid) 781
Côtes cervicales. Syndrome neurologique et vasculaire. (Roma Amyot) ---- 1101
Coût de l'hospitalisation. Ce que les hôpitaux ont fait et font encore pour diminuer le (Eugène Thibault) ---- 1121
Cushing. Syndrome de (Jean Grignon et C.-E. Grignon) ---- 1013

D

Décès après chimisme gastrique. (Paul Brais) 1106
Dégénérescence hydropique des tubes rénaux et de la travée hépatique après administration de soluté dextrosé hypertonique. Deux observations. (F. Gagné) ---- 1017
Déontologie est-elle une science périmée? La (Edouard Desjardins) ---- 605

Diabète. Les exercices physiques dans le traitement du (Rosario Robillard) 1390
Diabétiques. Le dépistage des (Rosario Robillard) 1266
Diabétiques. Valeur éducative des (Rosario Robillard) 789
Diététique. La (Roger-R. Dufresne) 363
Disque intervertébral. Nouvelle théorie étiologique. Lésions du (W. J. McCormick) 536
Diurétiques "per os". Les (L.-Léon Lebel) .. 1052
Diverticulose appendiculaire. Présentation d'un cas. (Laurent Archambault et Armand Trépanier) 273
Droit médical comparé. Actualité du (Pierre Smith) 120
Dystrophie réflexe du membre supérieur — ("Shoulder-hand syndrome"). La (DeGuise Vaillancourt) 25

E

Economie médicale. L' (Roma Amyot) 117
Editoriaux:
Cholégraphie endoveineuse. (Albert Jutras) 653
Contributions de la broncho-œsophagologie moderne. (Valmore Latraverse) 539
La méningite tuberculeuse de l'enfant et son traitement. (Paul Letondal) 797
La nouvelle Faculté de Médecine de Paris. (Albert LeSage) 412
La Société Canadienne de l'Arthrite et du Rhumatisme. Son œuvre dans le Québec. (J.-M. Beauregard) 185
Le connu et l'inconnu en chirurgie cardiaque. (Edouard-D. Gagnon) 1393
Le dépistage des diabétiques. (Rosario Robillard) 1266
L'équilibre humoral et liquidien en chirurgie abdominale d'urgence. (Edouard Desjardins) 284
Le soixantième anniversaire de la fondation de "La Presse Médicale". (Roma Amyot) 287
Les syndromes hypothalamiques. (Paul Dumas) 409
Médecine et climatologie. (J.-M. Beauregard) 925
Nouveaux horizons sur le domaine du cancer. (Origène Dufresne) 1037
Où en sommes-nous? (Jacques Genest) 1110
Pneumologie infantile — Pneumonite et pneumonose. (Paul Letondal) 61
Quand guérira-t-on les cancers de la prostate? (Jean-Paul Bourque) 285
Electrocardiogramme dans l'insuffisance coronarienne. L' (Jean Laham) 122
Electrocardiographiques. Etudes é. après pneumo-péritoine. (Jean Longtin et B. Carasso) 871
Emphysème pulmonaire (Symposium):
Considérations générales, classification, pathologie et pathogénie de l'emphysème pulmonaire. (Fernand Grégoire) 738
L'analyseur d'azote et son utilité dans l'appréciation de l'emphysème pulmonaire. (Jacques Lapalme et Fernand Grégoire) 742
Emphysème pulmonaire : physiopathologie respiratoire et épreuves fonctionnelles. (B. Carasso) 747
Aspect clinique de l'emphysème pulmonaire. (Maurice Comeau et M. Bilodeau) 756
Modifications circulatoires dans l'emphysème pulmonaire. (Charles Lépine) 761
Empoisonnements alimentaires. Causes et prévention des (J.-A. Brien) 291
Endocrinologie et grossesse. (Nantel Garon) .. 1029
Epaule. Luxations récidivantes de l' (Léon Béique et Roger Simard) 878
Equilibre humoral et liquidien en chirurgie abdominale d'urgence. L' (Edouard Desjardins) 284
Etude de la médecine. A propos du choix des candidats à l' (Roger-R. Dufresne) 1085
Evolution démographique et sanitaire de la France. Aperçu sur l' (P. Hillemand, Mme Viguié et Lelivère) 1113
Expérimentation médicale. Grandeur et limites de l' (Roger-R. Dufresne) 721

F

Faculté de Médecine de Paris. La nouvelle (Albert LeSage) 412
Fatigue hypoglycémique. La (L.-N. Larochelle) 1385

G

Gastro-duodénales. Hémorragies (G. - Roger Champoux) 771
Glaucome en pratique générale. Le problème du (Jean-Paul Fortier) 56
Glaucome (Symposium):
Avant-propos aux confrères non-oculistes. (Claude Monfette) 989
L'anatomie et le glaucome. (Roland Lapointe) 990
Biochimie du liquide intra-oculaire. (Roland Cloutier) 992
Tonométrie. (Jean-Robert Poirier) 994
La gonioscopie. (Michel Mathieu) 996
Champs visuels dans le glaucome. (Robert Pager) 998
Traitement médical du glaucome. (Gilles Cousineau) 1000
La chirurgie du glaucome. (Antonio Demers) 1002

Epreuves de provocation dans le glaucome. (René Charbonneau) 1004
Goutte. La (De Guise Vaillancourt) 529
Grossesse et maladie du cœur. (Gérald-L. Larouche) 45

H

Hémagglutination passive en tuberculose humaine. Observations sur l'épreuve d' (Geo. Préfontaine et Sorin Sonéa) 608
Hématologiques. Les troubles h. de l'enfance. (Albert Royer) 167
Hémorragies gastro-duodénales. (G. - Roger Champoux) 771
Hernies. Réparations de h. au moyen de sutures aponévrotiques. (Edouard Gagnon et Roland Désilets) 733
Hirschprung. Conceptions et thérapeutique chigicale nouvelles de la maladie de (Edouard Desjardins, André Saulnier et Jean Laframboise) 894
"Hobbies" des médecins. Les (Bertrand Vac) 1041
Hygiène mentale au service de la santé. L' (J.-E.-A. Marcotte) 1269
Hypertension artérielle. Conduite à tenir avant et après l'oprération pour (Geo.-Etienne Cartier) 6
Hypertension artérielle. Considérations générales sur le traitement moderne de l' (Jacques Genest, Lidia Adamkiewicz, Raymond Robillard et Gilles Tremblay) 985
Hypertension maligne. L'administration de l'hexaméthonium chez les patients souffrant d' (Jacques Genest, Raymond Robillard, G. Tremblay et L. Adamkiewicz) 1210
Hypertension artérielle par la rauwolfia. Le traitement de l' (L. Adamkiewicz, Raymond Robillard, Gilles Tremblay et Jacques Genest) 1087
Hypertension artérielle. Rapport préliminaire sur 50 malades hypertendus opérés selon 2 techniques différentes (38 cas). (Geo.-E. Cartier) 629
Hypoconvertinémies congénitales hémorragipares. Les (J.-G. Laurin) 157
Hypotension contrôlée en chirurgie thoracique. Etude clinique et électrocardiographique de 100 cas et de 100 témoins. (Jean Longtin, Léon Longtin, Ernest Bousquet et J.-Paul Méthot) 625
Hypothalamiques. Les syndromes (Paul Dumas) 409

I

Ictères hémolytiques. Diagnostic différentiel et traitement. (L. Morissette) 144
Ictères hémolytiques congénitaux et splénectomie. Les (Georges Saine) 1378
Infarctus du myocarde. Diagnostic différentiel et traitement d'urgence de l'angine de poitrine et de l' (Gaston Masson) 49
Initiation à la connaissance scientifique. (Edouard Desjardins) 239
Insulinothérapie. Les nouveautés dans le domaine de l' (L.-Henri Gariépy) 1047
Isthme utérin en relation avec la formation du segment inférieur de l'utérus gravide. Considérations physio-histo-anatomiques de l' (R. Vadeboncœur) 29

K

Kystes et fistules du tractus thyréoglosé. A propos de trente cas de (Paul-Louis Chigot et Odilon Cotton) 725

L

Largactil. Etude du l. et de ses applications. (Louis Desrosiers) 639
Larynx. Le cancer du — Diagnostic précoce et réhabilitation. (Fernand Montreuil) 649
Lettre de France. (André Plichet) 801
Lettre de Paris. (Maurice Pestel) 1148
Lettre de Paris (André Plichet) 1415
Livres reçus 362, 695
Lombalgies. Diagnostic étiologique des (J.-M. Beauregard) 174

M

Mal du mouvement. Le (Fernand Montreuil) 1051
Médecine et climatologie. (J.-M. Beauregard) 925
Médecine et chirurgie pratiques:
Deux urgences vasculaires abdominales. (M. Gervais et J.-Claude Boivin) 1150
Généralités sur les perturbations circulatoires locales. (Professeur Paul Castaigne) 76
La céphalée — Le vertige. (Roma Amyot) .. 807
La transfusion intramédullaire tibiale. (Thomas Giard et Guy Fortin) 436
Le mal du mouvement. (Fernand Montreuil) 1051
Le traitement rationnel des vaginites à trichomonas, à monilia et à flore mixte par l'association du propionate de solium et de la diiodohydroxyquinoléine. X (Adéodat Saucier et René Simard) 1153
Les diurétiques "per os". (L.-Léon Lebel) 1052
Les nouveautés dans le domaine de l'insulinothérapie. (L.-Henri Gariépy) 1047
Les urgences abdominales en obstétrique. (Marcel Ferron) 809

Quelques nouveaux antihistaminiques. (Gérard Casgrain) 206
Recherches et découvertes médicales 313, 437, 552, 668, 812, 929, 1155, 1290
Syndrome méconnu de la plupart des médecins. (Robert Chenevert) 208
Méningite tuberculeuse de l'enfant et son traitement. La (Paul Letondal) 797

N

Nécrologie:

Archambault. Le docteur R.-Albert (Chas Décary) 941
Baril. Le docteur Georges (Pierre Masson) 329
Barry. Le docteur Gaétan (Jules Brahy) 823
Caisse. Le docteur J.-Antonio 1061
Charbonneau. Le docteur Léonide 1434
Descôteaux. Le docteur Arsène 684
Dion. Le docteur Joseph 1061
Dontigny. Le docteur A. 1434
Doucet. Le docteur J.-C. (Jean Tremblay) 1433
Drouin. Le docteur P.-A. 1061
Gagné. Le docteur Adrien 1061
Garand. Le docteur Lucien 1434
Giroux. Le docteur Charles 684
Goyette. Le docteur Jacques 684
Guénette. Le docteur J.-A. 1167
Hamel. Le docteur Guy 684
Houde. Le docteur Joseph-Léon 1061
Houle. Le docteur J.-F. (Roma Amyot) .. 940
Houle. Le docteur J.-Firmin (Léon Gérin-Lajoie) 1431
Labrosse. Le docteur Arthur 1434
Laflamme. Le docteur P.-E. (Roma Amyot) 940
Lahaye. Le docteur Bruno 1061
Lapointe. Le docteur Hector (1. Léopold Mantha) — (2. Louis Hébert) 231
Larose. Le docteur J.-R. 1167
Lavoie. Le docteur Philippe-E. 684
Leblanc. Le docteur J.-Z. 1434
Lebourdais. Le docteur Irénée 1061
LeSage. Le docteur Albert (Roma Amyot) 1343
Lespérance. Le docteur Alfred 1061
Mallette. Le docteur Eugène 1434
Migneault. Le docteur Jean-A. 1434
Millette. Le docteur Georges-Etienne 684
Minguy. Le docteur Emile 1167
Morin. Le docteur Jean 1434
Perron. Le docteur J.-E. (Roma Amyot) 965
Pontbriand. Le docteur H.-M. 1061
Pouliot. Le docteur A. 941
Préfontaine. Le docteur J.-Albert 941
Riopelle. Le docteur Joseph-M.-A. 684
Roy. Le docteur J.-O. 684
Savoie. Le docteur Réginald (R. Amyot) 1432
Simard. Le docteur Alfred 1434
Talbot. Le docteur Georges-R. 684
Toupin. Le docteur J.-Hector 1434
Tremblay. Le docteur Eugène 1434
Neuro et psycho-chirurgicales. Actualités (Paul-H. Crevier) 498
Nodules des trayeurs de vaches. Présentation de deux cas. (E. Gaumond et C. Auger) 906
Nodules intra-hépatiques rencontrés au cours de la laparotomie pour cancers intra-abdominaux. Considérations sur les (Marcel Lamoureux) 270
Nourrisson. Règles alimentaires du (Bertrand Primeau) 416
Nouvelles 96, 216, 333, 462, 580, 685, 824, 942, 1062, 1175, 1300, 1436.
Nucléus pulposus (C.N.P.). Nos connaissances actuelles sur les calcifications du (François Françon) 278
Nutrition et grossesse. (Donatien Marion) .. 163

O

Obstétrical. Choc o. idiopathique suivi d'une hémorragie grave du 4e stage du travail. (Réal Lafond) 1248
Obstétrique. Les urgences abdominales en (Marcel Ferron) 809
Opacité radiologique à type de tuberculose spontanément régressée au cours de la primo-infection chez un enfant esquimau sous traitement par Rimifon et streptomycine. (M. Caron) 275
Oreilles décollées. Présentation de deux cas opérés par la méthode de Barsky modifiée par A. W. Farmer, de Toronto. (Louis Venne) 1022
Ostéomyélite chez un enfant de 13 jours. (Paul Dagenais-Pérusse et Arthur-F. Vallée) 23
Où en sommes-nous? (Jacques Genest) 1110

P

Pensée médicale. La diffusion de la (Edouard Desjardins) 969
Pentobarbital. Influences endocriniennes sur la désintoxication hépatique du (Eugène Robillard, Antoine d'Iorio et Joseph Pellerin) 853
Perturbations circulatoires locales. Généralités sur les (Professeur Paul Castaigne) 76
Pierre Masson, médecin honoraire à l'hôpital Notre-Dame (Montréal). Le professeur (L.-C. Simard) 194
Plastique. La chirurgie — Ses possibilités et ses indications. (Pierre Vaillancourt) 404
Pneumonite et pneumonose. Pneumologie infantile. (Paul Letondal) 61
Pneumopéritoine. Etudes électrocardiographi-

ques après (Jean Longtin et B. Carasso) 871
Pneumothorax spontané compressif. Emphysème sous-cutané géant. Tuberculose pulmonaire. (J.-P. Paquette) 1006
Poliomyélite antérieure aiguë en paralysie infantile. La (G. Charest) 1131
Poliomyélite sera-t-elle vaincue? La (Roma Amyot) 491
Polymyxine B. Usage intramusculaire de — Evolution d'un prématuré pesant 1 livre et 14 oz. (André Panneton) 775
Praticiens généraux. Les (Roger-R. Dufresne) 1
Prématuré pesant 1 livre et 14 oz. Evolution d'un — Usage intramusculaire de polymyxine B. (André Panneton) 775
Pronestyl et intoxication digitalique. (Yves Desrochers et Réginald Johnson) 255
Prostate? Quand guérira-t-on les cancers de la (Jean-Paul Bourque) 285
Psychologie de la sphère affective. Sur l'importance de la (Erich Haisch) 545
Psychosomatique ? Rhumatisme et médecine (J.-M. Beauregard) 783
Psycho-sociale. Une étude p. s. des lésions spinales. (E. D. Wittkower, G. Gingras, L. Mergler, B. Wigdor et Mlle A. Lépine) 860

Q

Quelques médecins et chirurgiens de la cour et les liens qui les rattachent au Canada. (Gabriel Nadeau) 1140

R

Rapport du Rédacteur en chef. (Roma Amyot) 305
Rauwolfia. Nouvelles applications thérapeutiques de la réserpine et des extraits de la (I. Genest, L. Adamkiewicz, R. Robillard et Gilles Tremblay) 915
Réadaptation. Problèmes de la (Joseph Millet) 1126
Recherches et découvertes médicales 313, 437, 552, 668, 812, 929, 1155, 1417
Revue des livres 104, 356, 474, 584, 696, 836, 946, 1070, 1186, 1312, 1446
Rhinophyma. (Pierre Vaillancourt) 793
Rhumatisme et médecine psychosomatique. (J.-M. Beauregard) 783
Roman policier. Le (Jean-Marie Roussel) 65
Rupture spontanée de l'aorte. Sur la pathogénie de la (S. Lauzé) 973
Rupture spontanée de l'utérus gravide à terme. (Jules Keller) 778

S

Sacrococcygiens. Sinus et kyste (Léon Béique et Claude Dupont) 1259
Sciences basales de la médecine proprement dite. Réflexions sur les (Albert LeSage) 192
Secret médical. Le (Roland Blais, Hon. Juge Taschereau, Rév. P. Léon Loranger) 1398
Service national de Santé en Angleterre. Le (Jacques Genest) 656
Société Canadienne de l'Arthrite et du Rhumatisme. Son oeuvre dans le Québec. La (J.-M. Beauregard) 185
Sociétés:
Association des Médecins Canadiens étudiant en France:
Séance du 9 février 1954 .... 573, 682
Séance du 12 octobre 1954 1429
Hôpital Général de Verdun:
Séances de mars et avril 1953 575
Séances de septembre, octobre et novembre 1953 1168
Réunion scientifique du Bureau médical de l'hôpital Notre-Dame:
Séance du 11 juin 1953 210
Séance du 29 octobre 1953 213
Séance du 26 novembre 1953 569
Société Médicale de Montréal:
Séance du 21 avril 1953 91
Séance du 22 septembre 1953 92
Séance du 8 octobre 1953 92
Séance du 20 octobre 1953 93
Séance du 3 novembre 1953 94
Séance du 3 novembre 1953 209
Séance du 1er décembre 1953 210
Séance du 15 décembre 1953 456
Séance du 21 janvier 1954 456
Séance du 2 février 1954 456
Séance du 16 février 1954 568
Séance du 2 mars 1954 568
Séance du 16 mars 1954 681
Séance du 5 avril 1954 939
Séance du 20 avril 1954 1427
Séances des 4, 5, 6 mai 1954 1427
Séance du 21 septembre 1954 1428
Séance du 5 octobre 1954 1429
Soixantième anniversaire de la fondation de "La Presse Médicale". Le (Roma Amyot) 287
Souvenirs de jeunesse (Extraits). (Léopold Mantha) 542
Spinales. Une étude psycho-sociale des lésions. (E. D. Wittkower, G. Gingras, L. Mergler, B. Wigdor et Mlle A. Lépine) 860
Staphylococcique. L'infection s. de l'embryon de poulet inoculé par voie sous-cutanée. (Armand Frappier et Sorin Sonéa) 332
Sympathectomie dorsale. Indications et résultats de la (Antonio Lecours) 392
Syndrome méconnu de la plupart des médecins. (Robert Chenevert) 208

Syphilis. Nouvelle technique de séro-diagnostic de la s. par fixation du complément. Progrès sensible en sérologie. (G. Roulin) 643

T

Thymique. L'action de la cortisone et de l'ACTH sur l'hypertrophie. (Philippe Chedid) 781
Thyréoglosse. A propos de trente cas de kystes et fistules du tractus (Paul-L. Chigot) 725
Thyroïdectomie. Thérapeutique préparatoire à la (J.-P. Bousquet) 910
Toxicose digestive et la cachexie (athrepsie) du nourrisson. La dominance surrénalienne dans la (Philippe Chedid, M. Tabet et N. Khalil) 281
Transfusion intramédullaire tibiale. La (Thomas Giard et Guy Fortin) 436
Traumatismes crâniens. Le comportement du praticien en présence des (Jean Sirois) 40
Trichinose aiguë. Deux cas. (André Lanthier et Maurice Bélisle) 1242
Trou déchiré postérieur. Syndrome du (Albert LeSage) 913
Tuberculeux pulmonaires. Premiers résultats sur l'emploi d'isoniazide, streptomycine, P. A. S. avec ou sans association de collapsothérapie chez un groupe d'Indiens et Esquimaux adultes et enfants du sexe mâle. (M. Caron) .. 883
Tuberculose humaine. Observations sur l'épreuve d'hémagglutination passive en (Georges Préfontaine et Sorin Sonéa) 608
Tuberculose? Pourquoi vacciner contre la (Léo Ladouceur) 423
Tumeur du médiastin. A propos d'une (Antonio Lecours) 267

U

Union Médicale du Canada en 1885. L' 110, 228, 360, 480, 596, 710, 842, 962, 1076, 1182, 1308, 1458
Urgences vasculaires abdominales. Deux (M. Gervais et J.-C. Boivin) 1150
Utérine. Inertie u. et transfusion massive. (Marcel Plamondon) 395
Utérus gravide à terme. Rupture spontanée de l' (Jules Keller) 778
Utérus gravide. Considérations physio-histo-anatomiques de l'isthme utérin en relation avec la formation du segment inférieur de l' (R. Vadeboncoeur) 29

V

Vaccination et de l'immunisation. Importance de la (G. Charest) 1272
Vaginites à trichomonas, à monilia et à flore mixte par l'association du propionate de sodium et de la diiodohydroxyquinoléine. X. Le traitement rationnel des (Adéodat Saucier et René Simard) 1153
Valin, directeur honoraire de l'A.M.L.F.C., à l'honneur. Le docteur R. E. 3
Ventricule. Tumeur du quatrième — Diagnostic histologique — Oligodendrogliome. (Roma Amyot et Simon Lauzé) 19
Vertige. Le — La céphalée. (Roma Amyot) 807

X

Xypho-scoliose et cœur pulmonaire. (R. Johnson, F. Léger et S. Lauzé) 768

TABLE ALPHABÉTIQUE DES ANALYSES

A

Abcès du sein à staphylocoques. Les infections du nouveau-né et les 1059
Acide borique. Le problème de l' 445
Acide carbonique avec utilisation de l'oxyde nitreux. Traitement par l' 562
Acide carbonique. Obtention rapide du coma dans la thérapie par inhalation d' 561
Acidose hyperchlorémique à la suite d'exentération pelvienne antérieure partielle ou totale. L' 933
Acidose rénale idiopathique 936
ACTH, cortisone et psychisme 1298
ACTH. Etude comparée de l'action de l'aspirine, de l'A. et de la cortisone dans le rhumatisme articulaire aigu 556
ACTH. Traitement du rhumatisme articulaire aigu par l'ACTH (corticotropine). Les petites doses d'ACTH dans la maladie de Bouillaud. 317
ACTH et cortisone au cours de la grossesse. 1425
Acclimatation au froid 677
Agénésie des deux reins 671
Allergies nodulaires dermiques polymorphes : autour du trisymptôme de Gougerot. La série des 449
Amygdales. Etude sur la relation qui existe entre l'absence d'a. et l'incidence de la forme bulbaire de la poliomyélite. 819
Anesthésie. Aspect médico-légal de l' 452
Angine de poitrine. Traitement de l'a. de p., de l'angine de décubitus et de l'état angineux permanent 673
Angine de poitrine. Utilisation de visammine cristallisée dans le traitement de l' 320
Aortique. Fermeture chirurgicale d'un défaut septal. 320
Apendicectomie prophylactique au cours des césariennes. 821
Arachnoïdiens. Les kystes a. de la fosse postérieure. 448
Arthrite de Marie Strümpell: Etude et revue de 41 cas traités par rayons X. L' 85
Arrêt cardiaque. Etude portant sur 1200 cas d' 88
Arythmies supraventriculaires. Etude de l'effet de l'hydro-chlorure d'amide de procaïne dans les 558
Aspirine. Etude comparée de l'a., de l'ACTH et de la cortisone dans le rhumatisme articulaire aigu. 556

B

Barbiturique. L'intoxication b. aiguë: Etude de 300 cas basée sur un système physiologique de classification selon la gravité de l'intoxication 80
Bec-de-lièvre bilatéral. Utilisation du Lambeau d'Abbé pour la réparation primaire du 1162
Brûlures. Nouveau traitement local des 318
"Bulleuses". Des cavernes dites 816

C

Cancer de l'endomètre. Conduite à tenir dans le 679
Cancer des bronches. Valeur de l'étude des sécrétions bronchiques pour le diagnostic des 1162
Cancer. Des effets de l'âge sur l'évolution du 932
Cancer du poumon. Formes pseudo-tuberculeuses du 557
Cancer extrinsèque du larynx et du laryngo-pharynx. Traitement du 88
Cancer. Hormones sexuelles et 560
Carbonarcose: indications générales et résultats personnels. La 677
Carcinome bronchique pré-clinique. Le 1295
Carcinome du poumon. Les facteurs personnels et l'emploi dans l'étiologie du 1055
Carcinome gastrique. Communication sur huit cas de transformation maligne. Rapport entre l'ulcère bénin et le 323
Cavernes dites "bulleuses". Des 816
Cavernes pleines. Les 672
Cérébrales. Les atrophies 935
Césariennes. Appendicectomie prophylactique au cours des 821
Chloromycétine. Dépression hémopoïétique provoquée par la 1422
Chlorpromazine dans le traitement de divers cas de psychoses délirantes chroniques et subaiguës. L'utilisation des propriétés "neuroplégiques" de la 1298
Cirrhoses. Hémorragies œsophago-gastriques au cours des 79
Coagulation intravasculaire et afibrinogénémie, le présumé facteur fatal dans le syndrome d'embolie à liquide amniotique 448
Côlon. Conduite à suivre dans les cas de perforation traumatique du c. et du rectum..... 816
Commissurotomie dans la sténose mitrale. Aspects médicaux de la 1295
Commissuratomie mitrale. Les effets cardio-dynamiques de la 82
Convulsions chez les nourrissons recevant une alimentation pauvre en pyridoxine 675

Cordon ombilical. L'importance de la gravité en rapport avec la ligature retardée du 938
Cortico-surrénale chez l'enfant. Fragilité vasculaire et production d'œstroïdes par la 441
Cortisone. La fonction cortiso-surrénale pendant un traitement continu et prolongé à la 1422
Cortisone dans le rhumatisme articulaire aigu. Etude comparée de l'action de l'aspirine, de l'ACTH et de la 556
Cortisone. Tentative de traitement par la c. des cirrhoses post-ictériques 932
Cortisone au cours de la grossesse. ACTH et 1425
Coxackie. Le virus de C. en Californie méridionale. Isolation d'une souche dans les selles d'un malade 328
Cystopathies chroniques de la femme. Les 450
Cytodiagnostic en dermatologie. Le 562

D

Décollement placentaire normalement inséré. Observations sur la pathogénie du 560
Dégénérescence hépato-lenticulaire: conception pathogénique nouvelle et thérapeutique. La maladie de Wilson 1299
Dégénérescence hépato-lenticulaire. Nouveaux aperçus sur la 1056
Dysphagies d'origine extra-œsophagienne. Les 451

E

Eczéma infantile. La pathogénie de l' 449
Eisenmenger. Dynamique du complexe d' 319
Electro-encéphalographiques. Traces é.-e. dans certains troubles de la parole chez l'enfant 937
Electrolytiques. Troubles é. post-opératoires: une approche clinique 933
Electrophorétique. Etude é. des protéines sanguines cériques chez le prématuré pendant les quatre premières années de sa vie 1057
Encéphalo-myélite de la rougeole. L' 84
Encéphalites primitives. Une vue d'ensemble des 820
Entérite nécrosante à la suite de chirurgie gastrique 557
Eosinophiles. Taux postopératoires des 1294
Eosinophilie totale dans des conditions d'environnement et de "stress". L' 676
Epilepsie. Tétanie et 1298
Epistaxis. Hémorragie spontanée : une entité clinique, avec référence spéciale à l' 822
Erythème noueux 84
Erythromycine. Données récentes sur l' 441

F

Fièvre rhumatismale et maladie cardiaque rhumatismale: rapport basé sur 1000 patients suivis depuis leur enfance pendant une période de 20 ans 443

G

Glomérulo-néphrite aiguë de l'enfance. La 326
Glycogène. Maladie de 325
Goutte masculine. Etude clinique de 136 cas de 815
Gravol contre les vomissements postanesthésiques. L'emploi du 820
Grossesse. Etiologie et conduite à suivre dans l'hypofibrinogénémie de la 937

H

Hémolytique. Une méthode de mensuration de la gravité d'une série de cas de maladie h. du nouveau-né 82
Hémorragies intra-abdominales. Introduction intra-aortique d'un cathéter à ballon pour arrêter les 1295
Hémorragie spontanée: une entité clinique, avec référence spéciale à l'épistaxis. 822
Hernies diaphragmatiques de l'estomac chez l'adulte. A propos des formes anmiques des 818
Hernies diaphragmatiques transœsophagiennes. Essai d'interprétation physio-pathologique. L'anémie des 556
Hodgkin. Douleur induite par l'alcool dans la maladie de 80
Hydradénite suppurée. Le traitement chirurgical de l' 450
Hyperplasie congénitale de la surrénale. Bilan hormonal chez les patients atteints d' 676
Hypofibrinogénémie de la grossesse. Etiologie et conduite à suivre dans l' 937
Hypoglycorrhachie d'origine non infectieuse : néoplasie méningée diffuse 1424
Hyposodium. Les syndromes de l'h. au cours des actes chirurgicaux 815

I

Ictère congénital par malformation des voies biliaires. Guérison chirurgicale 559
Ictère obstructif prolongé chez le nourrisson 1059
Infarctus myocardique aigu. Estimation de la thérapeutique anticoagulante dans le traitement de l' 322

Infarctus septaux. Le diagnostic électrocardiographique des 81
Infiltrats pulmonaires labiles non tuberculeux. Les 79
Internes avec les problèmes d'un hôpital. Familiariser les 680
Isoniazide. Etude comparative des divers modes d'administration de l' 1425

K

Kératodermie palmo-plantaire symétrique et son traitement par la chirurgie plastique. La 563
Kératodermie plantaire traitée par les greffes cutanées d'épaisseur intermédiaire. La 564

M

Magnamycin dans les staphylococcies de l'enfant. Etude clinique du nouvel antibiotique: le 1058
Mammaire. Nouvelle prothèse m. après amputation du sein 442
Méningite infectieuse du nouveau-né. Traumatisme de naissance et 673
Myasthénie infantile grave traité avec succès par la thymectomie. Un cas de 444

N

Nouveau-nés. Le rôle du pédiatre dans la prévention des décès chez les 674
Nouveau-né. Les infections du n.-né et les abcès du sein à staphylocoques. 1059
Nucleus pulposus. Contenu liquide du n. p. comme facteur du syndrome discal. 87

O

Oxyurose. Le traitement de l' 937

P

Parole chez l'enfant. Traces electro-encéphalographiques dans certains troubles de la 937
Perforations traumatiques du côlon et du rectum. Conduite à suivre dans les cas de 816
Péricardite constrictive chronique. Compression cardiaque chronique: 443
Phénylbutazone injectable en rhumatologie. La 932
Phénylbutazone. Le traitement de la thrombophlébite par le 1294
Pleurodynie épidémique dans le Texas: Etude de 22 cas. La 1422
Pneumopéritonie. Accidents et complications du 672
Pneumopéritoine dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. Le 318
Poids du corps et composition du corps 447
Poliomyélite antérieure aiguë. Considérations neurologiques et thérapeutiques. La douleur dans la 1165
Prématurés. Evaluation de résultats obtenus après 30 années d'observations chez les 446
Prématuré. Un nouveau tube de gavage pour le 1166
Prolapsus de la muqueuse gastrique dans le duodénum. Evaluation clinique du 324
Psychisme. ACTH, cortisone et 1298
Purpura thrombocytopénique. Quelques idées sur sa pathogénèse et son traitement. 1160

R

Réadaptation des tuberculeux sortis des sanatoriums. Enquête au sujet de la 817
Réadaptation des malades totalement paralysés au-dessous de la ceinture. Mention spéciale sur leur rééducation ambulatoire et leur capacité de travail rémunérateur. — IV: Contrôle de l'évacuation intestinale. 1423
Rectum. Conduite à suivre dans les cas de perforations traumatiques du côlon et du 816
Rhumatisme articulaire. Traitement du r. a. par l'ACTH corticotropine). Les petites doses d'ACTH dans la maladie de Bouillaud 317
Rougeole. L'encéphalo-myélite de la 84

S

Sarcoïdose. La réaction de Nickerson-Kveim dans la 1167
Sarcomes ostéogéniques. La phase de la radiothérapie dans le traitement des 86
Sclérose multiple. Rôle de l'allergie alimentaire dans la 326
Shock traumatique. Etude expérimentale sur l'utilisation de grande quantité de sel dans le traitement du 671
Splénomégalie. Recherche de la s. par la percussion. 556
Statistiques. En parlant 567
Sténose mitrale. Aspects médicaux de la commissurotomie dans la 1295
Stress en tuberculose pulmonaire. Le test de Thorn et les éosinophiles du sang en pratique chirurgicale. Le 817
Suicide: une étude de 114 militaires hospitalisés pour tentatives de suicide ratées. Le 1163
Sulfate ferreux. L'empoisonnement au 1165

T

Test de Thorn et les éosinophiles du sang en pratique chirurgicale. Le 817
Tétanie et épilepsie 1298

Thrombophlébite. Le traitement de la t. par le phénylbutazone 1294
Thymectomie. Un cas de myasthénie infantile grave traité avec succès par la 444
Tocopherol et absorption des lipides. Dosage sanguin en 442
Toxémies septiques causées par la slostridium perfringens secondaires à des avortements provoqués. Les 679
Tuberculeuses. Le traitement conservateur des cavernes t. par l'alitement absolu et les antibiotiques. 1426
Tuberculeuses. La part des processus inflammatoires non spécifiques dans l'évolution des lésions t. Leur influence sur une conception nouvelle de traitement. 1161
Tuberculeux et pauvres. L'erreur thérapeutique et prophylactique meurtrière de l'abandon officiel des 935
Tuberculose pulmonaire. A propos de traitement de la — Immobilisation ou "immobilisme" 934
Tuberculose pulmonaire. Le pneumopéritoine dans le traitement de la 318
Tuberculose pulmonaire. Le traitement précoce de la 319
Tuberculose. Révision critique de quelques notions sur l'épidémiologie de la 1055
Tumeurs présacrées. Le diagnostic différentiel des 455
Tylosis 566

U

Ulcère bénin. Rapport entre l'u. b. et le carcinome gastrique. Communication sur huit cas de transformation maligne 323
Urgences respiratoires 555

V

Venin d'abeilles dans les maladies du collagène. Des effets du 1294
Vissammine cristallisée dans le traitement de l'angine de poitrine. Utilisation de 320
Vomissements post-anesthésiques. L'emploi du gravol contre les 820

TABLE ALPHABÉTIQUE DES AUTEURS

A

Adamkiewicz, Lidia 915, 985, 1087, 1210
Amyot, Roma 19, 117, 287, 305, 414, 442, 491, 807, 847, 965, 1056, 940, 1101, 1343, 1396, 1433.
Archambault, Laurent 273
Archambault, Paul-René 79, 318, 319, 556, 557, 672, 815, 816, 818, 932, 934, 935, 1055, 1161, 1162, 1425, 1426
Auger, Carlton 252, 906

B

Beauregard, J.-M. 174, 185, 523, 783, 925, 1163
Béique, Léon 878, 1031, 1259
Bélisle, Maurice 634, 1242
Bérard, Michel 1031
Bertrand, Albert 447
Bilodeau, M. 756
Blain, Emile 494
Blais, Roland 1398
Blanchard, G. 822
Boivin, J.-Claude 1150
Bordeleau, J.-M. 80, 87, 441, 448, 1424
Boulanger, J.-B. 803
Bourgeois, Paul 634
Bourque, Jean-Paul 285
Bousquet, Ernest 625
Bousquet. J.-P. 910
Brahy, Jules 550, 823
Brais, Paul 1106
Brien, J.-A. 291
Brodeur, Pierre 676, 936, 1024

C

Carasso, B. 747, 871, 1234
Caron, M. 275, 883
Cartier, Georges-Etienne 6, 629
Casgrain, Gérard 206
Castaigne, le professeur Paul 76
Champoux, G.-Roger 771
Charbonneau, René 1004
Charest, G. 1131, 1272
Chedid, Philippe, ... 281, 781
Chenevert, Robert 208
Chicoine, Luc 85, 676, 937, 1165
Chigot, Paul-Louis 725
Claveau, Jean-Charles 1058
Cliche, François 933
Cloutier, Roland 992
Comeau, Maurice 756
Cotton, Odilon 725
Courtois, Annie 937
Cousineau, Gilles 1000
Crevier, Paul-H. 498
Cyr, Donat-Paul 515

D

Dagenais-Pérusse, Paul 23
David, Paul 82, 319, 320, 443, 558, 1370
Décary, Chas. 941
Décarie, Léandre 556
Demers, Antonio 1002
Denis, M. 1092
De Saint-Victor, R. 398, 607
Desjardins, Edouard 239, 284, 605, 883, 969
Desrochers, Yves 255
Desrosiers, Louis 639
Désilets, Roland 733
D'Iorio, Antoine 853
Doray, Maurice 673
Doré, R. 665
Dufresne, Origène 1037
Dufresne, Roger-R. 1, 363, 377, 721, 1085
Dumas, Paul 409
Dupont, Claude 1259

E

Enesco, M. 523

F

Ferron, Marcel 809
Fortier, Jean-Paul 56
Fortier, Lise 441, 450, 455, 556, 557, 560, 671, 679, 816, 821, 932, 933, 937, 1059, 1425
Fortin, Guy 436
Françon, François 278
Frank, B. L. 294
Frappier, Armand 332

G

Gagné, F. 1017
Gagnon, Edouard-D. 733, 979, 1393
Gagnon, Marc 448, 560, 938
Gariépy, L.-Henri 1047
Garon, Nantel 1029
Gass, Chas. L. 303
Gaumond, E. 906
Genest, Jacques 656, 915, 985, 1087, 1110, 1210
Gendron, Claude-P. 515
Gérin-Lajoie, Léon 1432
Gervais, Maurice 1150

Giard, Thomas 436
Gilbert, Ghislaine 1370, 1446
Gilbert, Jules 188
Gingras, Gustave 860
Gosselin, Blandine 1238
Gosselin, Gilles 77, 81
Grégoire, Fernand 738, 742
Grignon, C.-E. 1013, 1252
Grignon, Jean 1013
Groulx, Ad. 288

H

Haisch, Erich 545
Hébert, Fernand 817
Hébert, Louis 331
Hillemand, P. 1113

J

Jeliu, G. 1165
Johnson, Réginald 255, 768
Johnston, W. V. 546
Jutras, Albert 653, 1349

K

Keller, Jules 778
Khalil, N. 281

L

Lachance, Roger 1134
Ladouceur, Léo 423
Lafond, Réal 1248
Laframboise, Jean 894
Laframboise, Jean-Marie 967
Laham, Jean 122
Lambert, Julien 555, 677
Lamoureux, Marcel 270
Lamy, J.-L. 979
Lanthier, André 1242, 1252
Lapalme, Jacques 742
Lapointe, Roland 990
Larochelle, L.-N. 1385
Larouche, Gérald,-L. 45
Larue, Robert 152
Latraverse, V. 88, 451, 539
Laurendeau, E. 1092
Laurier, J.-J. 567, 680
Laurier, R. 817
Laurin, J.-G. 157, 1218
Lauzé, Simon 19, 768, 973
Lebeau, René 88, 452, 820, 917
Lebel, L.-Léon 1052
Leblond, Sylvio 135
Lecours, Antonio 267, 392, 723
Léger, F. 768
Léger, Jean-Louis 634
Lelièvre, Mme 1113
Léonard, Claude 1370
Léonard, Gérard 901
Lépine, Mlle A. 860
Lépine, Charles 761
Lépine, Edgar 86
LeSage Albert 192, 412, 913
Lessard, Richard 242
Letondal, Paul 61, 444, 559, 673, 797
Longtin, Jean 625, 871, 1234
Longtin, Léon 625
Loranger, Rév. Père Léon 1409

M

Mantha, Léopold 331, 542
Marcotte, J.-E.-A. 1269
Marin, Albéric 365
Marion, Donatien 163
Masson, Gaston 49
Masson, Pierre 329
Mathieu, Michel 996
McCormick, W. J. 536
Mergler, L. 860
Méthot, J.-Paul 625
Michon, Jean 634
Millet, Joseph 1126
Milot, J.-P. 675
Monfette, Claude 989
Montreuil, Fernand 649, 1051
Morissette, Guy 671
Morissette, L. 144, 1238

N

Nadeau, Claire Laberge 1160
Nadeau, Gabriel 1140
Nolin, Gaétan 325

P

Pager, Robert 998
Panneton, André 775
Paquette, J.-Philippe 1006
Pellerin, Joseph 853
Pestel, Maurice 1148
Plamondon, Marcel 395
Plichet, André 801, 1415
Poirier, Jean-Robert 994
Préfontaine, Georges 808
Primeau, Bertrand 416

R

Robillard, Eugène 853
Robillard, Raymond 915, 985, 1087, 1210

Robillard, Rosario **33, 789, 1266, 1390**
Roulin, G. **643**
Roussel, Jean-Marie **65**
Rousseau, Thérèse 82, 84, 445, 446, 674, 819, 1059
Royer, Albert **167**

S

Saine, Georges **1378**
Saint-Martin, Robert 1058, 1166
Saucier, Adéodat **1153**
Saulnier, André **894**
Simard, L.-C. **194**
Simard, René **1153**
Simard, Roger **878**
Sirois, Jean **40**
Smith, Henri 449, 562
Smith, Pierre **120**
Sonea, Sorin **332, 608**
Stalher, M. R. **426**

T

Tabet, M. **281**
Taschereau, l'hon. Juge **1403**
Thibault, Eugène **1121**
Tremblay, Gilles **915, 985, 1087, 1210**
Tremblay, Jean **1434**
Tremblay, Jean-Pierre 1167
Trépanier, Armand **273**
Trudel, Hermile **1207**

V

Vac, Bertrand, ... **1041**
Vadeboncoeur, ... **29**
Vaillancourt, DeGuise **25, 529**
Vaillancourt, Pierre 404, 450, 563, 564, 566, **793,** 1162
Vallée, Arthur-F. **23**
Vasquez, J. 561, 562, 677, 820, 935
Venne, Louis **1022**
Viguié, Mme **1113**

W

Wigdor, B. **860**
Wittkower, E.-D. **860**

ALBERT LeSAGE

(1869 - 1954)

La mort du docteur Albert LeSage nous a pris par surprise, bien que nous appréhendions qu'un jour prochain on nous en communiquerait la triste nouvelle.

On voudrait, contre l'impossible, garder auprès de soi, pour un temps dont on ne peut fixer le terme, ceux que l'on aime et vénère : ses parents, ses amis, ses maîtres réunis dans une même famille par les liens du sang, du cœur et de l'esprit.

Le docteur LeSage nous a quittés au moment où on pouvait espérer, tant fut robuste et verte sa vieillesse, le voir et le sentir parmi nous pour longtemps encore, espérer que les valeurs spirituelles et humaines qu'il portait en lui et dont il ennoblissait et enrichissait notre profession, le rendraient invulnérable à l'usure inexorable du temps. Notre désir dépassait les limites de la raison; elle doit maintenant se résigner à l'implacable et froide réalité.

Sa longue carrière professionnelle, toute remplie d'intentionalité spirituelle, se marqua de dignité, de probité et du désir de servir.

Elle laisse un exemple à ceux qui désireraient se dévouer au perfectionnement des institutions et des individus.

L'histoire de sa vie doit s'incrire dans les annales de notre groupe médical. Elle est la suite, en collaboration étroite avec certains médecins universitaires les plus éminents de sa génération, nos maîtres, des œuvres réalisées par ses prédécesseurs, les bâtisseurs, au sein de nos facultés, de nos hôpitaux et de nos associations ou sociétés professionnelles.

Elle fut la liason entre le passé plus lointain qu'il fit revivre dans ses écrits et celui que nous avons connu et vécu.

Quels furent les faits les plus saillants de cette carrière ?

Le docteur Albert LeSage vit le jour à Saint-Raymond du comté de Portneuf. Son père était médecin; il fut député de Dorchester aux Communes.

Il fut élève au Séminaire de Québec et obtint son doctorat en médecine de l'Université Laval de Montréal en 1894, avec la mention *Summa cum laude*.

Après un stage d'internat à l'hôpital Notre-Dame, il alla compléter ses études médicales à Paris. Il y reçut le titre de docteur en médecine en 1896 après soutenance d'une these traitant de « La pneumonie du sommet ».

De retour au Canada, Il est nommé médecin de l'hôpital Notre-Dame en 1897, professeur agrégé à l'Université Laval de Montréal en 1901, professeur titulaire de pathologie médicale, en 1910; il quitta cette chaire en 1925. En 1920, il devient professeur titulaire de clinique médicale à l'hôpital Notre-Dame et il gardera cette fonction jusqu'en 1939.

A l'hôpital Notre-Dame, il présida aux activités du Conseil Médical pendant une quinzaine d'années.

A la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal, il fut membre de l'Exécutif depuis 1930 et fut porté au décanat de 1938 à 1944; il siégea au Sénat et à la Commission d'Administration de l'Université.

Il a été membre fondateur de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada et en fut son président en 1924.

Il fut également membre fondateur du Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada en 1929 et son vice-président en 1939.

Il présida aux destinées de la Société Médicale de Montréal en 1908.

On le nomma membre correspondant de la « Société Médicale des Hôpitaux de Paris » et de la même Société à Lyon, de l' « Académie de Médecine de Paris », de l' « Association de la Presse Médicale Française » et membre de l' « Association des Médecins de Langue Française ».

Critère de constance et d'inlassable dévouement, il assuma la responsabilité de Rédacteur en chef de *L'Union Médicale du Canada* de 1900 à 1944.

Le docteur LeSage fut président du Cercle Universitaire de Montréal en 1923 et président-conjoint de la Ligue de Santé publique du Canada en 1940.

Il représenta l'Université de Montréal au Conseil Municipal de la ville de Montréal.

Nous en passons; nous ne voulons pas noyer, dans une longue et fastidieuse énumération, ses principaux accomplissements et ses plus méritoires participations.

Au surplus, des titres sont venus mettre en lumière et en honneur les hauts mérites de son action et la distinction de son influence; les voici:

Officier d'Académie (France),
Officier de l'Instruction publique (France),
Chevalier de la Légion d'Honneur,
Chevalier de la Couronne d'Italie,
Officier de l'Ordre de l'Empire Britannique.

Carrière toute remplie d'œuvres où domine le souci de la culture intellectuelle, de l'essor universitaire et du progrès de notre groupe médical canadien-français.

Carrière dont il est difficile de tracer les aspects dans leur totalité de par l'ampleur et la multitude des activités.

On peut cependant le juger avant tout comme un universitaire de grande classe et un enseigneur qui porta le message de la science et de la conscience. Sa pensée fut transmise de la chaire professorale, de la tribune du rapporteur, de la table du conférencier, dans les services hospitaliers et dans de très nombreux écrits qui remplissent les pages de *L'Union Médicale du Canada* de 1900 à sa mort, qui communiquèrent sa pensée dans des Revues étrangères.

Des générations d'étudiants se sont instruits auprès de lui, participant à son enseignement concis, élégant et précis, qui mettait en lumière l'essentiel des problèmes exposés. Ils ont connu dans ses leçons le culte qu'il vouait à l'Ecole médicale française où il s'était formé et dont il désirait répandre la doctrine dans nos écoles. Son assiduité et sa ponctualité à leur service leur fut une assurance de perfectionnement et un exemple de moralité.

Depuis 1900, et pendant 44 ans, à titre de rédacteur en chef de *L'Union Médicale du Canada,* il enseigna la médecine, la dignité et le respect de soi-même, défendit sans défaillance et d'une plume alerte les intérêts de sa profession, y publia des écrits scientifiques, médico-sociaux, para-médicaux, traça d'une façon vivante et alerte les silhouettes de ses devanciers et de ses maîtres, tous rédigés avec une grande élégance de style, alliée à de la clarté, de l'aisance de la pensée et une érudition étendue de la littérature, des arts et des hommes. Le docteur LeSage doit être considéré comme ayant représenté chez-nous le prototype du journaliste médical, associant en lui-même une vaste culture, une grande facilité d'expression, une attention sans cesse éveillée, un sens très aigu de la justice et de la conscience dans ses publications.

Il a su porter le flambeau de *L'Union Médicale du Canada* pendant quarante-quatre années avec une maîtrise insurpassable et la profession médicale lui doit à ce seul titre une dette de reconnaissance inestimable. Son enseignement, de la sorte, dépassa la sphère strictement universitaire et hospitalière et connut un champ d'action qui s'étendit à tout le pays en s'adressant à tous les médecins du Canada de langue française.

Il fit connaître, au surplus, à d'autres groupements vivants en dehors du pays quelle était l'évolution de notre corps médical et quelles étaient notre pensée, notre conception et nos attaches culturelles. Depuis 1944, il occupait à *L'Union Médicale du Canada* le poste honorifique de Rédacteur en chef émérite.

Le docteur LeSage resta profondément attaché au génie de la France. Il avait pour le pays de nos ascendants, une prédilection sentimentale et cette inclination du cœur était renforcée par des relations très amicales avec de nombreuses sommités médicales françaises. Ainsi, Sergent fut son grand ami. Mais, par-dessus tout, c'était la langue qu'il défendait, c'était la conception des réalités humaines qu'il admirait dans le génie de la France et qu'il désirait voir s'épanouir au Canada. De même qu'il luttait pour la sauvegarde de notre entité française en Amérique. Dans le champ universitaire, culturel et médical canadien-français, il accomplit une œuvre de progrès et de patriotisme durant toute sa carrière professionnelle.

Au poste de doyen, le docteur LeSage sut appliquer les mêmes qualités et les mêmes talents, peut-être avec plus de conscience encore. Il rechercha avant tout le bien collectif et ce bien était celui de l'Université, c'était celui de la Faculté. Quelles que fussent ses décisions, ses initiatives, les seuls motifs qui le firent agir furent ceux qui lui semblaient, en toute sincérité, commander l'intérêt commun.

Pendant ces cinq années de décanat, la Faculté fut représentée avec dignité et distinction par son représentant officiel. Elle n'eut à subir aucun accroc à la justice et à l'impartialité. Son doyen s'y montra un universitaire cultivé, respectable et respecté dans tous les milieux.

D'autres avant lui avaient construit et inauguré, d'autres après lui prirent des initiatives heureuses et progressives. C'est le devoir de chaque chef et de chaque groupe aux postes de commande d'apporter les fruits de ses talents. Ainsi se fait le progrès. La période du doyen LeSage s'écoula sous la marque des qualités essentielles de l'universitaire, de la culture et du décorum.

C'est immédiatement après son décanat qu'il siégea au Conseil Municipal comme délégué de l'Université et qu'il y déploya les mêmes qualités de représentation.

Le docteur LeSage et quelques collègues qui avaient étudié en même temps que lui en France, revinrent au Canada au début du siècle. On les appela « les retour d'Europe ». Ils apportaient ici un message et une méthode qui annonçaient un temps nouveau. Ils étaient jeunes, débordant de zèle, d'enthousiasme et d'ambition légitime. Ils arrivaient de France tout imprégnés de l'enseignement reçu dans les cliniques médico-chirurgicales de Paris. Ils apportaient avec eux les principes pastoriens, les applications révolutionnaires d'une ère nouvelle en médecine et cela leur donnait des ailes pour s'envoler vers l'avenir.

Cette arrivée de jeunes médecins ne se fit pas sans provoquer des remous. Des collègues d'une génération qui les précédait, occupaient des situations universitaires et hospitalières que leur expérience et leurs états de service leur avaient mérités. Ils restaient sceptiques et réactionnaires en présence du « groupe Harwood » où LeSage avait figure de penseur et de réfléchi. Mais la force de vérité dont disposaient les jeunes finit par forcer la conviction de leurs aînés et bientôt l'asepsie s'installa définitivement dans les salles d'opération et on respecta le microbe en le combattant sans rectriction.

Le docteur LeSage, dans des pages marquées de grande véridicité et de respect indéfectible à l'égard de l'œuvre des anciens, épicées, à l'occasion, d'une humour subtile, a brossé la silhouette de ses devanciers: les docteurs Rottot, Lachapelle, Lamarche, Desrosiers, et de ses collègues contemporains, amis et collaborateurs, unis dans l'œuvre de perfectionnement à la Faculté et dans les hôpitaux: les docteurs Dubé, Harwood, Marien, Boulet, Hervieux, Parizeau, etc. Ces pages resteront, elles seront consultées et sont une richesse tout à l'honneur et au mérite de leur auteur.

Le docteur LeSage était d'une prestance imposante, grand, d'une sveltesse qu'il conserva jusqu'à sa mort, droit et portant beau dans son attitude; il impressionnait par son aspect physique. D'une tenue vestimentaire irréprochable, il avait acquis dans son milieu familial et dans le cercle de ses fréquentations de jeune homme le souci de la civilité, de la correction et de la bienséance.

Ce souci, il l'avait cultivé durant son séjour à Paris en cotoyant les grands patrons de l'époque, à équipage, que toute une cour d'internes et

d'assistants accueillaient à l'arrivée dans le service hospitalier. Cette coutume est maintenant révolue; on est plus simple, plus familier mais, comme le disait le docteur LeSage, est-on aussi respectueux ?

Notre cher disparu ne subit pas les assauts de notre époque « démocratisante ». Il conserva les mêmes habitudes d'élégance et de décorum.

Ses gestes, son parler, sans précipitation, bien réfléchi, légèrement grasseyant, sans affectation cependant, étaient marqués de la même distinction. La bouche esquissait à l'occasion un sourire légèrement oblique et on pouvait alors prévoir une pointe d'ironie ou une remarque humoristique ramassée dans un trait incisif qui déridait l'interlocuteur et l'auteur

Henri Hervieux Rodolphe Boulet J.-Edmond Dubé
Amédée Marien Louis de Lotbinière Harwood Albert LeSage

Ils prirent la direction de *L'Union Médicale du Canada* en 1901, afin de pouvoir plus vigoureusement faire progresser « notre médecine », selon des idées nouvelles et des besoins pressants.

Avec le départ du docteur LeSage, la mort a couvert d'un voile définitif cette réminiscence photographique.

« Ils apportaient avec eux les principes pastoriens, les applications révolutionnaires d'une ère nouvelle en médecine et cela leur donna des ailes pour s'envoler vers l'avenir. »

lui-même; du sourire, on passait au rire plus démonstratif, qu'un geste significatif soulignait.

Au moral, le tableau peut se résumer par quelques mots lapidaires: fidélité, probité, conscience et culte des valeurs caractérielles.

Fidélité aux maîtres, à l'amitié, au devoir et aux charges assumées.

Probité dans l'accomplissement des fonctions et dans l'intégration totale du sens des responsabilités.

Conscience et droiture dans les relations inter-personnelles.

Enfin, dilection pour la primauté des dons du caractère sur les aptitudes du talent.

Sur ce sujet, le docteur LeSage eut souvent l'occasion de manifester sa pensée. Nous croyons même qu'il aurait excusé plus facilement la sottise que la veulerie, l'ingratitude, l'arrivisme et l'irrespect, la première plus agaçante que nuisible, les autres plus destructives et plus implacables dans leur action.

Et avec toutes ses qualités qui pourraient le présenter sous un aspect autoritaire et hautain, le plus poli et le plus sensible des hommes, mais couvrant cette sensibilité d'un voile de fière imperturbabilité.

Cette sensibilité extériorisée aurait été, selon lui, un signe de faiblesse que sa fierté ne consentait pas à livrer. Mais dans des moments de confidence, ou dans d'autres plus solennels et dramatiques, on sentait la vibrance intérieure et l'émotion. La voix devenait moins assurée, plus faible, mais c'était un moment vite passé; aussitôt le contrôle s'exerçait et la sérénité souriante reprenait le dessus.

Il est mort vite. En plein exercice de sa profession. Comme il le désirait sans aucun doute; sans plainte, sans aucun geste, simplement et noblement; sans imposer une présence pitoyable ou des soins humiliants à un corps en détresse, ou des visites faussement optimistes à un vivant qui se sent mourrir.

Belle mort qui signe le terme d'une belle carrière et le commencement d'un prestigieux souvenir.

Roma AMYOT.

CHOLÉGRAPHIE ENDOVEINEUSE NOUVEAUX ASPECTS DE PHYSIOLOGIE BILIAIRE CALCULS FLOTTANTS†

Albert JUTRAS, F.R.C.P. (C.) (Montréal).

La cholangiographie non chirurgicale est née en 1953. On doit son origine à la découverte du sel bisodique de l'acide adypinique bi-(3-carboxyl-2,4,6 tri-iodobenzoïque) désormais connu en Amérique sous le nom breveté de Cholografin*. Par sa parentée chimique, par la rapidité d'excrétion, par la similitude des techniques et par l'apparition des opacités, la nouvelle méthode se compare en plusieurs points à l'urographie endoveineuse.

Le tropisme pour le foie ne manque pas d'étonner. La filtration, non moins remarquable, commence aussitôt après l'injection. En quelques minutes, l'agent de contraste met en lumière les canaux intra et extrahépatiques; il donne de la vésicule une image qui apparaît durant la demi-heure pour atteindre son opacité maxima entre deux et trois heures après l'injection. Ajoutons un fait jusqu'ici passé sous silence: la densification du foie et des reins. L'accentuation des ombres de ces viscères se manifeste extemporanément pour durer pendant une heure et davantage selon la vitesse de l'excrétion. L'hépato-néphrographie par le cholografin n'a pas encore été exploitée. Elle offre des promesses.

Le présent travail n'a pas pour objet l'étalage des résultats heureux; des exemples de réussites ont été publiés en assez grand nombre au cours des derniers mois. L'objet de mon propos est plutôt d'insister sur des particularités encore inconnues concernant la rencontre, le mélange et la concentration de la bile qui arrive et de la bile qui séjourne dans la cavité vésiculaire. Nous verrons les difficultés d'interprétation que ces phénomènes causent et comment éviter les erreurs par l'utilisation de techniques et d'horaires plus rationnels dans la prise des clichés.

Parmi les notions physiologiques concernant le cholografin, mentionnons les plus répandues.

La structure moléculaire ne serait aucunement changée dans le sang, la bile, les selles ou les urines.

L'afflux rapide et abondant de molécules iodées dans l'arbre biliaire détermine une radiopacité d'emblée assez forte pour que la concentration préalable par la vésicule ne soit pas nécessaire.

A l'état normal et d'une façon générale, les canaux intrahépatiques se montrent vers la dixième minute; la meilleure visibilité des canaux extrahépatiques se rencontre à la trentième minute; la vésicule atteint son opacité maxima entre la deuxième et la troisième heure.

Un cholécyste exclu à l'examen par la voie orale peut se laisser dessiner par la *cholégraphie intraveineuse*, car la concentration par la muqueuse vésiculaire n'est plus nécessaire à la formation des images cholécystographiques.

Le cholografin renseigne sur l'état organo-fonctionnel du sphincter d'Oddi qu'il s'agisse de béance ou de sténose plus ou moins complète.

La toxicité de la substance est faible. Les réactions de sensibilité à l'iode paraissent moins fréquentes et moins intenses qu'avec les agents urographiques. Les précautions et les médications antianaphylactoïdes qui s'appliquent à l'urographie endoveineuse conviennent à la prophylaxie et au traitement des

---

† Travail du Département de Radiologie, Hôtel-Dieu de Montréal — Professeur Albert Jutras, directeur.

* Le produit original a été présenté par Frommhold, en mai 1953, sous le nom commercial allemand de Biligrafin. Une bibliographie assez volumineuse s'est déjà constituée. Elle paraîtra avec l'historique en préparation; elle sera fournie à qui en manifestera le désir.

malaises que le cholografin engendre occasionnellement comme toute autre composition iodée. Si la circulation du sang dans le foie est gênée et si la cellule hépatique ne filtre pas, l'opacification du système biliaire ne se produit point; lorsque l'élimination n'est que partiellement entravée, l'image est faible et lente à se manifester selon le degré et la modalité des troubles fonctionnels.

L'invisibilité totale de l'arbre biliaire avec images pyélographiques témoigne de la faiblesse excrétrice du foie. A l'état normal, expérimentalement du moins, les neuf dixièmes du cholografin passent par le foie et l'autre dixième par les reins. Les changements dans cette proportion donnent une idée de la valeur filtrante du foie, à la condition qu'une dose exagérée n'ait pas forcé le seuil d'élimination rénale. Quand la posologie de sub-saturation par rapport au poids du sujet sera mieux connue, il suffira de doser le cholografin des urines pour juger de la *clearance* hépatique. Bromesulfaléine et cholografin se ressemblent fort comme index du pouvoir excréteur du foie (Caroli).

L'insuffisance rénale est, pour l'heure, une contre-indication à l'usage du cholografin, à moins de tenir la certitude absolue que le foie laissera passer.

Le tube digestif n'absorbe pas le cholografin. Celui-ci doit entrer par les veines.

Avantages de l'administration intraveineuse

L'introduction directe dans le sang comporte, pour la précision, des avantages peu discutables. L'injection donne la certitude que le produit a vraiment pénétré dans le système circulatoire ; elle supprime tout doute sur l'heure où la substance de contraste a été offerte à l'excrétion hépatique ; la quantité d'iode présente dans les vaisseaux à la fin de l'injection est définie.

Les inconvénients les plus évidents de la cholécystographie par voie entérale résident dans l'impossibilité de connaître le pourcentage de produit iodé qui a pénétré dans le milieu intérieur ni l'horaire de l'arrivée dans le sang. Avec l'injection intraveineuse, l'intervalle entre le passage du colorant dans les humeurs et l'apparition ou la disparition des images produites par l'excrétion devient mesurable.

La série des cycles de réabsorption de la bile iodée que le foie déjette dans la voie digestive empêche toute précision sur la valeur neuro-motrice et l'évacuation de la vésicule. Par la circulation porte, l'iode des formules orales revient très vite au foie et retourne dans la vésicule avant que celle-ci n'ait complété la chasse de son contenu.

Donc, le cholografin marque une différence essentielle et d'une importance capitale par rapport aux agents oraux: il ne traverse pas la muqueuse intestinale. Ce fait assure à lui seul l'avenir du cholografin, car si la substance une fois excrétée dans l'intestin ne revient plus au foie, il devient facile d'observer et minuter les mécanismes neuro-musculaires de la vésicule depuis le remplissage jusqu'à l'évacuation entière.

Positions du patient et images cholégraphiques

Dans les instructions qui accompagnent le cholografin, on lit la nécessité de maintenir le patient en décubitus et en légère rotation vers la droite pendant toute la durée de l'examen. La recommandation de l'obliquité ne se discute pas; l'angulation a pour but de changer l'axe de projection et de dégager vésicule, cystique et cholédoque qui se masquent les uns les autres en vue sagittale. En outre, par le décubitus, on espère retenir la bile opacifiée dans les canaux car on croit que la station debout favorise le passage dans le duodénum par effet de la gravité. Ces ordonnances ne sont peut-être pas sans fondement mais elles contrarient mes habitudes techniques.

Depuis 1940, je reste rigoureusement fidèle au *modus operandi* que j'ai nommé « cholécystographie sélective ». Ces termes désignent une véritable exploration de la vésicule bi-

liaire par le radiologiste lui-même. Sous le contrôle de la fluoroscopie, ce dernier doit repérer et radiographier le viscère en choisissant les meilleures incidences et en utilisant la compression localisée qui convient. De la sorte, le radiologiste fait, *de visu* à l'écran, la sélection des images qui méritent d'être enregistrées sur films. Sur ses pieds, le patient pivote avec beaucoup plus d'aise que couché sur le dos ou sur le ventre. Les prises de vues qui évitent la colonne vertébrale, l'angle hépatique du côlon ou toute autre superposition gênante se trouvent simplifiées. En station verticale, la vésicule s'abaisse avec le foie derrière les parties dépressibles de la paroi abdominale et se laisse beaucoup mieux comprimer alors qu'en décubitus dorsal, elle se blottit sous le gril costal, ce qui empêche la compression d'être efficace.

L'avantage par excellence de la verticalité du patient, c'est la direction horizontale du faisceau de rayons X. La cholécystographie avec rayons horizontaux s'avère indispensable dans la détection des micro-lithiases, gravier, sable et boue biliaires.

En dépit du surcroît de travail pour le radiologiste et l'excédent de frais, une expérience de quinze ans et qui englobe plus de 29 550 cholécystographies sélectives m'autorise à déclarer que la méthode doit être appliquée systématiquement à tous les patients. Si elle est supérieure comme c'est prouvé, pourquoi la réserver aux cas problématiques? Pour ma part, je me sentirais en faute de m'en abstenir sans motif.

Des images plus nettes, une meilleure mise en page, l'absence de superpositions trompeuses, la localisation des points douloureux, des renseignements sur la mobilité du viscère dans les changements de position ainsi que dans les mouvements respiratoires et sous l'influence de la pression directe, l'étude des rapports de la vésicule avec les viscères voisins, l'identification plus sûre et plus fréquente des malformations congénitales, des malformations acquises et des petites lésions intrinsèques (adénomes, papillomes, cholestérolose, neuromatose, diverticules de Rokitansky-Aschoff, etc.), la découverte de gaz dans les voies biliaires ou dans leur voisinage par pneumopéritoine, fistule ou abcès, une solide démonstration de la présence ou de l'inexistence de calculs, tels sont, en résumé, les avantages diagnostiques de la cholécystographie sous contrôle scopique.

Station debout et micro-lithiase

En radiologie biliaire, la question qui prime concerne la lithiase. Celle-ci comprend deux classes: 1° les calculs qui, en raison de leur poids spécifique plus élevé que la bile iodée,

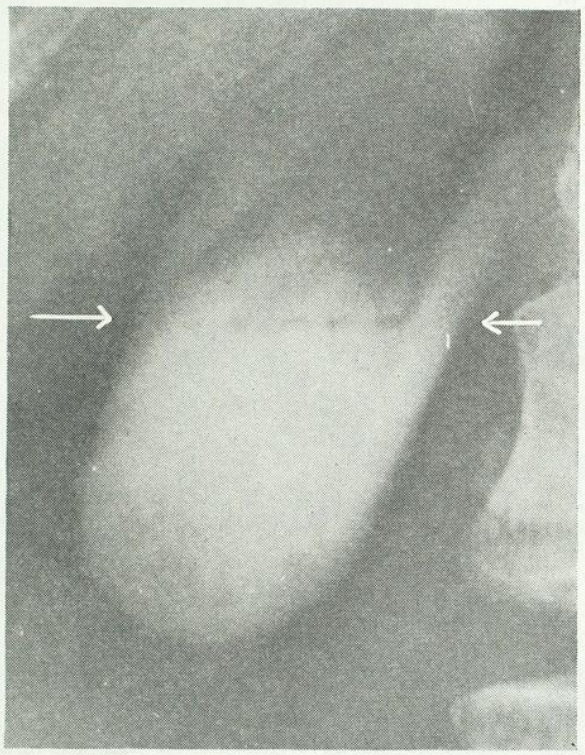


Fig. 1. — Exemple de calculins flottant sur un même plan horizontal à la ligne de partage de la bile opaque et de la bile transparente.

sombrent au fond du réservoir; 2° les calculs qui flottent entre deux eaux.

Les calculs plus lourds que la bile iodée sont de beaucoup plus fréquents. Dans ma statistique, ils tiennent la proportion de 85 pour cent contre 15 pour cent de calculs flottants. C'est la teneur en sels minéraux qui alourdit les pierres et les fait s'agglomérer au pôle

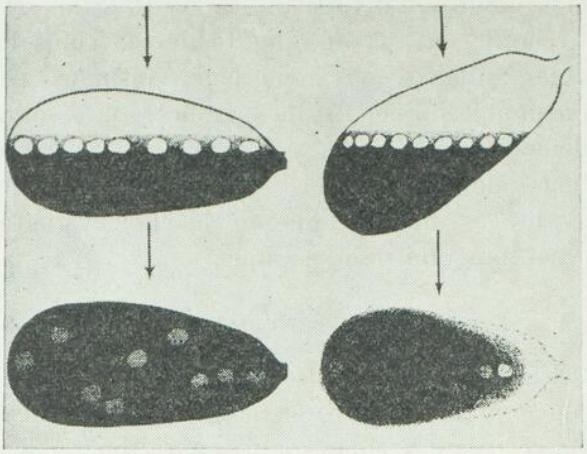


Fig. 2. — Les calculs flottants disparaissent plus ou moins dans l'ombre très opaque de la bile qui les supporte lorsque les radiographies sont pratiquées sur un patient couché avec rayons verticaux.

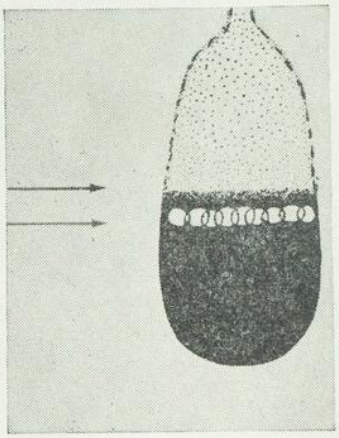


Fig. 3. — Par la radiographie debout avec rayons horizontaux, le contenu vésiculaire est subdivisé selon la densité spécifique et la quantité de ses divers constituants.

inférieur du viscère chez le sujet debout. A la faveur de la sédimentation au bas-fond vésiculaire, même les toutes petites quantités de minuscules éléments lithiasiques brisent la ligne de contour; la projection tangentielle en révèle la présence.

Lorsqu'ils sont nombreux et petits, les calculs flottants accusent en général une grande cohésion; ils s'alignent sur un même plan dans la bile iodée. Les cholécystogrammes pratiqués avec rayons horizontaux les font voir sous la forme d'un trait clair qui traverse l'ombre vésiculaire. Le plus souvent, la transparence de la bande de section n'est pas homogène; on reconnaît sans difficulté qu'elle se compose d'éléments arrondis entre lesquels la bile opaque s'est infiltrée. La rondeur des corps lithiasiques festonne délicatement les limites supérieures et inférieures du lit. Celui-ci a pour caractère essentiel, la stricte horizontalité; en d'autres termes, la couche transparente demeure parallèle au sol quels que soient les changements de position du patient.

L'épaisseur de la bande transparente varie naturellement avec le nombre et la dimension des calculs. Toutefois, un nombre donné de calculs de dimensions définies formera des couches plus ou moins épaisses selon la hauteur occupée, car le diamètre de la cavité vésiculaire diminue du bas vers le haut. Largeur et hauteur de la couche lithiasique sont aussi variables avec le diamètre que la vésicule présente selon ses états de détente ou de contraction, aux diverses phases de l'examen.

Tous les calculs qui flottent à un niveau donné dans une vésicule se ressemblent comme des frères par leur composition, leur forme, leurs dimensions et autres caractères. Il arrive cependant que gros et petits calculs voisinent sur le même palier ou tout près, soit au-dessus, soit au-dessous.

Parfois, une certaine part des calculs logent au fond du cholécyste alors que d'autres restent suspendus.

Il peut exister deux ou même trois couches bien distinctes de calculs flottants; les bandes sont séparées les unes des autres par des épaisseurs variables de bile dont l'opacité s'amoindrit de bas en haut; ainsi se traduisent les différences de poids moléculaire, chaque groupe de calculs ayant atteint son équilibre de suspension dans une bile de densité concordante.

Akerlund a gradué la densité spécifique des calculs nageant ou sombrant dans la bile vésiculaire. Le tableau plus loin schématise les chiffres de cet auteur.

Le nombre de calculs flottants dans les diverses vésicules est extrêmement variable. Il n'est pas rare d'en compter seulement un, deux ou trois; mais, d'habitude, ils se chiffrent par plusieurs dizaines et même par cen-

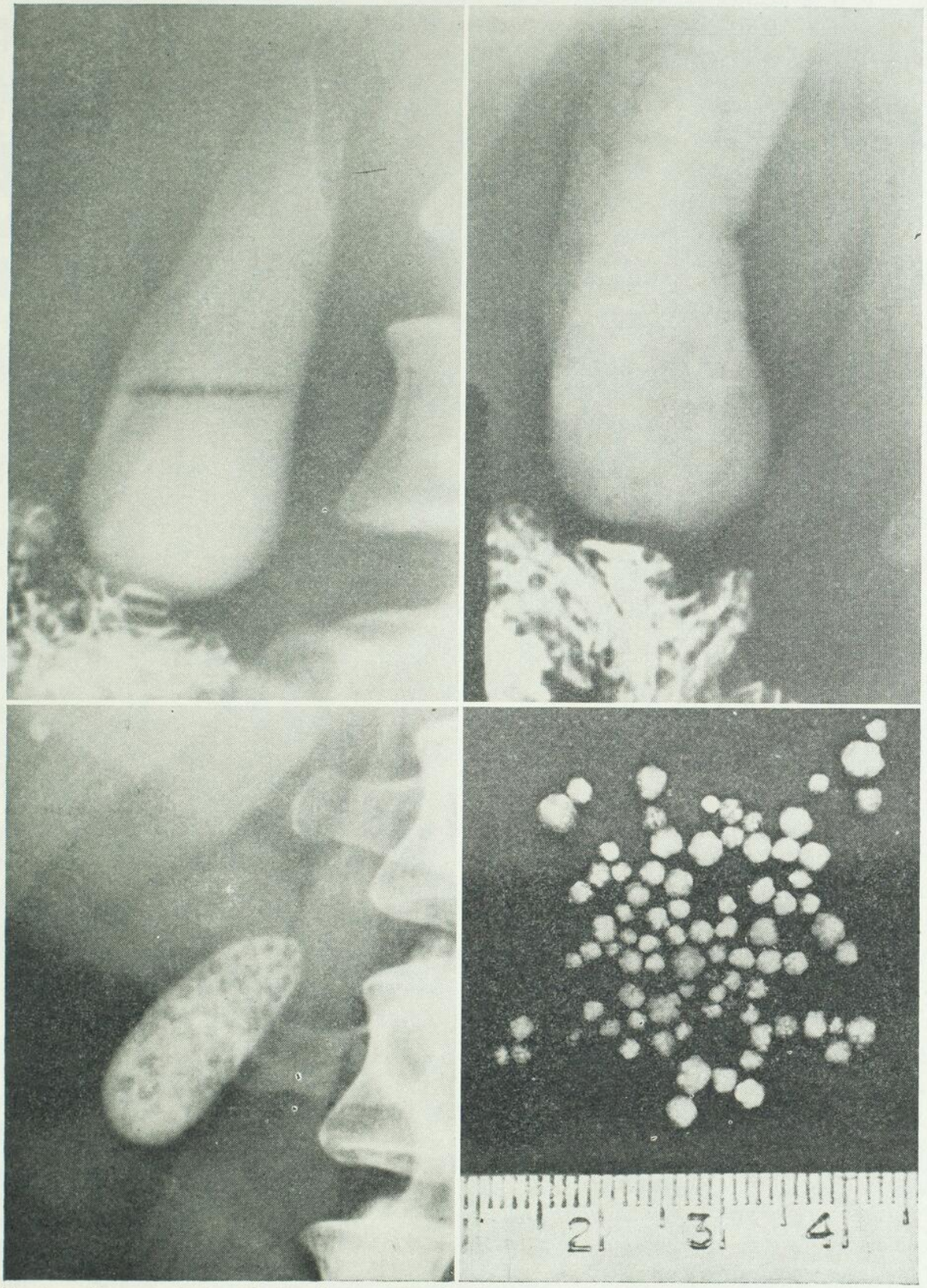
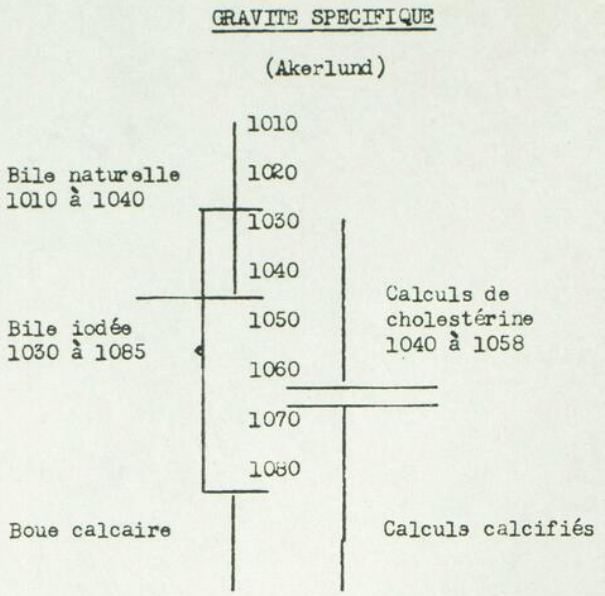


Fig. 4. — Un exemple de calculins flottants dans la forme la plus commune. Le cliché supérieur à droite est pris en décubitus au moment de la plénitude opaque et laisse à peine deviner les calculs. Un peu plus petits, ceux-ci ne perceraient pas l'ombre de la masse iodée. Le cliché du bas à gauche pris durant l'évacuation montre ces petits calculs à travers une couche de bile iodée plus mince.



taines. Plus ils sont nombreux, plus ils sont petits et adhérents les uns aux autres. En général, les calculs flottants dont le diamètre est de l'ordre d'un centimètre ou plus, possèdent un centre gazeux qui se reconnaît sur les radiographies par des stries claires et disposées en croix, en Y ou en étoile. Le volume de gaz contenu dans les fissures centrales équilibre le poids des matières opaques qui se voient en couches concentriques à la périphérie de la plupart des gros calculs flottants.

La compression ne grossit pas dans des proportions appréciables les éléments normaux ou anormaux de la vésicule; elle donne plus de vivacité au trait lithiasique sans en détruire la rectitude. Il en est de même des changements brusques de position ou des secousses exercées sur l'abdomen du sujet. Manœuvres et chocs ne parviennent que par exception à défaire l'arrangement horizontal des calculs, surtout quand ceux-ci sont petits et nombreux.

Seule la cholécystokinésie change l'ordre et l'étagement des calculs flottants; sous la réduction du calibre vésiculaire, ceux-ci montent et se tassent vers l'entonnoir du cystique pendant que le nombre des rangs augmente. Dans le cas contraire, c'est-à-dire quand la vésicule se distend, la ligne calculeuse s'étire et s'amincit.

Quand le diamètre des calculins dépasse un ou deux millimètres, les interstices qui les séparent sont suffisants pour permettre à la bile opaque de s'y introduire et tracer un

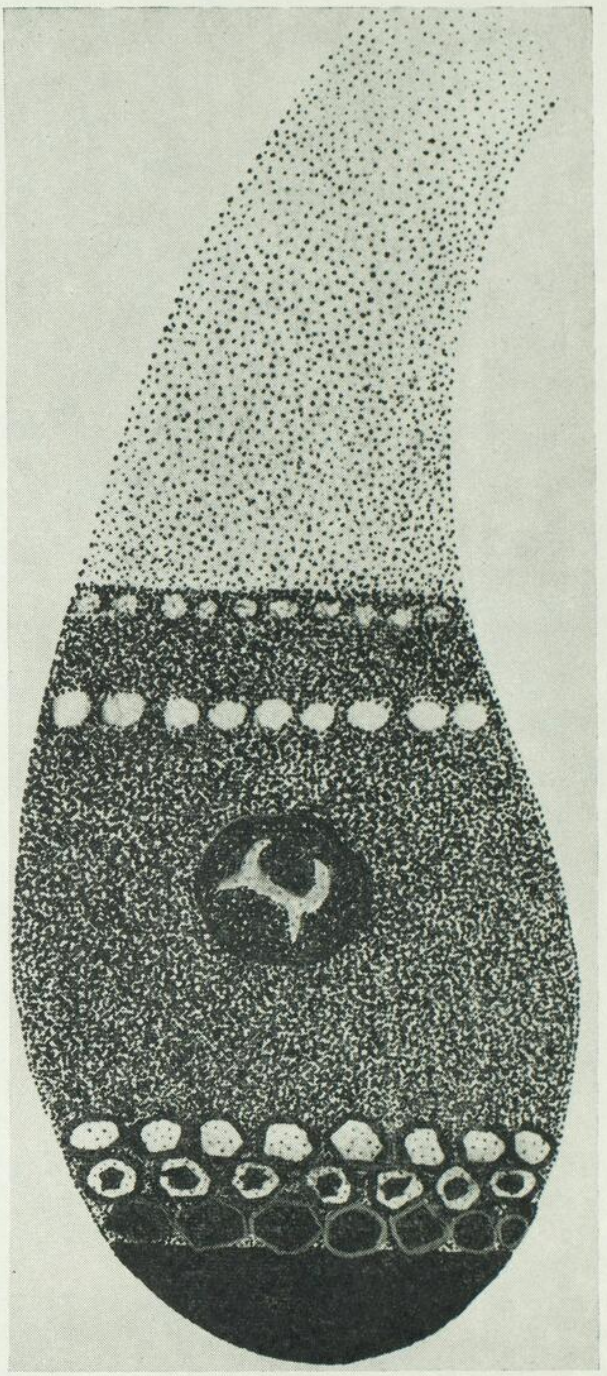


Fig. 5. — Version complétée du schéma d'Akerlund représentant la position des éléments lithiasiques dans la bile iodée selon les relations de densité. L'opacité uniforme du bas-fond indique de la boue calcaire, calcium non organisé en calcul. Au milieu de la bile iodée, un gros calcul avec un centre gazeux.

dessin réticulé; mais le réseau intervallaire ne se perçoit plus quand les unités lithiasiques se réduisent aux dimensions du gravier, de grains de sucre ou de sel. Dans ces circonstances, on ne distingue qu'une raie transversale dont la teinte est égale et les bords réguliers (fig. 6 et 7).

Tous les détails des descriptions ci-dessus ont leur importance; ils mettent l'accent sur une forme de lithiase relativement fréquente et qui échappe souvent au radiologiste qui néglige les films debout.

de ces derniers a baissé durant les périodes où les doses d'iode ont été diminuées. Pourvu que les quantités d'iode soient égales, Tétraiode, Priodax et Telepaque font flotter les calculs sensiblement avec la même fréquence.

Incidence selon l'âge

10 à 20 ans	12 cas
20 à 30 ans	114 "
30 à 40 ans	117 "
40 à 50 ans	160 "
50 à 60 ans	103 "
60 et plus	57 "

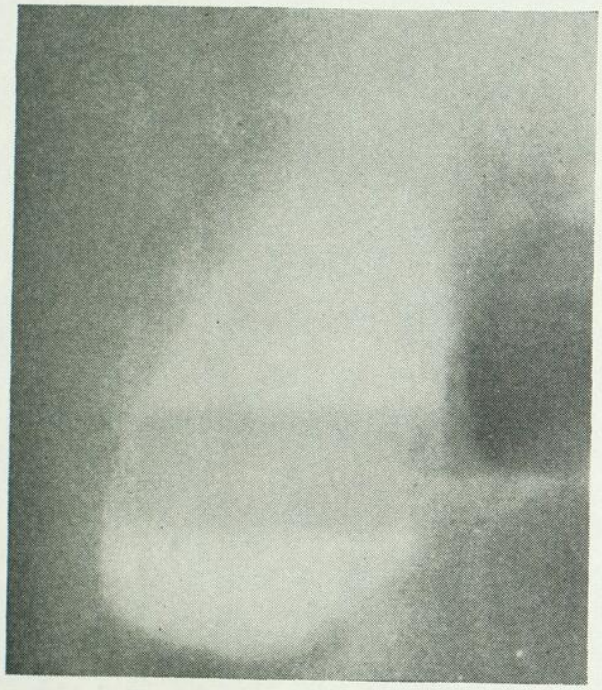


Fig. 6. — Large bande transparente produite par du sable lithiasique dans une vésicule opacifiée par tétraiode. — Patient opéré.

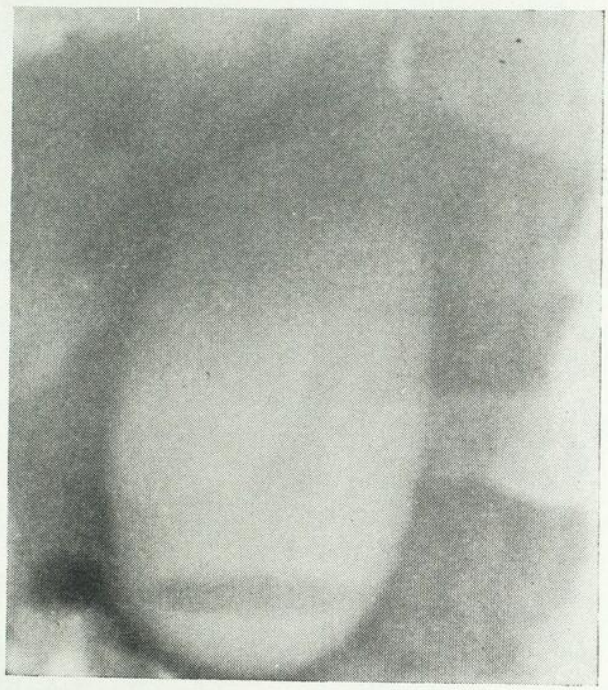


Fig. 7. — Etroite bande horizontale et transparente qui représentait du sable biliaire flottant entre deux biles. — Patiente opérée.

Sur un total de 29 550 cholécystographies sélectives depuis 1940, à l'Hôtel-Dieu de Montréal, des calculs de toutes variétés ont été vus 5 079 fois, à la radiographie, soit un taux de 18 pour cent. De ces 5 079 patients radiologiquement lithiasiques, 4 022 ont été opérés dans le même hôpital; sept fois les calculs n'ont pas été trouvés dans les vésicules enlevées, avec des radiographies données comme positives de calculs. Dans le total des 5 079 patients lithiasiques, 582 (11,5%) possédaient des calculs flottants. L'incidence

La fréquence élevée des calculs flottants chez les moins de quarante ans tend à prouver la jeunesse des concrétions. Quelques patients ont été cholécystographiés à plusieurs reprises et à des intervalles de plusieurs années. Chez certains, les calculs ne changent ni en nombre ni en volume; chez d'autres, ils se multiplient; chez d'autres, ils grossissent. En vieillissant, les calculs sont enclins à s'enrober de calcium. Les pierres qui continuent de flotter malgré leur âge et leur volume présentent généralement des fissures et du gaz en leur centre.

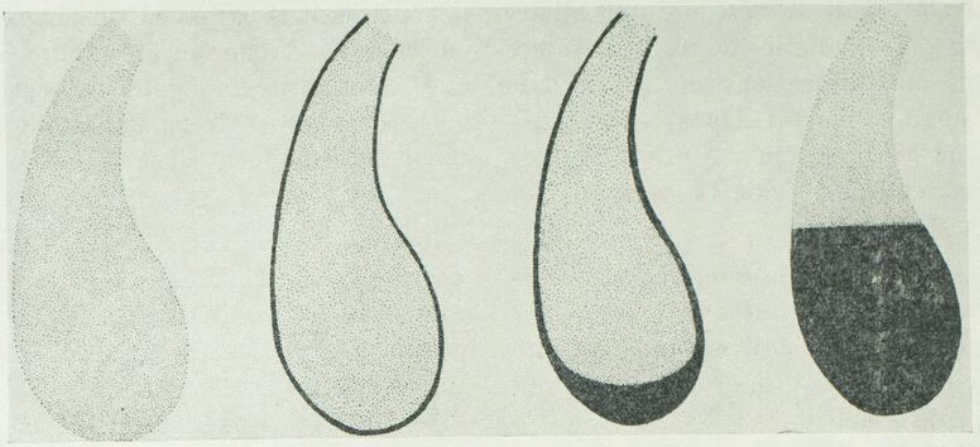


Fig. 8. — Schéma de la théorie de Bernstein. — La bile se concentre à la périphérie de la vésicule, y forme une bordure linéaire et sédimente dans les parties déclives.

Des calculs flottants ont été trouvés chez 74 hommes et chez 508 femmes, soit dans la relation de un à sept.

Dans la majorité des cas, les calculs flottants s'accompagnent de cholécystite mais les lésions muqueuses sont d'habitude peu sévères ainsi qu'en témoigne la conservation du pouvoir d'extraire l'eau de la bile.

D'après nos mesures, la densité des calculs flottants oscillait entre 1 030 et 1 060, ce qui

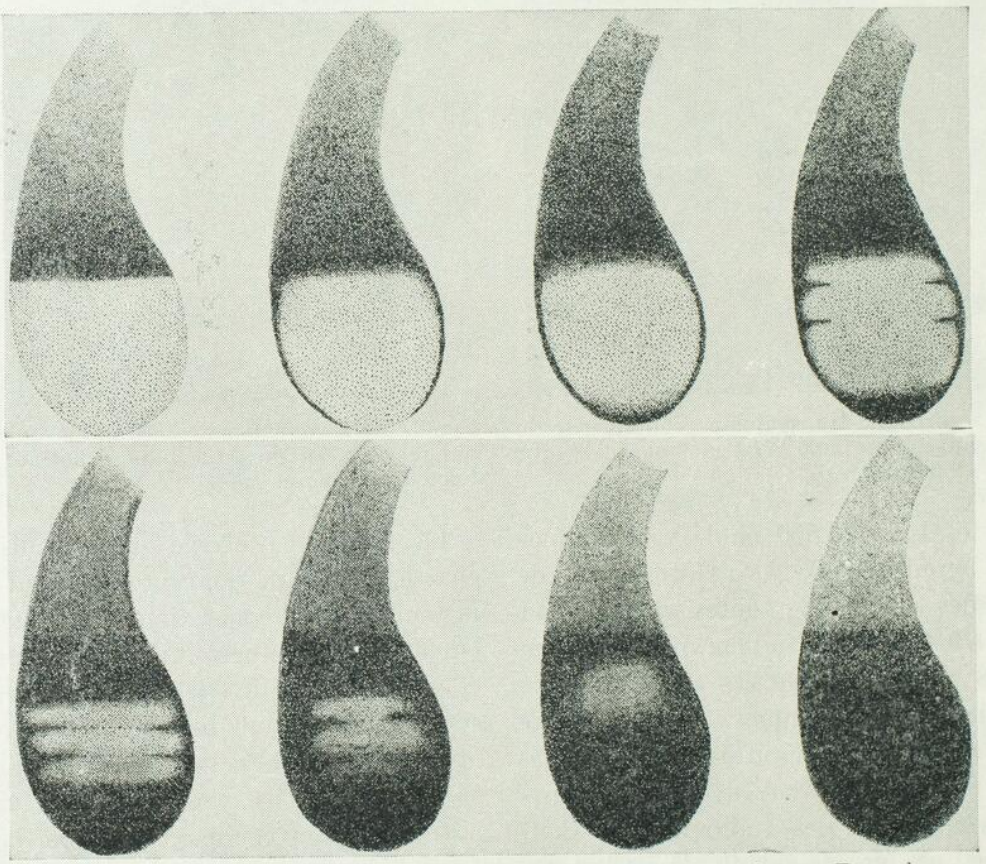


Fig. 9. — Schéma de l'opacification de la vésicule par cholografin. — Dans la première phase (série du haut), la bile hépatique fraîchement arrivée est la plus opaque et surnage. Dans la seconde phase (série du bas), la bile vésiculaire et la bile iodée se confondent par des mécanismes simultanés de diffusion et de concentration.

correspond aux chiffres d'Akerlund. Ils se composent surtout de cholestérine et de pigments biliaires. Ils contiennent assez souvent de la cystine et presque toujours des traces de bilirubinate de calcium. Le résidu de calcination dépasse rarement 0,20% et, d'ordinaire, se constitue de CaO.

Pseudo-lithiase et cholégraphie endo-veineuse

Jusqu'à l'avènement du cholografin, le diagnostic des calculs flottants était le triomphe de la cholécystographie avec rayons horizontaux. Les minuscules grains pressés les uns contre les autres entre une bile plus lourde et une bile un peu plus légère produisaient la ligne transparente dont la signification ne laissait aucun doute.

La cholégraphie endo-veineuse est venue bouleverser les notions sur lesquelles le diagnostic se posait jadis en toute quiétude. Comme les autres pionniers de la méthode, je me suis laissé prendre à certains pièges. Il faut se tenir en garde contre les jugements prématurés d'après les clichés pris en décubitus avant la concentration et la mixtion complètes de la bile iodée et de la bile vésiculaire. Beaucoup plus troublante, lors de mes premières observations, fut l'apparition de multiples niveaux au sein des vésicules radiographiées en verticale avec création de pseudo-morphologies de calculs flottants (fig. 13, 14 et 15).

Ces renversements dans l'assurance des conclusions, me forcèrent à l'analyse minutieuse de la séquence des événements. En pratiquant de nombreuses radiographies durant des heures et variant les techniques, j'ai connu l'émoi de découvrir des mécanismes par lesquels la bile hépatique (bile C) se mêle à la bile résiduelle dans la vésicule (bile B) et dans l'hépato-cholédoque (bile A). La découverte des phénomènes d'une part démasquait des pièges diagnostiques, d'autre part ravissait à l'inconnu quelques secrets de physiologie.

Depuis les travaux de Rous et McMaster, chacun sait que la vésicule a le pouvoir de réduire jusqu'à dix fois et même davantage le volume de la bile qui lui arrive du foie. Il est aussi bien connu par la pratique courante de la cholécystographie que la bile sous sa forme concentrée peut rester dans la vésicule aussi longtemps que les réflexes digestifs n'en provoquent l'évacuation.

Friedrich, par des ponctions en séries de vésicules normales au cours d'opérations sur l'estomac, établit que la bile hépatique met environ deux heures après son entrée dans la vésicule à atteindre la même densité que la bile retirée du viscère au commencement de l'expérience.

Grâce à la cholécystographie en station debout, les radiologistes Eliaz et Bernstein démontrent que la bile iodée dans la vésicule se sépare nettement de la bile hépatique qui n'a pas encore été concentrée. La bile la moins dense, fraîchement arrivée, non concentrée et pauvre en iode surnage la bile opaque du bas-fond. La démarcation n'est pas tracée au tire-ligne mais la bande de passage est mince, d'un dégradé abrupt. Le plan de division demeure horizontal et ne se brise ni dans les changements de posture ni sous les secousses appliquées à l'abdomen.

Dans la cholécystographie avec substances orales, la division plus ou moins nette entre bile opaque et bile transparente du pôle supérieur est une constatation banale. Par ailleurs, tous les opacifiants des voies biliaires employés jusqu'à maintenant étaient absorbables par l'intestin; ils déterminaient des renouvellements de remplissage avant que la vidange ne soit effectuée. Dans ces conditions, il est rarement possible de tirer des renseignements pathologiques sur les variations de volume et de densité pendant les trois ou quatre jours que durent les cycles entéro-porto-biliaires avant que le déblayage de l'iode par les selles et l'urine soit fini.

La cholécystographie sélective par voie orale m'a appris que plus on fait ingérer d'iode au patient, plus les calculs sont susceptibles d'être soulevés à un niveau élevé,

les autres conditions vésiculaires restant les mêmes. Cette constatation suggère que le pouvoir de concentration du cholécyste n'est pas rigoureusement limité et qu'au delà d'une certaine réduction de volume rapidement atteinte, la bile peut encore mais plus lentement, céder de l'eau à la paroi vésiculaire. En d'autres termes, la densification du contenu vésiculaire varie à un rythme inégal avec la durée de la stagnation. Le fait que la bile

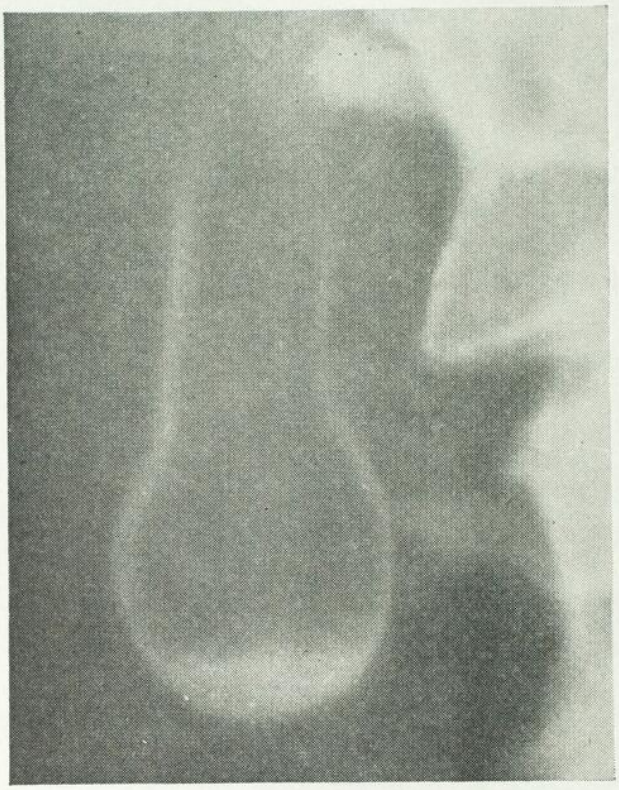


Fig. 10. — C'est d'après des images analogues que Bernstein a établi sa théorie des biles immiscibles. La bile iodée se concentre au contact des parois et dépose en formant un culot de plus en plus épais.

reste offerte pendant trop longtemps à l'absorption de ses éléments fluides, est une origine possible du gros calcul solitaire.

Campbell et Burton ont ponctionné à diverses hauteurs des vésicules de chats, de bovins et d'humains; ils ont comparé la gravité spécifique, la viscosité, la concentration en ions hydrogène et la coloration pigmentaire des échantillons de bile prélevée aux différents échelons. Ces chercheurs confirment les observations radiologiques d'Eliaz et de Bernstein en concluant que le plus souvent la bile en stagnation dans la vésicule n'est pas homogène. D'après les paliers dans les courbes de leurs mesures, ils soutiennent que dans beaucoup de cholécystes ils ont rencontré deux et trois couches de bile, chacune ayant

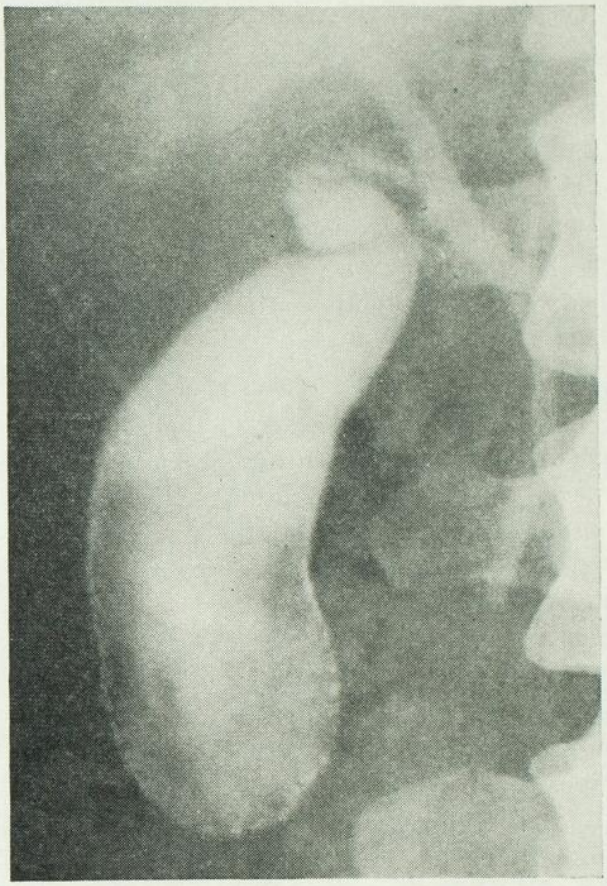


Fig. 11. — Quarante-cinq minutes après l'injection de 40 cc. de cholografin la patiente ayant été maintenue en décubitus. Les canaux restent bien visibles et le haut de la vésicule est uniformément opacifié, mais la moitié inférieure est d'une teinte beaucoup plus faible et très inégale. Le liséré périphérique est délicatement dentelé; l'alternance des logettes et des plis muqueux produit les festons.

une concentration brusquement différente de la voisine. Les changements rapides de la position du sujet ne faisaient pas disparaître la stratification. Si les mensurations étaient répétées dans une vésicule enlevée et immobilisée en suspension, les chiffres restaient identiques même après plusieurs heures.

La cholégraphie endo-veineuse n'anéantit pas les allégations ci-dessus mais elle porte notre connaissance bien au delà en dévoilant des aspects imprévus et beaucoup plus significatifs.

Opacification vésiculaire par Cholografin

Debray remarque que l'opacification de la vésicule avec cholografin commence par le collet, puis apparaît, dit-il, un fin liséré comme tracé à la plume qui dessine les contours tandis que le centre de l'organe reste longtemps transparent. En effet, dès mes premiers essais, j'ai eu la surprise de constater qu'un trait périphérique beaucoup plus délicat que celui dont parlait Bernstein se voyait avec fréquence dans les portions inférieures de la vésicule chez les patients maintenus en décubitus. J'ai eu jadis en mains les quelques clichés originaux dont Bernstein s'est servi pour fonder sa théorie. Les images obtenues par injection intraveineuse de tétraiode selon la technique de cet auteur ne possèdent en rien la finesse et la précision du dessin que le cholografin donne. Les figures 10 et 11 permettent la comparaison; encore faut-il souligner que le spécimen du liséré au tétraiode que j'ai tiré de ma propre collection est beaucoup plus frappant que ceux dont Bernstein s'est servi.

A l'analyse de la bordure opaque engendrée pas le cholografin, on reconnaîtra qu'il ne s'agit pas d'un trait régulier mais d'un délicat feston ou chapelet. Les grains ou minuscules saillies opaques représentent les logettes de la muqueuse vésiculaire, tandis que les intervalles plus clairs et plus minces expriment les plis de séparation. Le temps viendra sans doute où l'entraînement à lire ces images et la confrontation avec les pièces anatomiques autoriseront des jugements sur l'état de la muqueuse du cholécyste selon des critères analogues à ceux qui ont cours dans l'appréciation du relief interne du tube digestif, les différences ne jouant que dans l'échelle des volumes.

Si, environ une demi-heure ou une heure après l'injection de cholografin, on met subitement le sujet debout alors qu'une certaine quantité de bile iodée occupe la région proximale du cholécyste, on voit une frontière rectiligne diviser le viscère en deux parties bien distinctes: la supérieure est opaque, l'inférieure semi-transparente (fig. 12). Après de

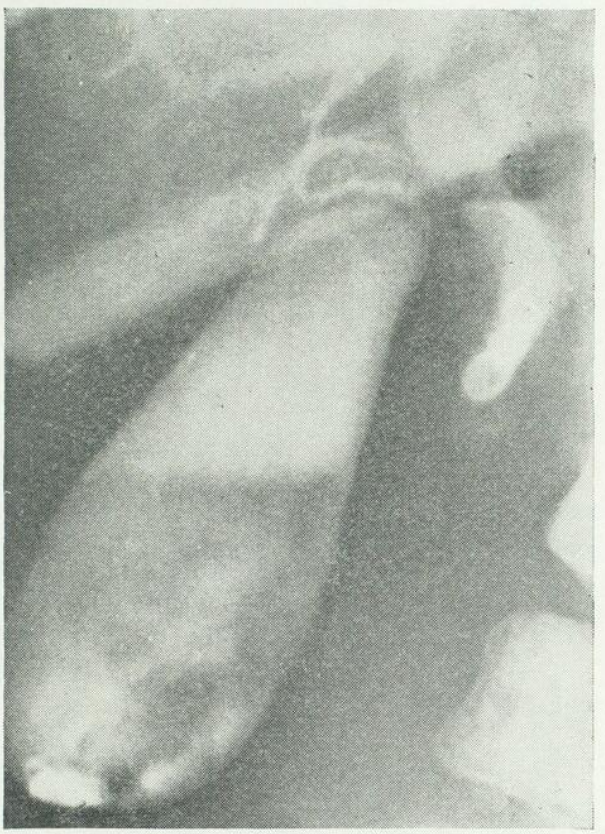


Fig. 12. — Cliché pris debout, une heure et demie après 20 cc. de cholografin chez un enfant de neuf ans, pesant 20 kilos et atteint d'ictère hémolytique congénital. Les calculs lourds de bilirubinate de chaux (analyse postopératoire) s'accumulent au fond du cholécyste et du cholédoque. Le canal d'Oddi étant obstrué par les calculs dans cette position, les canaux en amont sont larges et la bile iodée, entrant dans la vésicule, surnage la bile très visqueuse de la partie inférieure.

courts instants, l'opacité supérieure dont la périphérie était d'abord taillée à angles droits, commence à montrer des coins de plus en plus aigus. Les pointes croissent vite en prenant la forme de crochets ou de cornes en direction du bas-fond. En progressant, elles se confon-

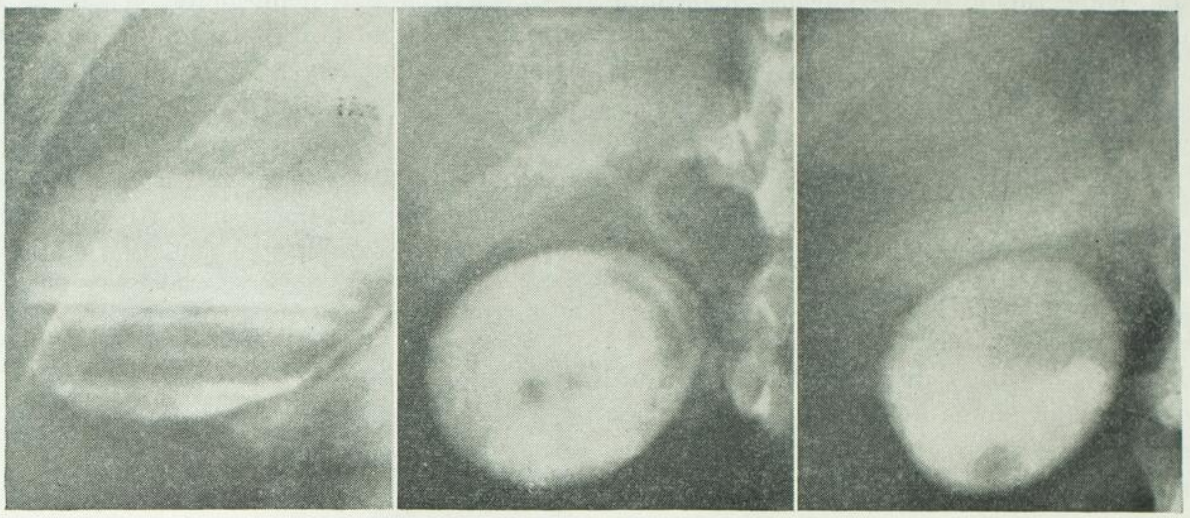


Fig. 13. — Le cliché de gauche pris debout, 50 minutes après l'injection, montre une vésicule dilatée et bariolée transversalement. Les stries dominaient le tableau; pas d'image démonstrative de calcul. Le film du centre, pris à la 75ème minute, montre des stries concentriques de bile non imprégnée; les taches centrales furent d'abord considérées comme le noyau de la bile résiduelle en fin d'opacification. A droite, le film pris debout vers la 3ème heure, offre la division classique des biles avec les deux marbres lithiasiques dormant au fond du sac.

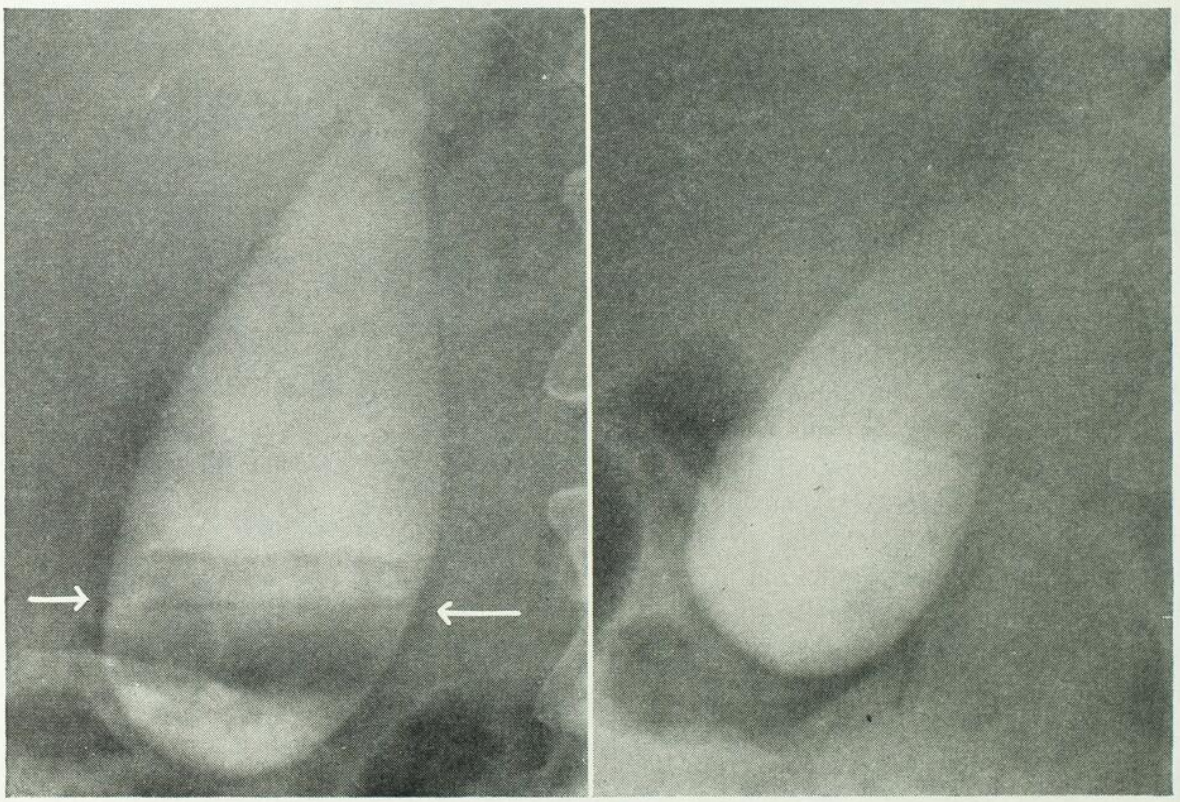


Fig. 14. — Cliché de gauche pris 75 minutes après l'injection de 40 cc. de cholografin. A noter, le volume de la vésicule par rapport à l'image de droite, celle-ci ayant été obtenue après 75 autres minutes et le jeûne n'ayant pas été rompu. La mince ligne marquée de flèches est particulièrement évocatrice de calculins flottants; elle ne se retrouve plus une fois la concentration terminée.

dent avec le feston périphérique de concentration qui s'est déjà formé en décubitus, le plus souvent. Le liséré périphérique dès lors s'élargit assez vite à la fois par clivage et par concentration; par la suite, la bile opaque en glissant, s'accumule dans les parties déclives et y forme un culot beaucoup plus complexe que celui décrit par Bernstein. Loin d'offrir une teinte homogène, ce culot se constitue de plusieurs bandes de densités variables qui apparaissent tour à tour. En plus de décanter, la bile périphérique en s'opacifiant, façonne des éperons horizontaux qui s'allongent vers le centre vésiculaire. Les épines, par paires symétriques et convergentes, s'insèrent entre des disques superposés de bile, chacun ayant sans doute un poids spécifique moindre que le sous-jacent. Les pointes horizontales finissent par se rejoindre et objectiver des strates plus ou moins épaisses et nombreuses. J'ai pu compter jusqu'à douze strates alternativement opaques et transparentes dans une même vésicule (fig. 13).

Peu à peu, la dimension transversale des stries diminue et les bandes s'assombrissent. Enfin, la dernière masse de bile qui résiste à l'imprégnation au centre de la vésicule se laisse rétrécir et effacer. Au terme de son existence, elle forme une rondeur de moins en moins transparente, de moins en moins précise comme un disque lunaire se couvrant d'un nuage. Ce globe résiduel en évanescence pourrait être interprété comme gros calcul flottant. D'autres fois, la dernière bile à se laisser envahir par l'iode offre l'aspect d'une bande de transparence relative dont la similitude avec les couches flottantes de gravier est fort embarrassante (fig. 14, 15 et 16). L'image évolue donc vers l'uniformité mais n'y parvient pas tout de suite. Les auteurs répètent à l'unisson que l'image vésiculaire se complète en deux heures; ils n'ont pas suivi toutes les étapes du développement de l'ombre en verticale. Sur les radiographies en décubitus, à cette phase terminale, la bile hypoiodée n'inscrit dans les tonalités que des nuances qui ne se perçoivent pas généralement; si, par hasard, le résidu transparaît encore, il simule la lithiase (fig. 15 et 17). C'est plutôt vers la troisième heure et même plus tard, que toute trace de bile transparente disparaît (fig. 20).

Une autre cause de striation, c'est la chute verticale de la bile iodée à travers la bile résiduelle (fig. 18). Il est facile de se rendre compte du phénomène, en laissant tomber du cholografin à l'état pur dans une vésicule prélevée avec sa bile, soit à la salle d'opération, soit à l'autopsie (fig. 19). En scopie et sur film, on voit la substance opaque traverser le liquide par gros paquets, ainsi que la neige tombante ou comme le baryum traversant le liquide de stase dans un estomac sténosé. Ainsi, deux sortes de déplacements de la bile iodée au sein de la vésicule. Bandes horizontales et traînées verticales, par leur croisement, forment un quadrillé simulateur de calculs.

Hormis les faux-semblants de lithiase, les observations précédentes sont fort utiles; elles apportent l'évidence de ce que certains avaient supposé: plusieurs plans individualisés dans la bile stagnante de la vésicule.

Chacune des couches ayant une concentration différente de ses voisines, le pH de l'une à l'autre doit changer, car on sait de plus en plus que chez l'homme et chez les animaux à calculs, la bile vésiculaire est plutôt alcaline et la bile hépatique plutôt acide (Claude Cholette). La différence joue tout probablement un rôle et déclenche les floculations colloïdales servant de noyaux d'amorce aux calculs naissants. L'action des surfaces peut aussi s'envisager comme emprisonnement des débris cellulaires sur lesquels les dépôts colloïdaux viendront s'entasser; certaines lignes en pointillé dans mes images de cholégraphies me font succomber à la tentation d'évoquer ce processus initiateur de la micro-lithiase.

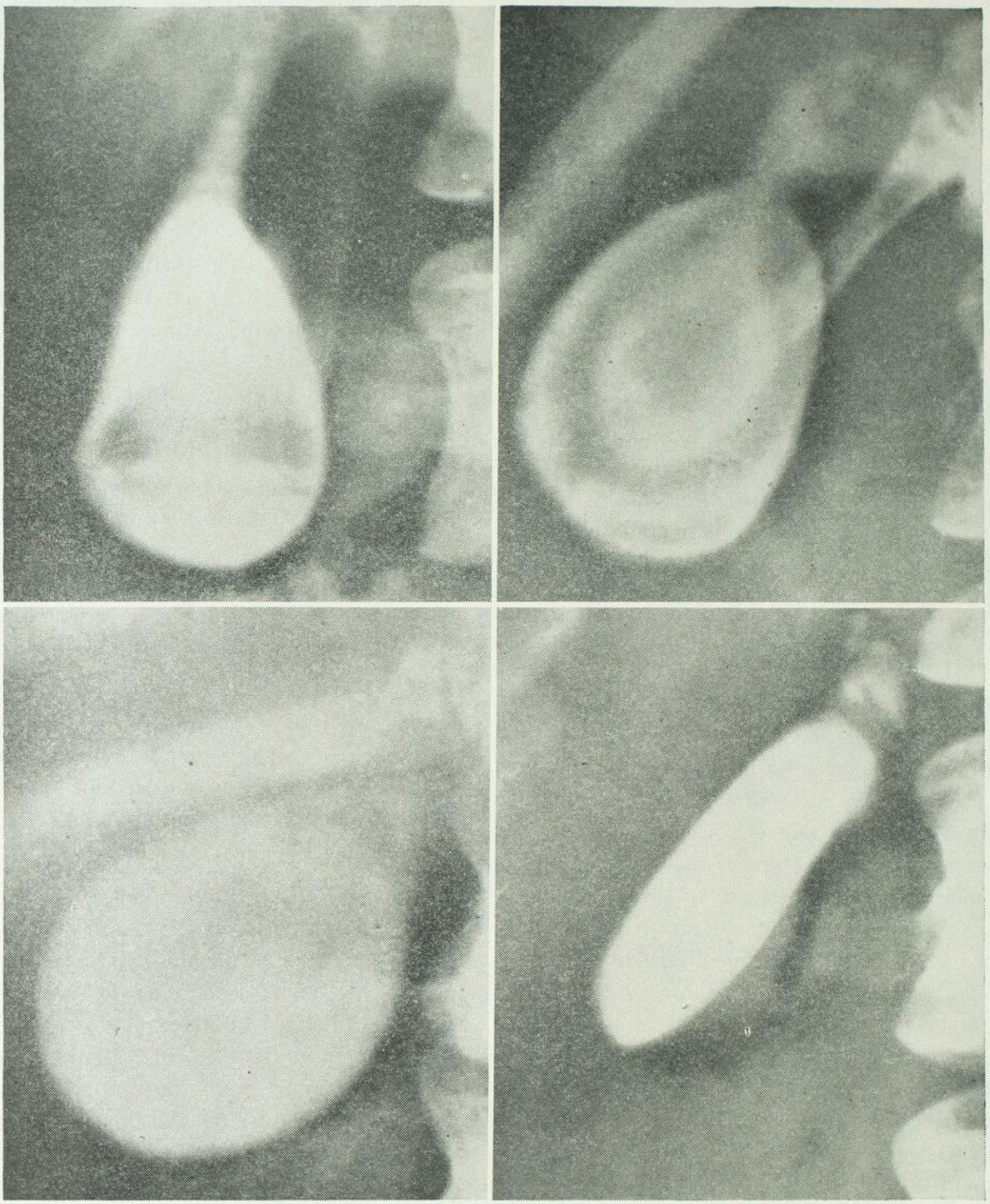


Fig. 15. — En haut à gauche, cliché pris debout une heure et demie après 40 cc. de cholografin. Le film original montrait plusieurs stries transversales coupant la clarté arrondie du centre. En haut à droite, film pris couché sur le dos une dizaine de minutes avant le précédent; les lignes concentriques et le centre clair étaient particulièrement nets. En bas à gauche, concentration uniforme après 3 heures. En bas à droite, cliché de la vingtième minute après ingestion cholécystokinétique (Neocholex).

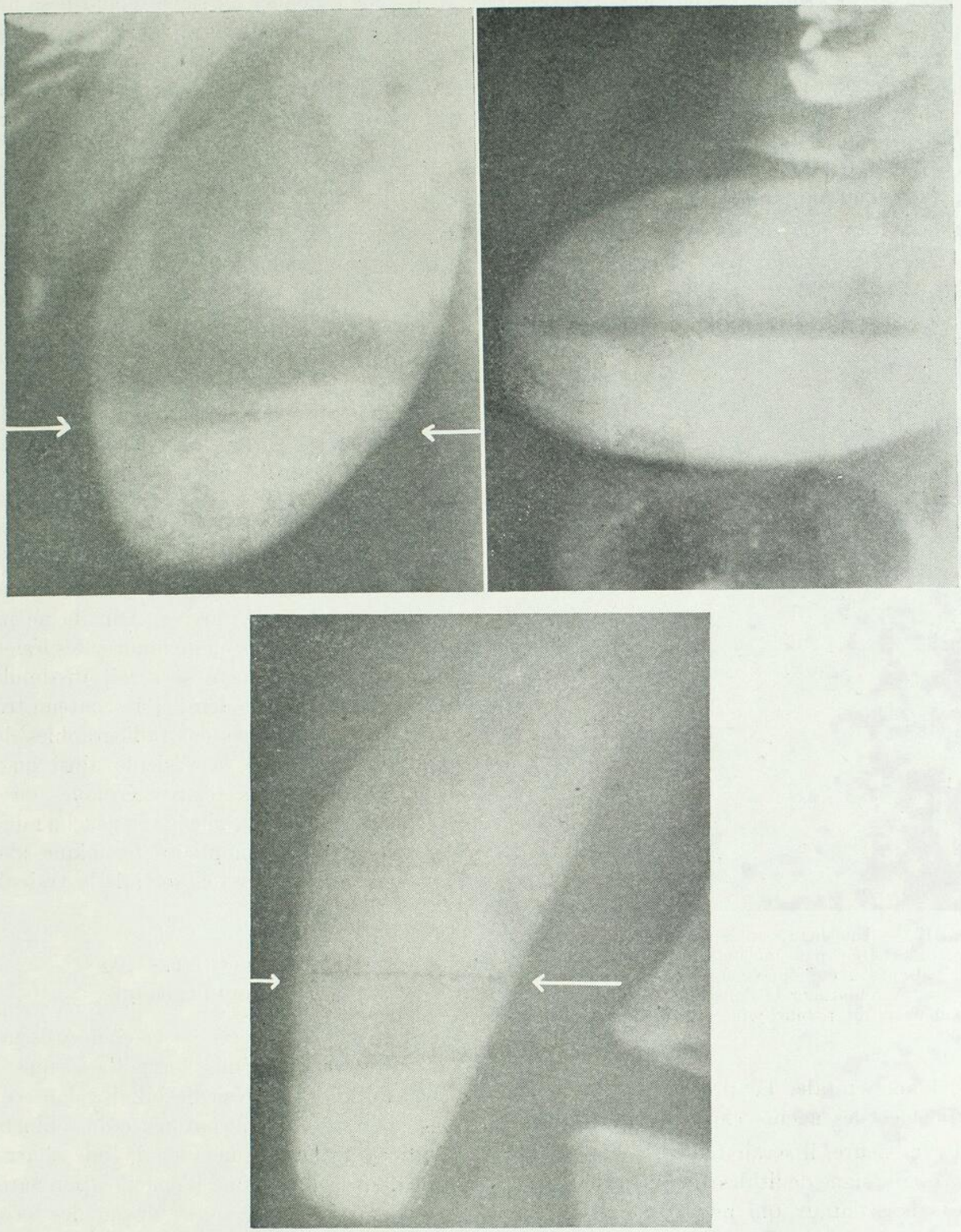


Fig. 16. — Cliché du haut à gauche pris debout 100 minutes après cholografin; une ligne horizontale en pointillé transparent se dessine à quelques millimètres au-dessus d'une large bande claire. Vingt minutes plus tard, le cliché de droite ne montre pas plus le pointillé que l'on doit supposer perdu dans la ligne transparente au-dessus. Sur le cliché du bas, après l'homogénéisation des biles, le trait de points clairs est revenu avec toute sa valeur sémiologique.

Quoi qu'il en soit de ces hypothèses physico-chimiques sur l'origine des calculs, il semble de plus en plus évident qu'il y a tout avantage à provoquer chaque jour des évacuations complètes du contenu vésiculaire comme mesure de prophylaxie anti-lithiasique. Le cholografin, qui ne revient pas dans la vésicule par la circulation porte, rend possible l'appréciation du pouvoir de la vésicule à réaliser

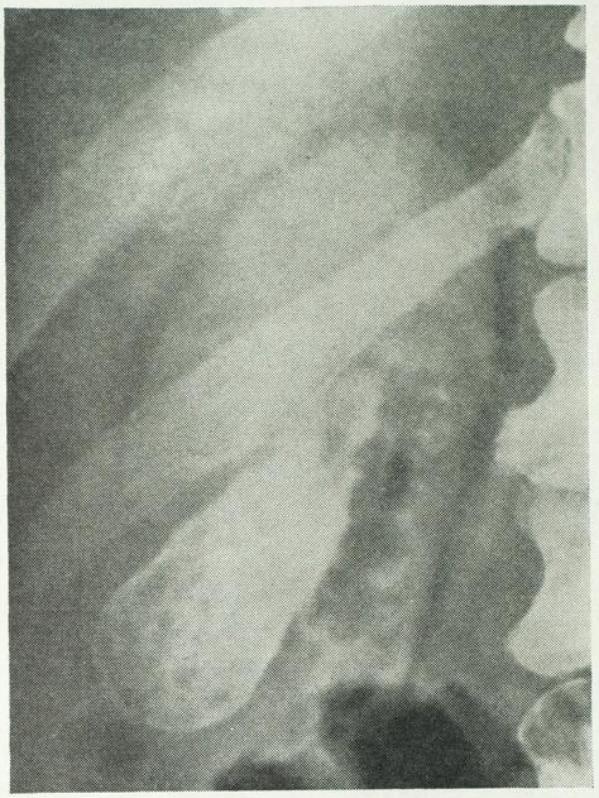


Fig. 17. — Une heure après cholografin, la vésicule est mouchetée par mélange imparfait des biles. La patiente a été opérée à tort sur un diagnostic erroné. A remarquer la densité du rein due à l'imprégnation du parenchyme par l'iode (néphrographie).

sa vidange totale. Le procédé sert à jauger l'efficience des agents cholécystokinétiques.

Pour l'heure, il serait téméraire de considérer comme signe de lithiase incipiens les minces traits horizontaux qui ne persistent pas une fois la concentration terminée. Avec les substances orales, de telles lignes donnaient la certitude de l'existence de calculins; une plus ample expérience, les confrontations chirurgicales et les recherches en cours nous fixeront sur le sens à donner au signe quand il se manifeste avec cholografin. Dans l'état actuel de nos connaissances, il vaut mieux recommander d'attendre la fin de la concentration vésiculaire et se prononcer seulement d'après les images de concentration ultime. Une telle concentration ne s'accomplit que par exception, en moins de deux heures. Il vaut mieux établir la règle de trois heures.

Un autre moyen d'éviter cette cause d'erreur consiste à faire vider la vésicule par un repas gras deux heures environ avant l'injection. C'est ainsi qu'un bon nombre de nos patients ont reçu leur injection de cholografin après un déjeûner riche en matières grasses (fig. 21). Cette technique permet de commencer l'examen durant l'après-midi sans que le patient ne soit incommodé par le jeûne. Le repas de Boyden ingéré deux heures et demie avant l'examen permet d'observer la neuro-motricité de la vésicule par le degré de vacuité au moment où la bile iodée arrive. Afin de ne pas manquer des calculins ou de minuscules lésions muqueuses dont l'image se serait dissimulée derrière l'opacité trop dense d'un contenu trop épais, il faut pratiquer des radiographies durant l'évacuation de la vésicule ainsi qu'on le recommandait aux temps héroïques de la cholécystographie. Les clichés en couche mince sont d'une grande simplicité technique avec le cholografin qui, une fois sorti de la vésicule, n'y retourne pas.

Mélange des biles dans l'hépato-cholédoque

A propos des insuccès de la cholécystographie orale, Ivy a émis l'hypothèse que la non-visibilité de la vésicule biliaire dans certains cas résulte de l'incontinence du sphincter d'Oddi et de l'écoulement de la bile chargée d'iode dans le duodénum. L'opacification par le cholografin permet de constater que des fortes quantités de bile jaillissent dans le duodénum. Doit-on classer le phénomène comme expression d'une hypotonie oddienne et en faire un signe d'importance? Il faudra, au préalable, départager les artifices. Le cholografin est

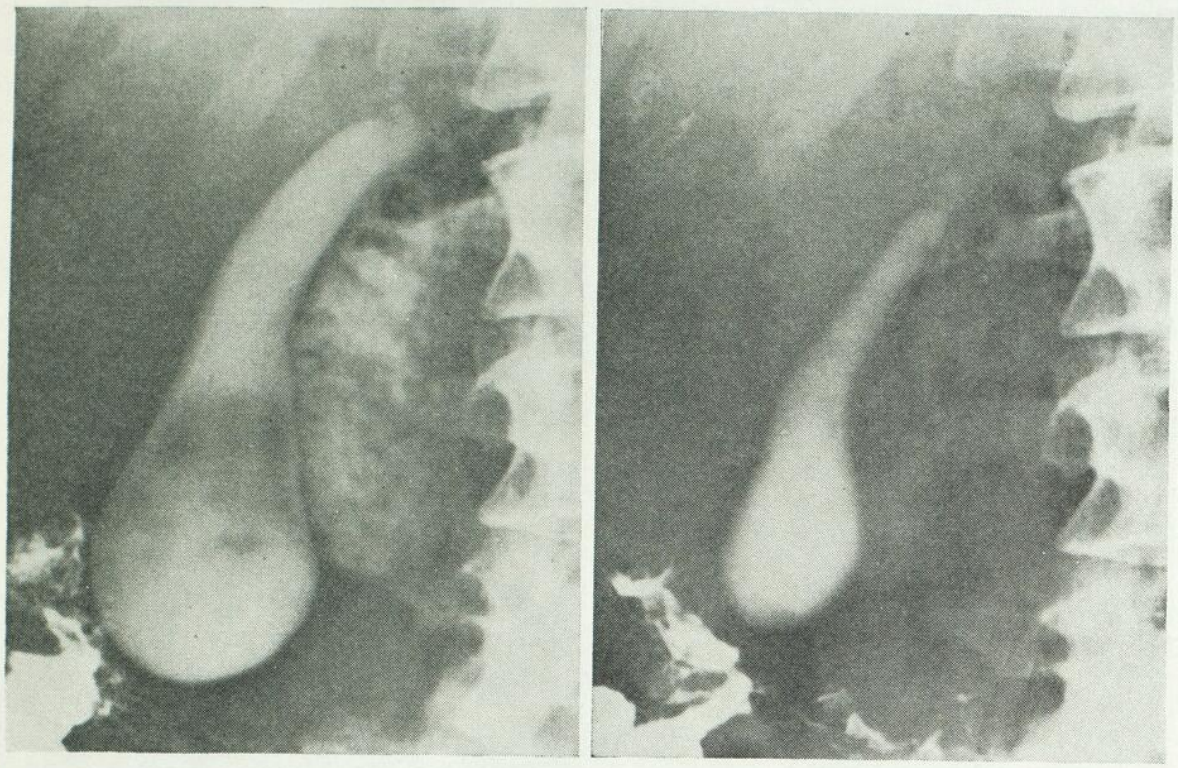


Fig. 18. — Cinquante minutes après l'injection, la vésicule offre des proportions géantes malgré la déperdition dans les voies digestives. Le film a été pris debout; il montre stries verticales et stries horizontales. L'autre cliché a été pris aussi debout après deux heures de jeûne. La différence de tonicité est surprenante. Dans le côlon, du baryum ingéré la veille.

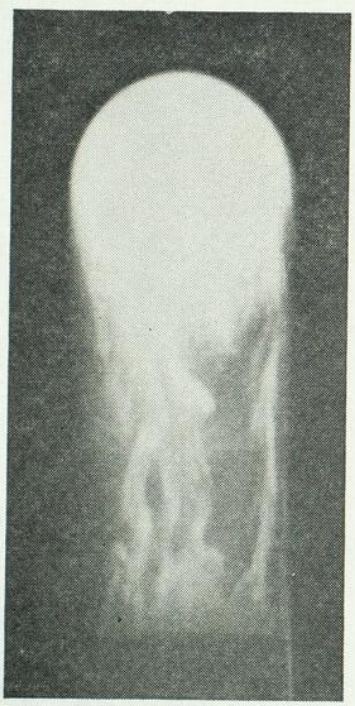


Fig. 19. — Dix centicubes de cholografin à 20% ont été lentement déposés à la surface de la bile d'une vésicule normale prélevée dans un cadavre frais. Le liquide opaque en tombant trace des lignes irrégulières.

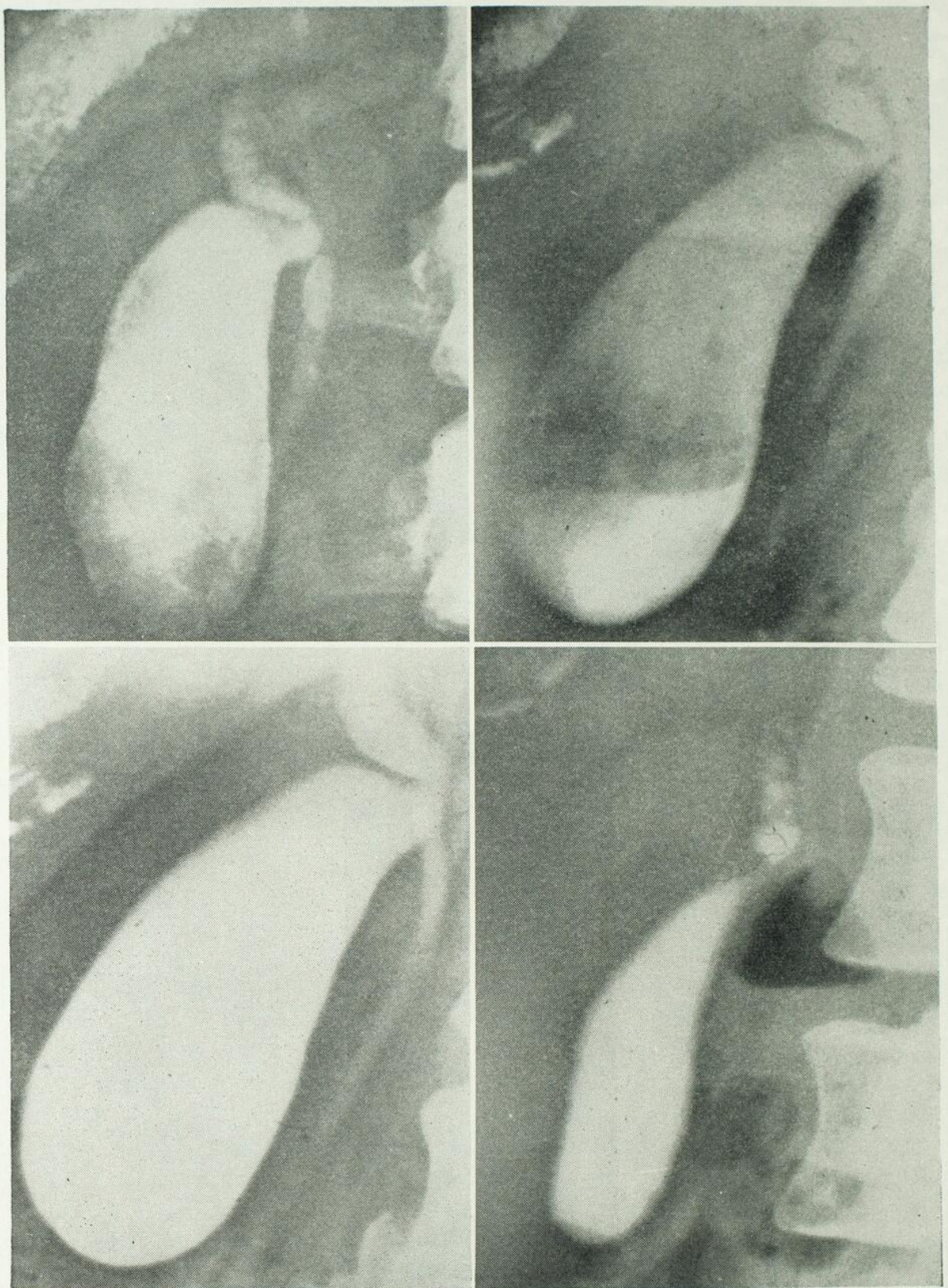


Fig. 20. — Cliché du haut à gauche pris en décubitus après 45 minutes. Cliché du haut à droite pris debout, 10 minutes après le précédent: bandes horizontales et stries verticales. Cliché du bas à gauche pris debout avec compression 2 heures et 15 minutes après l'injection. Cliché du bas à droite pris couché à la 30ème minute après repas de Boyden.

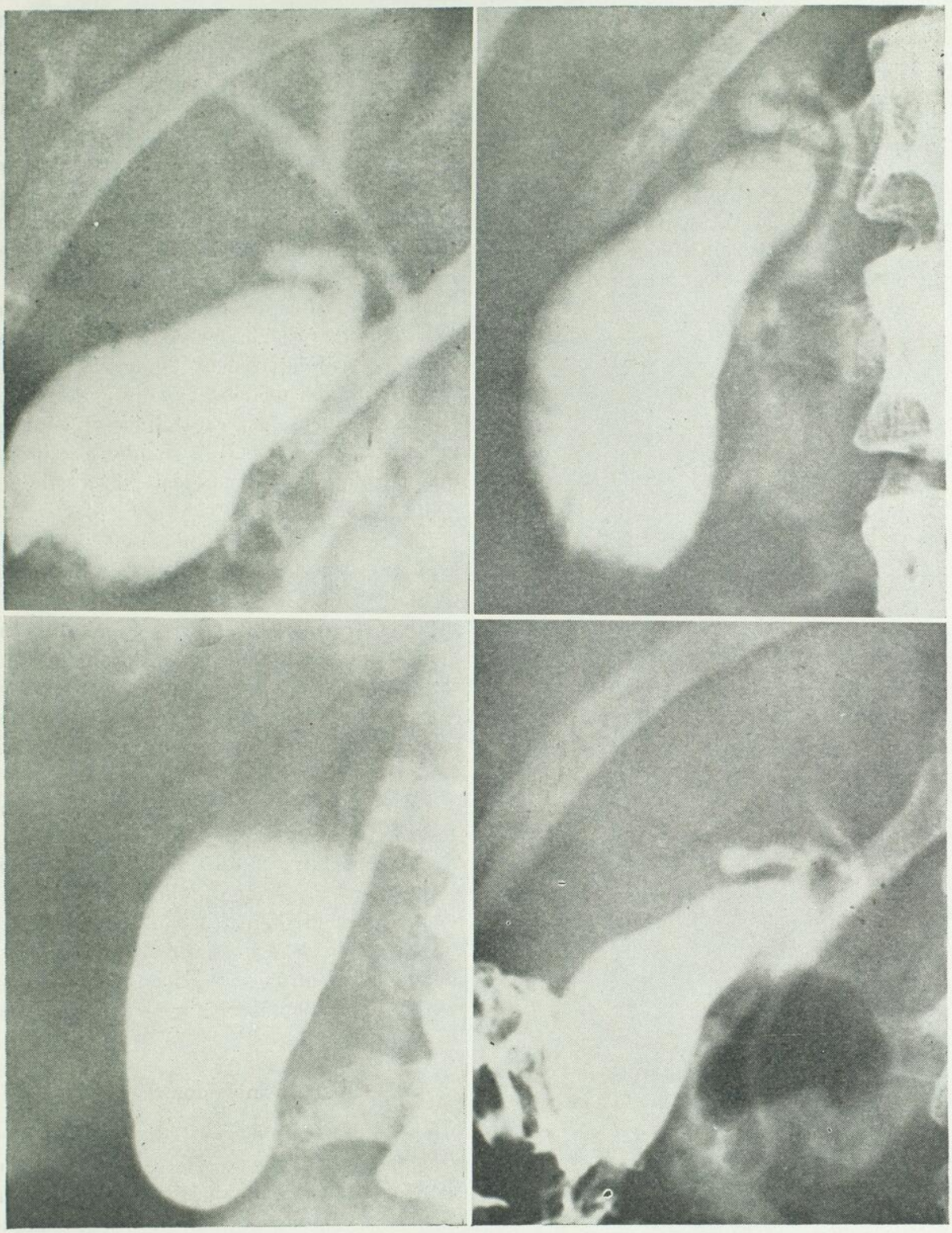


Fig. 21. — Dans ce cas, l'injection cholégrafique a été faite 3 heures après repas gras. La bile iodée est dans une vésicule vide. Le cliché du bas à gauche montre la même vésicule après une nuit de jeûne. L'image du bas à droite a été obtenue 15 minutes après un repas gras.

cholérétique; la surabondance ainsi provoquée augmente la pression intracholédocienne et force l'écluse. Cette substance agit aussi sur le système neuro-végétatif, comme il sera démontré dans un prochain article. Il y a en plus, l'action antivagale du phénergan et de l'atropine que nous administrons comme préventifs des réactions.

A tout événement, la déperdition des premiers apports de la bile iodée a été tenue jusqu'ici comme une des principales causes

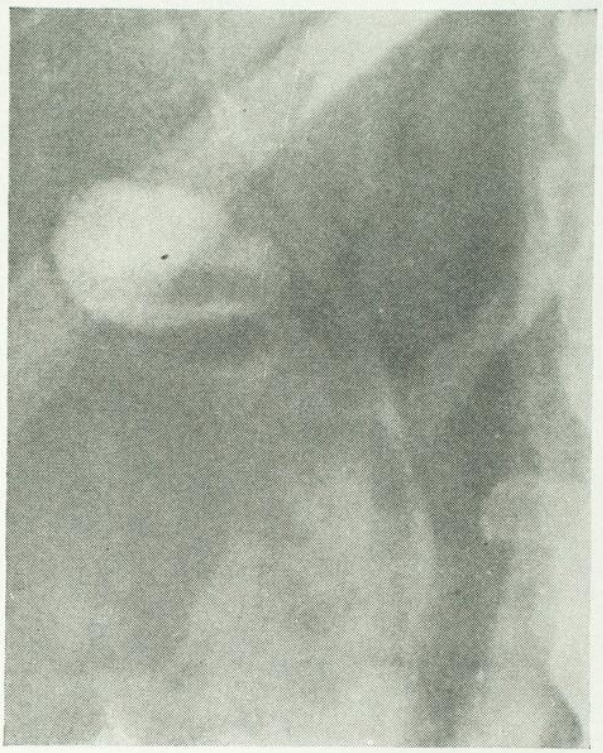


Fig. 22. — Cholécystectomie partielle. — Dans le moignon opacifié par cholografin se voit une bande claire de bile résiduelle non imprégnée d'iode.

de la faible visibilité des canaux. C'est pour parer à l'inconvénient de la fuite du cholografin dans le duodénum par la station debout que Frommhold a établi la règle du décubitus dorsal. On a songé à fermer le sphincter d'Oddi par action pharmacodynamique. Le sulfate de morphine s'est d'emblée présenté à l'esprit de ceux qui cherchèrent à exploiter ce mécanisme. C'est surtout en France qu'on l'a préconisé (Nemours-Auguste et Baraag, Debray, Porcher, Le Canuet, etc). Je l'ai moi-même essayé ainsi que la codéine et le bicarbonate de soude, ce dernier ayant la réputation de favoriser à la fois la contraction du sphincter d'Oddi et la détente de la vésicule biliaire. Les résultats n'ont pas comblé mes espoirs. D'après mes tentatives, la fermeture du sphincter d'Oddi semble donner à la voie principale une opacité moins homogène et non sensiblement plus forte. Ces expériences m'ont fait comprendre que la bile A retenue dans le cholédoque était susceptible de créer les mêmes inégalités de teinte que la bile B produit dans la vésicule. Certes la bile C sortant du foie est relativement fluide et diffusible; elle met quand même du temps à se mêler à la bile visqueuse du cholédoque. L'hétérogénéité peut donc là encore simuler une lithiase que l'exploration chirurgicale du conduit ne confirme pas.

Au lieu d'occlure le sphincter d'Oddi, j'ai exploré divers moyens de l'ouvrir. Mon objectif était de débarrasser l'hépato-cholédoque de sa bile stagnante et créatrice de faux-semblants, pour la remplacer en autant que possible, par une bile hépatique uniformément chargée de cholografin. Les résultats m'encouragent à poursuivre les perfectionnements dans l'application du principe.

Autre observation intéressante: la vidange du cholédoque semble stimuler l'excrétion. Nous avons vu maintes fois l'arbre biliaire se dessiner brusquement en moins d'une demi-heure après un breuvage cholécystokinétique, un comprimé de 0,5 mg. de trinitrine sous la langue et la mise en station verticale, dans des cas où l'opacification retardait ou restait de teinte inégale.

Conclusions

Les considérations précédentes s'appuient sur plus de deux cents essais. Ce qu'il y a de personnel dans les notions énoncées fut acquis au prix de nombreux examens radioscopiques et de clichés multiples chez tous les patients ainsi que par des études de laboratoire. Les radiographies en séries répétées pour chacun des patients se sont échelonnées sur une durée

globale de huit heures en moyenne et beaucoup davantage en certains cas.

J'ai conduit ces examens en cherchant à dénombrer et évaluer les diverses possibilités du cholografin, préciser les indications cliniques, raccourcir les techniques et améliorer la qualité des images.

La suite de ce travail qui doit paraître dans un prochain numéro, exposera à quelles conséquences pratiques aboutissent l'exploitation des faits physiologiques plus haut décrits. Ce que j'en ai dit démontre assez que le cholografin ouvre à l'hépatologie un domaine d'une richesse extraordinaire. Vitesse, rythme et volume d'excrétion hépatique; perméabilité organique et fonctionnelle de la voie principale; perméabilité du cystique; élasticité de la vésicule; laps entre l'arrivée et la concentration maxima; chasse et stase de la bile vésiculaire, tels sont quelques-uns des chapitres qui vont se clarifier incessamment.

Les mécanismes de stratification et d'homogénéisation de la bile iodée et de la bile résiduelle dans la vésicule et dans le cholédoque constituent la partie qui m'a le plus intéressé dans mes études jusqu'à maintenant. La question était primordiale; elle portait les secrets de bien des causes d'erreur surtout en ce qui regarde les calculins flottants. La connaissance de ces phénomènes devait m'aider à régler les techniques et préciser les indications.

MALADIES CONGÉNITALES CARDIOVASCULAIRES

Ghislaine GILBERT,
En charge de la cardiologie infantile de l'Institut.

Claude LÉONARD,
Chef de pédiatrie de l'hôpital Maisonneuve.

Paul DAVID,
Directeur de l'Institut.

Institut de Cardiologie de Montréal.

Le problème des maladies congénitales du cœur prend de plus en plus d'importance. Depuis la découverte d'une chirurgie compensatrice pour les « bébés bleus » par les docteurs Helen B. Taussig et Alfred Blalock, il y a dix ans, l'intérêt des médecins s'est éveillé. Un peu partout, des groupes de travailleurs se sont constitués afin d'apporter leur contribution au diagnostic et au traitement des malformations cardiovasculaires.

Depuis l'ouverture de l'Institut de Cardiologie de Montréal, soixante enfants ont été examinés et quarante et un d'entre eux avaient des cardiopathies congénitales. Avant d'étudier ces cas, nous vous proposons un tableau des principales malformations congénitales du cœur, basé sur la dernière classification du docteur H. B. Taussig: (cf. Tableaux 1 et 2).

TABLEAU I

Classification des cardiopathies congénitales cyanogènes, d'après le Dr H. B. Taussig.

MALADIES CYANOGÈNES
(shunt veinoartériel)

(A) *Avec débit pulmonaire diminué*

1) Tétralogie de Fallot.
2) Trilogie de Fallot.
3) Pentalogie de Fallot.
4) Atrésie tricuspidienne.
5) *Transposition vasculaire* avec sténose pulmonaire.
6) *Tronc artériel commun* avec circulation bronchique.
7) *Ventricule unique* avec sténose pulmonaire.
8) *Maladie d'Ebstein* avec communication interauriculaire.
9) Hypertension pulmonaire congénitale (PPH) avec persistance du foramen ovale.

(B) *Avec débit pulmonaire augmenté*

1) Complexe d'Eisenmenger.
2) Anévrysme artérioveineux pulmonaire.
3) Syndrome Taussig-Bing.
4) *Transposition vasculaire* sans S.P.
5) *Tronc artériel commun* avec implantation directe des pulmonaires sur le tronc artériel.
6) *Ventricule unique* sans S.P.

TABLEAU II

Classification des cardiopathies acyanogènes, d'après le Dr H. B. Taussig.

MALADIES ACYANOGÈNES

A) *Avec shunt artérioveineux*

1) Communication interventriculaire.
2) Communication interauriculaire.
3) Persistance de l'ostium primum.
4) Persistance de l'orifice auriculoventriculaire commun (A.V. Communis).
5) Syndrome de Lutembacher.
6) Anomalies du retour veineux.
7) Persistance du canal artériel.
8) Communication aortopulmonaire (*aortic septal defect*).
9) Anévrysme du sinus de Valsalva.
10) Anévrysme artérioveineux systémique.

B) *Sans shunt*

1) Sténose pulmonaire isolée.
2) Sténose aortique et subaortique.
3) Coarctation de l'aorte.
4) Arc aortique double (*vascular ring*).
5) Sténose mitrale.

C) *Autres malformations*

1) Anomalies des artères coronariennes.
2) Fibroélastose.
3) Maladie de Fiedler.
4) Maladie de Van Gierke.
5) Tumeur auriculaire.
6) Bloc auriculoventriculaire.
7) Méthémoglobinémie congénitale.
8) Kyste et tumeur du péricarde.

Nos cas se partagent ainsi:

17 enfants cyanosés:

9 tétralogies de Fallot,
1 trilogie de Fallot,
1 atrésie tricuspidienne,
4 transpositions des vaisseaux,
1 tronc artériel,
1 Eisenmenger;

24 enfants non cyanosés:

6 persistances du canal artériel,
6 communications interauriculaires,
5 communications interventriculaires,
3 sténoses pulmonaires isolées,
2 sténoses aortiques orificielles,
2 coarctations de l'aorte.

MALADIES CYANOGÈNES

DIAGNOSTIC		NOM	AGE	SEXE	SYMPTOMES						SIGNES						
					Cyanose (début)	Dyspnée	Accroupissement	Crises	Développement staturo-pondéral	AUTRES	Cyanose (degré)	Hippocratisme	Vousure	Thrill	Souffle cardiaque	2e bruit	T.A.
TÉTRALOGIE DE FALLOT	1.-	L.F.	17	F	2 m.	+	+	+	non	-	++	++	non	3e EG	3e EG syst.	N	90/70
	2.-	L.G.	3	F	1 m.	+	+	+	non	-	++	+	non	non	non	N	80
	3.-	J.G.	11	M	1	+	+	non	oui	-	+++	+++	non	3e EG	3e EG syst.	N	100/80
	4.-	E.G.	3 jrs	M	nais.	non	non	non	-	-	+	non	non	non	3e EG syst.	N	70
	5.-	A.G.	13	M	15 m.	+	++	++	oui	-	+++	+++	non	3e EG	3e EG syst.	N	110/80
	6.-	G.L.	6	M	nais.	++	++	non	oui	-	++	++	non	3e EG	3e EG syst.	N	80/60
	7.-	R.L.	8	M	nais.	+	+	++	oui	-	++	++	non	3e EG	3e EG syst.	N	110/80
	8.-	W.R.	9 m.	M	3 m.	non	non	non	non	-	+	non	non	3e EG	3e EG syst.	N	70
	9.-	A.M.	4 m.	F	1 m.	non	non	non	non	-	+	non	non	3e EG	3e EG syst.		70
ATRÉSIE TRICUSPIDIENNE	10.-	L.M.	2 m.	F	nais.	+	non	non	oui	-	++	non	non	2e EG	2e EG S.cont.	Abs.	60
TRILOGIE DE FALLOT	11.-	C.M.	3	F	6 m.	+	non	non	non	-	+	non	non	non	3e EG syst.	N	110/60
TRANSPOSITION DES VAISSEAUX	12.-	P.P.	5	M	1 m.	+	non	non	oui	-	++	+	non	non	4e EG syst.	Aug.	100/75
	13.-	N.M.	9 m.	M	nais.	+++	non	non	oui	-	++	non	oui	non	3e EG syst.	Dim.	80
	14.-	A.S.	11	F	4 m.	+	non	non	oui	-	++	+	oui	non	3e EG syst.	N	110/80
	15.-	D.M.	4m.	F	nais.	+	non	non	oui	-	+	non	non	non	3e EG syst.	Dim.	60
TRONC ARTÉRIEL COMMUN	16.-	M.L.	8	M	nais.	+++	+	non	oui	-	+++	++++	oui	2e ED	2e ED syst.	Aug.	100/80
EISENMENGER	17.-	L.G.A.	15	F	3	+	non	non	non	-	++	++	non	3e EG	4e EG syst. dias.	Aug.	110/70

Tableau 3. — Principaux symptômes et signes des 17 patients cyanosés.

GROUPE CYANOGÈNE (cf. tableaux 3 et 4)

Ce groupe est constitué de 8 filles et 9 garçons dont l'âge varie entre 3 jours et 17 ans. La tétralogie de Fallot est la plus fréquente des cardiopathies cyanogènes. L'électrocardiogramme montre, dans ces cas, une déviation de l'axe électrique à droite et une hypertrophie ventriculaire droite. Témoin, l'électrocardiogramme typique de R. L., enfant de 10 ans (cf. fig. 1).

Dans le diagnostic des maladies congénitales du cœur, la radiologie joue un rôle primordial. Comme exemple, nous présentons les radiographies de deux enfants cyanosés qui nous montrent des caractéristiques bien opposées. La première radiographie (fig. 2) est celle d'une patiente de 17 ans, L. F., montrant le petit cœur caractéristique de la tétralogie de Fallot, avec la concavité de l'arc moyen

MALADIES CYANOGENES

DIAGNOSTIC		NOM	AGE	SEXE	E.C.G.			RADIOLOGIE							LABORATOIRE		
					Axe	Hypertrophie ventriculaire	Hypertrophie auriculaire	Volume cardiaque	Arc moyen	Vascularité pulmonaire	Pulsations hilaires	Hypertrophie ventriculaire	Arc aortique	Hypertrophie auriculaire	G.R.	Hgt	Hct
TETRALOGIE DE FALLOT	1.-	L.F.	17	F	+ 125°	D	non	L6%	con-cave	dim.	0	D	G	non	6.58	130%	57
	2.-	L.G.	3	F	+ 155o	droite	non	Aug.	Con-cave	Dim.	0	D	G	non	-	-	-
	3.-	J.G.	11	M	+150o	D	oui	L4%	don-cave	Dim	0	D	G	non	-	-	-
	4.-	E.G.	3jrs	M	+ 140o	droite	non	15%	Con-cave	Dim.	0	D	G	non	6.68	140%	-
	5.-	A.G.	13	M	+ 120o	droite	oui	47%	Rect.	Dim.	0	D	G	non	-	-	-
	6.-	G.L.	6	M	+ 165o	droite	non	45.5%	Con-cave	Dim.	0	D	G	non	-	-	-
	7.-	R.L.	8	M	+ 150o	D	oui	48.5%	rect.	Dim.	0	D	G	B	6.51	140%	66
	8.-	W.R.	9 m.	M	+ 140o	droite	oui	45%	Rect.	Dim.	0	D	G	non	8.09	128%	66.5
	9.-	A.M.	4 m.	F	+ 130o	droite	oui	N	Con-cave	Dim.	0	-	-	-	6.10	120%	-
ATRESIE TRICUSPIDIENNE	10.-	L.M.	2 m.	F	- 30o	gauche	oui	N	Con-cave	Dim.	0	-	-	-	-	-	-
TRILOGIE DE FALLOT	11.-	C.M.	3	F	+ 100o	droite	non	60%	Con-vexe	N	0	D	G	non	-	-	-
TRANSPOSITION DES VAISSEAUX	12.-	P.P.	5	M	+ 120o	droite	non	66%	Con-cave	N	0	D	G	non	6.37	125%	58.5
	13.-	N.M.	9m.	M	+ 60o	comb.	oui	69%	rect.	dim.	0	comb.	G	D	5.8	120%	57
	14.-	A.S.	11	F	+ 120o	D	non	60%	rect.	Aug.	+	D	G	non	-	-	-
	15.-	D.M.	4 m.	F	+ 135o	D	oui	63.5%	Con-cave	dim.	0	D	G	D	6.2	128%	-
TRONC ARTERIEL COMMUN	16.-	M.L.	8	M	+ 180o	droite	oui	53.5%	Con-cave	Aug.	++	D	G	non	7.75	140%	77
EISENMENGER	17.-	L.S.A.	15	F	+ 105o	D	non	62%	Con-vexe	Aug.	++	D	G	non	7.02	140%	59.5

Tableau 4. — Signes électrocardiographiques, radiologiques et examens de laboratoire caractéristiques des 17 patients cyanosés.

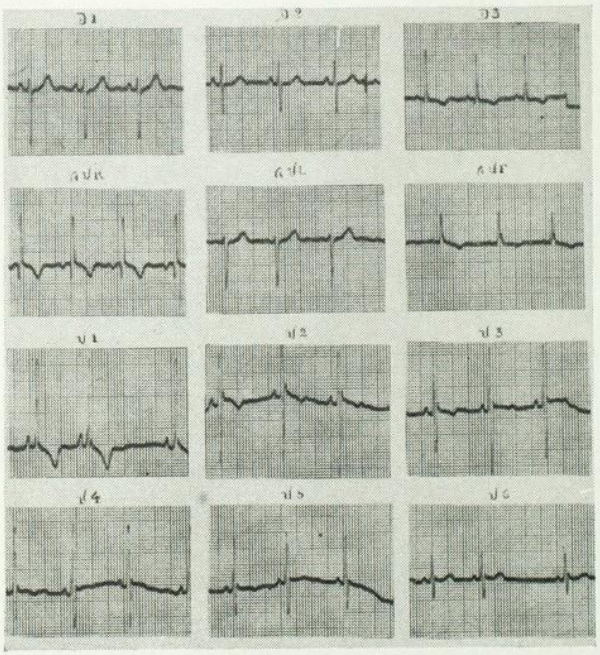


Figure 1. — Electrocardiogramme de R. L., 10 ans: Tétralogie de Fallot.

et l'hyperclarté des champs pulmonaires. En comparaison, nous avons la radiographie (fig. 3) d'un complexe d'Eisenmenger, L. S. A., 15 ans, qui révèle un cœur augmenté de volume, un arc moyen convexe, une vascularité pulmonaire augmentée et, en scopie, la présence de pulsations hilaires.

GROUPE ACYANOGÈNE (cf. tableaux 5 et 6)

Ce groupe comprend des malades de 9 mois à 33 ans dont 15 de sexe féminin et 9 de sexe masculin. La persistance du canal artériel est la plus fréquente des cardiopathies acyanogènes. Voici l'électrocardiogramme d'une fillette de 17 ans, N. C., avant la section de son canal artériel (cf. fig. 4). On note une hypertrophie ventriculaire gauche. Assez souvent, cependant, l'électro est normal.

Presque tous nos malades porteurs de malformations congénitales ont eu des phono-

cardiogrammes et les souffles les plus intéressants ont été enregistrés sur bande sonore. Le phonocardiogramme de I. M., 6 ans, porteur d'un canal artériel, enregistré au deuxième espace intercostal gauche, nous montre le souffle continu typique à renforcement télé-systolique du canal artériel (fig. 5A). Le second phonocardiogramme est celui de L. S. A., 15 ans, qui a un complexe d'Eisenmenger (fig. 5B). Son premier tracé (1°) dans le deuxième espace intercostal droit n'a rien d'anormal. En comparaison, le second tracé (2°) au niveau du deuxième espace intercostal gauche montre l'accentuation du deuxième bruit pulmonaire et le souffle systolique irradié de la communication ventriculaire.

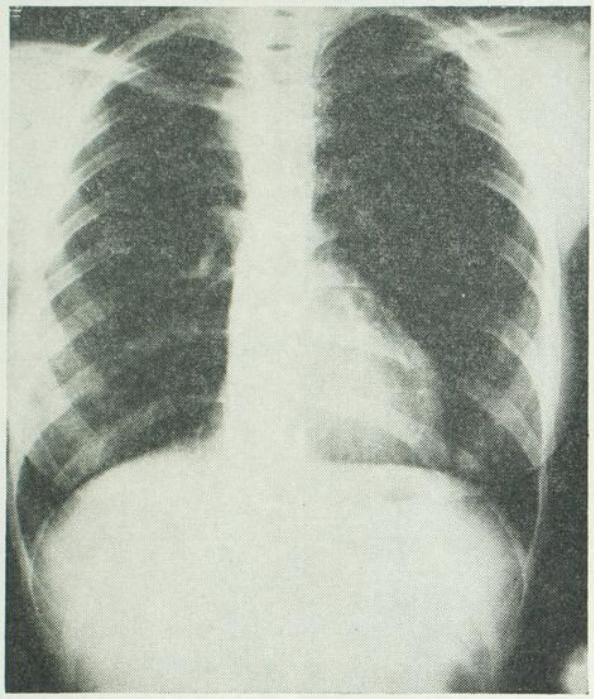


Figure 2. — Radiographie de L. F., 17 ans: Tétralogie de Fallot.

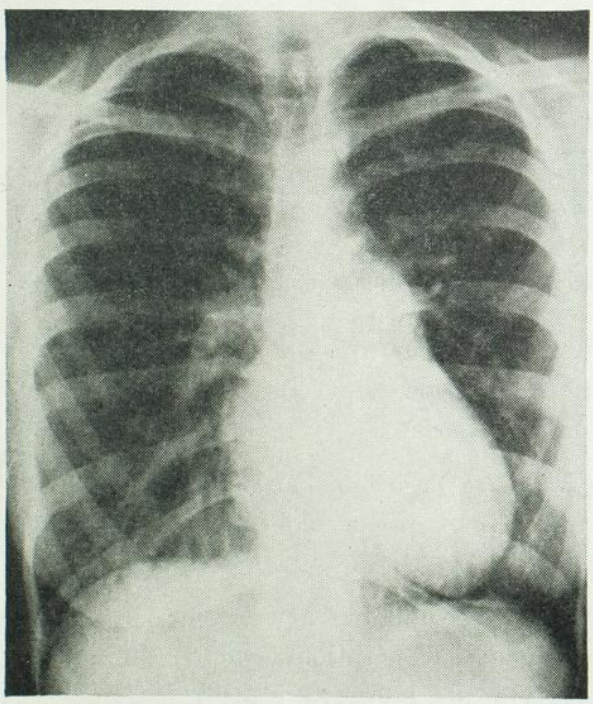


Figure 3. — Radiographie de L. S. A., 15 ans : Complexe d'Eisenmenger.

Nous avons examiné des enfants qui nous furent référés à cause de la présence d'un souffle dans l'aire précordiale. Neuf fois, nous avons classé ces souffles comme fonctionnels. Cependant, ces enfants devront être suivis régulièrement durant quelques années, pour éliminer la possibilité d'une légère lésion du septum. Dix autres enfants, de 5 à 15 ans, avaient une fièvre rhumatismale en évolution.

La thérapeutique des malformations congénitales du cœur et des vaisseaux repose sur des diagnostics précis. Le clinicien doit réaliser la difficulté du diagnostic différentiel. La clinique appuyée par la radiologie et l'électrocardiographie permet pour certaines cardiopathies des diagnostics définitifs. Assez souvent, cependant, il faudra ajouter le cathétérisme des cavités droites et de l'artère pulmonaire avec enregistrement des pressions et analyse de la saturation en oxygène du sang dans les différentes cavités et l'angiocardiogramme. A titre d'exemple, nous présentons un angiocardiogramme montrant une dilatation de l'aorte ascendante et de l'arctère innominée secondaires, croyons-nous, à une sténose aortique (cf. fig. 6).

Dans ce domaine des affections congénitales du cœur et des vaisseaux, la chirurgie se développe sans cesse. Les principaux types d'opération pour les cardiopathies *cyanogènes* sont:

1° L'anastomose de l'artère sous-clavière à l'artère pulmonaire ou opération de Blalock-Taussig, dans les cas de tétralogie de Fallot,

MALADIES ACYANOGENES

DIAGNOSTIC		NOM	AGE	SEXE	SYMPTOMES						SIGNES						
					Dyspnée	Palpitation	Syncopes	Infections respiratoires	Développement retardé	AUTRES	Poumons	Foie	Voussure	Thrill	Souffle cardiaque	2e bruit	P.A.
PERSISTANCE DU CANAL ARTERIEL	1.-	N.C.	17	F	+	+	0	++	oui	-	N	↓	non	2e EG	2e EG cont.	-	160/50
	2.-	H.F.	7	F	+	0	0	0	non	-	N	N	non	2e EG	2e EG cont.	-	95/50
	3.-	C.M.	10	F	+	0	0	+	oui	-	N	N	non	2e EG	2e EG cont.	-	90/40
	4.-	I.M.	6	F	0	0	0	0	non	-	N	N	non	2e EG	2e EG cont.	-	100/50
	5.-	I.S.	33	M	+	++	0	+	non	-	N	N	non	2e EG	2e EG cont.	-	135/70
	6.-	S.L.	16	F	+	+	0	0	non	-	N	N	non	2e EG	2e EG cont.	-	130/65
COMMUNICATION INTER AURICULAIRE	7.-	M.L.	12	M	+	+	0	++	oui	-	N	N	non	non	2e EG syst.	Aug.	110/70
	8.-	N.L.	5	F	+	+	0	+++	non	-	N	Hyp.	oui	2e EG	2e EG syst.	Aug.	100/80
	9.-	C.L.	3	M	+	0	0	+	oui	-	N	N	oui	3eEG	3eEG syst.	Aug.	100/70
	10.-	L.M.	9 m.	F	++	0	0	++	oui	-	N	N	oui	3e EG	3e EG syst.	N	70
	11.-	J.M.	4	M	0	0	0	+	non	-	N	N	non	2e EG	2e EG syst.	N	90/50
	12.-	A.S.	9 m.	M	++	0	0	++	oui	-	Cong.	N	non	non	3e EG syst.	N	70
COMMUNICATION INTER VENTRICULAIRE	13.-	Y.C.	22 m.	F	0	0	0	0	non	Dextrocardie	N	N	non	non	3e ED syst.	N	70
	14.-	M.F.	5	F	++	++	0	++	oui	T°	Cong.	Hyp.	oui	3e EG	3e ED syst.	N	100/80
	15.-	N.L.	8	F	+++	++	0	++	non	Endo. Bact.	Cong.	Hyp.	oui	3e EG	3e EG syst.	Dim.	90/70
	16.-	G.R.	10	M	0	0	0	0	non	-	N	N	non	1eEG	1e EG syst.	N	110/70
	17.-	G.L.	5	F	+	+	0	+	non	-	N	N	non	3e EG	3e EG syst.	N	90/55
STENOSE PULMONAIRE ISOLEE	18.-	J.R.	4	M	0	0	0	0	oui	-	N	N	non	2e EG	2e EG syst.	Abs.	80/50
	19.-	M.M.	8	F	+	+	0	+	oui	-	N	N	non	2e EG	2e EG syst.	N	100/80
	20.-	N.B.	20	F	+	+	0	+	non	-	N	N	non	2e EG	2e EG syst.	N	110/80
STENOSE AORTIQUE ORIFICIELLE	21.-	F.F.	8	F	+	0	0	0	non	-	N	N	non	2e ED	2e ED S.&D.	N	170/70
	22.-	A.M.	8	M	+	0	0	0	non	-	N	N	non	2e ED	2e ED syst.	N	110/80
COARCTATION DE L'AORTE	23.-	M.V.	12	F	+	0	0	0	non	P.F. MI=0	N	N	non	non	Fonct.	N	130/80
	24.-	F.V.	10	M	+	0	0	0	non	P.F. MI=0	N	N	non	non	Fonct.	N	128/80

Tableau 5. — Principaux symptômes et signes des 24 patients non cyanosés.

atrésie tricuspidienne, ventricule unique avec sténose pulmonaire, tronc artériel commun avec diminution du débit pulmonaire.

2° L'anastomose aortopulmonaire ou opération de Potts. Mêmes indications que 1°.

3° La valvulotomie pulmonaire et la résection infundibulaire imaginée par Brock dans la trilogie de Fallot et certains cas de tétralogie de Fallot.

4° La création d'une communication interauriculaire dans la transplantation vasculaire complète Depuis quelque temps, on tente la transplantation des veines pulmonaires dans l'oreillette droite.

5° La résection de l'anévrysme artério-veineux pulmonaire par lobectomie ou pneumonectomie.

Dans les maladies acyanogènes, les principaux types d'opérations sont:

1° La ligature (Blalock) ou la section (Gross) du canal artériel.

MALADIES ACYANOGENES

DIAGNOSTIC	NOM	AGE	SEXE	E.	C.	G.	RADIOLOGIE						
				Axe	Hypertrophie ventriculaire	Hypertrophie auriculaire	Volume cardiaque	Vascularité pulmonaire	Pulsations hilaires	Arc aortique	Hypertrophie auriculaire	Hypertrophie ventriculaire	Arc moyen
Persistance du canal artériel	1.-N.C.	17	F	+ 15°	G	non	54 %	Aug.	+	G	oui	G	Convexe
	2.-M.F.	7	F	+ 70°	non	non	N	Aug.	+	G	non	non	Rect.
	3.-C.M.	10	F	-	-	-	52 %	Aug.	+	G	non	non	Convexe
	4.-I.M.	6	F	+ 75°	non	non	60 %	Aug.	++	G	non	G	Convexe
	5.-I.S.	33	M	+ 5°	non	non	53 %	Aug.	+	G	non	G	Convexe
	6.-S.L.	16	F	+ 10°	non	non	54 %	Aug.	+	G	non	G	Convexe
Communication inter-auriculaire	7.-M.L.	12	M	+ 10°	non	non	50 %	N	0	G	non	non	Rect.
	8.-N.L.	5	F	+ 75°	Comb.	non	65 %	Aug.	++	G	oui	D	Convexe
	9.-C.L.	3	M	+100°	D	non	73 %	Aug.	+	G	non	D	Convexe
	10.-L.M.	9 m.	F	+ 80°	non	non	55 %	N	non	G	non	D	Rect.
	11.-J.M.	4	M	+ 80°	D	non	68 %	N	?	G	non	D	Convexe
	12.-A.S.	9 m.	M	+100°	D	non	57.5%	Aug.	+	G	non	D	Convexe
Communication inter-ventriculaire	13.-Y.C.	22m.	F	0°	non	non	56 %	N	non	G	non	non	Rect.
	14.-M.F.	5	F	+120°	D	non	63.5%	Aug.	+	G	non	D	Convexe
	15.-N.L.	8	F	+ 85°	D	oui	72 %	Aug.	+	G	non	D	Convexe
	16.-G.R.	10	F	0°	non	non	50 %	N	0	G	non	non	Rect.
	17.-G.L.	5	F	+ 80°	D	non	60 %	Aug.	+	G	non	D	Rect.
Sténose pulmonaire isolée	18.-J.R.	4	M	+135°	D	non	58 %	Dim.	non	G	non	D	Convexe
	19.-M.M.	8	F	+145°	D	non	43 %	N	non	G	non	non	Rect.
	20.-N.B.	20	F	+100°	D	non	52 %	N	non	G	non	D	Convexe
Sténose aortique orificielle	21.-F.F.	8	F	0°	G	non	55 %	Aug.	non	G	non	G	Convexe
	22.-A.M.	8	M	+ 10°	Comb.	non	58 %	Aug.	+	G	non	Comb.	Rect.
Coarctation de l'aorte	23.-M.V.	12	F	+ 45°	non	non	52 %	N	+	G	non	G	Rect.
	24.-P.V.	10	M	- 30°	G	non	54 %	N	non	G	non	G	Rect.

Tableau 6. — Signes électrocardiographiques et radiologiques caractéristiques des 24 patients non cyanosés.

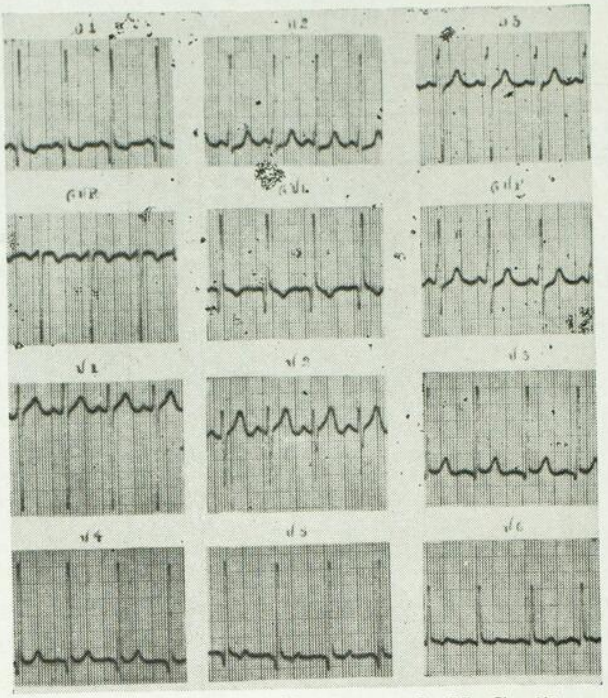


Figure 4. — Electrocardiogramme de N. C., 17 ans: Persistance du canal artériel.

2° La correction de la coarctation de l'aorte par anastomose (Crafford, Gross, Clagett, Blalock) ou par greffe (Gross).

3° La valvulotomie pulmonaire dans la sténose pulmonaire isolée (Brock).

4° La fermeture de la communication inter-auriculaire (Gross, Blalock et Bahnson).

5° La fermeture de la communication inter-ventriculaire (Murray).

6° La fermeture de la communication aorto-pulmonaire (Gross, Blalock).

7° La correction de la sténose aortique (Bailey).

8° La correction de l'arc aortique double.

L'anastomose réalisée par l'équipe Blalock-Taussig ou celle de Potts a donné des résultats qui ont maintenant fait leurs preuves dans la tétralogie de Fallot. En effet, la cyanose disparaît parfois quelques heures après l'opé-

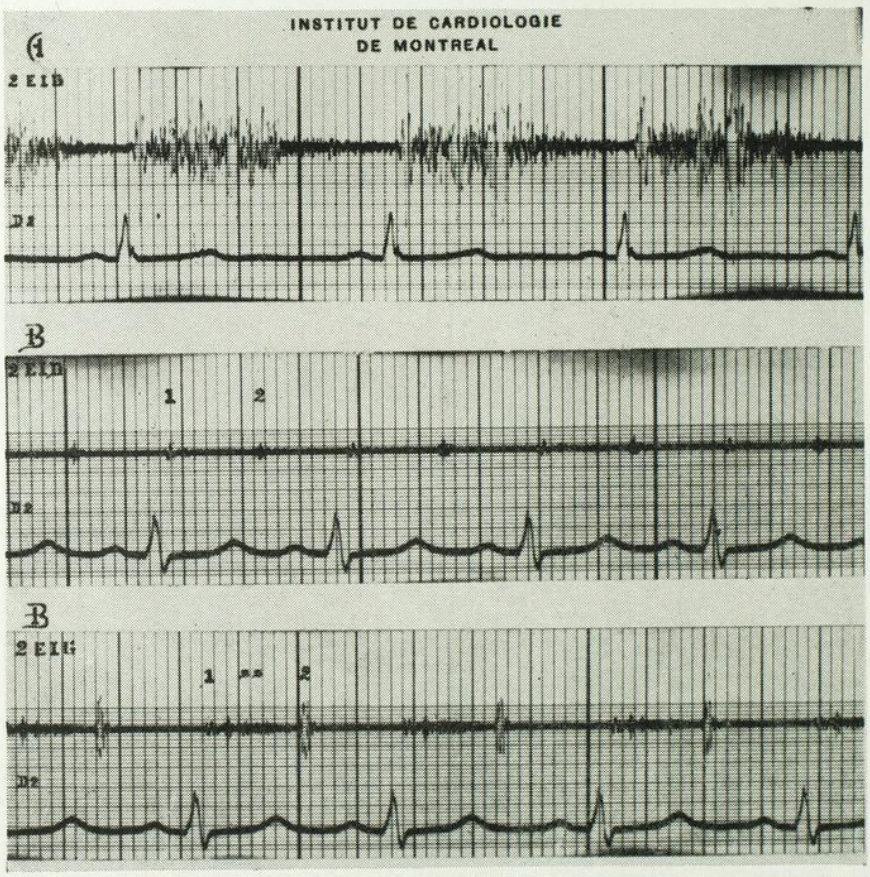


Fig. 5. — Phonocardiogramme — a) I. M., 7 ans: persistance du canal artériel, 2 EIG. b) L. S. A., 15 ans: Complexe d'Eisenmenger: 1) 2 EID. 2) 2 EID.

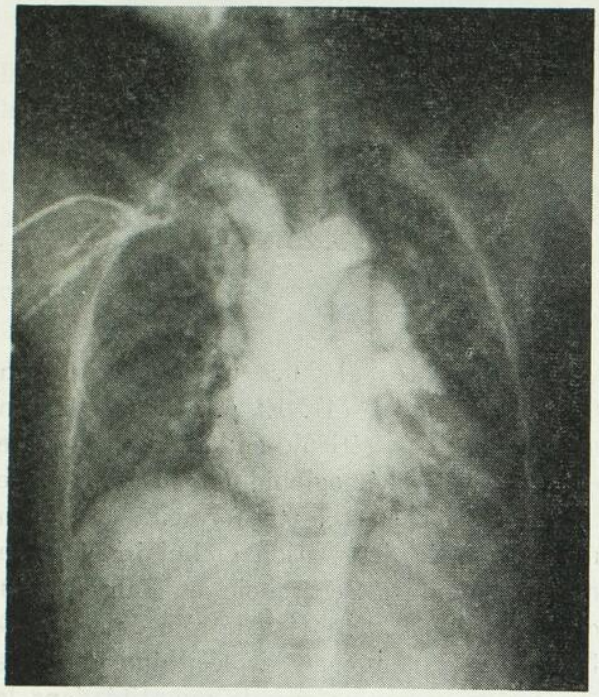


Figure 6. — Angiocardiogramme révélant une dilatation de l'aorte ascendante et de l'artère innominée dans un cas de sténose aortique.

ration, l'hippocratisme se corrige graduellement, la tolérance à l'exercice devient presque normale. A Baltimore, l'un de nous (G. G.) a vu plusieurs enfants qui ont bénéficié de cette chirurgie compensatrice et évoluent d'une façon remarquable. Le tronc artériel commun de même que le ventricule unique avec sténose pulmonaire donnent des résultats moins encourageants. Il en est de même de l'atrésie tricuspidienne et de la transposition complète des vaisseaux qui sont des anomalies très graves. Cependant l'étude de nouvelles techniques chirurgicales pour la transposition des vaisseaux nous laisse espérer que ces enfants pourront un jour être aidés.

A l'heure actuelle, la chirurgie pour la ligature du canal artériel n'est plus un problème et, dans la grande majorité des cas, la guérison est définitive. Depuis l'avènement des greffes, l'opération de la coarctation de l'aorte comporte moins de risques. La fermeture de la communication interauriculaire se révèle encourageante, mais est encore une chirurgie de début. La fermeture de la communication interventriculaire tentée par Murray s'avère plus compliquée et est encore au stage expérimental. La correction de la sténose aortique réalisée par Bailey est récente mais pleine de promesse. La valvulotomie pulmonaire imaginée par Brock donne des résultats merveilleux dans la correction de la sténose pulmonaire isolée ou parfois associée.

Avec les équipes de chercheurs qui se forment dans les différents pays, nous pouvons espérer que les problèmes des maladies congénitales du cœur et des vaisseaux trouveront graduellement des solutions. Les chirurgiens apportent à ces enfants quelquefois une guérison et presque toujours une amélioration permettant une vie quasi normale.

Résumé

Nous vous avons présenté la série des 60 enfants qui ont été vus à l'Institut de Cardiologie de Montréal depuis son ouverture. Nous avons insisté surtout sur 41 cas de cardiopathies congénitales dont 17 cyanosés et 24 non cyanosés. Nous avons très brièvement résumé les possibilités chirurgicales actuelles.

RECUEIL DE FAITS

LES ICTÈRES HÉMOLYTIQUES CONGÉNITAUX ET SPLÉNECTOMIE

Observations

Georges SAINE (Sherbrooke).

La première splénectomie thérapeutique de l'ictère hémolytique congénital a été effectuée par Spencer Wells en 1865. Mais depuis que Lahey (1) a pratiqué cette opération, la première fois pour neutropénie idiopathique, en octobre 1939, plusieurs travaux ont suivi qui ont contribué à une plus intime connaissance des maladies de la rate, sans cependant avoir pénétré tous les mécanismes de fonctionnement normal ou anormal de cet organe.

En effet, les notions physiologiques découlent souvent des constatations pathologiques et pathogéniques, cela est particulièrement illustré par nos connaissances imparfaites des fonctions normales et moins imparfaites des fonctions pathologiques de la rate. C'est pourquoi nous résumerons ces deux classes de fonctions spléniques avant d'en étudier un aspect en particulier: celui de l'ictère hémolytique congénital.

Fonctions de la rate normale

Action hématopoïétique de tous les éléments figurés du sang durant la vie fœtale. Cette action prend rapidement fin et se limite à la production de lymphocytes et monocytes chez l'adulte à partir du tissu réticulo-endothélial pour ceux-ci et des corpuscules de Malpighi pour ceux-là. Toutefois, en certains cas d'urgence et en toute période de la vie adulte, il est intéressant de noter que la rate peut reprendre cette fonction d'hématopoïèse totale par poussées plus ou moins fugaces (3).

Action destructive des globules rouges.

La rate constitue un véritable cimetière d'érythrocytes détruits, en même temps qu'un réservoir d'hémoglobine: produit de la désintégration de ces glogules rouges (près d'un trillion par jour) (4). Et par action de son abondant tissu réticulo-endothélial, la rate convertit cette hémoglobine en bilirubine que le foie reçoit sous cette forme. Quant au mécanisme de destruction globulaire dans la pulpe splénique, Bergenhein et Fahreus (5) croient voir entrer en jeu le rôle d'une antolysine qu'ils nomment lysolécithine, dont ils ont trouvé une plus grande quantité dans le sang de la veine que dans celui de l'artère splénique. Aussi, de ce fait, la rate constitue-t-elle un important réservoir de fer organique en vue de la reconstitution de nouvelle hémoglobine pour nouveaux érythrocytes.

Action d'équilibre numérique des hématites.

D'une façon plus ou moins négligeable, selon son volume, la rate semble, d'après les expériences de Barcroft (6), pouvoir livrer en circulation une quantité de globules rouges de réserve dans le cas d'anoxémie, d'hémorragie, de chute importante de la pression atmosphérique ou de tout autre état de *stress* qui puisse amener une contraction et une diminution du volume de cette rate.

Action inhibitrice de l'hématopoïèse de la moelle osseuse.

Il est nettement établi que par un mode d'action encore indéfini, la rate normale contrôle l'hyperhématopoïèse possible de la moelle osseuse. Ainsi, a-t-on constaté, après splénectomie, une augmentation de leucocytes, d'érythrocytes et de plaquettes sanguines, augmentation qui dure quelque temps, pour ensuite décroître en nombre et spontanément atteindre un taux normal (7).

Action de filtration-immunité.

En vertu de sa structure en sinusoïdes et logettes de pulpe splénique, aussi à cause de la nature de sa grande quantité de tissu réticulo-endothélial, comme à cause des possibilités phagocytaires de ce tissu, on a attribué à la rate quelques rôles secondaires et encore assez peu définis. En effet, des corps étrangers, comme des bactéries, peuvent être retenus, tout comme certains éléments d'immunité ou anticorps sont trouvés dans cet organe qui les a soit élaborés ou détruits lui-même, soit simplement reçus et gardés en réserve (8).

La rate pathologique

Considérant, d'autre part, que les fonctions d'une rate normale sont connues à la lumière de la pathologie splénique, dont l'étude est plus accessible aux chercheurs, il ne serait pas osé de penser qu'il soit difficile d'établir à quel point exact se termine ou commence un phénomène normal ou pathologique d'action vitale de cet organe. En conséquence, toute exagération d'une ou de plusieurs fonctions normales de la rate, peut se manifester par des phénomènes pathologiques qui caractérisent les différentes maladies de la rate.

En effet, l'excès d'inhibition exercée sur la moelle osseuse peut causer une diminution plus ou moins marquée de plaquettes sanguines ou de leucocytes, soit dans leur développement, soit dans leur lancement dans la circulation. Il se produira donc un purpura thrombocytopénique ou une neuropénie. Si d'ailleurs, cette action inhibitrice prononcée affecte l'hématopoïèse totale de la moelle, il se produit nécessairement une maladie, caractérisée par une baisse considérable des leucocytes, des thrombocytes et des globules rouges, et qui s'appelle panhématocytopénie.

De plus, si la destruction des globules rouges est exagérée, si la morphologie en sphères biconvexes apparaît, et si la fragilité globulaire est augmentée, le tout sous l'action d'une rate malade, il se produira un désordre d'une gravité aussi véritable que les précédents: l'ictère hémolytique congénital, que nous étudierons plus en détail.

Aussi, dans l'association de splénomégalie à des changements cutanés ou osseux, avec présence dans le tissu réticulo-endothélial de volumineuses cellules graisseuses, on soupçonne la maladie de Gaucher.

Un autre groupe de symptômes, comprenant anémie, leucopénie, splénomégalie, ictère et enfin cirrhose et ascite ou hypertension portale, nous fait penser à la maladie de Banti.

Mais la leucopénie et anémie associées à la splénomégalie et en même temps à une arthrite chronique, constituent le symptôme de Fay.

Voilà autant d'exemples d'états pathologiques de la rate dont la connaissance demande un examen clinique minutieux et une étude approfondie du sang, de la biochimie hépatique et de la moelle osseuse. C'est pourquoi, une étroite collaboration est requise entre l'hématologiste et le chirurgien, surtout lorsque la splénectomie est à envisager, comme une thérapeutique probable ou certaine. Car, si la rate n'est pas un organe vital et que sa perte ne constitue pas un danger (9), il n'en est pas ainsi d'une certaine variété de rates malades. En effet, tandis que dans certaines formes de métaplasie myéloïde la splénectomie est nettement dangereuse et fatale (10), elle est, sans doute, utile dans la maladie de Banti, plus encore dans la maladie de Werlhoff, pour devenir une cure presque dramatique dans la maladie de Chauffard-Minkowski.

Ictère hémolytique congénital

A) *Définition.*

Cette maladie est aussi connue sous le nom d'anémie hémolytique familiale, d'anémie héréditaire à sphérocytes ou de maladie de Chauffard-Minkowski, pour la distinguer de celle de Hayem-Widal (ictère hémolytique acquis). Elle est caractérisée par: jaunisse, anémie, splénomégalie, microsphérocytose et fragilité globulaire élevée. Elle est congénitale, héréditaire et familiale. On peut, en effet, la tracer dans plusieurs générations d'une mê-

me famille, sans distinction de sexes, de races ni nettement de contrées. Elle se comporte comme caractère prédominant selon les lois de Mendel, nous l'avons étudiée chez quatre sujets, dans trois générations d'une même famille.

Parfois, on a observé que cette héridité se manifeste sous différents aspects chez plusieurs membres d'une même famille. On a, par exemple, constaté soit des pigmentations cutanées, soit des maladies biliaires, ou quelques accès d'hémolyse, chez des sujets d'une même famille qui, ceux-là, ne semblent pas atteints de la maladie à symptomatologie déjà établie. Or, si on examine de plus près ces sujets, il n'est pas rare qu'on trouve un degré immédiatement sous-clinique de cette maladie (11), sous forme de quelques sphérocytes, de fragilité globulaire élevée ou de légère splénomégalie.

B) *Symptomatologie clinique.*

Cette maladie peut se manifester à la naissance (plus fatale) ou en toute étape de la vie adulte. Parfois, seul un état modéré de fatigue, avec légère coloration jaune des téguments et vagues douleurs musculo-articulaires, amènera le sujet à consulter le médecin qui, à première vue, peut facilement méconnaître la maladie. Car, selon l'expression de Chauffard, les patients sont « ictériques plutôt que vraiment malades », l'anémie étant moins apparente que la jaunisse.

Occasionnellement, la poussée anémique est accompagnée ou précédée d'un état infectieux, d'un choc nerveux, d'un traumatisme ou d'une exposition prolongée au froid: circonstances reconnues étiologiques à tort, mais qui peuvent servir de causes occasionnelles à l'éclosion d'une crise hémolytique massive.

Alors, l'ictère devient plus marqué, la température s'élève et la rate s'hypertrophie davantage, pour atteindre jusqu'à dix fois son volume normal. Elle est souvent douloureuse à la palpation. Et, si cette hémolyse s'est répétée souvent ou si elle a duré longtemps, le foie, à son tour, est hypertrophié, mais peu douloureux. L'anémie, jusque-là peu prononcée, apparaît, à ce point, avec les caractères cliniques de fatigue, prostration, décoloration exagérée des conjonctives, état d'agitation, douleurs articulaires, douleurs précordiales, dyspnée et même le souffle cardiaque caractéristique. Rarement, il y aura hémoglobinurie, mais, en cas d'hémolyse grave, on a noté oligurie, albuminurie et cylindres dans les urines et même anurie complète.

C) *Symptomatologie histo-pathologique.*

1) *Du sang.*

Quoique peu marquée en prériode de rémission ou de silence, l'anémie peut rapidement devenir très grave, et même mettre la vie du malade en danger à la période des crises d'hémolyse importante. En effet, en peu de temps, la numération des érythrocytes peut tomber de 4½ millions à 1½ million par millimètre cube (12).

On peut voir alors apparaître une hypoplasie immédiate transtoire de la moelle osseuse, manifestée par une diminution des réticulocytes, leucocytes et plaquettes. Mais, bientôt après la crise hémolytique, une assez importante réticulocytose est de règle. Aussi, l'index ictérique est-il considérablement augmenté, sans souvent atteindre plus haut que 50 unités. De plus, il y a augmentation de la bilirubine sérique avec réaction indirecte positive de Van den Berg et analyse indirecte quantitative élevée.

Quant à la morphologie sanguine, un caractère constant est observé dans le diamètre plus petit que 6,8 microns de plusieurs globules rouges et dans leur configuration à faces biconvexes au lieu de biconcaves. La proportion de ces hématies, appelées microsphérocytes, peut varier de 10 à 20 pour cent du nombre total des globules rouges (13).

Un autre caractère très important est la fragilité globulaire élevée. En effet, les globules rouges normaux commencent et terminent leur hémolyse, *in vitro*, en solutions salines hypotoniques de 0,45 % et de 0,36 % NaCl. Mais dans l'ictère hémolytique, la lyse commence dans une solution aussi élevée que

0,65 % pour se terminer vers 0,45 %, ce qui indique une fragilité telle que ces globules sont plus que normalement exposés à la destruction.

2) *Du foie.*

La plus ou moins grande quantité d'hémoglobine de désintégration globulaire est, à travers la masse du tissu réticulo-endothélial de la rate, et par un mécanisme peu connu, convertie en bilirubine que le foie reçoit et excrète sous forme de pigments biliaires. Il serait donc erronné d'attribuer l'ictère au mauvais fonctionnement de la cellule hépatique, quand la véritable cause en réside dans une maladie hémato-splénique.

En effet, le degré de jaunisse dépend de la quantité d'hémolyse, d'une part, et de la capacité d'excrétion des pigments biliaires par le foie, d'autre part. Or, si ces deux phénomènes sont en équilibre quantitatif, il peut arriver que la jaunisse n'existe même pas. Mais si, au contraire, il y a excès de production d'hémoglobine-pigments biliaires sur l'excrétion hépatique (14), on assiste à une grande élévation du taux de la bilirubine du sérum sanguin avec Van den Berg indirect positif, et présence, dans les selles, de 300 à 500 mgm. d'urobilinogène pour 100 gm., au lieu de 30 à 200 mgm.

Aussi, de cet excès, il résulte souvent la formation de calculs de bilirubinate de calcium, soit dans le cholédoque, soit dans la vésicule biliaire. Rousselot évalue cette incidence à 75 pour cent des cas (15) étudiés. C'est pourquoi il arrive souvent que l'image clinique lythiasique masque la maladie sanguine et l'hémolyse continue après cholécystectomie et exploration des voies biliaires où l'étude du sang aura pu faire défaut.

De plus, s'il y a occlusion calculeuse des voies biliaires, on trouve alors augmentation du taux d'urobiline dans les urines, et la réaction de Van den Berg devient nettement biphasique.

C'est pourquoi est-il toujours essentiel d'explorer cliniquement et biologiquement le système hépato-biliaire si l'étude de l'ictère hémolytique doit être complète. Car si cette maladie se prolonge d'une façon chronique, si les crises d'hémolyse sont importantes et fréquentes, si une subocclusion ou occlusion du cholédoque est de longue durée, il n'est pas impossible qu'alors l'hypertrophie et la cirrhose franche et irréversible s'installe avec le sombre pronostic qu'on lui connaît.

3) *De la rate.*

La splénomégalie est constante, mais son degré varie avec l'importance de la maladie. Elle augmente davantage à la suite de crises prolongées ou répétées d'hémolyse. Le poids de la rate peut ainsi varier de 800 à 1500 grammes, MacKenzie en a trouvé une de 3500 grammes (8).

Au niveau de cette masse constituée de travée fibreuses épaissies, de tissu réticulo-endothélial, de phagocytes en nombre et de pigments ferreux, les globules rouges sont détruits par un mécanisme encore peu connu. La rate est-elle donc l'agent causal mécanique ou biologique de cette lyse ou est-elle simplement le récipient passif des résidus de ce phénomène?

En effet, la pathogénèse de cette lyse est fort discutée. Des chercheurs, comme Loutit et Mollison (16), croient que la sphérocytose est un premier degré d'hémolyse qui s'effectue dans le sang circulant. Or les réticulocytes et érythrocytes semblent de forme et de volume normaux à leur émergence de la moelle osseuse vers la circulation. Ils subiraient donc, vraisemblablement dans la rate, l'effet d'une antolysine qu'ils nomment lysolécithine.

De fait, le dosage comparatif de cette lysine en a donné à ces chercheurs une plus grande quantité dans le sang de la veine qu'ils n'en ont trouvé dans celui de l'artère splénique.

Par contre, des expériences ont prouvé que les hématies malades transfusés à un sujet normal en survivent pas plus longtemps que chez le malade; mais que les globules rouges normaux gardent une survie normale si transfusés à un malade atteint de sphérocytose.

Il s'agirait donc de mettre en cause, non pas la rate, mais un désordre héréditaire ayant comme siège probable la moelle osseuse. Mais il n'en est pas moins vrai que les globules rouges d'un malades vivent plus longtemps si le malade est splénectomisé ou si un sujet normal, mais splénectomisé, les reçoit. La preuve est donc reversible, et la rate semblerait plutôt en cause dans le mécanisme de production de l'hémolyse congénitale.

D'autre part, MacKenzie et d'autres autorités s'accordent à dire que la sphérocytose est fonction d'un désordre héréditaire de la moelle osseuse, et que la rate, de par sa structure, intervient dans ce phénomène de lyse, comme un filtre qui retient, même à l'état normal, les érythrocytes âgés. Ainsi est-il prouvé que les hématies normales ont une survie normale, même si transfusées à un sujet atteint de sphérocytose et non splénectomisé. Ces deux points de vue ne manquent pas de logique; mais seule une connaissance plus intime de ce phénomène pourra les infirmer ou les confirmer.

D) *Diagnostic.*

On ne doit pas confondre l'ictère hémolytique congénital avec les maladies biliaires intrahépatiques ou extrahépatiques. En effet, tandis que l'histoire familiale et l'image sanguine caractéristique fait défaut dans ces maladies, l'étude radiologique, biologique et même la biopsie hépatique les signeront facilement. Cependant, il ne faut pas perdre de vue la variété de la lythiase biliaire secondaire à l'hémolyse dans laquelle on ne pourrait mettre le foie en cause.

Quant à l'ictère hémolytique acquis de Hayem, on ne peut lui attribuer une histoire d'hérédité prouvé. Cliniquement, il est admis qu'on ne doit pas le distinguer de son homonyme congénital, hors le cas où on peut mettre en évidence une intoxication, par des dérivés du benzol par exemple. De plus, l'épreuve de Coombs est positive dans l'ictère hémolytique acquis et négative dans l'ictère congénital. Ces distinctions n'ont de l'intérêt que du point de vue pronostic, car dans l'ictère h,molytique acquis, la splénomégalie est reconnue moins efficace que dans la sphérocytose congénitale. Mais dans les deux, malgré la guérison ou l'amélioration clinique, la fragilité globulaire et la sphérocytose persistent.

E) *Traitement.*

Il est admis que le traitement de choix de l'ictère hémolytique congénital est la splénectomie. Cependant, quelques considérations pratiques pourraient contribuer à en diminuer le taux de mortalité qui est aujourd'hui de 2 à 5 pour cent.

Ainsi, on conseille le choix du temps d'intervenir, dans une période de rémission et non pendant une crise d'hémolyse si l'état d'urgence et l'inefficacité des transfusions ne viennent forcer la main du chirurgien. Pour éviter les thromboses, on ne devra pas omettre l'usage d'héparine si l'épreuve du temps de prothrombine soulève des craintes.

De plus, il est dit que la rate peut contenir une telle quantité de sang, que sa contraction peut exprimer assez de globules rouges pour en élever la numération d'un demi-million au millimètre cube· C'est pourquoi, il serait à conseiller, pendant la manœuvre, de ligaturer l'artère splénique d'abord, puis de comprimer légèrement la rate entre les mains du chirurgien avant de ligaturer la veine splénique (17).

D'autre part, l'incision pour splénectomie devrait, si possible, être para-médiane pour faciliter l'exploration des voies biliaires externes. Si une cholécystectomie et cholédocotomie exploratrice doivent être effectuées, il serait souhaitable qu'elles le soient en même temps que la splénectomie, si l'état du sujet le permet. Sinon, pour éviter une nouvelle poussée d'hémolyse postopératoire, la splénectomie devra être faite à la première intervention, car il est moins dangereux de différer l'opération pour lythiase biliaire.

La transfusion de sang normal compatible a longtemps été redoutée; car souvent, au lieu d'améliorer la condition du malade, elle semblait déclencher une nouvelle crise d'hémolyse. Aujourd'hui, l'étude des groupes et sous-grou-

pes sanguins et la technique adoptée de précautions, permettent d'éliminer l'apport de certains facteurs lytiques et diminuent le risque dans telles transfusions. Cependant, certaines autorités continuent de recommander l'installation de la transfusion après la ligature de l'artère splénique.

Observations

Nous avons eu l'occasion de suivre, ces dernières années, une famille dont quatre membres, dans trois générations, sont atteints à un degré variable de la sphérocytose congénitale. Il s'agit du grand-père, de ses deux fils (il a deux filles indemnes) et de sa petite-fille, laquelle compte deux sœurs et un frère indemnes. Chez tous les quatre, la microsphérocytose et la fragilité globulaire élevée sont constantes.

Mais, chez ces quatre sujets, on a pu observer la maladie dans ses différentes phases de l'état préclinique jusqu'à l'hémolyse grave. Un fait à noter: le grand-père est beaucoup moins malade que son fils et encore moins que sa petite-fille.

Observation 1.

M. E. P..., 56 ans, fermier, se plaint de fatigue, malaises vagues, douleurs lombaires. Il est pâle, légèrement ictérique. Il dit n'avoir jamais eu de jaunisse marquée, n'avoir jamais eu à prendre le lit pour aucune maladie; mais il n'a jamais terminé une journée sans s'être senti extrêmement fatigué, au point de ne vouloir se lever de la chaise qui l'a reçu à son arrivée du travail. Cet état de chose dure depuis plusieurs années. La numération globulaire n'a jamais montré d'anémie, malgré le Van den Berg indirect positif et le taux élevé de bilirubine sérique (1,95). Aussi, légère microsphérocytose. Examen hépato-biliaire négatif. Splénomégalie. Il demeure dans la région de Boston; et nous lui avons conseillé d'aller consulter Demesheck.

Observation 2.

M. Roland P..., 30 ans, manœuvre, fils du précédent, ne présente aucune histoire de maladie. Il semble en parfaite santé. Examen clinique négatif. Vésicule biliaire normale. Formule sanguine normale. Van den Berg négatif. Aucun ictère apparent. Cependant, microsphérocytose constante et démolyse commençant à 0,56 et se terminant à 0,44 pour cent NaCl.

Observation 3.

M. Roméo P..., 35 ans, ingénieur en électronique, frère du précédent, accuse depuis plusieurs années un état de fatigue qui, à l'apparition de l'ictère, est poussé à la prostration. A l'occasion, souvent coryza et, une fois, de simple plaie cutanée infectée, il a développé un accès d'ictère et hémolyse qui n'ont cependant pas nécessité ni transfusion, ni intervention immédiate. Van den Berg indirect positif. Bilirubine sérique : 1,85 mgm. %. Index ictérique: 11 unités. Microsphérocytose constante et hémolyse qui commence à 0,56 NaCl pour se terminer à 0,47 %. Aussi, urobilinogène des selles: 410 mgm. pour cent grammes. Voies biliaires radiologiquement normales. En période de rémission, il y a six mois, une exploration du carrefour biliaire, qui s'est révélée négative, fut effectuée avec une splénectomie qui a livré une rate de 500 grammes.

L'évolution postopératoire fut normale. Un mois plus tard, le taux de bilirubine sérique est tombé à 0,85 mgm. %; mais, dix jours après l'opération, la formule sanguine était normale, et demeure ainsi depuis. Cependant, la microsphérocytose et la fragilité globulaire élevée persistent, tandis que le patient continue de jouir d'un bien-être qu'il dit n'avoir connu depuis plusieurs années.

Observation 4.

Mlle T. P..., 8 ans, fille du précédent, qui, à plusieurs reprises et depuis plusieurs années, a présenté des accès de jaunisse, anémie prononcée de type réticulocytaire, avec chute d'hémoglobine jusqu'à 48 pour cent et d'érythrocytes jusqu'à deux millions.

Pendant une crise d'hémolyse, une oligurie importante, avec albuminurie et cylindres, a été observée. Van den Berg indirect positif. Bilirubine du sérum: 1,95 mgm. % (H. Fister). Microsphérocytose en quantité et hémolyse en solution saline hypotonique commençant à 0,56 % et terminant à 0,44 %.

L'examen radiologique des voies biliaires fut négatif.

En période de rémission, il y a plus de six mois, une incision para-médiane effectuée nous a permis de trouver une vésicule biliaire contenant des calculs que nous avons enlevée, sans exploration autre que digitale du cholédoque. Aussi, la splénectomie nous a révélé la présence de plusieurs petits amas de tissu splénique surnuméraires le long du pédicule de la rate, face postérieure, et près de la queue du pancréas; nous les avons soigneusement extirpés, après splénectomie. Les suites postopératoires furent normales. Deux semaines plus tard la bilirubine sérique est tombée à 1,04 mgm. %. La formule sanguine continue de se révéler normale depuis. Aucun changement dans la microsphérocytose et la fragilité globulaire.

La patiente a repris son teint normal, ses forces et ses études abandonnées depuis deux ans.

BIBLIOGRAPHIE

(1) F. LAHEY: *Ann. Int. Med.*, **16**: 1097 (juin) 1942.
(2) E. B. KRUMBHAAR: Functions of the spleen. *Phys. Rev.*, **6**: 160, 1926.
(3) L. LIMARZI: Indications for Splenectomy. *Am. Pract.*, **4**: 25 (sept.) 1949.
(4) W. H. COLE et LIMARZI: Indications and results of splenectomy. *Ann. of Surg.*, **129**: 702 (mai) 1949.
(5) BERGENHEIM et FAHREUS: *Zeits. ges. exp. Med.*, **97**: 555, 1935.
(6) MOSELY: *Textbook of Surgery*, p. 146, 1952.
(7) W. COLE: Surgical aspects of splenic diseases. *Surg. Clin. N. Amer.*, **29**: 1437 (oct.) 1949.
(8) D.W. MacKENZIE, Jr.: *Textbook of Surgery*, p. 147, édition 1952.
(9) W. COLE: *Surg. Clin. of N. Amer.*, **29**: 1435 (octobre) 1949.
(10) LAHEY: Splenectomy when indicated. *Ann. of Surg.*, **128**: 373 (sept.) 1948.
(11) TURNBULL, *in* VAUGHAN: *The anaemias*. Oxford, 1936.
(12) Ian AIRD: *Surgical Studies*, p. 816, édition 1949.
(13) COLE et ELMAN: *General Surgery*, p. 679, édition 1952.
(14) LIMARZI et al.: Indications for splenectomy. *Am. Pract.*, **4**: 26 (sept.) 1949.
(15) L. M. ROUSSELOT: Present concepts in surgery of the spleen. *Surg. Clin. of N. Amer.*, **29**: 369 (avril) 1949.
(16) LOUTIT et MOLLISON: *J. Path. and Bact.*, **58**: 711, 1946.
(17) MOSELEY: *Textbook of Surgery*, p. 420, 1952.

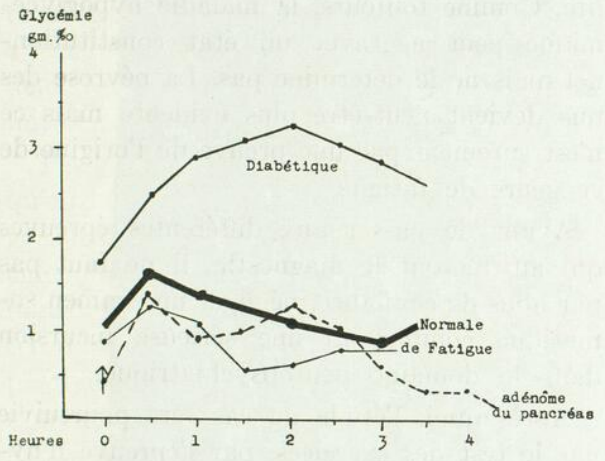
REVUE GÉNÉRALE

LA FATIGUE HYPOGLYCÉMIQUE[1]

L.-N. LAROCHELLE,
Médecin à l'Hôtel-Dieu de Québec.

La fatigue, en général, est un état dont on se plaint couramment. Une bonne moitié des sujets qui se présentent à nos bureaux le font parce qu'ils sont fatigués. Qu'il s'agisse de fatigue physique ou nerveuse, intéressée ou saisonnière, professionnelle ou maladive — le diagnostic en est toujours litigieux.

En raison même de l'acuité de ce symptôme majeur — et avant de confier tous nos fatigués au psychologue ou au psychiatre — avant donc de refouler ces fatigués, il vaut mieux considérer rapidement les causes de



toute fatigue et au moins penser à la tuberculose primaire, à la myasthénie grave, à l'insuffisance des surrénales, aux dyscrasies sanguines, aux avitaminoses, à l'hypoparathyroïdie, aux cancers, et enfin à l'hypoglycémie.

Ce n'est pas mon intention de faire l'étude diagnostique de ces différentes étiologies, mais seulement, comme je vous l'ai dit, de faire ressortir les caractères de l'hypoglycémie relative dépistée dans certains cas de fatigues rencontrés à l'âge moyen de la vie.

Historique

La prévention de la fatigue par l'ingestion d'aliments sucrés ou amidonnés est une notion depuis longtemps connue.

Dès 1885, Weir Mitchell publiait le résultat de ses observations concernant l'amélioration des malades fatigués et neurasthéniques par l'ingestion fréquente d'aliments.

Mais ce n'est qu'après la découverte de l'insuline et son emploi en 1922 que l'expérimentation a pu apporter sa contribution à l'étude du problème de l'hypoglycémie.

C'est à Searle Harris que revient le mérite d'avoir, en 1924, reconnu l'hypoglycémie spontanée. Il a décrit le syndrome en se basant sur les réactions hypoglycémiques observées chez ses patients diabétiques traités à l'insuline. En 1934, lors du XXIIIe Congrès français de médecine et du XIIIe Congrès des médecins de langue française de l'Amérique du Nord, tenus conjointement, les états hypoglycémiques ont été complètement étudiés. Les travaux de La Barre, Labbé et Boulin, ceux de R. Lemieux et S. Le Blond sont une des meilleures contributions à l'ensemble de cette question.

Il n'en reste pas moins, qu'en fonction de la fatigue, même si on connaissait mieux l'hypoglycémie spontanée, l'intérêt pratique de l'hypoglycémie relative rencontré chez certains surmenés, physiquement ou nerveusement, n'a pas été suffisamment recherché.

Plusieurs travaux ont été publiés sur ce syndrome. Sans en énumérer de trop nombreux, il faut ici rappeler que certains obser-

1. Communication au XXIVe Congrès de l'A. M. L. F. C., Ottawa-Hull, sept. 1954.

vateurs ont multiplié les épreuves de tolérance glucidique dans les cas de fatigue et d'épuisement physique et ils ont mis en lumière une chute notable de la tolérance aux sucres dans un tiers des cas observés.

Les travaux poursuivis par Harrison et Finks sur le manque de sucre sanguin dans la production des signes de l'asthénie neuro-circulatoire, ceux de Portis et Zitman sur le mécanisme de la fatigue en neuro-psychiatrie, ceux de Soskin, ont contribué à faire de la fatigue hypoglycémique une entité nosologique.

Karlan et Cohn du corps médical de l'armée américaine, en faisant subir des tests d'hyperglycémie provoquée et une épreuve à l'insuline, à de nombreux soldats qui se plaignaient de fatigue en sont venus à la conclusion qu'un cas sur onze environ appartenait à l'hypoglycémie.

Symptomatologie

a) *Signes cliniques*

Les trois signes cliniques principaux de l'hypoglycémie relative sont la fatigue, la faim et l'étourdissement. D'autres symptômes, moins évidents mais assez fréquents viennent compléter cet ensemble comme les troubles cardio-vasculaires, gastro-intestinaux, et nerveux.

La fatigue est le symptôme majeur. Elle a ceci de bien particulier qu'elle est discontinue. Si le neurasthénique est toujours fatigué, le fatigué hypoglycémique se plaint de la fatigue à distance des repas.

Un sujet, par ailleurs bien portant, et souvent obèse et trop bien pour être cru sur parole, a noté qu'il se sent très fatigué au lever et deux ou trois heures après les repas. Chez lui, cette fatigue est à des horaires réguliers et se double généralement de la faim.

La faim impérieuse, en effet, est le deuxième symptôme relevé dans les observations. Plusieurs sujets notent que s'ils mangent des farineux de préférence à des sucreries leurs forces se refont. C'est pourquoi, vont-ils jusqu'à préciser les horaires de cette faim, c'est-à-dire le temps d'apparition après les repas, notion dont je viens de parler.

Les étourdissements, les éblouissements et les petits vertiges sont les ennuis de troisième ligne. On nous raconte qu'à certain moment on a craint de perdre connaissance; que tout au moins on a eu l'impression de tituber. Ce groupe de symptômes, plus les tremblements, la transpiration et les modifications sensoriels sont bien dans l'ordre de l'hypoglycémie de quelque origine qu'elle soit.

Les troubles gastro-intestinaux sous forme de brûlements et de crampes ou les symptômes cardiothoraciques telles que dyspnée, palpitations et cuisson rétrosternale peuvent être signalés mais leur peu de spécificité rend le diagnostic plus hésitant qu'il ne sert à orienter les recherches.

A tout cela, se mêlent quelquefois de l'anxiété, de l'angoisse, de l'instabilité nerveuse et parfois des modifications de la personnalité. Comme toujours, la maladie hypoglycémique peut aggraver un état constitutionnel mais ne le détermine pas. La névrose des uns devient peut-être plus évidente mais ce n'est surement pas une preuve de l'origine de ce genre de fatigue.

Avant de passer aux différentes épreuves qui affirmeront le diagnostic, il ne faut pas par abus de confiance, négliger un examen somatique complet ni une sérieuse incursion dans le domaine neuropsychiatrique.

Après quoi, l'étude du cas sera poursuivie par le test des exercices, par l'épreuve d'hyperglycémie, par celle de l'insuline et finalement de l'atropine.

Exercices physiques

Le test des exercices physiques, s'il est jugé nécessaire et possible, est réalisé avec une heure de gymnastique ou deux heures de marche; il est complété, naturellement, par le dosage du sucre sanguin.

Hyperglycémie provoquée

Cette épreuve est commencée le matin, le sujet étant à jeun. Le glucose est pris par voie orale ou injecté par voie intraveineuse.

Les uns donnent 50 grammes de glucose, d'autres 100 grammes. Les dosages du sucre sanguin se poursuivent aux demi-heures.

Chez un sujet normal la glycémie s'élève de 30 à 50 cgm après une demi-heure, s'abaisse ensuite graduellement pour regagner la normale en deux heures et demie.

Chez le diabétique, le taux de la glycémie à jeun est variable, mais généralement au-dessus de 1 gm 30; il atteint, après une hausse d'au delà de 70 cgm 1 gm 90 et davantage après une demi-heure, continue à s'élever dans la demi-heure suivante et même pendant deux heures pour reprendre une courbe descendante, lente, et n'atteignant le point de départ qu'après quatre à six heures.

Chez le sujet fatigué du type hypoglycémique, à jeun, le taux du sucre est rarement normal ou généralement il est plus bas que l'unité; ce taux s'élève faiblement après une demi-heure, puis descend à 0,50 ou 60 gm., s'y maintient pendant une heure et demie à deux heures et regagne péniblement le taux initial en trois heures.

Tous ces chiffres peuvent différer selon qu'on utilise telle ou telle technique de dosage, ou telle voie d'introduction du sucre; incidemment je rappelle que si ce sucre est administré par voie buccale, l'hypoglycémie notée dans la première demi-heure avant l'hyperglycémie véritable serait due à la sécrétion d'insuline d'origine réflexe commandée par l'arrivée du bol sucré dans le duodénum. Si le glucosé est, au contraire, injecté par voie intra-veineuse, cette hypoglycémie préhyperglycémique ne survient pas.

De plus, si les dosages sont faits par la micrométrie sur du sang capillaire en utilisant la méthode de Somogyi-Shaffer les chiffres seront d'environ 20 cgm plus bas. A tout événement, les résultats obtenus ne se comparent qu'avec des voies et des méthodes identiques.

(Par voie intra-veineuse il est injecté 1/6 de gramme de glucose par livre de poids et l'on emploie une solution à 50%).

L'insuline — L'épreuve à l'insuline se fait en injectant 1/20e d'unité d'insuline par livre de poids et les glycémies sont multipliées au rythme d'une à tous les quarts d'heure pendant 90 à 120 minutes.

L'atropine — Certains injectent sous-cutané 1/50e de grain de sulfate d'atropine, une heure avant de commencer l'épreuve d'hyperglycémie; d'autres ordonnent 1/150e de grain de sulfate d'atropine — seul ou associé à ¼ de grain de phéno-barbital, trois fois, dans les vingt-quatre heures précédant le test de la tolérance du glucose.

Diagnostic

Le diagnostic de la fatigue hypoglycémique n'est pas une tâche sans obstacle. L'élimination scrupuleuse des différentes étiologies de l'hyperinsulinisme et des autres formes d'hypoglycémie spontanée s'impose.

Des auteurs affirment que 90% des hypoglycémies spontanées sont dues à une insuffisance hépatique, à de l'hyperinsulinisme fonctionnel ou à un adénome langerhansien et 10% seulement sont provoqués par la maladie d'Addison, la cachexie de Simmonds, les lésions de l'hypothalamus, le syndrome hypoglycémique consécutif à la gastrectomie, la glycosurie rénale, l'inanition grave, la diarrhé, les troubles nerveux et psychiques.

L'étiologie hépatique étant plutôt rare, le clinicien se demande dès le début si l'hypoglycémie spontanée est organique ou fonctionnelle.

Dans l'hyperinsulinisme organique dû à une tumeur bénigne ou maligne des ilôts de Langerhans les crises sont toujours identiques à elles-mêmes; les accès sont déclanchés à l'occasion du jeûne; ici, le facteur temps en augmente l'intensité et la fréquence.

Dans l'hyperinsulinisme fonctionnel par hypertrophie avec hyperplasie des ilôts de Langerhans ou à la suite de gastrectomie ou dans les autres formes d'hypoglycémies spontanées, les troubles sont variables. Ils sont déclanchés par le choc émotionnel, et par l'infection, mais ils ne le sont pas par le jeûne.

Ils surviennent deux à quatre heures après les repas mais jamais à jeun le matin. Dans cette occurrence l'alimentation peut ne pas faire disparaître les troubles; ceux-ci peuvent donc se développer sans relation avec les repas; ils ne sont pas conditionnés par les exercices; l'équilibre se rétablit aussi spontanément.

Dans la fatigue hypoglycémique qui nous intéresse les signes apparaissent à jeun, le matin et d'une heure à trois heures après le repas. C'est une fatigue discontinue en autant que le sujet mange pour refaire ses forces.

En définitive, à l'appui de cette présomption clinique, l'analyse rigoureuse des épreuves de laboratoire facilitera la solution du problème en sachant que la glycémie de la fatigue est généralement aux environs de 50 à 55 cgm une heure et demie après le repas, qu'elle demeure abaissée pendant un temps variable et tend à remonter seule, après une couple d'heures.

Le traitement

La modalité thérapeutique est commandée par la forme clinique adoptée. Cette modalité sera diététique, hygiéno-diététique ou hygiéno-diététique et médicamenteuse.

La diète est surement des trois éléments thérapeutiques le moyen qui réussit au plus grand nombre. Sa formule exclut le sucre, les sucreries, le miel, la confiture, le sirop, les pâtisseries et l'alcool; elle se compose de céréales, de viande, de poisson, d'œufs, de corps gras, de pommes de terre, de fruits et de lait. Des collations sont régulièrement prises à dix heures, le matin, à trois heure l'après-midi et au coucher. Ajoutons qu'on ne doit jamais fumer à jeun.

Le deuxième élément thérapeutique est l'hygiène physique et mentale. Ou bien le travail est vraiment harassant ou bien l'état d'esprit pour l'exécuter n'est pas bien contrôlé. Le médecin, par l'analyse des réactions psychiques, peut fort bien orienter celui qui lui expose ses ennuis; s'il n'en a pas le temps ou encore si le problème est trop complexe il en confiera la solution à un collègue spécialisé.

La médication, en troisième lieu, est souvent nécessaire. Les anticholinergiques et les sédatifs légers sont les seuls employés dans le but de diminuer l'excitation cérébrale et la prédominance parasympathique.

C'est ainsi que la diète, la médication et la psychothérapie, seule ou en combinaison, peuvent occasionnellement faciliter le travail et égayer ces personnes fatiguées par une hypoglycémie relative.

Considérations générales

S'il existe un syndrome de fatigue hypoglycémique avec des symptômes bien définis comme l'apathie, la nervosité, les étourdissements et la faim impérieuse, si cet ensemble de troubles peut être reproduit par des exercices prolongés et par l'insuline, est-il possible d'en dégager une pathogénie?

Tout d'abord, il faut rappeler qu'un tel genre de fatigue n'est pas proportionnel, ni régulièrement lié à un chiffre quelconque d'une hypoglycémie, pas plus qu'il ne survient nécessairement de coma hypoglycémique pour un niveau moyen de la glycémie.

Cependant, le syndrome clinique de la fatigue survenant chez un individu dont la tolérance glucidique répond aux normes énoncées précédemment a suscité des opinions pathogéniques et des doutes que je vous proposerai maintenant.

Pour les uns, le système nerveux domine la surproduction d'insuline; pour les autres, les signes cliniques seraient tout simplement l'expression d'une trop grande prodigalité glucidique au moment de l'effort. Ces derniers opposent une consommation de luxe, spontanément réalisée dans certains organismes alors que les premiers voient cet ensemble comme l'exécution d'un ordre neuropsychique.

D'après Portis, Zitman et Lawrence, l'hypoglycémie relative décelée chez les dirigeants d'industrie en particulier, seraient manifestement la résultante d'une suractivité des cellules des îlots de Langerhans par une influen-

ce du parasympathique. A l'appui de cette interprétation, ces auteurs apportent leur expérience avec le sulfate d'atropine qui, employé pendant vingt-quatre heures, faisait disparaître cette chute du sucre sanguin.

D'autre part, ils soulignent le fait que plusieurs malades vagotomisés pour le traitement d'ulcère d'estomac ont vu leur syndrome hypoglycémique s'améliorer. Et ils concluent, qu'au-dessus du mécanisme invoqué: — hypothalamus-pneumogastrique — îlots de Langerhans, il y a l'influence émotionnelle sur le cortex cérébral dont on connaît la grande sensibilité aux moindres variations du taux du sucre sanguin.

Par contre, une pathogénie uniciste est soutenue par Karlan et Cohn. Ces deux officiers de l'armée reconnaissent d'abord qu'il existe un syndrome de fatigue hypoglycémique avec des signes cliniques et des épreuves de laboratoire bien distincts. Que l'hyperexcitation du vague n'en fait pas partie. Et qu'enfin, la psychothérapie n'apporte aucun avantage réel; ils « n'ont trouvé aucune relation déterminée entre l'état émotionnel et le degré d'hypoglycémie ».

En somme, cette double interprétation d'un même syndrome porte à croire que la pathogénie peut varier selon la catégorie d'individus examinés et que en solutionnant sans rigidité une question aussi complexe on a de bonnes chances de mieux servir les intérêts du malade.

BIBLIOGRAPHIE

1. *Congrès français de médecine, XVIIIe session.* Masson et Cie, édit., Paris, 1934.
2. J. W. CONN: The diagnosis and management of spontaneous hypoglycemia. *J. A. M. A.*, **134**: 130 (10 mai) 1947.
3. E. CRAIN et C. THORN: Functioning islett cell adenomas. *Medicine,* **28**: 427 (déc.) 1949.
4. G. A. CRONK: Fatigue states associated with abnormal carbohydrate metabolism. *Journal Lancet,* **71**: 484, 1951.
5. G. DUNCAN: *Diseases of metabolism.* P. 733. Saunders, édit., 1952.
6. S. HARRIS: Hyperinsulinism, a definite disease entity: Etiology, symptoms, diagnosis and treatment of spontaneous insulogenic (hyperinsulinism). *J. A. M. A.*, **101**: 569, 1943.
7. T. R. HARRISSON: *Principles of internal medicine.* P. 627. Blackston, 1950.
8. T. R. HARRISSON et R. M. FINKS: Glucose deficiency as a factor in the production of Symptoms referable to the cardiovascular system. *Am. Heart Journal,* **26**: 147, 1943.
9. Samuel C. KARLAN et Clarence COHN: Hypoglycemic Fatigue. *J. A. M. A.*, **130**: 553 (mars) 1946.
10. H. PERKINS, J. DESFORGES et C. GUTTOS: Adenoma of the islands of Langerhans. *New Eng. J. of Med.*, **243**: 281 (24 août) 1950.
11. A. PORTIS, I. H. ZITMAN et C. H. LAWRENCE: Exhaustion in the young business executive. Diagnosis and Treatment. *J. A. M. A.*, **144**: 1162 (2 déc.) 1950.
12. S. A. PORTIS et U. H. ZIRMAN: Mechanism of fatigue in neuropsychiatric patients — preliminary report. *J. A. M. A.*, **121**: 569, 1943.
13. S. SOSKIN: Endocrine disturbances in the regulations of the blood Sugar. *Clinics,* **1**: 1286, 1943.
14. W. WOLF: *Endocrinology in modern practice.* W. B. Saunders, 1940.

LES EXERCICES PHYSIQUES DANS LE TRAITEMENT DU DIABÈTE

Rosario ROBILLARD,
Assistant dans le service de médecine, hôpital Saint-Luc (Montréal).

A l'encontre de la tuberculose, du rhumatisme, des maladies de coeur, *le diabète,* maladie également chronique, n'oblige pas aux restrictions des activités. Les diabétiques ne sont pas voués au repos physique ou mental et ceux qui, à cause de leur maladie, pensent l'être, restent dans la plus profonde erreur.

Tout au contraire, les exercices physiques sont prescrits aux diabétiques, au même titre que le régime et plus encore que l'insuline. Au cours du diabète, les exercices corporels occupent une place de choix. Il est bien dommage pour les diabétiques de ne pouvoir forcément s'en servir.

Il est tout naturel à l'homme de vouloir garder sa santé ou, à l'occasion, de l'améliorer. Le soleil, l'air frais, les vacances sont des facteurs importants dans le domaine de la santé et sont, de plus, des préventifs de premier ordre contre les infections. Le diabétique ne déroge pas à cette loi et, pour conserver ou améliorer sa santé, il a besoin d'exercices physiques en plein air et au soleil, si possible, et il va sans dire, de périodes de repos.

Chez les personnes normales comme chez les diabétiques, les muscles contiennent la moitié des réserves de sucre stocké dans l'organisme. Le premier rôle des exercices consiste à brûler les sucres. Il n'y a rien d'étonnant dans cette constatation, puisque les athlètes, au sortir d'une compétition, sont épuisés et haletants, l'absorption d'un sucre rapidement assimilable corrige leur baisse de sucre sanguin et, par le fait même, leur procure force et bien-être. Si les individus normaux brûlent leurs sucres par les exercices, combien plus profitables encore ces exercices sont-ils aux diabétiques? A cause de leur maladie les diabétiques ne peuvent qu'incomplètement utiliser leurs glucides.

Ce premier bienfait des exercices apporté dans la combustion des sucres se répercute nécessairement sur la quantité d'insuline nécessaire à la combustion de cet élément glucidique. Le travail physique produit donc un effet analogue à celui de l'insuline. En conséquence, l'apport d'insuline par les injections doit être diminué. Les diabétiques constatent trop souvent cette vérité par l'apparition des réactions à l'insuline au cours ou à la fin de leurs exercices musculaires faits d'une façon non judicieuse. L'horaire dans les exercices est le point capital à observer pour éviter ces accidents malencontreux, des instructions précises sur ce sujet et étroitement suivies par les diabétiques réduisant, de façon notable, les réactions à l'insuline. Même si elles survienent, elles ne sont certainement pas une contre-indication aux exercices. Ceux-ci doivent avoir lieu, de préférence après les repas et être régulièrement faits, tous les jours, dans une mesure à peu près équivalente.

Le troisième avantage que procurent les exercices n'est pas des moindres. Chez les diabétiques, les troubles et les complications circulatoires sont au premier rang et le fait d'activer la circulation par des exercices musculaires est digne de mention. En effet, les exercices physiques forcent le sang des artères et des veines à circuler, nous comprenons donc qu'ils soient directement indiqués dans la prévention des complications artérielles qui restent une cause de mortalité et d'incapacité si grande de cette maladie.

"L'esprit sain dans un corps sain", est, il est vrai, une directive des anciens, mais s'applique encore avec plus de force chez les diabétiques. Les idées dépressives ont peu de chances de naître chez les diabétiques bien contrôlés, occupés à des travaux qu'ils aiment.

Quant à ceux qui, par leur occupation sédentaire, ne peuvent jouir de travaux manuels, ils ont le devoir de se chercher des exercises physiques: la marche ou les sports: tennis, nage, chasse, golfe, patinage. Fournis par le travail physique, la marche ou les sports, les exercices musculaires sont, de l'avis unanime de tous les diabétiques, la partie la plus agréable de leur traitement loin d'être considérés comme un luxe, ces exercices sont une véritable nécessité.

Le diabète n'est pas une maladie de nature à entraver une carrière, même sportive. Bill Talbert, le grand professionnel de tennis, aux Etats-Unis, est un diabétique qui a triomphé dans son sport favori donnant ainsi un exemple d'encouragement aux diabétiques à ne pas négliger les exercices dans le traitement de leur maladie.

Les exercices chez les obèses

Il est reconnu que l'obésité fait généralement son apparition vers l'âge de 40 ans alors que les exercices diminuent, mais que l'apport alimentaire ne subit pas les mêmes changements. Les facteurs responsables de l'obésité se résument dans la réduction des activités physiques: travail sédentaire, occupation, profession, âge, habitudes, amélioration sociale ou industrielle. Pour les obèses, il n'est pas nécessaire d'attendre l'apparition du diabète pour commencer les exercices physiques et les augmenter graduellement tous les jours. Quant aux obèses diabétiques, cette pratique jointe à la restriction alimentaire, fait rapidement disparaître le sucre urinaire et bientôt la tolérance hydro-carbonnée s'améliore. Bien plus, leur circulation s'améliore et la sensation de bien-être qu'ils éprouvent en font des adeptes fidèles à ce traitement physique de leur maladie. La seule précaution qu'ils doivent prendre pour ces exercices physiques est de les commencer modérément. Quand le traitement du diabète, par les exercices musculaires, semble être d'application irréalisable, le diabétique doit se souvenir que le degré de difficulté à faire ces exercices est en fonction des besoins qu'il en a. La gymnastique est toujours à sa portée, par conséquent, il lui est inutile de chercher des échappatoires à ce genre de traitement qui dépasse, en valeur, l'insuline, généralement contre-indiquée chez l'obèse.

Les exercices chez les opérés

Les opérés ou les traumatisés, immobilisés dans leur lit, qu'ils soient diabétiques ou non, doivent faire des exercices. Il est généralement admis que cette méthode est préventive de congestion pulmonaire, de plaies de lit, de phlébites, d'embolies et d'infarctus. Les mouvements respiratoires exagérés, la mobilisation des bras et des pieds, la gymnastique, les déplacements latéraux évitent aux diabétiques alités des complications nombreuses. Les diabétiques doivent les pratiquer selon une modalité qui reste conditionnée par la nature du traitement chirurgical.

Application pratique

Les exercices physiques ont une valeur indiscutable chez les diabétiques, mais parfois, leur mise en pratique est difficile, du moins au début. Le diabétique obèse qui étouffe dans sa graisse et les diabétiques amaigris ou de poids normaux qui ont, depuis longtemps abandonné tout exercice physique, à leur première tentative, éprouvent une difficulté à pratiquer ce traitement particulier. Qu'ils se rappellent toutefois que plus ces exercices leur sont pénibles plus ils leur sont nécessaires. La persistance dans l'accomplissement de cette prescription thérapeutique est vite couronnée des plus brillants succès.

Les diabétiques ne doivent pas s'adresser pour commencer aux exercices violents: c'est même dangereux. Ils doivent s'initier à ce traitement par des exercices légers: la marche ou la gymnastique. Peu à peu l'entraînement leur permettra d'en augmenter la durée ou d'apporter quelques diversions à cette thérapeutique. Les diabétiques sont eux-mêmes surpris de constater avec quelle facilité ils peuvent faire du progrès en peu de temps. L'horaire des exercices est un point de détail, mais d'une importance capitale pour éviter

les réactions hypoglycémiques. Le temps le plus propice est l'heure qui suit les repas, moment où le sucre sanguin montre une tendance à la hausse. L'heure qui précède les repas et le moment où l'insuline agit avec son maximum d'intensité sont toujours mal choisis par les malades pour pratiquer leurs exercices. En face d'exercices additionnels prévus, le diabétique peut diminuer la quantité d'insuline ou augmenter son régime. Il vaut mieux cependant augmenter le régime, tout comme lorsque surviennent des exercices imprévus, mais nécessaires.

La recommandation de faire des exercices musculaires s'adresse aux diabétiques comme un moyen d'efficacité reconnue dans le traitement de leur maladie. Il y a tout de même une réserve. Les diabétiques sévèrement atteints doivent considérer ce moyen thérapeutique comme une arme à deux tranchants. La combustion des sucres, même par les exercices musculaires, exige la présence d'insuline et les diabétiques sérieusement touchés par leur maladie ne peuvent en libérer suffisamment. Pour dégager les calories nécessaires au cours de ce travail musculaire, l'organisme s'adresse donc aux graisses tissulaires et aux muscles. Les calories suffisantes sont produites, mais avec la libération d'un excès de sous-produits toxiques, les corps cétoniques, qui sont à l'origine du coma diabétique.

Mieux vaut donc aux diabétiques de cette catégorie de s'abstenir d'exercices physiques qui dans leur condition actuelle peuvent être la cause de coma diabétique.

Exercices spéciaux

Dans le but d'améliorer leur circulation, les diabétiques doivent recourir à certains exercices spécieux qui ont trait tout particulièrement à la circulation dans les membres inférieurs pour éviter la gangrène.

Les exercices de Buerger consistent à élever les membres inférieurs à un angle de 60°, le sujet étant couché sur le dos. Le temps qu'il faut garder les pieds dans cette position varie de 1 à 3 minutes, mais il doit cesser dès que le pied blanchit. Le malade doit alors s'asseoir sur le bord du lit, en évitant de comprimer le creux poplité sur le lit et laisser pendre ses jambes jusqu'à production d'une coloration rouge, marquant ainsi l'afflux du sang dans les pieds. Ce temps varie de 2 à 5 minutes. Le malade s'étend alors bien horizontalement dans son lit, pendant 3 minutes. Après 10 minutes environ, le cycle est terminé. Il faut le répéter pour atteindre 30 ou 60 minutes par jour. Deux planches spécialement adaptées à cet usage, appelées planches de Buerger, aident à pratiquer ces exercices sans trop de fatigue. Les résultats bien qu'intéressants sont loin d'être spectaculaires.

Les exercices des pieds, destinés à favoriser davantage une circulation locale, consistent à pratiquer environ six mouvements de flexion et d'extension du pied sur la jambe, de rotation interne et externe du pied. Ces exercices joints à ceux de l'hygiène des pieds est une prophylaxie apportée, avec assez de succès, à la gangrène des membres inférieurs.

Le repos des diabétiques

Les exercices bien dirigés sont nécessaires dans le traitement du diabète, mais le repos y trouve également sa place. On conseille aux diabétiques une bonne nuit de sommeil d'environ 9 heures. Au cours de la journée, de courtes périodes de repos sont fortement conseillées pour détendre les muscles et relâcher la tension du malade.

Les veilles prolongées, les nuits blanches sont plus nuisibles aux diabétiques que les exercices exagérés.

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 12 — Montréal, Décembre 1954

LE CONNU ET L'INCONNU EN CHIRURGIE CARDIAQUE

Peu n'est besoin, de nos jours, de définir ce qu'on entend par « chirurgie cardiaque ». Il y a quelques années, les attaques chirurgicales sur le cœur se limitaient à ses surface ou aux vaisseaux y prenant origine. Aujourd'hui, cette chirurgie comporte non seulement les opérations sur les enveloppes du cœur, mais s'attaque à son système coronarien, à ses valvules, aux thrombi et tumeurs intracardiaques, de même qu'aux multiples anomalies congénitales.

Depuis très longtemps déjà des tentatives isolées, quelquefois avec grand succès, ont été tentées en chirurgie même intracardiaque, mais il fallait attendre, pour l'essor que l'on constate aujourd'hui dans cette chirurgie, les perfectionnements anesthésiques, et des soins postopératoires basés sur une meilleure connaissance des fonctions cardio-respiratoires normales. L'ingéniosité d'innovateurs chirurgicaux n'attendait que ces perfectionnements pour développer au plus haut point des techniques de chirurgie cardiaque qui, aujourd'hui, constituent des gestes de tous les jours. Il est tout de même vrai que, pour les médecins qui n'ont pas l'occasion de voir ces gestes chirurgicaux quotidiens et d'apprécier leurs résultats, la chirurgie du cœur semble toujours très dangereuse et quelque peu extraordinaire. Ce même médecin cherchera donc dans des bouquins, des revues médicales ou chirurgicales, des assemblées « savantes » à mettre de l'ordre dans ses idées afin d'en faire profiter ses malades.

La plupart des revues, des bouquins ou des assemblées ne serviront qu'à ajouter à la confusion dans l'esprit car la chirurgie cardiaque y sera traitée de façon didactique. On y parlera: de lésions acquises, de lésions congénitales, d'indication chirurgicale dans tel ou tel cas, etc., etc. Quelques indications y seront discutées, d'autres présentées comme majeures et, finalement, une liste, imposante parfois, de contre-indications y sera présentée. De nombreuses statistiques d'opérations, de mortalités, d'opérabilité, de résultats avec plus ou moins de recul seront mentionnés. Et toute cette collection de renseignements ne servira qu'à rendre le médecin encore plus confus et plus indécis lorsque son malade lui demandera si sa lésion est « opérable ».

Donc il peut être utile d'accepter, dans ce court exposé, la division des opérations cardiaques en deux groupes: 1° connues et 2° inconnues.

Tout d'abord, ce qui est connu. Au premier plan de la chirurgie connue se trouve la correction chirurgicale des sténoses. Que cette sténose soit mitrale, pulmonaire, aortique ou tricuspidienne, la technique chirurgicale est la même et consiste à aller agrandir l'orifice valvulaire sténosé. Pour ce qui est des valcules mitrale et tricuspidienne, le résultat de cette chirurgie est maintenant très bien connu depuis environ

six ans et s'avère excellent, à condition que le malade présente une lésion valvulaire pure. Dans ces cas, le risque opératoire est très bas (de 1 à 5% selon les auteurs avec des statistiques suffisantes). Les lésions valvulaires associées, par exemple: sténose et insuffisance d'une valvule ou sténose de multiples valvules, peuvent aussi être corrigées chirurgicalement. Nécessairement, dans ces cas, le risque opératoire se trouve multiplié et les résultats seront moins dramatiques malgré une amélioration satisfasiante. Règle générale, les lésions valvulaires qui permettent une voie d'abord auriculaire (mitrale et tricuspidienne) comportent un risque opératoire beaucoup moins élevé que les sténoses des valvules qui nécessitent une voie d'abord ventriculaire (pulmonaire et aortique). La chirurgie de la Tétrade de Fallot a trop bien fait ses preuves depuis son introduction par Blalock en 1945 pour s'y attarder très longtemps. L'opération initiale de Blalock qui consistait en une anastomose du système artériel au système pulmonaire, créant à vrai dire un canal artériel artificiel, a été remplacée en certaines occasions par d'autres opérations basées sur le même principe (Viz, anastomose de Potts); en certains cas, une attaque directe sur la valvule pulmonaire par voie ventriculaire peut être tentée dans ces cas mais nécessairement le risque s'en trouve plus élevé, malgré qu'il soit plus plaisant à l'esprit de corriger une anomalie que d'en ajouter une nouvelle. La chirurgie du canal artériel persistant ou du rétrécissement isthmique de l'aorte descendante sont maintenant tellement classiques qu'il nous serait inutile de nous y attarder.

Que reste-t-il dans le domaine de l'inconnu ?

Il n'est peut-être pas tout à fait juste de dire que l'intervention chirurgicale sur les insuffisances valvulaires sont du domaine de l'inconnu. En effet, plusieurs techniques chirurgicales ingénieuses ont été proposées et tentées, même chez l'humain, pour corriger des régurgitations mitrales, aortiques et (théoriquement) tricuspidiennes. Mais ici ce n'est plus le problème d'agrandir une valcule rétrécie. Le problème en est un de remplacement. La multiplicité des techniques proposées est la preuve évidente que nulle des techniques chirurgicales actuellement connues est idéale. Et ceci est facile de compréhension lorsque nous songeons qu'il s'agit de remplacer de l'étoffe valvulaire déficiente et que toutes les techniques actuelles se proposent d'installer en remplacement des prothèses de substance étrangère. C'est donc dire que toute la chirurgie des insuffisances valvulaires est du domaine expérimental; mais il ne fait aucun doute qu'avec le grand nombre d'expérimentateurs y travaillant assidûment le problème sera résolu dans un avenir plus ou moins rapproché. Il en est de même pour les graves problèmes techniques posés par la communication entre les différentes chambres du cœur et pour la transplantation congénitale des gros troncs artériels. Quelques succès isolés ont été rapportés par quelques chirurgiens tant en Amérique qu'en Europe pour ce qui est des communications interauriculaires et ventriculaires. Malgré la réclame publicitaire des journaux, nous devons bien dire que les techniques de chirurgie intracardiaque à ciel ouvert, à la faveur soit de pom-

pes circulantes et oxygénantes, soit de la réfrigération sont loin d'être à l'abri des dangers. Les problèmes encore à résoudre sont très importants et comportent, entre autres, la prévention de la fibrillation ventriculaire, la prévention des embolies aériennes du système coronarien, la défibrillation à coup sûr lorsque celle-ci s'installe, les secrets physiologiques du système autonome du cœur, etc., etc.

Les ressuscitations cardiaques n'étant pas du domaine de cet exposé, nous ne voulons pas nous y attarder. Toutefois, il serait bon de rappeler que la technique du massage cardiaque par voie transthoracique au cas d'arrêt cardiaque réflexe est aujourd'hui une technique connue pouvait ressusciter des cœurs de façon dramatique et tout à fait satisfaisante à condition d'être entreprise dans un délai de temps minimum (4 minutes), après installation de cet arrêt cardiaque.

Nous avons, intentionnellement, laissé de côté jusqu'à ce moment la chirurgie du système coronarien du cœur. En effet, cette chirurgie relève, semble-t-il, autant du connu que de l'inconnu. De toutes les techniques essayées à date, il nous semble que les techniques de revascularisation du myocarde sont les plus prometteuses. Il est bien établi expérimentalement que nous pouvons suppléer au système coronarien normal de diverses façons techniques. Peut-être la meilleure et la plus sûre est la transplantation de l'artère mammaire interne dans l'épaisseur même du myocarde ventriculaire gauche. Cette technique fut d'abord proposée par Vineberg et les preuves expérimentales de la nouvelle vascularisation coronarienne sont évidentes. Les recherches de Vineberg ont été confirmées dans des laboratoires indépendants, tant au Canada qu'en Europe et aux Etats-Unis. Il reste tout de même, dans le domaine de l'inconnu, un recul suffisamment prolongé de l'application humaine de cette chirurgie pour bien apprécier les résultats. Cette opération se pratique maintenant dans plusieurs centres de plusieurs pays et, à condition d'être limitée à des indications très rigoureuses, il nous sera possible, dans une période d'environ trois à cinq ans, d'apprécier la juste valeur de cette technique chirurgicale.

Pour résumer toute la question, il semble bien connu, aujourd'hui, que les rétrécissements valvulaires et certaines anomalies des gros vaisseaux sont de technique courante chirurgicalement. Les techniques chirurgicales de remplacement valvulaire ou d'oblitération de communications entre paroies intracardiaques restent du domaine de l'inconnu. La chirurgie du système coronarien doit attendre la preuve d'un recul de temps adéquat.

Edouard-D. GAGNON.

VARIÉTÉS

COMITÉ D'ÉCONOMIE MÉDICALE DE L'ASSOCIATION DES M. L. F. C.

Séance publique au cours du 24e Congrès [1]

LE SECRET MÉDICAL

Au nom de votre Association et en celui de son Comité d'Economie médicale, je vous souhaite la bienvenue à cette réunion publique qui clot ses activités pour le terme 1953-1954. Comme par le passé et selon l'objet de son institution, les membres du Comité ont étudié en commun et en liaison étroite avec l'Exécutif de l'Association, les questions et les problèmes qui leur furent soumis. Et, au meilleur de leur connaissance, ils se sont efforcés d'y apporter des solutions qui puissent favoriser une bonne économie, c'est-à-dire de l'ordre et de l'équilibre dans l'exercice de notre profession. Ils eurent toujours en vue l'intérêt général et l'essor de notre Association dans le concert de la vie canadienne.

Les sujets d'étude s'offrirent nombreux à nos considérations. On nous proposa la médecine à forfait, mais après avoir pris connaissance que cette question avait été portée à l'attention du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec, nous fûmes d'avis qu'il était superflu que nous lui consacrions notre temps.

L'assurance-maladie est un sujet qui garde toujours son intérêt et une actualité incontestable. Il paraissait logique que la prime d'assurance des indigents fut payée par l'assistance publique, ou du moins par les pouvoirs publics, afin que le médecin put recevoir des honoraires pour les soins à cette catégorie de malades. Cependant, comme cette particularité avait été mentionnée dans le projet d'assurance-maladie, adoptée par l'Association en 1951 et soumise aux autorités, nous ne crûmes pas qu'il était impératif de réitérer notre opinion à ce sujet.

Des formules d'assurance-maladie et d'assurance-vie uniformes et standardisées pour toutes les compagnies et organismes qui administrent ce genre de sécurité, formules qui respecteraient le principe immanent du secret médical et la dignité professionnelle du médecin, nous parurent un fait, un besoin qui devrait se réaliser. Nous couplâmes cette question à celle du secret professionnel.

Evoquant ce qui fut exposé à la dernière réunion publique du Comité, lors du Congrès de Sherbrooke, nous formulâmes le vœu que le Comité de médiation ou de griefs créé par le Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec soit actif et serve aux fins pour lesquelles on avait demandé sa formation: faciliter les rapports entre médecins et malades pour une pratique médicale à caractère professionnel respectable et respectée.

L'« Ordre des omnipraticiens », organisme en formation, dû à l'initiative d'un groupe de médecins de la Province de Québec, le « Collège de la Pratique de la médecine générale » instauré sous les auspices de la « Canadian Medical Association » furent portés à notre attention.

Toute œuvre, tout organisme dont l'objet est de soutenir le prestige du praticien, de seconder ses efforts pour la revendication de ses droits et privilèges, pour l'essor de sa valeur scientifique, ont d'emblée l'appui moral des membres de notre Comité.

Bien entendu nous soutiendrons d'abord l'œuvre saine et progressive qui sera sous l'ad-

1. XXIVe Congrès de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada, Ottawa-Hull, le 28 septembre 1954.

ministration de confrères de notre langue, c'est une des fins de notre Association. Mais toute institution aux fins similaires, qui respecte la dignité professionnelle et qui s'abstient de toute distinction ethnique ou linguistique ne peut nous laisser indifférents. Cela a été le sens de nos propos et de nos délibérations concernant ces deux organismes qui veulent maintenir et améliorer la condition du médecin praticien en Québec et au Canada.

Quand s'est posé l'opportunité pour l'Association de faire partie d'un Comité Canadien de classification des hôpitaux du Canada, notre directeur général avait bien voulu soumettre cette question au Comité d'Economie médicale. Nous avions cru qu'il était essentiel que notre Association fut représentée dans ce comité.

Et nous ne pouvons pas passer sous silence la nomination d'un visiteur de langue française pour les hôpitaux de langue française, fait qui fut rapporté au Comité d'Economie médicale et que ses membres ont apprécié avec d'autant plus de satisfaction que cette nomination a posteriori *fut faite sur l'instance du directeur général et de notre représentant au sein du Comité de classification.*

Nous avions insisté, à l'époque, sur la représentation de l'Association, du moins à titre d'observateur, dans le comité médical de l'Association d'hospitalisation du Québec (Croix bleue). La participation de l'Association, à quelque titre que ce soit et à définir selon les circonstances, à toute œuvre médicale d'importance ne peut que la faire connaître, en répandre son prestige et imposer son existence, en même temps que servir la profession et le soin aux malades. La création des sections provinciales et pour le cas actuel de la section de Québec, a permis cette participation. Le Comité d'Economie médicale en est heureux.

Le Comité de liaison comprenant des membres de votre Association et de la « Canadian Medical Association » est en opération. Nous nous en réjouissons. Et nous exprimons notre contentement parce que lors du projet de ce comité, le directeur général avait voulu soumettre pour discussion, au Comité d'Economie Médicale, un factum clair et constructif que nous avions unanimement appuyé et qui fut la base de l'instauration de ce comité conjoint appelé, à notre avis, à jouer un rôle important dans l'avenir, si on veut bien faire les efforts nécessaires pour soutenir son existence et sa vitalité.

* * *

Mais nos travaux ont porté davantage sur les statuts et règlements du personnel médical des bureaux médicaux des hôpitaux de la Province de Québec et sur le secret médical.

Ces statuts et règlements avaient été élaborés par l'Association des bureaux médicaux des hôpitaux de la Province de Québec.

Ils ont eu pour but de standardiser la tenue scientifique dans nos hôpitaux, d'y établir une fructueuse discipline et sauvegarder les justes prérogatives de leur personnel médical. Si on désire que nos hôpitaux servent bien la population et possèdent un niveau médical respectable, il faut de toute nécessité qu'on y travaille dans l'harmonie, dans un esprit de progrès et selon des normes qui soient agréées et par les médecins et par les administrateurs. Pour cela, il faut que les responsabilités et les droits y soient précisément délimités et acceptés de part et d'autre. Seuls des statuts et des règlements compréhensifs peuvent offrir ces avantages et établir définitivement des positions. Il était souhaitable que l'initiative de l'Association des bureaux médicaux fut appuyée par l'autorité de certains organismes médicaux importants comme notre Association. Ces statuts et règlements furent donc soumis à l'étude de votre comité d'Economie médicale. Nous y consacrâmes plusieurs heures. Avec le concours du président de l'Association des Bureaux Médicaux, nous y apportâmes certaines modifications et y avons donné notre approbation. Ces statuts et règlements ont été renvoyés ultérieurement à la Section du Québec de l'Association.

Le secret médical *est une loi morale qui constitue une des pierres angulaires de notre profession. Il est immanent et ne peut être*

transgressé, il découle du respect pour la personne humaine, des droits et de la liberté individuels. Si le secret médical venait à se perdre dans la complexité des modalités actuelles et futures de l'exercice de la médecine, notre profession se profanerait; elle perdrait ses caractères spirituels et prendrait rang parmi les activités mercantiles. Le secret médical ne peut être modifié ni adapté aux circonstances actuelles; c'est plutôt l'adaptation des conjonctures présentes de la pratique, au secret professionnel, qu'il faut opérer.

Nous avons étudié cette troublante question en regard des exigences administratives des organismes de sécurité, d'assurance et d'hospitalisation. Un factum a été préparé par le Dr Blais qui vous sera communiqué. Nous avons pensé qu'il serait intéressant, instructif et éminemment utile que le problème fut exposé, mais selon des perspectives différentes, par un juriste et par un théologien. De la sorte, les divers aspects du problème viendraient à notre connaissance et, plus instruits, nous serions mieux préparés à ne jamais déroger à l'impérissable loi du secret médical. Cette loi, malgré son caractère de dogme antique et, a priori *dans l'esprit de plusieurs, périmé, conserve son impérative actualité.*

Cette séance publique sera donc consacrée en entier à cette question du secret professionnel. Il m'est éminemment agréable d'accueillir à cette réunion le Père Léon Loranger, o.m.i., licencié en Philosophie et professeur de morale médicale à l'Université d'Ottawa et M. le juge R. Taschereau, de la Cour Suprême du Canada et professeur de droit civil à l'Université d'Ottawa. Ils ont accepté avec grande amabilité de se joindre à nous et de vous exposer sur le plan théologique et juridique les grands principes inhérents à cette loi morale du secret médical.

Sans aucun doute leur exposé de même que celui de notre Collègue, le Dr Roland Blais, président de l'Association des Bureaux médicaux des hôpitaux du Québec, nous traceront une ligne de conduite claire et précise en face des complexités envahissantes, sinon tracassières, de la bureaucratie qui se mêle d'office à nos actes professionnels.

Roma AMYOT.
Président.

LE SECRET MÉDICAL

EXPOSÉ DU DOCTEUR ROLLAND BLAIS,

Président de l'Association des Bureaux médicaux de la P. Qué.

Depuis quelques années la profession médicale est alertée, d'une part, par le peu de discrétion de plusieurs de ses membres qui oublient trop facilement les termes du serment prêté et d'autre part, par les pressions paramédicales qui invoquent l'intérêt du patient ou de l'hôpital pour contraindre les médecins à dévoiler certains faits acquis au cours de l'exercice de leur profession.

En face d'une telle situation, l'Association des B.M. décida, il y a un an déjà d'étudier cette question épineuse, brûlante d'actualité, chercha une solution au problème et essaya d'y remédier par des suggestions que je soumets ce soir à votre attention.

Vous me pardonnerez si je ne fais qu'effleurer la question du secret professionnel me limitant à apporter les opinions de moralistes, de déontologistes modernes et compétents sur des sujets qui sont le plus discutés.

Si des prémices sérieuses et solides sont les bases fondamentales de toute discussion, il est indispensable à mon avis de s'entendre sur la définition du secret. Les auteurs le définissent comme une chose cachée que quelqu'un a avantage ou croit avoir avantage à ne pas divulguer. Elle ne peut être dévoilée sans causer d'injustice. Sa révélation est contraire à la charité. De cette définition découle immédiatement la conclusion suivante: « Lorsqu'une

chose a été divulguée, elle cesse dans la mesure même où elle est devenue publique d'être la matière d'un secret. Ceci établi, il importe de bien situer dans son cadre le secret professionnel, car l'obligation pour autrui de garder un secret dont il a eu connaissance d'une façon quelconque peut provenir soit: 1. de la nature des choses, 2. d'une promesse ou contrat gratuit, 3. d'un contrat ou quasi contrat onéreux, d'où trois sortes de secrets: a) secret naturel, b) secret promis, c) secret confié qui peut être: simple, professionnel ou sacramentel.

Le secret confié qui nous intéresse tout particulièrement provient d'un engagement exprès ou tacite mais fait sous forme de quasi contrat onéreux puisqu'il a été la condition même de la confidence. Cet engagement crée toujours une obligation stricte de justice. Le secret confié est professionnel: si l'on s'est confié en paroles ou en actes à une personne qui, de par sa profession, a mission d'assister les autres de ses soins, de ses avis. Il affecte non seulement le médecin mais tout conseiller d'office. Le secret est donc pour le médecin tout ce qu'il a appris à l'occasion de ses fonctions, ce qu'il a vu, entendu ou compris. Le secret confié reste entièrement le bien de celui qui le possédait vivant ou mort. On ne peut donc s'en servir, même discrètement, que si l'intéressé, en pleine connaissance de cause, en donne l'autorisation ou si l'on présume à bon droit qu'il ne veut pas ou que raisonnablement il ne peut pas s'y opposer.

Etendue de notre obligation de garder le secret professionnel

L'obligation au secret professionnel, qui remontre à Hippocrate, a de tout temps été consacré: 1 — par les usages sous la forme d'une obligation morale de caractère absolu et d'ordre public; 2 — par nos règles professionnelles; 3 — par la loi; cette obligation peut devenir relative seulement dans certains cas bien déterminés, par exemple: déclarations de maladies contagieuses, accidents du travail, certificat d'internement, certificat de décès, blessures par armes à feu, cas d'empoisonnement; *(secret partagé)*.

Devant les tribunaux, quand le médecin est obligé de divulguer certains faits considérés comme confidentiels, il devra rapporter seulement les faits intéressant la cause avec un minimum de détails. Des renseignements acquis peuvent aussi être transmis à des personnes qui ont charge par exemple de mineurs ou de ceux qui ont perdu l'usage de la raison. Il peut aussi être dégagé de son secret dans certaines circonstances spéciales, quand le bien commun est en cause, par exemple: à la suite de l'examen d'un pilote, d'un conducteur d'autobus, d'un chirurgien, le médecin constatant qu'ils sont incapables de remplir leurs fonctions convenablement et exposant la vie du public. Mais toutes les fois que la révélation d'un secret devient nécessaire, on doit le réduire au minimum indispensable.

Cas particuliers

Déclaration de décès, statistiques

Ici, il s'agit d'un secret partagé et l'obligation de garder le secret existe au même titre pour le chef de la statistique et ses employés.

Statistiques hospitalières et la publication des observations médicales

Il se présente souvent dans nos hôpitaux que des médecins traitant ou non ont, pour préparer un travail scientifique, à consulter plusieurs dossiers de malades. Ceux-ci doivent cacher l'identité des personnes, ils doivent s'abstenir d'indiquer le nom, le domicile des personnes dont ils rapportent les observations, cacher leurs traits et les rendre en autant que faire se peut méconnaissables.

Ils n'exposeront les faits que pour le bien de la cause et devront respecter le présumé désir du patient pour ce qu'il ne veut qui soit communiqué.

Maladies vénériennes

Depuis quelques années, les médecins sont tenus de par la loi d'en faire la déclaration. Mais il faut être excessivement prudents.

Quand on envoie un échantillon de sang et

un prélèvement de sécrétion inscrire un numéro avec les initiales.

Par contre, on est nullement obligé d'en faire la déclaration sur un certificat de compagnie d'assurances. Bien au contraire, il est de notre devoir de ne rien révéler.

Médecins de compagnies

Le rôle du médecin de compagnie est tout à fait différent. Celui-ci n'a pas été appelé à pénétrer dans le sein de la famille. Il n'a pas pu recevoir ou surprendre quelques secrets. Le postulant vient dans ce cas-ci devant un médecin qu'il sait chargé de constater tout ce qui peut être objecté à sa proposition. Il est devant une personne représentant la compagnie, et non devant un confident habituel. Par conséquent, il n'existe pas de secret professionnel. Le médecin examinateur peut donc faire rapport de l'état de santé ou de l'état de maladie. Et, dans ce cas, qu'il indique bien quelle est cette maladie, à quel état elle est parvenue, et faire rapport complet. Tout ceci pour éviter par la suite un procès onéreux.

Le devoir du médecin, dans ce cas, est de déjouer les ruses de ceux qui cachent leurs tares héréditaires ou personnelles et d'être assez sagace pour dépister toute dissimulation. Si le médecin de la compagnie est le médecin traitant, il devra se récuser. Le médecin de la compagnie n'est pas tenu de rendre compte de ses constatations.

Le médecin et les compagnies d'assurances

Le médecin doit s'abstenir absolument de déférer aux demandes d'une société d'assurance même quand elles sont appuyées des sollicitations des intéressés pour éclairer ces compagnies sur la santé du client. (Gallard, Accepté par l'ass. Générale des Médecins de France.) (Cerise, Marcotte, Montard.)

Les intérêts apparents de nos clients ne nous délient pas de notre secret professionnel.

En cas de décès: on est tenu au secret professionnel si nos révélations peuvent nuire à notre patient.

Même décédé, celui-ci est encore participant à ce secret et le médecin ne peut en être délié par les héritiers.

Les demandes d'information sur la santé d'un de nos patients ne devraient pas être transmises directement à ces compagnies, mais devraient l'être à notre patient qui les leur transmettraient.

Dans nos hôpitaux, la photo-copie n'est pas acceptée, seulement une signature récente des malades ou des ayants droit peut être considérée.

Intérêts matériels

Le médecin qui, chaque jour, est habitué de donner ses soins gratuits aux malheureux ne consentira jamais pour réclamer des honoraires à révéler, soit directement, soit indirectement, le secret qui lui a été confié. Si la loi et notre dogme professionnel s'opposent à ce que nous venions révéler à la justice un crime que nous n'avons connu que par la confiance du malade qui est venu réclamer nos soins, ne nous exposons pas à ce que les magistrats puissent nous dire que nous savons au besoin ne plus garder le silence lorsqu'il s'agit de nos intérêts matériels. S'il poursuit, il doit libeller sa réclamation avec circonspection et réserve de manière à ce qu'elle soit claire et précise; il doit éviter toute révélation non indispensable à ce moment.

Il est admissible que la contestation du compte par le patient ou sa succession p.e. est faite dans des circonstances telles que le médecin est, pour combattre cette constatation et justifier sa créance, placé dans la nécessité de faire la révélation totale ou partielle du secret, cette révélation aura été provoquée par le maître du secret qui n'a dès lors qu'à s'en prendre à lui-même.

Avortement criminel

Quelle doit être notre ligne de conduite en face d'un avortement criminel? Voici ce qui est suggéré:

1° Les médecins devraient consigner sur *fiche spéciale* le fait que l'avortement a été provoqué, que tel ou tel moyen a été employé. Il est à conseiller aussi d'y inclure les aveux faits par la malade en présence de témoins.

2° Sur la fiche apparaîtront la signature de la malade et des témoins. Cette fiche n'ap-

paraîtrait pas au dossier, mais serait gardée en lieu sûr. Cette procédure protégerait la réputation du médecin traitant et celle de l'institution.

Pour ne pas compliquer le travail des archivistes, cette fiche sera placée au dossier, mais au départ de la malade seulement. Le dossier sera étiqueté « Confidentiel » et ne pourra être consulté qu'avec l'approbation explicite du directeur médical.

L'Hôpital et le médecin sont tenus au secret professionnel et ne peuvent dénoncer la patiente ou l'avorteur. Seule la patiente reste libre de dénoncer le ou les coupables.

Si l'avortement devient fatal, on devrait encourager fortement la déclaration ante mortem. Si la patiente décède, il faut conformément à la loi prévenir le coroner du décès.

Déclaration de décès — statistiques

Ici, il s'agit *d'un secret partagé*. Cette obligation existe aussi bien pour le Chef de la Statistique que pour ses confrères.

Attirer l'attention sur les certificats de décès pour qu'ils soient bien collés et gardés secrets vis-à-vis des entrepreneurs, membres de la famille, etc...

Dossiers

Le secret professionnel

Même si les diverses personnes qui manipulent les dossiers ne prêtent aucun serment, elles sont tenues en conscience de ne pas chercher à découvrir le contenu d'un dossier; et ce qu'elles apprennent de par leurs fonctions, elles sont tenues en conscience de ne pas le dévoiler à des personnes qui n'ont, pour le savoir, aucun titre valable.

Cette obligation peut être grave ou légère, d'après le tort que l'on ferait à la réputation du prochain, et, par conséquent — en règle générale du moins — d'après le contenu du dossier.

Le serment que prêteraient les personnes qui manipulent les dossiers ne crée donc pas du tout au tout, une obligation grave. Il ajoute à une obligation de justice déjà existante, une obligation de la vertu de « religion ».

Vu l'importance du secret et les atteintes qu'il subit trop souvent, nous croyons qu'on devrait exiger un véritable serment, et non pas une simple promesse d'honneur. Ce serment, dans le cas présent, est dit serment promissoire.

Au moment où l'on prête un tel serment, on prend Dieu à témoin que l'on est vraiment décidé à respecter le secret professionnel. Si l'on n'était pas sincère à ce moment-là, c'est-à-dire si l'on était décidé à manquer au secret, on ferait un faux serment (faute grave); mais même sans serment, il y a déjà faute grave à vouloir ne pas respecter le secret en matière importante.

Si quelqu'un après avoir fait serment, ne respecte pas le secret, sa faute contre le serment a exactement la même gravité que sa faute contre le secret: s'il fait un tort léger à la réputation du prochain, il y a faute légère contre le serment; s'il fait un tort grave à la réputation du prochain, il y a faute grave contre le serment. Mais on aura remarqué que, même sans serment, il peut y avoir faute grave contre le secret. (Evidemment, les indiscrétions faites sans aucune attention ne constituent pas une faute subjective, mais on est tenu de faire des efforts pour se corriger de cette habitude si néfaste).

On devrait clairement expliquer aux jeunes filles qui commencent un cours d'infirmières, et aux employées du département des archives, l'étendue et les limites de l'obligation qui naît du serment. De cette façon, on évitera des scrupules, mais aussi des indiscrétions qui peuvent facilement être graves.

Si une personne n'est pas capable, après explications, de prêter un serment, en toute tranquillité de conscience, elle n'est pas plus capable de contracter l'obligation naturelle de respecter le secret. Et le serment a précisément pour but de souligner l'importance de cette obligation naturelle.

Le médecin et la vérité

Etienne Martin: « Il n'est pas toujours utile de dire aux malades la vérité, mais lorsque cette vérité doit être utile au traitement et

permettre la guérison, on ne doit pas la cacher ».

V.G. Tuberculose, 1° car le patient suivra les règles d'hygiène, 2° le traitement sera plus suivi, 3° éviter l'infection de ceux qui les entourent.

Le principe fondamental qui doit vous guider est de guérir parfois, soulager souvent, consoler toujours. (Ambroise Paré).

Il trace notre devoir et nous autorise à cacher à un homme l'existence d'une maladie à évolution fatale. Il faut toujours user de tact et de jugement et se mettre à l'abri de tout reproche.

Le certificat médical

Cette question de certificat médical cause de nos jours beaucoup de discussions et d'ennuis au sein même du corps médical.

Certains prétendent que nos obligations au secret professionnel sont modifiés depuis le temps d'Hippocrate, car disent-ils, il n'existait pas dans le temps de sécurité sociale, ni de compagnies d'Assurances, que les compagnies de protection ont droit à des renseignements sur la santé ou la maladie de leurs assurés, pour être en mesure de rémunérer, à juste titre, le patient, le médecin et l'hôpital.

Ce n'est pas par crainte du bien-fondé de ces assertions que les objections s'élèvent et se formulent en général, mais sur les moyens employés pour l'obtention de ces renseignements et sur le mode de coercition que certaines compagnies d'Assurances emploient vis-à-vis des intéressés.

Essayons de mettre un peu d'ordre sur cette question afin d'en arriver à une solution qui sauvegardera le secret professionnel et satisfera aux exigences des deux parties en cause.

Tout réside à mon point de vue dans la définition du certificat médical.

Définition

Le certificat médical est une attestation ou une déclaration écrite que le *médecin délivre à un client* pour qu'il puisse en faire usage dans un but déterminé. Le certificat est rédigé en termes simples, clairs et précis.

But

Il n'a d'autre but que de décrire une lésion, énoncer un fait, attester une circonstance connus du médecin par l'exercice de sa profession.

Si nous acceptons cette définition, nous devons conclure:

1° qu'aucun certificat ne doit jamais être remis à un tiers;

2° qu'il ne doit comporter que le diagnostic et le traitement;

3° que le patient doit être mis au courant de la portée de ce certificat;

4° qu'aucun certificat médical ne doit être émis par une archiviste ou le directeur médical sans le consentement du patient ou du médecin traitant sauf dans les cas d'Assistance Publique ou prévus par la loi;

5° si une compagnie d'Assurances veut avoir des détails supplémentaires sur la maladie de notre patient, elle doit les obtenir par celui-ci.

Quand un de nos patients délègue une tierce personne pour l'obtention d'un certificat médical, celui-ci devra en exprimer le désir par écrit et sa signature récente devra apparaître sur le document, lequel est remis directement au patient.

Si des informations verbales ou écrites doivent aggraver un état de maladie ou causer la mort, il est de toute évidence qu'elles ne devront pas être données.

Le certificat pré-nuptial ne doit être remis qu'à la personne intéressée.

Si nous suivons ces directives nous ne ferons pas d'accrocs à notre conscience professionnelle, nous sauvegarderons les droits et privilèges de notre patient et de ceux qui les protègent.

Suggestions

1. — L'assermentation de tout le personnel des archives et de tous ceux qui manipulent les dossiers de nos patients.

2. — Les compagnies d'Assurances devraient s'assurer les services d'un médecin reviseur. Nous serions à l'abri du colportage

d'Assurances en Assurances de renseignements médicaux.

3. — Se prévaloir, quand nous sommes appelés à témoigner en justice, de notre privilège au secret professionnel, laissant au juge le droit de dégager la responsabilité de notre témoignage. Se soumettre à cette décision se bornant à relater les faits essentiels à la cause et le minimum de détails.

4. — Dans les cas d'avortements suivre les directives énoncées.

5. — Suivre les directives écrites antérieurement quant aux certificats médicaux.

6. — Convaincre notre entourage aussi bien civil que professionnel de leur obligation de garder scrupuleusement le silence sur les faits et personnes qui viennent en contact avec nous dans l'exercice de notre profession.

7. — Nos observations et publications médicales doivent sauvegarder religieusement l'anonymat du patient.

Si nous observons ces données, nous continuerons de sauvegarder les principes immuables d'une morale professionnelle établie par Hippocrate dès le Ve siècle, avant l'ère chrétienne, enrichie et vivifiée par l'apport chrétien et qui n'a cessé depuis lors de régir notre profession.

Toujours se rappeler que le Secret professionnel est l'un de ces principes les plus traditionnels, qu'il est absolu, que rien ni personne ne peuvent en délier le médecin, que le malade lui-même ignorant souvent ou son existence ou son étendue ne peut nous en libérer.

Le secret professionnel est un devoir moral qu'impose la loi et le dévoiler n'est pas seulement une mauvaise action, c'est un délit punissable.

Article 378 du code pénal français (modifié par la loi du 21 février 1944 et le décret-loi du 29 juillet 1939) :

« Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires par état ou profession ou par fonctions temporaires ou permanentes des secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas où la loi les oblige ou les autorise à se porter dénonciateurs, auront révélé ces secrets, seront passibles d'une amende de 24 000 à 120 000 francs.

Toutefois les personnes ci-dessus énumérées sans être tenues de dénoncer les avortements jugés par elles criminels dont elles ont eu connaissance à l'occasion de l'exercice de leur profession, n'encourent pas, si elles les dénoncent, les peines prévues au paragraphe précédent; citées en justice pour une affaire d'avortement, elles demeurent libres de fournir leur témoignage à la justice sans s'exposer à aucune peine ».

Ne jamais ignorer que le serment prêté lors de l'obtention de notre doctorat constitue une obligation grave et oblige en conscience, car il intéresse le bien public et privé, les droits de l'individu tout aussi bien que le bien et le bon renom de la profession médicale.

EXPOSÉ DE L'HONORABLE JUGE TASCHEREAU,

Juge de la Cour suprême du Canada.

C'est avec un grand plaisir que j'ai accepté l'invitation de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada, de vous adresser la parole ce soir sur une question qui touche à la fois le droit et la médecine.

Le sujet que l'on m'a demandé de traiter présente un grand intérêt pour votre profession, et d'assez grandes difficultés pour la nôtre. C'est que le droit, contrairement à la médecine qui est une science positive et où les erreurs sont nécessairement rares, est plutôt une science spéculative, et souvent ses problèmes ne peuvent se solutionner que par une intervention législative, ou par un jugement de la plus haute Cour du pays. Et c'est à cause d'une déficience de la loi, et de l'absence d'un jugement final, qu'on a donné tant d'opi-

nions diverses et contradictoires sur le secret professionnel du médecin.

Ce soir, je ne vous parle pas en ma qualité de juge, et ce que je vais vous dire n'aura pas en conséquence l'autorité de la chose jugée. Si jamais la question se présente devant notre Cour, je pourrai peut-être rendre un jugement différent, et devant cette contradiction qui pourra m'être reprochée, je serai libre de répondre ce que disait l'un de mes prédécesseurs, le Juge Mignault, à qui l'on citait son propre ouvrage sur le droit civil, « Aujourd'hui, j'ai changé d'idée ».

Avant de tenter de vous expliquer la loi qui vous régit, je dois vous signaler le grand danger qu'il y a de vous inspirer d'auteurs qui ont écrit sur ce sujet en France, en Angleterre et aux Etats-Unis, où les législations ne sont pas les mêmes. Certes, dans tous les pays civilisés, la profession médicale impose à tous ses membres une obligation d'honneur de ne pas révéler à autrui, ce qu'ils ont appris comme médecins de leurs clients, et qui en toute sécurité se sont confiés à eux. Déjà, au temps d'Hippocrate, on prêtait le serment de garder le secret, qui est également formulé dans les plus anciens documents médicaux. On a jugé et on juge encore avec raison, que le médecin est un confident nécessaire, un dépositaire du secret de la maladie qu'on lui confie, et qu'en honneur et en conscience il ne doit pas le révéler. Des mesures disciplinaires existent dans les collèges médicaux pour réprimer les indiscrétions qui pourraient être commises, et un client pourra rechercher son médecin en dommages devant les tribunaux, afin d'obtenir une juste compensation pour réparer le tort qu'une révélation indiscrète lui aurait causé.

Mais, s'il est interdit au médecin de révéler dans l'intimité ou dans une réunion sociale le secret médical qui lui a été confié, quelle est donc, et c'est l'objet de ma causerie, sa situation devant les tribunaux? Vous verrez que la loi dans les divers pays n'est pas toujours en conformité avec l'honneur et la conscience d'un médecin.

En France, la loi est d'une extrême sévérité. La loi pénale consacre le principe que le secret médical est général et absolu. L'article 378 du Code Pénal français se lit ainsi:

« *Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, les sage-femmes et toutes autres personnes dépositaires, par état ou profession, des secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas où la loi les oblige ou les autorise à se porter dénonciateurs, auront révélé ces secrets, seront punis d'un emprisonnement d'un mois à six mois et d'une amende de 100 francs à 500 francs.* »

On voit donc que non seulement la révélation faite à un tiers par un médecin d'un fait qu'il connaît professionnellement, l'expose à l'action civile en dommages, de la part de la personne lésée, mais que le médecin est également passible d'amende et d'emprisonnement. Cette prohibition de révéler le secret professionnel s'étend également au médecin appelé à témoigner en justice. S'il est appelé devant les tribunaux, il doit en pareil cas se présenter, prêter serment, mais se refuser à témoigner sur tous les faits couverts par le secret professionnel. La seule exception apportée par l'article 378, est que le médecin doit révéler le secret, seulement dans les cas où, par une loi française, il est obligé ou autorisé à se porter dénonciateur. Tel serait par exemple le cas, entre plusieurs, où un médecin serait obligé par la loi de révéler une maladie épidémique à l'autorité publique.

On s'est demandé en France, si les médecins pouvaient être relevés de leur secret médical par le juge présidant au procès. L'opinion courante est qu'il n'appartient à personne de les en affranchir. L'obligation au secret s'impose comme un devoir de leur état.

Il appartiendrait cependant au juge de déterminer s'il s'agit véritablement d'un secret professionnel. Toutes les informations qu'un médecin peut obtenir en examinant une personne n'entrent pas toujours dans le cadre du secret médical. Il serait illogique de dire qu'un médecin qui agit pour une compagnie d'assurance, pourra refuser de dévoiler en cour le résultat de ses observations sur la personne d'un accidenté qui n'est pas son client. De même, des experts nommés par le tribunal ne

pourraient pas davantage réclamer le bénéfice du secret médical pour ne pas faire part de leurs observations. C'est le juge qui, après avoir pesé les circonstances dans lesquelles le médecin a appris ce qu'il sait, décidera si oui ou non il y a secret professionnel.

Le malade cependant peut-il relever le médecin du secret professionnel? Si le secret professionnel est d'ordre public, comme il a été décidé en 1895, le malade ne peut en relever le médecin. Ce serait alors un secret qui appartient au médecin. En 1889, le tribunal de Besançon a décidé qu'après la mort du malade, ses héritiers ne pourraient pas autoriser le médecin à révéler ce qu'il a connu professionnellement.

Si au contraire, on admet que le secret professionnel est d'ordre privé, comme les tribunaux de Lyon et d'Orléans l'ont décidé plus récemment, le médecin pourra être relevé de son secret. Cette dernière solution repose sur la théorie qu'un malade qui peut lui-même révéler sa maladie peut autoriser son médecin à le faire. Contrairement à ce qui existe dans d'autres pays, et nous le verrons plus tard, en France, le secret est le secret du malade. C'est lui qui est le seul et unique juge, et non le médecin.

En Angleterre, la théorie est entièrement différente. Contrairement à ce qui existe pour la profession légale, il n'y a pas devant les tribunaux de justice de secret médical, et la jurisprudence ne sanctionne aucun privilège de ce genre. La règle du droit commun n'est plus mise en question aujourd'hui. Aucun engagement par le médecin qu'il n'y aura pas de révélation, aucun serment de garder le secret ne peuvent prévaloir contre la révélation de la vérité devant une cour de justice. Halsbury, dans « Laws of England » résume le droit anglais en disant que la relation qui existe entre un médecin et son patient n'excuse pas le premier, quelle que soit l'exigence de l'étiquette médicale, de l'obligation s'il est appelé, de donner son témoignage au complet devant un tribunal. Le médecin, dit Halsbury, est dans la même position que toute autre personne qui ne jouit pas d'un privilège particulier. Il peut être sommé de rendre témoignage dans les causes civiles ou les causes criminelles, et est passible d'emprisonnement s'il refuse de remplir ce devoir que la loi lui impose.

Dans toutes les provinces du Canada, à part la province de Québec, où nous ferons plus tard les distinctions nécessaires qui s'imposent, c'est la loi anglaise qui s'applique, à moins qu'il n'y ait une législation provinciale spéciale, qui cependant ne peut valoir qu'en matière civile. Dans l'Ontario, il n'y a pas de législation spéciale, et par conséquent, comme résultat de l'application du droit commun anglais, un médecin ne peut refuser de témoigner devant les tribunaux civils ou criminels.

La loi a été clairement définie par la Cour Suprême du Canada en 1928, dans une cause de *Halls v. Mitchell* (S.C.R. 1928, page 136). Sir Lyman Duff, l'ancien Juge en chef du Canada, parlant pour la majorité de la Cour, s'est exprimé de la façon suivante:

"Nobody will dispute that a secret so acquired is the secret of the patient, and, is under his control, and not under that of the doctor. Prima facie, the patient has the right to require that the secret shall not be divulged; and that right is absolute, unless there is some paramount reason which overrides it. Such reasons may arise, no doubt, from the existence of facts which bring into play overpowering considerations connected with public justice;"

Et plus loin, le Juge en chef dit:

"Communications made in confidence to, or knowledge acquired in confidence from members of the medical profession, are not at common law privileged from disclosure in courts of justice, as are communications to legal advisers."

On voit donc que dans les provinces anglaises, comme d'ailleurs en Angleterre, il n'existe pas de privilège. Il est bien vrai que le secret est le secret du client, qu'il est sous son contrôle exclusif, et non pas sous celui du médecin, et que le patient a en conséquence le droit de réclamer qu'il ne soit pas révélé. Ce

droit est absolu, à moins qu'il ne soit restreint par les intérêts supérieurs de la justice. Il faut donc conclure que, devant le tribunal, le médecin peut être contraint de révéler la confidence qui lui a été faite, ou la connaissance d'un fait qu'il a acquise dans l'exercice de sa profession.

Evidemment, la loi des Etats-Unis nous intéresse moins. Qu'il me suffise de vous dire qu'à l'origine, jusqu'au début du 19ième siècle, le droit du médecin de refuser de révéler le secret médical n'était pas reconnu. Cependant, dans l'Etat de New-York, en 1828, le privilège reçut la sanction formelle de la loi, et il fut fait défense d'examiner un médecin ou un chirurgien sur la nature de la maladie d'un patient, à moins que ce dernier n'eut préalablement donné son consentement.

L'article du Code de procédure civile de l'Etat de New-York tel qu'amendé, se lit aujourd'hui de la façon suivante:

"A person duly authorized to practise physic or surgery, or a professionnal or registered nurse, shall not be allowed to disclose any information which he acquired in attending a patient, in a professional capacity, and which was necessary to enable him to act in that capacity".

Environ la moitié des divers états des pays de la République voisine ont adopté cette législation de l'Etat de New-York, et le privilège est maintenant officiellement reconnu.

Dans la province de Québec, la loi est moins explicite que ce texte précis. Il importe en premier lieu de distinguer entre les diverses juridictions où le médecin est appelé à témoigner. S'il témoigne devant une cour criminelle, ou devant la Cour de l'Echiquier, où s'exerce la juridiction fédérale en matière de procédure, il n'y a pas de doute que c'est le droit commun anglais qui s'applique, vu qu'il n'y a pas de législation fédérale spéciale en vigueur adoptée par le Parlement central. En conséquence, le privilège n'existe pas, et comme en Angleterre, le médecin peut être contraint de témoigner et de révéler ce qu'il a appris professionnellement.

En matière civile, la situation est différente. Le Code de procédure civile ne couvre pas le cas des médecins. En effet, l'article 332 de ce Code se lit de la façon suivante:

« *Un témoin ne peut être contraint de déclarer ce qui lui a été révélé confidentiellement à raison de son caractère professionnel comme aviseur* religieux *ou* légal, *ou comme fonctionnaire de l'Etat lorsque l'ordre public y est concerné* ».

Cependant, l'article 60, para. 2 de la loi des médecins et chirurgiens de la province de Québec contient une disposition à peu près identique, et c'est là que nous trouvons la seule protection accordée au patient ou au médecin sur la révélation du secret professionnel médical. Il est ainsi rédigé:

« *Un médecin* ne peut être contraint *de déclarer ce qui lui a été révélé à raison de son caractère professionnel* ».

Il n'y a pas d'erreur que cet article de la loi qui régit le corps médical, est surtout remarquable par la confusion dans laquelle il peut nous entraîner.

En Angleterre, et dans les provinces anglaises du Canada; en France et aux Etats-Unis, comme en matière criminelle dans tout notre pays, il est reconnu que le secret est le secret du client. Devant les tribunaux en Angleterre et dans les provinces anglaises du Canada, le privilège n'existe pas afin de satisfaire les intérêts de la justice. Dans la moitié des Etats-Unis, le médecin ne peut pas être questionné sur la nature de la maladie de son client ou sur le traitement qu'il a prescrit; en France, il existe une défense absolue, sous peine d'amende et d'emprisonnement, de dévoiler la maladie du patient.

Mais ce n'est pas la même chose ici qui existe. « Un médecin, dit la loi, ne peut être contraint de dévoiler ». C'est donc lui qui serait le juge, libre de déterminer, si oui ou non, il révèlera ce qu'il a appris. Le secret, serait non pas celui du client, mais bien celui du médecin.

Il n'y a qu'une absence de contrainte, et c'est tout. Pas de prohibition de parler; pas

de défense de questionner le médecin; pas de sanction si ce dernier, qui tout au plus ne peut être contraint, décide de témoigner. Il semblerait que le patient n'a rien à dire, celui-là même qui en toute confiance a révélé à son aviseur médical, les troubles que souvent même, il cache à sa propre famille. C'est, à mon sens, ce que signifie ce texte qui me paraît d'une très grande clarté.

Il arrive souvent devant les tribunaux que le client relève le médecin du secret professionnel, ou que le juge prenne la même initiative, et ordonne au médecin de témoigner. Avec le texte que j'ai cité et qui est la seule loi en la matière dans la province de Québec, la valeur de ces autorisations me paraît plus que douteuse. Si la limite ultime du secret médical devant les tribunaux civils, est que le médecin ne peut être contraint, peut-il l'être, même si son client l'autorise à témoigner? Certainement, si un patient autorise son médecin à dévoiler la maladie dont il a souffert, le médecin sera plus à l'aise pour parler; il y aura évidemment moins d'entraves pour lui permettre d'exercer la discrétion que la loi lui donne; mais je doute fort que cette autorisation du patient crée une obligation chez le médecin, et fasse naître une contrainte à laquelle la loi refuse de l'assujettir.

Ce que je viens de vous dire me paraît bien être la jurisprudence de la province de Québec. Pour ne citer que quelques jugements, je vous dirai qu'en 1927, dans une cause de *Hébert* v. *La Cie d'Assurance La Sauvegarde* (66 C.S. 1928 page 36), M. le Juge Desaulniers décidait:

« *En matière de secret, la condition du médecin est donc voisine de celle du directeur de conscience et de l'aviseur légal. Tout ce qu'ils apprennent, l'un en confessant, les autres en conseillant ou en auscultant, est réputé confié à eux sous le sceau du secret. C'est une obligation absolue qui ne peut céder devant aucune considération. Elle ne peut être levée par le consentement de celui qui s'est confié. Elle est d'ordre public* ».

Subséquemment, en 1935, dans une cause de *Mutual Life Insurance Co.* v. *Lamarche* (C.B.R. Vol. 59 page 522), M. le Juge Rivard disait:

« *Rappelons encore, d'un mot seulement, qu'en Angleterre, sauf sans doute le caractère parfois injuste que peut prendre la divulgation d'une confidence, le secret médical n'est pas reconnu en vertu de la loi commune.*

Chez-nous, le secret médical existe, dans les conditions déterminées par la Loi des médecins et chirurgiens, art. 60, citée plus haut. C'est beaucoup plus que l'objection morale de l'opinion anglaise; c'est beaucoup moins que le secret absolu de l'école française. En tout cas, cet art. 60 est notre seule règle.

A la simple lecture de cet article, le caractère social et l'inviolabilité absolue du secret disparaissent. En effet, le médecin peut parler; on ne peut l'y contraindre, voilà tout. Ce n'est donc pas l'intérêt de la société qui détermine le silence du médecin, à moins qu'on suppose que le médecin est l'arbitre souverain en ce qui concerne l'ordre public. Si au regard du législateur l'ordre public était ici en jeu, le médecin qui révèle un secret devrait pouvoir être puni; sous nos lois, il n'encourt aucune pénalité, il ne commet aucun délit.

Le secret médical, chez-nous, n'est donc pas absolu. Il est relatif. De qui est-il la propriété? Il devrait appartenir au patient; et celui-ci pourrait donc délier le médecin. Ce serait logique.

Cependant, d'après notre texte, il semble que le médecin soit aussi maître du secret. En effet, il ne peut être contraint de parler, mais il est libre de parler, s'il le veut. Et, sauf s'il peut encore être relevé du secret, on arrive à cette étrange solution que le médecin peut se taire quand même son patient voudrait qu'il parle, et que d'autre part il peut parler quand même son patient voudrait qu'il se taise ».

Enfin, en 1942, dans une cause de *Non-Marine Underwriters* v. *Dusablon & Germain* (Revue de J. Vol. 48, 1942), la Cour d'Appel a eu à se prononcer sur l'obligation qu'avait un avocat de révéler devant les tribunaux des confidences reçues de son client. En vertu du

Code de procédure civile (art. 332), l'avocat et l'aviseur religieux sont placés sur le même pied que le médecin, et comme ce dernier, ils ne peuvent être contraints de déclarer ce qui leur a été confié en leur qualité d'aviseur légal ou religieux. Ce qui est dit dans la cause ci-dessus s'applique par conséquent au médecin. Or, il a été décidé qu'un avocat qui a reçu une confidence sous le sceau du secret professionnel, ne peut la divulguer qu'avec la permission de son client, et même avec cette permission, il peut refuser de parler. Dans cette cause, M. le Juge Galipeault s'exprime de la façon suivante:

« *Dans mon opinion, il importe peu que celui qui a fait les confidences veuille délier son aviseur du secret professionnel; ce dernier sera toujours libre de ne pas témoigner sur le sujet, de ne pas parler* ».

Tous les tribunaux s'accordent, comme on peut le voir, sur la question essentielle, et répondent que le fait pour un patient de relever son médecin du secret professionnel, n'oblige pas ce dernier à parler, et que même il peut parler, s'il n'en est pas relevé. La seule divergence porte sur la question de savoir si le secret professionnel est d'ordre public ou privé. Dans la cause de *La Sauvegarde* et dans celle de *Non-Marine Underwriters,* on a décidé que ce secret était d'ordre public, tandis que dans celle de *Mutual Life* on a décidé qu'il était d'ordre privé.

Je m'accorde avec ce que disait M. le Juge Galipeault dans la cause de *Non-Marine Underwriters* quand il s'exprimait de la façon suivante:

« *Et que dire du secret professionnel? Il est sacré: A mon sens, il n'intéresse pas seulement et le mandant et le mandataire, en l'espèce, et le client et le professionnel, mais encore la société; il est d'ordre et d'intérêt public* ».

Il s'agit bien en effet d'un secret d'ordre public où toute la société est intéressée. L'intérêt social exige un bon fonctionnement des professions libérales dont les membres ont une mission sociale à remplir. La société doit veiller à ce qu'avocats, notaires ou médecins, s'acquittent loyalement de leur tâche qui est d'intérêt public. Il n'y a pas que l'intérêt du client qui soit en jeu, car si tel était le cas, ce dernier pourrait relever son médecin du secret médical et il y aurait, en conséquence, obligation de parler. Au contraire, s'il s'agit d'une question d'ordre public, le fait de relever le médecin du secret n'engendre pas l'obligation de témoigner.

D'ailleurs, notre Cour, la Cour Suprême du Canada, a récemment déclaré dans un arrêt de *Pauzé* v. *Gauvin,* que la Loi des Architectes était une loi d'intérêt public, et sûrement, l'ordre social est moins intéressé au bon fonctionnement de la Corporation des Architectes de la province de Québec, qu'à la mission qu'ont à remplir les membres des professions libérales.

Il arrive assez fréquemment que le juge au procès prétende relever le médecin de son secret médical et l'oblige de témoigner. Je crois que cette pratique est illégale, et qu'elle n'est autorisée par aucune législation dans la province, ni civile, ni criminelle. Comme en France, il appartient au juge de dire si les conditions requises pour qu'il y ait secret professionnel existent ou non. M. le Juge Rivard, dans la cause de *Mutual Life,* donne ainsi son opinion:

« *Il appartient au tribunal de prononcer sur la nature des révélations qui doivent être tenues pour confidentielles... c'est à lui, non au médecin, de dire dans chaque espèce, d'après les circonstances et les faits déjà connus, s'il y a lieu pour le médecin d'invoquer le secret médical* ».

L'honorable Juge Galipeault partage les mêmes vues quand il dit, dans la cause de *Non-Marine Underwriters*:

« *Il incombera toujours, d'après moi, aux tribunaux d'apprécier les circonstances dans lesquelles les confidences ont été faites, et de décider, s'il existe bien un secret professionnel* ».

Mais le juge outrepassera certainement ses pouvoirs, si ayant décidé qu'il y avait un se-

cret professionnel, il prenait sur lui de relever le médecin de son secret et de le contraindre à témoigner, quand la loi des médecins et chirurgiens dit clairement *que le médecin ne peut être contraint.*

Si, en vertu de notre loi, la divulgation du secret est laissée à la discrétion du médecin, il est cependant des cas où il doit nécessairement parler. C'est que la loi lui en impose l'obligation, et fait naître un levoir légal. C'est ainsi qu'en vertu des lois provinciales, le médecin a l'impérieux devoir de déclarer à l'autorité sanitaire toutes les maladies contagieuses. Il doit également fournir à la Commission des Accidents du Travail, des rapports sur la nature de l'accident d'un ouvrier qu'il a traité; des certificats aux asiles d'aliénés sur l'état mental des patients qui y sont admis; certifier le décès d'une personne décédée ainsi que la cause du décès; et enfin, déclarer les cas de maladies vénériennes qu'il a sous son contrôle ou sous ses soins.

Et voilà, Messieurs, un bref aperçu de la législation sur le secret professionnel. Pendant toutes les années où j'ai exercé ma profession d'avocat, je me suis toujours efforcé d'en être le gardien fidèle. Soyez sans cesse jaloux de la confiance que l'on met en vous. Que rien, pas même la consultation sans autorisation, avec un autre médecin, ne vous justifie de révéler la confidence que vous a faite votre client. L'avocat, le médecin, le confesseur, sont vis-à-vis la loi, sur un pied d'égalité. Dans l'intimité, on doit observer un silence complet. Devant les tribunaux civils, que la discrétion soit absolue; qu'elle soit à la hauteur de la profession, et du serment qui a été prêté, afin que jamais, un patient n'ait l'impression que la médecine, comme le droit, ne sont pas de véritables sacerdoces.

On peut avec raison se demander si la loi de la province de Québec est juste pour le patient et pour le médecin. Devant les tribunaux criminels, la confidence peut être révélée. Devant les tribunaux civils, la discrétion du médecin doit s'exercer. Ce n'est plus le secret du patient, mais le secret du professionnel. Pour ma part, je n'aime pas cela, et je crois que la loi devrait être amendée. C'est à vous, Messieurs, de réclamer les changements nécessaires, afin d'augmenter davantage la belle confiance qu'inspire déjà, et doit inspirer toujours la profession médicale.

EXPOSÉ DU R. P. LÉON LORANGER, O.M.I.,

Professeur de déontologie à la Faculté de Médecine de l'Université d'Ottawa.

Tout en vous remerciant de la confiance que vous me témoignez en m'associant à vos délibération,s permettez-moi surtout de vous féliciter de la manière dont vous tentez la solution des problèmes que pose à votre profession, l'obligation morale du secret professionnel.

Fidèles à cette noble tradition de la médecine française, dont vous êtes les représentants en Amérique: tradition qui a toujours vu dans votre art, plus que la mise en œuvre d'un ensemble de techniques scientifiques; qui s'est toujours opposée énergiquement à la dépersonnalisation de la médecine; qui a toujours considéré l'acte médical comme la rencontre de deux hommes libres: fidèles à cette tradition humaniste et chrétienne, vous n'avez pas voulu, afin de ne pas fausser la réalité, séparer le secret médical des considérations scientifiques, juridiques et morales qui l'incarnent. Cette attitude, Messieurs, vous honore et augmente en nous, profanes, vos patients d'aujourd'hui ou de demain, notre confiance et notre respect.

Des deux exposés précédents, faits avec un ordre et une clarté que je voudrais bien donner au mien, il s'ensuit que le problème à l'étude consiste, en somme, dans une certaine adaptation du secret médical à l'état présent de la science, aux fluctuations de la jurispru-

dence, et aux modalités qui concrétisent la pratique médicale actuelle.

Monsieur le docteur Blais vient d'exposer de façon claire et pratique, les situations médicales et paramédicales, très complexes, toujours délicates, quelquefois angoissantes, qui compromettent l'intégrité du secret professionnel. Et, parce qu'il a le cerveau clair, bien ordonné, il est allé d'instinct au fond du problème, à ce centre lumineux qui en éclaire tout le reste: sa moralité. Et cela, avec une sûreté de touche qui ferait honneur à un moraliste de carrière. Mais, non content d'être moraliste, il s'est même fait casuiste!

Hélas! ce faisant, il m'a enlevé mon sujet de discours. Cependant, loin de le lui reprocher, il me faut plutôt le féliciter; car, passant ma vie à dire aux futurs médecins qu'ils ne devront jamais séparer médecine et morale, j'aurais certes, mauvaise grâce à protester, quand on met en pratique mon enseignement!

Je reprendrai donc le problème de plus haut, en essayant d'établir le climat intellectuel et moral dans lequel vous essayerez de résoudre les cas qui se présenteront à vous. Il s'agit, donc, de trouver et de déterminer un point de vue qui éclairera toute cette matière, complexe et confuse, comme tout ce qui est expérience et vie.

Pourquoi la morale nous fait-elle un devoir de taire un secret? Il est évident que la révélation d'un secret qui entraînerait des dommages matériaux ou moraux, est défendue par le précepte de la charité. Dans le cas d'un secret confié ou promis, comme il y a contrat tacite ou formellement exprimée, il y aurait de plus une faute contre la justice. Mais, ce qui est moins évident, et cependant d'importance capitale, car là se trouve la racine métaphysique de l'obligation au secret, c'est que la divulgation d'un secret confié, promis ou même surpris, constitue une violation, du droit à l'intimité, de la personne humaine. Toute vie est, par définition, immanente, intime, et lorsque cette vie est humaine, cette intimité devient un droit. La personne humaine a droit à ce qu'on n'étale pas sa vie au grand jour: elle a droit au secret. Ce grand juriste doublé d'un philosophe, qu'est Georges Renard, a très bien mis en lumière ce droit à l'intimité. Par contre, un grand nombre de juristes modernes, toujours enclins à rapporter l'existence d'un droit à l'intervention d'un acte de la volonté, ont tendance à ignorer l'existence du secret naturel. Cependant, il naît à chaque instant de nos vies; et il constitue un des droits fondamentaux pour lesquels des hommes meurent, de nos jours, afin de protester contre l'envahissement de la conscience humaine par les agissements des états totalitaires.

Mais il y a une autre raison pour laquelle le secret est nécessaire à la profession médicale: c'est qu'il garantit la qualité technique des soins.

Pour comprendre et prescrire, le médecin doit savoir, et souvent, bien au delà des limites apparentes du mal physique ou moral L'action médicale pénètre et doit pénétrer au plus intime de la personnalité. L'unité de cette personnalité ne s'accordant pas d'une action médicale se limitant aux seules causes biologiques: une médecine efficace a des exigences psychologiques et morales. Or, le malade ne dira tout, que s'il est assuré que seul le médecin le saura, qui s'en sert pour le soigner. Le secret conditionne donc la confiance, et celle-ci à son tour, livre au médecin les renseignements dont il a besoin. Voilà indiqués sommairement la nature et l'importance du secret médical.

La discrétion professionnelle, c'est pour le médecin, comme vient de le dire Monsieur le docteur Blais, de taire « tout ce qu'il a appris à l'occasion de ses fonctions, ce qu'il a vu, entendu et compris ». Voilà certes, une excellente formule, digne d'un gentilhomme, d'un praticien prudent, expérimenté et charitable. C'est aussi une excellente recommandation pour la vie pratique: on y trouve le souci de respecter le secret naturel, aussi bien que le secret promis ou confié.

Seulement, il faut bien dire, afin d'éviter les imprécisions, que tout ce que le médecin découvre et connaît à *l'occasion* de l'exercice de sa profession, ne saurait être objet du secret

professionnel, au sens strict. Permettez-moi donc cette précision et une courte explication.

Ce que le médecin connaît à *raison* de l'exercice de sa profession, c'est-à-dire par les déclarations spontanées ou provoquées, et par l'examen du malade: voilà l'objet propre et formel du secret professionnel. Tout le reste peut tomber sous le secret naturel, qui évidemment oblige les médecins comme tout le monde, soit gravement, soit légèrement, selon la nature, l'importance et la qualité des faits.

La matière directe, immédiate du secret médical c'est donc la maladie, dans tel malade, avec ses composantes biologiques, pathologiques, psychiques, morales et sociales.

Cette maladie est d'abord chose privée. L'homme, à tous les niveaux, est un tissu de relations physiologiques, affectives, intellectuelles et spirituelles. Mais ces relations sont constamment affectées d'un coefficient de précarité. Un jour, c'est la rupture de l'équilibre, c'est la maladie qui s'installe en nous et met en question, avec angoisse, existentiellement, tout notre être. Il n'y a rien de plus personnel, de plus privée, que *notre* maladie, si ce n'est notre amour.

Mais il est également vrai que la maladie est aussi fait social, créant des dangers sociaux de plus en plus évidents, exigeant aussi de plus en plus une organisation sociale, soit pour être traitée, soit pour être prévenue et dépistée.

Elle est un fait social par l'hérédité et la contagion; et il est certain que la société ne ferait pas son devoir si elle s'obstinait à méconnaître ce caractère social de la maladie, dans son origine, son développement et ses conséquences.

Elle est encore fait social par le genre de traitements qu'elle réclame. L'emploi des méthodes diagnostiques et thérapeutiques modernes exige le concours de spécialistes, l'usage d'analyses, d'appareils de précision dont ne peuvent disposer tous les médecins. Dès lors, il impose des frais tellement considérables que la plupart des malades devraient y renoncer s'ils étaient seuls à les solder. Si l'on ne veut pas réserver le bénéfice des découvertes biologiques, physiques et médicales aux seuls riches, il faut donc, pour les moins fortunés, l'aide de la société. La reconnaissance de cette nécessité est le fondement des lois de sécurité sociale, dont on peut critiquer les modalités et le fonctionnement, mais dont personne n'oserait maintenant nier la justice fondamentale.

Enfin, les découvertes modernes permettent la détection des maladies à peine commençantes, ou menaçantes. Dès lors, apparaît la nécessité d'un dépistage qui suppose des examents médicaux, des services d'hygiène, des fiches sanitaires.

Mis en face de cette situation, le médecin moderne, individualiste par éducation et tradition: et justement: car l'acte médical est un acte singulier, intime, d'homme à homme: — se trouve dans l'obligation d'agir, pour ainsi dire, sur deux plans: le plan purement individuel, et le plan social. Il est comme divisé en lui-même, et souvent il ne sait pas lequel il doit subordonner à l'autre.

Personne n'a le droit d'être scandalisé ou surpris, s'il n'a pas encore résolu tous les problèmes que lui impose cette dichotomie. Entraîné d'une part, par une évolution sociale tendant de plus en plus à sacrifier l'individu à la collectivité; et d'autre part, par une évolution de la biologie qui, partant de la doctrine Pastorienne, aboutit par la notion de contagion et de son évitabilité, à la nécessité de mesures protectrices, d'un cordon sanitaire placé non seulement autour des peuples, mais de l'individu lui-même, lequel est considéré comme une véritable industrie insalubre et par surcroît ambulante: — comment ne serait-il pas perplexe, ce pauvre médecin, qui ne demande qu'à bien faire?

En face de ces faits indéniables et de toutes leurs conséquences, comment maintenir le secret médical dans toute sa rigueur? Ne faut-il pas lui apporter certaines atténuations que le bien social rend désirables, et même nécessaires? C'est là le problème à l'étude, ce soir.

Pour le résoudre, il y a deux attitudes malheureusement existantes, du moins comme tendances: dire que le secret médical est ab-

solu et ne comporte aucune atténuation; ou bien le sacrifier chaque fois qu'il s'agit du bien de la collectivité. Ces deux attitudes, Messieurs, sont fausses, et en les adoptant, l'une ou l'autre, vous vous engageriez dans des voies qui ne pourraient que vous mener à la perplexité et à la confusion intellectuelle et morale. La bonne voie se trouve dans une troisième attitude, qui garde le respect du secret, mais en tenant compte des situations concrètes et de la hiérarchie des valeurs, l'assouplit et l'applique prudemment.

Un seul secret est absolu et ne comporte pas d'exception: c'est le secret sacramentel. On ne peut concevoir, du côté du confesseur, de situations ou de raisons, justifiant sa révélation.

Dans un discours à l'Union médico-biologique italienne en 1944, Pie XII déclarait: « Parmi les devoirs qui dérivent du huitième commandement, il faut aussi signaler l'observation du secret professionnel, qui doit servir et sert, non seulement à l'intérêt privé, mais plus encore à l'avantage général. Même sur ce terrain aussi, peuvent surgir des conflits entre le bien privé et le bien commun, ou aussi entre les divers éléments et aspects du bien public lui-même; conflits dans lesquels il peut paraître parfois extrêmement difficile, de mesurer et de peser avec exactitude le pour et le contre, entre les raisons de parler et de se taire. Dans une telle perplexité, le médecin consciencieux demande aux principes fondamentaux de l'Eglise chrétienne, les normes qui l'aideront à s'engager dans la voie droite. Ces normes, en vérité, tandis qu'elles affirment nettement, surtout dans l'intérêt du bien commun, l'obligation du médecin de maintenir le secret professionnel, ne reconnaissent pas à ce secret une valeur absolue. Il ne serait pas en effet convenable au bien commun lui-même, si ce secret devait être mis au service du délit ou de la fraude ».

De plus, l'ensemble des théologiens catholiques admettent des causes excusantes du secret médical. Par exemple: le consentement du malade; le bien commun, et l'autorité de la loi en matière de légitimes exigences du bien public, comme la sécurité des grands services publics, la déclaration des naissances, les maladies épidémiques; le bien d'un tiers; le bien du client; et en certain cas très rares et très graves, l'intérêt personnel du médecin.

La thèse du secret médical absolument inviolable, ne saurait donc être maintenue.

D'autre part, la deuxième thèse qui consiste à sacrifier le secret dès qu'il s'agit de médecine administrative ou sociale: ah! non, par exemple! Là, il faut que la profession médicale s'insurge, et ne plie que devant de justes et raisonnables exigences. La médecine sociale, c'est bien; mais il ne faut pas tout de même, que son triomphe devienne la mort des libertés médicales. De plus en plus, nous sommes, vous médecins et nous patients, les victimes d'une bureaucratie centralisatrice, tatillonne, indiscrète, méfiante et inhumaine. On ne nous fera tout de même pas croire, que tous ces contrôles et renseignements médicaux, pour écoles, hôpitaux, institutions de bienfaisance, assurances, voyages, emplois, pensions, et que sais-je encore, sont nécessaires dans tous leurs détails. Est-il vraiment nécessaire de remplir des feuilles et des feuilles, racontant nos petites histoires, anciennes et récentes, celles de nos parents: père, mère, femme, frères, sœurs et enfants! Dans tout cela, que reste-t-il du secret? Et vous médecins, que vous faut-il dire, grands dieux, au sujet de vos patients: aux compagnies d'assurances, aux hôpitaux, aux municipalités, aux gouvernements fédéral et provinciaux, aux agences de bien-être social, etc., etc. Encore une fois, que reste-t-il du secret professionnel? Et qu'on ne nous dise pas que ces renseignements sont confidentiels et que seules des personnes astreintes au secret médical peuvent les consulter. Et bien non: personnellement, je n'ai aucune confiance dans ce secret partagé par automatisme administratif et répercussion indirecte; et puis, où s'arrête le cercle de ces auxiliaires astreintes à mon secret? à l'infirmière principale, au chef de bureau, à la dactylographe où à la femme de

ménage. Non, messieurs, à moins d'une vigoureuse réaction de la profession médicale et une intelligente éducation du public, nous verrons, non pas l'évolution ou l'adaptation du secret médical, mais son abolition.

Est-ce à dire qu'il ne faut pas collaborer avec les agences administratives de la médecine sociale et privée? Pas du tout. Rien n'est plus loin de ma pensée. Collaborez honnêtement: oui; mais défendez énergiquement vos droits qui ne sont au fond que nos prérogatives à nous patients, et vos devoirs à vous médecins. C'est entendu: la médecine est dorénavant sociale, et elle doit le rester. Mais elle ne doit pas devenir socialisée: autrement elle sera étouffée dans les mailles des filets bureaucratiques.

Je vous avoue que cette collaboration n'est pas facile, et qu'il nous est impossible, aussi bien à l'honorable Juge Taschereau qu'à moi-même, de vous indiquer des solutions pour tous les cas qui se présentent à vous. La casuistique ne saurait suffire, car elle ne peut saisir toute la richesse et la diversité du réel. C'est aux grands principes qu'il faut faire appel, à de profondes analyses de chaque problème, et surtout à cette vertu qu'Aristote appelle « épickie »: surtout en cette matière du secret professionnel.

Ecoutez ce texte plein de sens: c'est ce qu'il y a de mieux dans mon discours, et il est de saint Thomas: « Les actes humains pour lesquels les lois sont faites, sont des cas singuliers et concrets, variables à l'infini; il est donc impossible d'établir une règle universelle. Les législateurs considèrent ce qui arrive d'ordinaire, et s'en inspirent pour faire une loi, dont l'observation, en certain cas extraordinaires, irait contre la justice et le bien public que la loi entend précisément sauvegarder. En pareil cas, obéir à la loi, ce serait mal agir; au contraire, c'est bien agir que de négliger la lettre de la loi pour faire ce qu'exigent la justice et le bien public. Telle est la fonction de l'« épickie » que nous appelons « équité ». (II-II, q. 120, a.1.)

Que cette manière d'appliquer la loi soit chose délicate et susceptible de graves abus quand elle est confiée à des gens qui manquent de jugement et de prudence: c'est évident. Mais il ne faut pas, à cause de cela, nous engager dans une impasse et déclarer qu'il n'y a pas pour le secret professionnel, de dérogations légitimes.

Messieurs, vous avez fait preuve de ce sens moral dans vos délibérations et dans les suggestions présentées par Monsieur le docteur Blais, à propos du secret médical; quitte à l'honorable Juge Taschereau de se prononcer sur la valeur juridique de ces mêmes recommandations.

Je me permettrai, en terminant, une suggestion, moi aussi. C'est que la solution de ce problème du secret médical, semble devoir s'élaborer dans le sens suivant: donnez tous les certificats, renseignements voulus: mais au patient, libre d'en disposer comme il lui conviendra et selon ses devoirs et obligations. Travaillez d'après ce principe en tous les domaines, privés et publics, de votre activité professionnelle. Préconisez des solution basées sur ce principe; tâchez de l'incorporer à la législation; faites-le admettre par les directeurs des services administratifs de vos hôpitaux, de vos agences de bien-être social, par les œuvres de secours, etc. Ne vous faites pas les fonctionnaires de qui que ce soit: gardez votre indépendance, votre liberté d'action. Que le médecin traite son patient, et que le patient remplisse *lui-même* ses obligations vis-à-vis la médecine administrative et sociale. Il faut sans cesse travailler en ce sens, personnellement, et par l'entremise de vos sociétés médicales.

Le problème à l'étude ce soir, n'est qu'un de ceux qui vous confrontent: mais il est symptomatique. A moins d'une vigoureuse réaction en faveur des pratiques et des principes traditionnels de votre profession—(je ne parle pas des routines, des manies ou des scléroses): principes et pratiques, éclairés, approfondis et même assouplis, à la lumière de la morale catholique: — vous faillirez à votre mission sociale. Les caractères fondamentaux de l'acte médical s'altèreront, les rapports entre médecin et patient se videront de leur

contenu psychologique et spirituel; les libertés médicales s'affaibliront, et vous vous verrez menacés de plus en plus de collectivisme et de fonctionnarisme. Cela, nous les patients, les malades, ne le voulons pas. Ce que nous voulons, c'est un homme, libre dans son action professionnelle, à qui nous puissions nous adresser en toute confiance, qui respectera intégralement notre personnalité et nos confidences, et qui en s'approchant de nous avec délicatesse, savoir et charité chrétienne, sera ce qu'il y a de plus noble et de plus beau dans toutes les professions humaines: *mon médecin.*

* * *

Messieurs,

Il me reste un bien agréable devoir, c'est celui de remercier les trois conférenciers que vous venez d'entendre. Je le fais au nom de notre Association, en celui du Comité d'Economie Médicale et en votre nom, chers collègues, qui avez par votre présence attentive participé à cette assemblée.

Je crois qu'en traitant du secret médical au cours de cette réunion, nous avons non seulement enrichi nos connaissances sur ce sujet fondamental, mais aussi contribué à répandre dans le grand public la notion du respect que le médecin témoigne à la personne humaine, aux malades qu'il traite, parce que imprégné de ce sentiment, il le conserve et le cultive comme un dogme inviolable.

En concordance avec notre culture spirituelle, selon notre civilisation chrétienne, selon le sens de la liberté de l'individu et de la dignité de l'homme, couplés au caractère intangiblement humain et individuel de la médecine, le secret professionnel ne peut périr sans que soient sapées les assises de la médecine. Et cela, quelles que soient les modalités matérielles plus ou moins changeantes de l'exercice de notre profession.

Je ne pourrais mieux terminer ces quelques remarques qu'en citant cette parole épigraphique de Louis Portes qui fut, en France, Président du Conseil National de l'Ordre des Médecins et l'apôtre le plus éminent et le plus écouté de l'éthique médical. Affirmant que le secret professionnel était, en France du moins, la pierre angulaire de l'édifice médical, il proclamait qu'il devait le rester car « il n'y a pas de médecine sans confiance, de confiance sans confidence et de confidence sans secret ».

Je laisse ce mot à vos méditations et je transmets à la population cette pensée qui traduit le caractère sacré que le médecin, depuis Hippocrate, attribue à ses actes professionnels.

De cela il ne pourra découler que respect réciproque, bien moral, en définitive une bonne et authentique médecine.

Roma AMYOT.

CORRESPONDANCE

Lettre de Paris

L'organisation traditionnelle des hôpitaux parisiens va sans doute être bouleversée d'ici quelques mois, car un fort courant d'opinions se dessine vers la fonctionnarisation du corps hospitalier.

Rappelons brièvement l'organisation hospitalière de Paris. Elle est confiée à un vaste organisme, l'Assistance Publique, dépendant du Conseil Municipal de Paris, assemblée politique qui lui donne les fonds nécessaires à son fonctionnement. Depuis la guerre, l'Etat a un droit de contrôle sur les dépenses engagées par l'Assistance Publique et ce droit est exercé par les Ministères de tutelle : le Ministère de l'Intérieur et surtout le Ministère des Finances.

Les Médecins des hôpitaux ont suivi une longue carrière de concours extrêmement difficiles, commençant par l'externat dès les premières années d'études, se poursuivant par l'internat et l'assistanat pour se terminer par le concours de Médecin des Hôpitaux. Cette ultime consécration n'arrive qu'entre 30 et 35 ans pour les plus heureux ou les plus distingués.

Le corps hospitalier comprend pour les 40 000 lits des hôpitaux parisiens: 1 800 externes, 400 internes, 400 assistants et 400 chefs de service, médecins, chirurgiens, spécialistes. Longtemps le personnel médical ne toucha que des indemnités de fonction dérisoires. Elle était fixée, pour les médemins des hôpitaux, en 1914 à 1, fr 25 (valeur or), ce qui représentait juste le prix d'un voyage en fiacre, sans le retour. Cette indemnité fut augmentée au prorata de la dévalorisation.

Les hôpitaux, à cette époque-là, étaient réservés aux indigents ou à ceux qui avaient un minimum de ressources. La Sécurité Sociale instaurée en France a changé cette mission de charité. Les hôpitaux ne sont plus gratuits. La Sécurité Sociale rembourse aux hôpitaux le prix de journée dans lequel se trouve inclus la plupart des soins courants; mais les opérations, les examens de laboratoire, les radiographies sont remboursés à part, suivant un certain barème. Sur les sommes provenant du remboursement des actes médicaux, l'Assistance Publique en prélève une certaine part. Le reste constitue une masse qui est partagée suivant une échelle hiérarchique entre chefs de service, assistants, internes et externes si bien que les indemnités touchées par le personnel médical sont plus élevées qu'en 1945, époque à laquelle la Sécurité Sociale fut établie. Toutefois, même pour ceux qui sont au sommet de la hiérarchie hospitalière, ces indemnités ne peuvent en aucune façon à elles seules leur permettre de vivre. Aussi, chirurgiens, médecins des hôpitaux, assistants ne peuvent-ils consacrer leur temps en entier à l'hôpital et doivent-ils chercher à se créer une clientèle privée.

Or, la Sécurité Sociale trouve que le prix de journée de l'hôpital est trop élevé — il s'élève actuellement en moyenne à 2 850 frs par jour — et voudrait le voir baisser. Partant d'une conception très mécanicienne de la médecine, elle trouve que l'usine, représentée par un hôpital moderne, ne travaille pas les après-midi. Quel est l'industriel qui pourrait ne faire tourner ses machines que de 9 heures à 13 heures sans faire faillite? Les appareils radiologiques pourraient travailler au moins 12 heures par jours et les examens de laboratoire se faire à la chaîne. A l'époque où l'on parle de rendement, de productivité, les hôpitaux sont en arrière du temps.

La Sécurité Sociale ne pense pas que les phénomènes biologiques ne s'accomplissent que suivant un certain rythme, que la température d'un malade ne s'inscrit que deux fois par jour. Les hôpitaux sont encombrés, les malades attendent trop longtemps avant d'être opérés, les malades séjournent trop longtemps dans les salles, dit-elle sans penser qu'on ne peut transgresser les lois de la cicatrisation, et que si les salles d'opération doivent travailler 18 heures sur 24, il faudra, pour le moins, doubler le personnel hospitalier. Qu'importe ces

objections, la Sécurité Sociale veut un meilleur rendement et pour cela, elle demande que les médecins et les chirurgiens des hôpitaux abandonnent leur clientèle privée et qu'ils deviennent des médecins hospitaliers à temps plein. Naturellement, elle leur assure des avantages financiers considérables et leur donnent également la possibilité de réserver certaines heures pour des consultations privées à l'hôpital.

D'un autre côté, il est évident que la difficulté des concours nécessitant des études complexes, la longueur de ces études, la situation matérielle des jeunes médecins, le coût d'une installation privée font que certains trouvent ces propositions alléchantes. Ne plus chercher à faire de la clientèle, se consacrer uniquement à la recherche, quel jeune médecin lancé sur la voie des concours n'a pas rêvé cette situation!

Aussi, bien que dans l'ensemble, ils soient jaloux de leur liberté et qu'ils défendent avec opiniâtreté leur individualité, beaucoup de jeunes médecins des hôpitaux ou de futurs médecins des hôpitaux sont près de se laisser tenter. Déjà deux projets de contrat ont été publiés, l'un émane du syndicat des médecins, chirurgiens et spécialistes des hôpitaux, l'autre a été fait par la Sécurité Sociale.

Ce ne sont que des avant-projets, mais leur étude se poursuit. Certes, des essais isolés ont été faits dans certaines villes de province, mais il se comptent sur les doigts de la main et ne semblent pas avoir eu de retentissement fâcheux sur l'exercice privé de la médecine, sauf à Brest où un chirurgien à plein temps attire toute la clientèle d'un département français. Le danger est grand, d'abord pour ceux qui accepteront ce nouveau mode de médecine à plein temps, car, le traitement étant fixe, si une nouvelle dévalorisation de la monnaie se fait — et nous n'en sommes pas encore à l'abri — il ne sera pas rehaussé ou le sera avec un grand retard. L'Assistance Publique n'a pas encore trouvé le moyen d'ajuster les rentes viagères qu'elle versait avant la guerre de 1939. L'essai de médecine à plein temps est limité à deux ans. Si l'expérience n'est pas concluante, on reviendra au statu quo ante, *mais le médecin des hôpitaux retrouvera-t-il sa clientèle privée qui lui permettait de vivre?*

D'autre part, cette mesure, si elle est appliquée, acheminera la médecine vers une fonctionnarisation. On commence actuellement par la tête, le corps suivra. Les médecins praticiens ne sont pas tentés par l'expérience de leurs voisins, et le Service National de Santé leur apparaît funeste, non pas tant pour eux-mêmes que pour la qualité de la médecine qui, selon eux, doit finir par se dégrader.

* * *

L'été a été néfaste à beaucoup de médecins et chirurgiens des hôpitaux. Tout d'abord, le professeur Antonin Clerc nous a quittés après avoir terminé une nouvelle édition de son précis de cardiologie qui paraîtra cet hiver. Il avait franchi depuis quelques années l'âge de la retraite. Sa culture était prodigieuse, non seulement en ce qui touchait la cardiologie, mais en histoire de l'art, en botanique et en sciences naturelles.

Le docteur François Le Sourd, directeur depuis presque un demi-siècle de la Gazette des Hôpitaux, *l'ancêtre des journaux médicaux français, a disparu aussi à plus de 80 ans. D'une vieille famille médicale, il était le frère aîné de Louis Le Sourd, médecin de l'Hôpital Saint-Joseph de Paris.*

Trois chirurgiens sont décédés au cours des vacances, tous trois, élèves du professeur Henri Hartman.

Le docteur J. Okinczyc, la conscience même, l'honneur de la profession, le docteur M. Deniker, chirurgien distingué, polyglotte érudit, G. Métivet qui entraîna tant de générations d'étudiants au concours de l'internat.

Enfin, le docteur André Ceillier, médecin des hôpitaux psychiatriques, élève de Déjerine et de Claude. Ses travaux ont surtout porté, en neurologie, sur les arthropathies des paraplégiques et, en psychiatrie, sur l'automatisme mental. Il avait écrit notamment la plupart des articles de psychiatrie dans la Pratique Médico-Chirurgicale *de chez Masson.*

André PLICHET.

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

RECHERCHES ET DÉCOUVERTES MÉDICALES

Des travaux indiquent l'existence d'une relation entre l'épilepsie et les anomalies de la grossesse et de l'accouchement.

L'excitation électrique du cerveau rafraîchit la mémoire d'événements oubliés depuis longtemps.

Les pouces employés comme moyens de diagnostic dans les paralysies.

Le traitement par l'association hormone-antibiotique augmente la survie dans les cas « désespérés ».

Un médicament qui soulage la douleur au stade terminal du cancer.

La teinture composée de benjoin prévient l'apparition de la gangrène.

Le choc irréversible mis sur le compte de l'effondrement des défenses antibactériennes.

* * *

Parmi les progrès réalisés par les savants de l'Amérique du Nord pendant le mois de juin, figurent les constatations importantes faites dans le champ de la neurologie.

Deux médecins attachés à l'Hôpital Johns Hopkins ont fait des travaux qui, selon les auteurs, semblent indiquer que certaines anomalies de la gestation et de l'accouchement peuvent être en rapport avec le développement ultérieur de l'épilepsie. Ces médecins déclarent également que les résultats obtenus soulèvent « des doutes quant à l'origine héréditaire des troubles convulsifs » (1).

Les Drs A. M. Lilienfeld et B. Pasamanick ont revu les dossiers de l'hôpital, ou de la consultation externe, appartenant à un groupe d'enfants épileptiques nés à Baltimore entre 1935 et 1952, et les ont comparés avec ceux d'un nombre égal de sujets témoins. Il ressort de cette comparaison que chez les enfants épileptiques, « le pourcentage des mères ayant eu une complication, ou plus, est de 27,7%, alors que ce chiffre est de 18,8% chez les enfants témoins, différence appréciable du point de vue de la statistique. (Dans ce rapport, une différence sera considérée comme appréciable du point de vue de la statistique lorsqu'elle atteint un taux de probabilité de 0,05). » Les complications mentionnées comme étant les plus habituellement associées à l'épilepsie étaient les toxémies, les anomalies placentaires, telles que les hémorragies de la grossesse (de cause inconnue) et le placenta prævia.

Les médecins déclarent également que « la prématurité (des poids à la naissance inférieurs à 2,500 g) est associée au développement de l'épilepsie... ». Leur classification des anomalies néonatales (convulsions, cyanose et asphyxie) a montré aussi que seulement 5,7% des sujets témoins avaient eu des anomalies néonatales, contre 17,2% chez les épileptiques.

Envisageant l'incidence de l'épilepsie chez les parents, les auteurs rapportent que dans le groupe étudié l'épilepsie est survenue aussi fréquemment chez les enfants d'épileptiques que chez ceux de parents qui ne l'étaient pas. (Ces chiffres sont limités aux parents malades et ne tiennent pas compte des antécédents familiaux complets qui furent jugés sujets à caution par les chercheurs.)

Les résultats de ces travaux semblent indiquer, d'après les auteurs, que l'épilepsie, la maladie de Little et d'autres affections peuvent constituer une composante subléthale de « la perpétuation des accidents de la reproduction. » Cette perpétuation comprend également « une composante léthale consistant en avortements, en mort-nés et en morts néonataux. »

* * *

Lors de la réunion du Congrès International de Psychologie tenue à Montréal, le Dr Wilder G. Penfield a déclaré que l'excitation électrique de certaines aires des lobes temporaux du cerveau peut faire « revivre » aux malades des souvenirs oubliés depuis longtemps (2).

Cette découverte a été faite fortuitement lors d'une intervention chirurgicale portant sur le cerveau des malades épileptiques. D'après le Dr Penfield, directeur de l'Institut Neurologique de Montréal, de réputation mondiale, la réaction a un caractère bien plus complexe que les « mouvements et les sensations élémentaires » obtenus précédemment par des excitations similaires des aires motrices et sensorielles du cerveau.

Le Dr Penfield a déclaré que l'évocation des souvenirs indique que le cerveau renferme un centre nerveux qui « enregistre » le courant de la conscience et que cet enregistrement peut être total pendant les heures de veille. L'excitation accidentelle du centre peut réactiver un petit segment de cet enregistrement et « ramener dans le présent quelque expérience antérieure avec un degré étonnant de vivacité et de précision. »

« Le malade, quoique conscient de son milieu environnant, passe alors en revue les images, les sons et les interprétations d'une expérience antérieure. » Le Dr Penfield ajoute que « dans un certain sens, le malade semble revivre le moment représenté dans cet enregistrement. »

* * *

Le Dr Temple Fay de Philadelphie a décrit une méthode permettant de classer rapidement les malades atteints d'une affection neurologique (3). Le Dr Fay a constaté qu'en observant la position du pouce d'un malade dès son entrée dans la salle d'examen, il peut dépister certains types de paralysie. Et, en cas de paralysie, quelques simples épreuves du pouce peuvent aider à déterminer la localisation et le caractère de la lésion.

Le Dr Fay a décrit les épreuves suivantes servant comme compléments précieux au diagnostic:

Si le pouce du malade tend à demeurer en flexion au niveau de son extrémité distale ou en adduction dans la paume, le clinicien « peut soupçonner une paralysie spasmodique d'origine corticale (atteinte du protoneurone moteur) imminente, présente ou au stade de récupération. »

Si, avec le bout de son pouce, un malade ne peut pas toucher, rapidement et de façon répétée, l'extrémité de l'index ou du médius, il doit être examiné à la recherche d'une affection cérébrale profonde d'origine centrale, telle que l'atteinte des ganglions de la base.

Si un malade ne peut pas toucher le bout de son nez avec l'extrémité du pouce (ou de l'index) — les bras étant d'abord étendus horizontalement sur le côté, les doigts et le pouce écartés et les yeux fermés — on doit soupçonner une tumeur cérébelleuse.

Si un malade peut porter son pouce complètement en arrière au niveau de l'articulation de l'index, il peut exister une lésion de la moelle épinière ou des nerfs cervicaux inférieurs.

Si un malade ne peut pas mouvoir son pouce de façon à atteindre le bout des doigts, le maintenir au côté de l'index ou le plier en arrière, il existe une paralysie flasque — habituellement associée à des troubles sensoriels et vaso-moteurs — relevant généralement d'une lésion des nerfs périphériques.

* * *

Selon une équipe de dix médecins attachés au Highland Alameda County Hospital à Oakland en Californie (4), l'emploi de l'ACTH (corticotropine), de la cortisone et de l'hydrocortisone, en association avec des antibiotiques, augmente considérablement les chances de survie des malades atteints d'infections extrêmement graves. Pendant une période de trois ans, le groupe, sous la direction du Dr John P. Jahn, a traité intensivement par les hormones et les antibiotiques 83 malades dont tous, à quelques rares exceptions près, étaient dans un état si grave que leur survie paraissait improbable avec les prescriptions thérapeutiques « classiques ».

On interrompit l'administration des hormones aussitôt que possible pour éviter une éventuelle propagation de l'infection. On administra les antibiotiques dans tous les cas et le traitement par les antibiotiques fut poursuivi jusqu'à trois jours après la dernière dose d'hormones. Le choix des antibiotiques — la pénicilline, la dihydrostreptomycine et la terramycine figuraient parmi les produits employés — a été fait d'après les données de la clinique et du laboratoire.

Sur 42 cas médicaux, comprenant des méningites, des pneumonies et des infections bactériennes et virales diverses, 18 malades furent améliorés de façon appréciable, 17 ont manifesté des résultats incertains et chez les sept autres on ne nota aucune amélioration. De ces 42 malades, 12 moururent. Sur 41 cas chirurgicaux, dont presque tous étaient compliqués de péritonite à la suite de perforations du tractus digestif, 16 montrèrent « des effets salutaires nets », douze « des résultats probables », deux manifestèrent des résultats incertains et onze ne témoignèrent d'aucune amélioration. Dans cette série il y eut 17 décès.

Les médecins conclurent que « chez les malades atteints d'infections graves l'adjonction d'ACTH et de cortisone à la thérapeutique par les antibiotiques, lorsque l'indication de cette dernière est bien fondée, aboutit à une diminution de la morbidité et de la mortalité... ».

* * *

Cinq médecins de Chicago ont annoncé que le médicament désigné sous le nom de chloropromazine soulage la douleur chez les malades qui ne peuvent plus obtenir un effet analgésique adéquat même après de fortes doses de narcotiques ou de sédatifs seules, et cela grâce à son activité « ganglioplégique » qui renforce et prolonge l'action des narcotiques (5).

Vingt-deux malades sur 28, traités par le Dr Max S. Sadove et ses collaborateurs, ont déclaré avoir été soulagés de façon satisfaisante des douleurs graves abdominales, osseuses et névritiques, en rapport avec des lésions malignes, après adjonction de chloropromazine aux narcotiques ou aux sédatifs administrés, qui s'étaient avérés inefficaces auparavant à calmer leurs douleurs.

Les médecins citent le cas d'un malade, qui recevait 10 mg de bromhydrate de racemorphan (dromoran) toutes les 3 heures. Après adjonction de 25 mg de chloropromazine deux fois par jour, il accusa un soulagement de la douleur avec 5 mg de racemorphan toutes les 7 heures. On trouva ultérieurement que la douleur du malade pouvait être calmée avec 2,5 mg de racemorphan à condition d'augmenter la dose de chloropromazine à 25 mg par voie orale, quatre fois par jour.

Vu ses propriétés anti-émétiques, les auteurs ont trouvé que le médicament avait un double effet dans les syndrmoes douloureux s'accompagnant de nausées et de vomissements.

Les réactions secondaires de la médication consistaient essentiellement en somnolence, en sécheresse de la bouche, en pyrosis et en une hypotension légère.

Comparé aux narcotiques seuls, les auteurs pensent que l'effet analgésique renforcé qu'ils ont observé avec la chloropromazine est dû en partie à l'aptitude de cette dernière à modifier la réaction des malades à la douleur. Dans leur description de cette réaction, les auteurs écrivent: « Ils (les malades) parlaient de leur douleur en tant que phénomène objectif; en d'autres termes, ils n'étaient plus ennuyés par la douleur, quoiqu'elle fût toujours présente ».

* * *

On a décrit une préparation concentrée de teinture composée de benjoin, servant comme couche protectrice sur les extrémités en état d'ischémie qui sont menacées de gangrène par suite de rupture imminente de la peau (6).

Dr Meyer Naide, attaché à l'Université de Pennsylvanie, a employé cette substance dans le traitement de 120 malades au cours d'une période de deux années. Les applications sont

faites au niveau des régions les plus exposées aux pressions, c'est-à-dire les premiers et cinquièmes orteils ainsi que les talons. Le nombre d'applications a varié entre 3 et 20. Sept malades seulement de la série traitée avec ce produit ont dû être amputés.

Selon le Dr Naide, « il est difficile d'estimer le nombre de mois d'hospitalisation et le nombre d'extrémités qui ont pu être sauvés grâce à cette simple mesure protectrice ».

La préparation est constituée par la teinture composée de benjoin à une concentration double de celle figurant dans la pharmacopée des Etats-Unis, 14ième revision (benjoin 10%, aloès 2%, storax 8% et tolu 4% dans l'alcool, avec une teneur en alcool absolu d'environ 80%.) On obtient la teinture à l'état concentré en la versant dans un bécher découvert, permettant ainsi à l'alcool de s'évaporer spontanément jusqu'à ce que le volume soit réduit de moitié.

* * *

D'après le Dr Jacob Fine, attaché à la Faculté de Médecine de Harvard, sommité reconnue en matière de choc, l'échec de la thérapeutique de restauration de la masse sanguine dans les cas de choc traumatique peut être attribué à un effondrement des mécanismes de la défense antibactérienne de l'organisme (7).

La théorie du Dr Fine se fonde sur des expériences qui ont montré que le degré de virulence des bactéries qui se trouvent normalement dans le foie d'un chien « augmente dans l'état de choc si on le laisse persister assez longtemps ».

Dr Fine pense que « l'absence de synthèse protéique lors des états de choc pourrait expliquer l'effondrement du potentiel antibactérien ».

Les expériences pratiquées par le Dr Fine indiquent que les antibiotiques peuvent être capables de protéger l'organisme pendant la période d'altération des défenses antibactériennes. Quatre-vingts pour cent d'un groupe de chiens qui avaient reçu 5 g par jour d'un antibiotique à large spectre, pendant une période de 6 jours, (plus un supplément de 5 g quelques heures avant le déclenchement du choc) survécurent à l'expérience, tandis que chez les animaux non traités le taux de survie n'était que de 20%.

Le Dr Fine pense que les avantages auxquels on peut s'attendre quant à la thérapeutique par les antibiotiques dépendra non seulement de la quantité de toxine qui se trouve dans le corps mais aussi de la sensibilité de l'organisme à l'égard de l'antibiotique employé et, enfin, du degré d'altération des défenses normales de l'organisme.

Selon le Dr Fine, plusieurs toxines, en dehors de celles d'origine bactérienne, sont probablement aptes à produire un état de choc résistant à la thérapeutique tendant à restaurer la masse sanguine. Néanmoins, dans les cas de choc traumatique, de quelque manière qu'il fût provoqué, résistants au traitement malgré un bilan humoral restauré, « on devra envisager l'éventualité d'une activité bactérienne surajoutée, si lointaine que soit la possibilité de la prouver par les méthodes actuelles de détection. »

BIBLIOGRAPHIE

(1) Association of Maternal and Fetal Factors with the Development of Epilepsy. *Journal of the American Medical Association,* **155**: 719, (juin) 1954.

(2) Travail présenté au Quatorzième Congrès International de Psychologie, Montréal, le 9 juin 1954.

(3) The Thumb as a Clinical Aid in Diagnostic Screening of Paralysis. *Journal of the American Medical Association,* **155**: 729 (juin) 1954.

(4) The Combination of ACTH-Cortisone-Hydrocortisone with Antibiotics in the Management of Overwhelmingly Severe Infections. *Journal of Pediatrics,* 640 (juin) 1954.

(5) Chlorpromazine and Narcotics in the Management of Pain of Malignant Lesions. *Journal of the American Medical Association,* **155**: 626 (juin) 1954.

(6) Prevention of Gangrene in Ischemia of the Foot by a Protective Coating. *Journal of the American Medical Association,* **155**: 746 (juin) 1954.

(7) Relation of Bacteria to the Failure of Blood-Volume Therapy in Traumatic Shock. *The New England Journal of Medecine,* **250**: 889 (mai) 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

E. P. ENGLEMAN, M. A. KRUPP, H. P. JOHNSON Jr, et collaborateurs. — **La fonction cortico-surrénale pendant un traitement continu et prolongé à la cortisone.** Archives of Internal Medicine, American Medical Association, **91:** (janvier) 1953.

On a observé, après l'administration de cortisone, une suppression de la fonction cortico-surrénale et de l'atrophie du cortex surrénal. Ces deux effets seraient probablement dus à la suppression de la sécrétion d'ACTH, qui entraîne une inertie du cortex surrénal. On a recommandé, pour effectuer la réactivation périodique du cortex surrénal, d'employer soit la cortisone en séries interrompues, soit des séries alternées de cortisone et d'ACTH exogène.

Engleman et ses collaborateurs, désireux de vérifier la réversibilité éventuelle de la suppression d'activité cortico-surrénale consécutive à un traitement prolongé par la cortisone, ont étudié la fonction du cortex surrénal chez 19 malades soumis pendant de longues périodes à des doses dites d'entretien de cortisone. Tous ces malades étaient traités par la cortisone, de façon continue et ininterrompue, depuis 12 à 26 mois. Cinq d'entre eux avaient déjà fait l'objet d'une étude similaire l'année précédente. La cortisone était administrée par voie buccale, à raison de doses quotidiennes s'étageant de 37,5 à 100 milligrammes; pour un malade, la dose journalière était de 150 milligrammes. Des malades hospitalisés qui n'avaient pas absorbé de cortisone ou d'ACTH servirent de groupe témoin. La méthode d'étude consistait en l'administration d'ACTH pendant plusieurs jours successifs, jusqu'à obtention de deux des trois critères suivants de réaction surrénale: 1) chute de 60% ou plus des éosinophines circulants; 2) hausse de 50% ou plus de l'excrétion urinaire des 17-cétostéroïdes en 24 heures; 3) hausse de 50% ou plus de l'excrétion urinaire des chromogènes de Porter-Silber (17, 21-hydroxy-20-cétostéroïdes) en 24 heures, avec hausse minima de 0,5 milligramme. On a continué sans interruption les doses d'entretien de cortisone *per os* pendant toute la période du test.

Les résultats des études décrites ci-dessus ont démontré la réversibilité de la suppression de la fonction cortico-surrénale consécutive à la thérapeutique continue et prolongée par la cortisone. En outre, chacun des cinq malades qui furent soumis, il y a un an, à une étude similaire montrait essentiellement la même sensibilité qu'à cette époque-là. Il semblerait donc inutile d'interrompre les séries de traitement à la cortisone ou de les faire alterner avec des séries d'ACTH quand on envisage un traitement à long terme par la cortisone.

Le fait que la plupart des malades nécessitaient une stimulation répétée à l'ACTH avant que l'on puisse démontrer une réaction adrénocorticotrope vient encore confirmer que la cortisone provoque souvent, même à des doses dites d'entretien, un assoupissement du cortex surrénal. Ceci souligne la nécessité d'une vigilance constante, en cas d'états de stress susceptibles d'exiger de plus fortes doses de cortisone, par suite de l'incapacité de réactions spontanées du mécanisme pituitaire-surrénal. Les malades soumis à un traitement par la cortisone peuvent, comme les addisoniens, avoir besoin de cortisone additionnelle pendant une maladie ou après un traumatisme. En outre, le retard de la réaction à l'ACTH pendant le traitement à la cortisone vient en-

core étayer l'observation clinique qui tient pour dangereuse une interruption soudaine de la corticonothérapie. Une réduction graduelle de la dose buccale journalière de cortisone, avant la fin du traitement, permet à la pituitaire de reprendre sa sécrétion de corticotropine endogène, laquelle entraîne à son tour le rétablissement de la fonction surrénale.

A. ERSLEV. — **Dépression hématopoïétique provoquée par la Chloromycétine.** Blood, **8:** 170 (février) 1953.

Erslev présente deux malades chez lesquels le traitement par le chloramphénicol (Chloromycétine) semblait responsable de la dépression érythropoïétique. Dans les deux cas, l'examen de la moelle osseuse et les numérations réticulocytaires furent faites avant, pendant et après l'administration du chloramphénicol.

Le premier malade — homme de 67 ans — avait joui d'une bonne santé jusqu'au moment où il contracta de la diarrhée accompagnée de fièvre, 3 semaines avant son hospitalisation. La diarrhée diminua temporairement après 2 jours de médication parégorique et pénicillinique. Cependant, la fièvre persista, et le malade s'affaiblit rapidement. Dix jours avant l'admission, il eut une nouvelle crise de diarrhée, avec celles presque noires. On lui donna de la sulfamérazine, que l'on continua pendant cinq jours, à raison de 15 grammes en tout. Son état empirant toujours, il fut admis à l'hôpital dans un demi-coma.

Pendant les trois premiers jours, il reçut 3 300 millilitres de sang et 2,5 grammes d'auréomycine. Quand le diagnostic de fièvre typhoïde eut été établi, l'on institua le traitement au chloramphénicol, consistant en un total de 85,5 grammes répartis sur une période de 25 jours. Il y eut une réaction symptomatique favorable; le malade devint apyrétique; cependant, les cultures fécales continuaient à déceler de l'*E. typhosa*. Quelques jours après l'interruption du chloramphénicol, le malade redevint fébrile, et l'on institua une seconde série de ce produit, à raison de 70 grammes répartis sur une période de 19 jours. Ainsi, ce malade absorba au total 155,5 grammes de chloramphénicol.

Chez le second malade, les cultures du sang et de la moelle osseuse furent positives au *Salmonella Montevideo*, et il reçut au total 66,5 grammes de chloramphénicol en 24 jours.

On put observer chez ces deux patients de l'anémie et de l'hypoplasie du tissu érythropoïétique de la moelle osseuse. On leur avait donné d'autres produits avant et pendant l'administration de chloramphénicol; mais quand on interrompit celui-ci, il y eut une réaction réticulocytaire frappante, marchant de pair avec la réapparition des normoblastes dans la moelle osseuse. Cette séquence indique un rapport direct entre l'administration de chloramphénicol et l'hypoplasie érythropoïétique observée.

Le chloramphénicol contient un anneau de nitro-benzène dans sa formule structurelle; et, depuis 1948, début de son emploi clinique, on le tient pour une toxine puissante de la moelle osseuse. A ce jour, on a cité 40 cas où l'administration de chloramphénicol était suivie d'arrêt de maturation ou d'hypoplasie d'un ou plusieurs éléments de la moelle osseuse. Vingt-sept de ces cas ont eu une issue fatale.

On considère toujours la dépression de la moelle osseuse provoquée par le chloramphénicol comme une complication rare. Cependant, Wilson l'a trouvée dans 2 des 62 cas qu'il a traités, et Lindau, dans 3 cas sur 8. Les deux cas décrits ci-dessus furent découverts en un mois. La connaissance de cette complication doit entraîner une observation immédiate de tous les malades qui absorbent ce produit, et l'arrêt immédiat de celui-ci devant tout signe de dépression de la moelle osseuse.

R. J. HUEBNER, J. A. RISSER, J. A. BELL et collaborateurs. — **La pleurodynie épidémique dans le Texas: Etude de 22 cas.** New England Journal of Medicine, **248:** 267 (février) 1953.

Bien que les signes qui suggèrent l'existence d'un rapport de cause à effet entre certains

virus de coxackie du groupe B et la pleurodynie épidémique (connue aussi sous les noms de maladie de Bornholm, myalgie épidémique ou grippe du diable) semblent plus importants que ceux qui lient ces virus à la poliomyélite, la méningite aseptique ou les affections comparables à la poliomyélite, les données publiées que nous pouvons avancer à l'appui de cette hypothèse se basent presque exclusivement sur l'étude de malades.

Huebner et ses collaborateurs sont d'avis qu'il conviendrait d'étudier la pleurodynie épidémique au moment où l'épidémie est déclarée et où l'on peut alors examiner dans une même communauté des sujets atteints et indemnes. Ceci a été possible lors d'une épidémie de pleurodynie dans le Nord-Est du Texas, à la fin de l'été de 1951. On lira plus tard l'étude épidémiologique faite sur une communauté de 700 personnes, dont 65 étaient atteintes de pleurodynie épidémique ou relataient une histoire de crises récentes. Le présent article traite des souches de virus de coxackie isolées chez des souris à la mamelle et provenant des selles de personnes atteintes de pleurodynie épidémique.

Résumant leurs observations, les auteurs soulignent que le fait d'avoir recueilli du virus de coxackie B-3 dans les selles de 16 personnes sur 22 qui présentaient les signes et symptômes de la pleurodynie épidémique — renforcé par la preuve des réactions d'anticorps — vient donner corps à l'hypothèse qui tient ce virus pour l'agent étiologique responsable d'une épidémie de cette affection dans le Nord-Est du Texas.

On ne peut interpréter comme ayant une importance étiologique dans la pleurodynie épidémique le fait que du virus de coxackie A-1 fut recueilli chez 4 malades dont un semblait atteint d'angine herpétique, et dont deux récélaient également du virus B-3. On sait que le virus A-1 est si répandu que son apparition, dans les circonstances ci-dessus, n'avait rien d'inattendu. Le fait que cet agent a été trouvé en premier lieu au cours de ces études illustre clairement l'erreur qui consisterait à déduire l'importance étiologique toutes les fois que l'on trouverait un virus répandu chez des sujets choisis parce qu'ils sont atteints d'une maladie tout aussi répandue.

CHIRURGIE

D. MUNRO. — **Réadaptation des malades totalement paralysés au-dessous de la ceinture. Mention spéciale sur leur rééducation ambulatoire et leur capacité de travail rémunérateur.—IV: Contrôle de l'évacuation intestinale.** New England Journal of Medicine, **248:** 43 (janvier) 1953.

Sur un total de 310 malades atteints de lésions de la moelle épinière entraînant une paralysie à partir de la ceinture, 166 avaient une fonction intestinale normale au moment où ils quittèrent l'hôpital. Trente-neuf malades, dont l'activité intestinale était normale à l'admission et devint anormale par la suite, ou dont l'activité resta anormale pendant tout leur séjour, furent renvoyés avec une activité intestinale contrôlée. Ce groupe comprend des malades qui avaient subi une lésion telle que l'intestin devait agir sur réflexe segmentaire (cordons sectionnés) ou sur une base partiellement énervée (lésions du cordon lombosacral et de la queue de cheval). C'est chez ces 39 malades que l'institution d'un réflexe conditionné, nommé rééducation de l'intestin, a été particulièrement efficace.

Tant que persiste le shock et que l'abdomen reste silencieux, on ne donne au malade ni aliments, ni liquides par la bouche. L'on insère une sonde rectale, qui reste à demeure une heure sur deux. En cas de vomissements, on institue l'aspiration de Wangesteen. Si l'estomac dilaté n'est pas rapidement décomprimé par intubation, tout ce qui entrave l'action efficace du diaphragme peut devenir une question de vie ou de mort. On vient à bout de la distension vésicale par un drainage qui fait alterner régulièrement le remplissage et le vidage. Quand le péristaltisme se fait entendre à nouveau et que l'estomac n'est plus dilaté, on donne des liquides — suivis de bouillies — par intervalles rapprochés. On augmente graduellement ce régime jusqu'à ce

que le malade absorbe un régime mixte contenant 3 000 calories et 150 grammes de protéines. Il ne faut donner aucun produit, ne faire aucune application sur l'abdomen, et surtout ne pas pratiquer de laparotomie pendant la période de paralysie intestinale. En effet, tant que la vessie reste atone ou hypertonique, ou dénuée d'activité réflexe, ainsi que le déterminent les cystométrogrammes, l'intestin est réglé par lavements. Dès que l'action réflexe de la vessie indique un retour d'innervation segmentaire, on peut entreprendre la rééducation de l'intestin.

Il est inutile de commencer cette rééducation tant qu'il existe des spasmes involontaires non contrôlés, tels que le réflexe dit « de masse », ou que persitent le shock et l'infection de la moelle épinière, l'inanition, l'épuisement et l'hypoprotéinémie.

Le point le plus important avant la rééducation intestinale est l'activité du réflexe anal. Celle-ci indique une innervation convenable du sphincter anal externe et — par implication, puisqu'elles sont originaires des mêmes segments sacraux — une innervation également intacte du gros intestin, à partir de l'S iliaque, en passant par le sphincter rectal interne.

Comme première mesure de conditionnement des réflexes nécessaires, le malade s'administre lui-même, tous les matins à la même heure, un lavement savonneux. Le mieux est qu'il soit assis sur la cuvette des W.C. Tous les efforts doivent donc tendre à mobiliser suffisamment le malade pour lui permettre de se servir de cette cuvette. Au bout d'une semaine de cette routine intestinale, on doit supprimer le lavement tous les 3 jours, en le remplaçant par une dose de lait de magnésie (par la bouche), juste assez forte pour assurer une évacuation. Le moment d'administration doit être calculé de sorte que cette évacuation se produise au moment où l'intestin doit entrer en mouvement. Quand cette habitude est bien établie, on supprime graduellement les autres lavements, un par un, en les remplaçant chaque fois par du lait de magnésie. Ainsi, le réflexe d'évacuation intestinale est constitué: 1) quant au temps écoulé entre les évacuations; 2) quant à la stimulation locale du rectum par les lavements; 3) enfin quant à la stimulation du péristaltisme du gros intestin, par le lait de magnésie généralement. On donne en outre de l'huile minérale pendant toute cette période, jusqu'à ce que la rééducation intestinale soit achevée.

Le dernier temps de cette rééducation consiste en la suppression du lait de magnésie. Elle se fait par retrait graduel, régulier et périodique. Cette dernière phase élimine toutes les stimulations conditionnelles, le facteur temps excepté. Si le malade continue à avoir une selle satisfaisante tous les jours ou tous les deux jours, au moment où les mouvements de l'intestin auront été conditionnés, il peut être certain que celui-ci (à l'exception des dérangements ou maladies de cet organe) se videra au moment prévu.

Les malades qui ont achevé cette rééducation intestinale n'ont eu aucune souillure accidentelle pendant des périodes variant d'un à 7 ans. Il est hors de doute que l'on peut établir un réflexe conditionné qui règle de façon permanente l'évacuation intestinale, en l'absence de toutes connexions neuro-somatiques entre le cerveau et la moelle épinière, et sans qu'il faille recourir aux lavements, suppositoires, cathartiques ou stimulations digitales.

Cette méthode a réussi dans 42 des 74 cas où elle s'imposait — dans 39, en cours d'hospitalisation, et dans 3 après le retour au domicile.

NEURO-PSYCHIATRIE

Leonard BERG. — **Hypoglycorrhachie d'origine non infectieuse : néoplasie méningée diffuse.** "Neurology", **3:** 811 (nov.) 1953.

Le taux de glucose dans le liquide céphalo-rachidien varie en plus ou en moins avec le chiffre de la glycémie. En dehors de ces conditions, avec un chiffre normal de glycémie, on peut retrouver une hypoglycorrhachie dans certaines conditions pathologiques. Cette chute du glucose dans le L.C.R. est connu depuis longtemps pour toutes les infections ménin-

gées; on la constate également dans certains cas d'hémorragie méningée, dans la méningite chronique de la sarcoïdose de Boeck et aussi dans la néoplasie méningée diffuse. L'auteur étudie cette dernière condition en faisant une revue de la littérature depuis 1905 et en présentant plusieurs cas personnels. Il constate l'association des signes de néoplasie méningée diffuse et d'hypoglycorrhachie dans 75% de ces cas. Il donne les conclusions suivantes:

1) Les tumeurs malignes diffuses des lepto-méninges, qu'il s'agisse d'épithélioma, de gliome, de sarcome, de lymphone ou de mélanome peuvent être accompagnées d'un taux anormalement bas de sucre céphalo-rachidien.

2) Le mécanisme de cette hypoglycorrhachie est inconnu quoiqu'on puisse penser que le glucose est utilisé par les cellules tumorales.

3) Cette association a une grande importance diagnostique.

4) Il y a indication à demander le dosage du glucose dans des conditions neurologiques autres que les infections méningées.

Jean-Marc BORDELEAU.

OBSTETRIQUE

L. KALZENSTEIN et A. J. MORRIS — **ACTH et cortisone au cours de la grossesse** *(Cortisone and ACTH in pregnancy).* N. Engl J. of Med., **250**: 366 (4 mars) 1954.

D'après des expériences de laboratoire, l'administration d'ACTH et de cortisone entraînerait la mort du fœtus.

Les auteurs rapportent le cas d'une patiente qui entre le 4ième et le 9ième mois de grossesse reçut 3,0 gms. de cortisone et 1,3 gms d'ACTH à cause d'une dermatite herpétiforme. La patiente accoucha à terme d'un enfant normal.

Huit autres cas de femmes enceintes ayant reçu de l'ACTH ou de la cortisone ont été rapportés sans qu'on note d'effets déplorables sur les fœtus.

Proportionnellement, les doses que recevaient les animaux de laboratoires équivalaient pour un être humain à 2,0 à 8,0 gms. par jour.

Lise FORTIER.

PHTISIOLOGIE

PIERRE-BOURGEOIS, G. VALETTE, VIC-DUPONT, Mme DUBOIS-VERLIERE, A. ROY, R. DELMAS et J. SAVEL — **Etude comparative des divers modes d'administration de l'isoniazide.** Revue de la Tuberculose, **17**: 901, 1953.

C'est surtout par la voie buccale que l'action de l'isoniazide a été le plus poussée. Aujourd'hui tous se rendent compte que le traitement par perfusion et par des suppositoires, présente une efficacité véritable.

Les auteurs ont fait au delà de 4 000 perfusions d'isoniazide seule et d'isoniazide associée au P.A.S. Ils ont pu constater que la tolérance locale et générale était très bonne. Mais ils ont pu aussi remarquer que la résistance se développait plus rapidement dans les perfusions simples, alors que la résistance était très amoindrie si on y ajoutait du P.A.S. C'est sans doute parce que l'association de l'isoniazide avec le P.A.S. retarde l'apparition de la résistance que les auteurs ont préconisé systématiquement cette association.

De plus, les auteurs, dans les cas de T.B. récente ont constaté que les perfusions mixtes donnaient des résultats supérieurs et rapides à l'administration de l'isoniazide par voie buccale (délais de 2 mois). Cette méthode offre un traitement d'attaque idéal.

Les auteurs ont donné des perfusions quotidiennes durant 1 mois et un jour sur deux le deuxième mois, quitte à conserver la streptomycine (l'antibiotique le plus actif) pour le cas où il faudrait agir chirurgicalement. Les A. déconseillent cette thérapeutique chez le phtisique chronique.

Un autre fait intéressant c'est l'opinion des auteurs sur l'emploi rectal de l'isoniazide. La tolérance locale et générale est bonne. Quant à son activité, elle est évidente et les résultats heureux, sont superposables à ceux obtenus par la voie buccale. Il est aisé de comprendre que

cette thérapeutique rectale présente des avantages chez les trop nombreux malades qui souffrent d'intolérance digestive.

Nous sommes heureux que ce travail intéressant vienne éclairer les spécialistes en phtisiologie.

Paul-René ARCHAMBAULT.

P. MANNES et A. GYSELEN — **Le traitement conservateur des cavernes tuberculeuses par l'alitement absolu et les antibiotiques.** Revue de la Tuberculose, **17**: 938, 1953.

Des controverses universelles existent actuellement concernant le traitement qu'il est préférable d'employer dans la tuberculose pulmonaire à tous les stades.

Au lieu d'accorder la prééminence comme autrefois au pneumothorax artificiel, il surgit maintenant deux écoles. Une école qui, lorsqu'il s'agit de T.B. pulmonaire cavitaire, a recours au PNO artificiel précoce, tandis que l'autre, c'est la cure de repos qui devient le fondement de la thérapeutique antituberculeuse. Si la cure de repos s'avère insuffisante, on s'adresse alors au collapsus médical ou chirurgical. Mais les auteurs eux, depuis 3 ans, se sont adressés à la cure de repos et aux antibiotiques uniquement et c'est ainsi que ces auteurs, à l'insu l'un de l'autre, nous font part de leurs résultats fort intéressants.

Quant à la cure de repos, elle est totale 24 heures sur 24. Le P.A.S. est la base du traitement antibiotique (12 grammes). La streptomycine est employée s'il y a nécessité absolue (1 gramme tous les 2 ou 3 jours et comme dose totale de 20 grammes). Après 4 à 6 mois, les cavernes sont presque totalement fermées. Après la fermeture des lésions contrôlées par la tomographie, le repos total est encore continué durant 2 à 4 mois. Puis c'est la cure de mobilisation qui devra durer de 4 à 6 autres mois.

Voici ce que les auteurs entendent par guérison: « L'inactivité lésionnelle complète depuis 3 mois au triple point de vue: radiologique, tomographie incluse, bactériologique par cultures négatives et clinique par l'absence de tous symptômes. »

Quels en ont été les résultats? Les auteurs ont traité 441 cas de tuberculose pulmonaire. Tous étaient porteurs de cavernes. Or, 409, soit 68,8 pour cent ont guéri par le seul traitement médical suivant: cure de repos intégral associé au P.A.S. avec ou sans streptomycine. Résultats vraiment remarquables.

Paul-René ARCHAMBAULT.

SOCIÉTÉS

"L'Union Médicale du Canada" publie les comptes rendus scientifiques de toute société savante de langue française de l'Amérique du Nord. Ces comptes rendus doivent cependant être rédigés succinctement en dactylographie par les secrétaires respectifs et être adressés, sans retard, à la Rédaction.

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL

Séance du 20 avril 1954

Tenue à l'hôpital Notre-Dame

Présidence de M. René Rolland.

Tumeurs hypophysaires — leur diagnostic précoce.

M. Victor NOËL

Le docteur Victor Noël, d'Haïti, ne pouvant être présent à cette séance, c'est au docteur Pierre-A. Turgeon que revint l'honneur de lire le travail sur « Les tumeurs hypophysaires, leur diagnostic précoce ».

Ce travail relata la séquence des événements à la suite d'analyses diverses de laboratoire, de radiographies multiples, d'un cas qui s'était présenté à la clinique du docteur Noël et qui se plaignait de fatigabilité, augmentation rapide du poids, céphalée fronto-temporale, etc. Le diagnostic d'adénome chromophobe fut confirmé à l'opération, laquelle réussit très bien, puisque le patient est encore en bonne santé.

C'est notre ami, le docteur Albert Royer, qui nous présenta, par la suite, le deuxième travail de la soirée et qui consistait en une présentation au moyen de clichés d'un travail de recherches sur les « effets de la testostérone sur la croissance des prématurés ».

Le rapporteur a conclu, à la suite de cette présentation, que « le propionate de testostérone en injections intra-musculaires n'influence pas l'évolution pondérale de prématurés d'une manière statistiquement valable ».

Nouveaux facteurs pro-infectieux et immunisants.

M. Armand FRAPPIER

Ce travail fut présenté par le professeur Armand Frappier, de l'Institut de Microbiologie de l'Université de Montréal, qui nous a relaté ses expériences et son impression du mécanisme possible de l'infection.

Après avoir montré des clichés à l'appui de ses données expérimentales, il a conclu qu'il doit y avoir dans les capsules des microbes certaines substances qui permettraient aux bactéries de prendre pied plus facilement pour y pulluler et causer l'infection.

La soirée s'est terminée par la présentation d'un film sonore gracieusement prêté par la maison Vinant et qui avait trait à la rhumatologie. « Le praticien devant l'actualité rhumatologique », tel était le titre de cette pellicule, laquelle sembla être goûtée par l'auditoire présent, tant par sa facture qui lui a valu les plus grands prix à la Biennale du Film de Venise, que par sa présentation claire et concise.

* * *

"Journées médicales": à l'hôpital Notre-Dame le 4 mai 1954; à l'hôpital Maisonneuve le 5 mai 1954; à l'Hôtel-Dieu le 6 mai 1954, sous l'égide de La Société Médicale de Montréal.

Présidence du docteur René Rolland.

Au début de la première journée, le 4 mai, à l'hôpital Notre-Dame, messieurs Jacques April et Jean Joyal furent élus membres de la Société, tandis que MM. Charles Dumas et Jacques Lebel étaient mis en nomination, sur

proposition du docteur J. Blais, secondé par le docteur Lamarche, pour le devenir.

Le programme scientifique de cette première journée comprenait un « symposium sur les urgences abdominales ». Dix rapporteurs étaient au programme, lesquels ont succinctement traité des problèmes d'actualité courante en clientèle générale.

Après cette partie scientifique, un cocktail fut servi dans les salons de la maison des gardes-malades, après quoi les membres furent conviés à un très bon déjeuner servi par les autorités hospitalières et qui fut égayé, en plus, par l'humour du conférencier du jour, Me Léonce Plante.

La deuxième journée nous emmena au sein d'un autre hôpital, tout à fait dernier cri celui-là, l'hôpital Maisonneuve.

Un symposium sur les « nouveautés en thérapeutique » faisait la partie scientifique de nos assises dans ce nouveau centre. Les huit rapporteurs au programme ont tous été clairs et leurs sujets ont semblé plaire à l'auditoire nombreux de cette deuxième journée.

Après la présentation de ces travaux, les membres de l'auditoire ont pu visiter rapidement certains locaux de ce nouvel hôpital, après quoi tous furent conviés à un cocktail servi au vestiaire des médecins; le cocktail fut suivi d'un délicieux déjeuner où le conférencier du jour, le docteur Aimé Pelletier (Bertrand Vac) nous entretint des médecins et de leurs « hobbies ».

Au soir de cette deuxième journée et conjointement avec l'Institut du Cancer de Montréal, ceux des membres qui s'intéressaient au sujet pouvaient assister à un colloque sur le cancer du sein.

C'est au cours de la troisième journée, tenue à l'Hôtel-Dieu de Montréal, que furent élus membres titulaires de la Société Médicale de Montréal messieurs Charles Dumas et Jacques Lebel, dont les noms avaient été proposés lors de l'ouverture des Journées.

Cette troisième journée fut consacrée à un symposium sur les « méthodes de diagnostic ». Les neufs rapporteurs de ce symposium ont exposé brièvement, mais clairement, les méthodes de diagnostic pouvant intéresser davantage le médecin praticien. Plusieurs de ces méthodes ne sont pas nouvelles, mais certaines modifications dans leur technique d'exécution mettent celles-ci à la portée de la main de ceux qui sont éloignés des centres hospitaliers.

Après cet avant-midi scientifique, nous fûmes conviés à un bon cocktail et un délicieux déjeuner, lequel fut agrémenté de l'esprit gaulois du conférencier du jour, le docteur Donatien Marion.

Au soir de cette troisième journée, nous avons eu notre souper de soirée de clôture au Cercle Universitaire. Il est malheureux que la défection de l'artiste invité pour la circonstance, de même que sa troupe, aient laissé l'assistance un peu désappointée, pour ne pas dire fâchée; mais, dans l'ensemble, grâce aux groupes formés par les différentes tables, il a semblé exister une certaine bonne humeur.

* * *

Séance spéciale du 21 septembre 1954

Tenue au Cercle Universitaire de Montréal,

Présidence du docteur Paul DUMAS,
vice-président de la Société.

Cette séance spéciale nous a donné de rencontrer le docteur Eylaud, de Bordeaux, France, qui nous entretint sur les aspects médicaux des vins.

Sa conférence, suivie d'une période de discussion, fut enregistrée, grâce à l'amabilité du gérant du Cercle Universitaire, M. Urgel Mitchell.

Au début de la conférence, le docteur Eylaud remit au docteur Samuel Letendre, qui l'avait présenté, une plaque de bronze pour l'honorer d'avoir été choisi Président de la Société des Amis de Vins.

Après la période de discussion, nous fûmes conviés à une dégustation de vins et ceci grâce

à la générosité de l'Association de la Propagande des Vins Français. Ce fut une bien agréable façon de terminer cette intéressante soirée.

* * *

Séance du 5 octobre 1954

Tenue à l'hôpital Saint-Luc.

Présidence du docteur René Rolland.

Lors de la reprise de ses séances d'automne, la Société Médicale eut le grand honneur de profiter du passage dans la métropole de deux sommités du monde médical français, MM. les docteurs Henri Pequignot, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, et du docteur René Cachera, qui était le délégué officiel de la France au XXIV[e] congrès de l'A.M.L.F.C. à Ottawa, fin de septembre 1954.

Après une brève présentation par le docteur Hébert, président du bureau médical de St-Luc, le *docteur Péquignot* nous entretint des « lipomatoses ». Il exposa brièvement les différentes formes de cette entité, de même que les localisations les plus fréquentes.

Après cet exposé, il y eut de la part de l'auditoire quelques questions auxquelles le rapporteur s'est plu à répondre brièvement.

La deuxième conférence de cette soirée, donnée par le *professeur Cachera,* eut trait à la « cirrhose alcoolique ». Le rapporteur, qui avait été présenté par le docteur Emile Blain, directeur général de l'A.M.L.F.C., démontra, au moyen de transparents, les stades précirrhotiques vus lors des examens histologiques de biopsies du foie prélevées chez des patients alcooliques. Cet apport de la ponction biopsie du foie montre les services inestimables que ce mode d'examen peut rendre à la clinique.

Le secrétaire des séances,

Pierre-A. TURGEON.

ASSOCIATION DES MÉDECINS CANADIENS EN FRANCE

Séance du 12 octobre 1954

Le mardi 12 octobre, avait lieu à la Maison Canadienne la première réunion de l'Association des Médecins canadiens en France, sous la présidence conjointe des professeurs Hillemand et Chigot.

Les médecins canadiens suivants furent orientés:

Le docteur Jean-Louis Borduas, de Montréal, vers le service de cardiologie du prof-Lenègre.

Le docteur Gilles Maillé, de Montréal, vers le service d'orthopédie du prof. Merle d'Aubigné.

Le docteur Jean-Louis Talbot, vers le service d'orthopédie du professeur Merle d'Aubigné.

Le docteur Horace Tessier vers le service de pneumologie du professeur Kourilsky.

Le docteur Yvette Lemire, de Québec, vers le service de cardiologie du professeur Lenègre.

Le docteur Maurice Beaudreau, vers le service de cardiologie du professeur Lenègre.

Le docteur André Leduc, de Montréal, vers le service de cardiologie du professeur Lenègre.

Après la séance du comité d'orientation, le professeur Hillemand adressa quelques paroles aux nouveaux arrivants. Il les félicita d'abord de s'être présentés immédiatement au Comité d'Orientation, leur disant que cette démarche leur avait évité une grosse perte de temps et qu'elle leur permettrait de profiter au maximum de leur séjour d'études à Paris. Il en profita pour adjurer d'ores et déjà les médecins canadiens encore au pays et qui songeraient à venir en France, à profiter des services que peut leur rendre l'Association, soit en se mettant en rapport par correspondance avec son président, soit en se présentant à la Maison Canadienne dès leur arrivée sur le sol français.

La professeur Hillemand brossa ensuite un tableau succinct et précis de l'organisation

des études et de la profession médicales en France. Les assistants poursuivirent en esprit le chemin long et ardu qui mène l'étudiant en médecine français de ses périodes de stage dans les hôpitaux aux concours de l'externat, puis à ceux de l'internat, de chef de clinique, de médecin des hôpitaux, de chef de service, de professeur agrégé et finalement de grand patron ou de professeur de clinique. Ils assistèrent avec effroi à cette élimination rigoureuse qui de la foule des 1200 candidats en médecine ne retient chaque année que 300 externes, 60 internes et 6 médecins des hôpitaux. Ils participèrent à cette fièvre des concours, toujours plus ardus à mesure que l'on monte dans l'échelon de la profession, et que l'on ne réussit à passer la plupart du temps qu'après trois ou quatre essais. Ils connurent les différences qui séparent l'organisation de l'Assistance Publique de celle de l'Université de Paris, ainsi que leurs joints de rencontre. Mais le professeur Hillemand réserva le meilleur de ses remarques pour caractériser l'esprit, la tradition de la médecine française, tradition toute familiale où l'enseignement se fait de patron à élève au cours d'examens répétés au lit du malade, esprit fait d'humanisme, d'individualité, de respect des singularités de la personne, de la mise au service de la clinique des prodigieux moyens d'investigation de la technique moderne. C'est de cet esprit et de cette tradition que le professeur Hillemand voudrait voir s'imprégner les jeunes médecins canadiens-français. Autrement, dit-il, leur séjour en France s'avérerait inutile et ils ne pourraient faire profiter l'école de médecine canadienne-française de ce que la vieille mère-patrie peut encore leur enseigner.

Camille LAURIN, *secrétaire.*

NECROLOGIE

JOSEPH FIRMIN HOULE [1]
(1888 - 1954)

La vie n'a de sens que par l'activité que nous déployons pour la bien remplir.

C'est en 1913 que nous fîmes connaissance. Il était en troisième année de médecine : j'entrais en première. A cette époque, les cours débutaient, pour les deux premières années, à huit heures du matin et se terminaient à midi pour reprendre à deux heures et durer jusqu'à six heures. En troisième année commençaient les cliniques dans les hôpitaux tous les avant-midi. L'après-midi se passait aux laboratoires de l'Université rue Saint-Denis où s'enseignaient la pathologie générale, la bactériologie et l'hygiène.

Avec de tels horaires, les jeunes n'avaient pas souvent l'occasion de coudoyer les plus vieux. Notre première rencontre fut celle du candidat qui se présente à ses aînés pour briguer le poste de conseiller de première aux élections de Faculté. Ce fut une déroute complète: je venais d'aborder l'organisateur de mon adversaire. Inutile de souligner qu'au début, mon estime pour celui qui devait devenir un bon ami, était pour le moins inexistante.

Nous nous vîmes peu dans les années subséquentes. La guerre survint qui nous sépara totalement. Il était interne à Notre-Dame dès 1915. Après sa graduation l'année suivante, il continua son internat: on requit plus tard ses services comme anesthésiste. Moi-même je fis du remplacement à l'Hôtel-Dieu, puis de l'internat régulier. Ce fut l'accélération des cours, la graduation au début de 1918, l'enrôlement dans le Corps Médical Royal Canadien, la démobilisation en décembre 1919, le cours postscolaire en France, la rentrée au pays enfin en juin 1922.

Je suis accepté dans le service de gynécologie de notre regretté maître Harwood, à l'hôpital Notre-Dame, rue Notre-Dame. Je revois Houle, assistant du docteur Brosseau, chef anesthésiste. L'usage du chloroforme était alors courant: toutefois, l'éther a fait son apparition. Houle préfère ce genre d'anesthésie surtout par la méthode fermée avec le masque d'Ombrédanne. Il est en grande demande par les chirurgiens. A cette époque, ces derniers choisissaient leur anesthésiste qui, par ailleurs, continuait à faire de la clientèle générale. Les honoraires étaient alors acquittés à l'acte médical. Nous nous voyions tous les jours, mais nos caractères s'entrechoquaient: je le trouvais prompt, parfois brusque. J'aurais voulu le voir plus souple, moins autoritaire: j'admirais son énergie, son exactitude, et sa conscience du devoir. Il surveillait ses maladse jusqu'à ce qu'ils aient quitté le théâtre opératoire et passait revoir les grands opérés avant de quitter l'hôpital. J'appris plus tard, lorsque j'eus l'occasion de traiter des membres de sa famille, combien cette écorce rude, cachait de délicatesse, de tendresse et de sensibilité.

Puis ce fut le déménagement de la rue Notre-Dame à la rue Sherbrooke. Il restreignait de plus en plus sa clientèle pour se livrer à la spécialité qui l'intéressait. Le protoxyde d'azote prenait de jour en jour plus d'importance; il s'attachait à perfectionner sa technique pour l'adapter aux cas qui pourraient en bénéficier.

La liste quotidienne des opérations croissait de jour en jour. Les chirurgiens trouvaient inégaux et inadéquats les services rendus par les anesthésistes. En effet, on avait recruté des jeunes médecins désireux de se perfectionner dans cette nouvelle branche médicale. Le docteur Houle fut invité à occuper le poste de chef de service à temps complet et former des jeunes assistants. Après bien des hésita-

1. Lu au Bureau médical de l'hôpital Notre-Dame, le 18 octobre 1954.

tions, il accepta. A regret, il abandonnait une clientèle intéressante qui rapportait plus que ce que l'hôpital lui offrait. Il espérait cependant faire œuvre et rendre service à l'Institution qui l'avait si bien accueilli.

Il prit sa nouvelle position à cœur. Il se dépensa sans compter pour en faire un succès: il établit une réglementation, des programmes, il mit de l'ordre. La coopération des chirurgiens ne fut malheureusement jamais totale. Il prêchait pourtant d'exemples par sa ponctualité et son dévouement comme ses assistants d'ailleurs. Il se butta à des indifférences: il servait quand même, remplaçait les absents, prolongeait ses journées au delà des limites imposées par son entente avec les Administrateurs.

Il cherchait au milieu de ses soucis administratifs du service, à introduire les méthodes nouvelles: cyclopropane, avertin, anesthésie caudale intra-trachéale, pentothal, etc. Il parcourait les revues, il s'instruisait. Malheureusement ses loisirs étaient peu nombreux: ils ne lui permettaient pas de s'absenter de la ville. S'il assistait aux réunions locales de Sociétés d'Anesthésie, il ne trouvait guère le temps de traverser les frontières pour participer à des congrès étrangers.

Ses ennuis avec le personnel chirurgical se doublèrent d'une incompréhension de certains administrateurs. On reconnaissait ses services, mais on ne s'accordait pas toujours sur ses mérites.

Ce fut enfin la réorganisation totale du service d'anesthésie. Déjà il approchait la limite d'âge. Il accepta ce qu'on lui offrit: il continua son travail avec la même assiduité, la même énergie, le même dévouement. Mais la maladie le harcelait. Il s'acharnait à travailler quand même, il ne voulait pas lâcher... il ne le pouvait pas. Il fut finalement terrassé. Il espérait beaucoup de l'intervention qu'il appréhendait mais à laquelle il se résigna finalement. Il revint à l'ouvrage. Mais son rendement diminuait. Il dut finalement abandonner la lute. Il languit pendant plusieurs mois entouré de sa femme, de ses enfants qui lui prodiguèrent les soins les plus dévoués.

Je le revis dans sa tombe, les traits reposés, souriants, calmes, comme satisfait d'avoir donné un sens à sa vie par l'activité qu'il déploya pour la bien remplir.

Léon GERIN-LAJOIE,
Chef du service de Gynécologie.

RÉGINALD SAVOIE
(1898-1954)

Réginald Savoie vient de mourir à l'âge de 56 ans. Après une carrière faite de constance, d'assiduité, de conscience et de fidélité aux valeurs scientifiques et spirituelles de la médecine, notre confrère est parti en emportant le regret et l'estime de ses malades, l'amitié de ses collègues.

Ses études universitaires poursuivies à l'Université de Montréal furent couronnées en 1924 par l'obtention de son doctorat, le premier de sa promotion. Attaché au personnel médical de l'Hôtel-Dieu de Montréal, il devint le médecin attitré de plusieurs institutions religieuses de la Métropole. Sa compétence médicale, la solidité de son jugement, son sens aigu de la responsabilité et sa haute conscience morale lui valurent la confiance de ses malades, même de ceux qui, comme dans les institutions communautaires, ne l'accordent qu'au plus irréprochable.

Sa vie fut exclusivement consacrée à sa famille et à sa profession.

La médecine fut pour lui l'unique préoccupation extrafamiliale. Je me rappelle que, dès sa première année de ses études médicales, il se consacrait au service hospitalier en assumant dans les grandes salles publiques de l'Hôtel-Dieu l'assistance aux internes et aux médecins en charge. Ainsi, il s'initiait au métier complexe des soins aux malades en préparation pratique et technique du rôle du médecin qu'il voulait circonvenir dans toutes ses modalités, de ses plus simples aux plus totales.

Puis il passa au rang d'interne dans le même hôpital et, au terme de son ascension, il en devint médecin régulier.

Notre confrère montra, durant toute sa vie, les traits d'une distinction de caractère et de comportement qui jamais ne se démentirent. Sa précoce canitie sur une opulente chevelure, sa rondeur physique lui donnaient, dès l'Université, une allure d'autorité et d'assurance. Il la conserva jusqu'à sa mort, en l'accentuant même par l'âge et les acquisitions de l'expérience. Sa réserve rendait les premiers contacts moins spontanés, mais une fréquentation plus assidue révélait sous ces dehors fermés, une réelle sensibilité du cœur et un abandon aux joies de l'amitié partagée.

Avec Savoie, dernier dans le temps de nos confrères qui nous ont quitté, s'envolent des souvenirs de nos années d'université, souvenirs d'existence remplie de jeunesse et d'espoir.

Il laisse parmi ses confrères et ses collègues la mémoire d'un médecin qui, par la dignité et la distinction de sa vie, fit honneur à sa profession.

Nous le saluons pour une dernière fois; il emporte notre amitié et nos regrets.

Roma AMYOT.

LE DOCTEUR JEAN-CHARLES DOUCET [1]
(1903-1954)

Le premier mai dernier, les drapeaux étaient en berne sur l'hôpital Notre-Dame.

L'hôpital venait de perdre un anesthésiste en service depuis 25 ans.

Interne à l'hôpital Notre-Dame en 1928, assistant-chef interne et suppléant au Service d'anesthésie en 1929. En 1930, il fit un voyage d'études à Toledo pour devenir un des anesthésistes spécialisés attachés à plein temps à l'hôpital. A sa mort, il était premier assistant du Service et assistant-professeur d'anesthésiologie à l'Université de Montréal.

Si l'hôpital perd un membre estimé de son personnel médical, ceux de sa génération perdent un ami. Il était de ceux qui ne laissent que des regrets et il ne comptait que des amis et pour eux, c'est « Charlie » qui est parti. Pour moi, je perds un ami de toujours. Nous nous sommes connus à l'âge de quinze ans, âge où se lient les amitiés qui durent une vie et que seule la mort peut terminer, mais elle n'efface pas les souvenirs.

Pour fixer en quelques mots la personnalité de « Charlie », tous ceux qui l'ont connu reconnaîtront que sa « qualité dominante » était l'affabilité. C'était un homme affable et pour bien préciser ce terme, c'est Larousse que j'ai consulté: Affable a pour synonyme: civil, courtois, gracieux, honnête, poli. « Lorsque je relis lentement ces mots, c'est mon ami Doucet que je revois passer. »

C'était aussi un sage avec un sourire sympathique qui savait écouter sans vous interrompre et penser avant de donner une opinion.

C'était un homme de devoir et tous les jours depuis 1930 et très souvent en devoir la nuit, il venait remplir ses fonctions avec zèle et bonne humeur, il avait toujours un bon mot pour le malade qui lui confiait sa vie.

Seule la maladie sérieuse pouvait le retenir chez lui et il s'est usé à son travail. Très souvent malade et très souffrant, il venait quand même à son travail. Combien de fois, j'ai dû intervenir pour lui dire de prendre quelques jours de repos; il portait un membre artificiel qui souvent le blessait car toutes les pièces de prothèse finissent par causer de l'irritation et ce n'est qu'après avoir enduré durant des jours ces pénibles souffrances qu'il consentait à s'arrêter.

Je l'ai connu en 1919 au Séminaire de Valleyfield, finissant nos études classiques en 1923. Il était président de notre *Conventum* et il avait choisi comme devise *Per vias rectas*. Il avait développé ce thème dans son discours d'adieu au collège.

Il a suivi dans la vie les directives qu'il avait développées dans son allocution.

Marié, il laisse sa femme, trois fils, une fille. Un de ses fils est étudiant à la Faculté de Mé-

1. Lu au Bureau médical de l'hôpital Notre-Dame, le 18 octobre 1954.

decine. Quel bel exemple de travail, de devoir et de probité il doit suivre.

Le 4 mai, nous suivions sa dépouille mortelle et les gens de la rue Sherbrooke, entre l'hôpital et la rue Parthenais regardaient passer, pour la dernière fois, cet homme qu'ils voyaient s'acheminer tous les matins vers l'hôpital depuis 25 ans. Ils se découvraient avec respect pour saluer une dernière fois cet homme qui a consacré sa vie au soulagement de ses semblables.

Inclinons-nous devant sa tombe. Il est parti vers un monde meilleur qu'il a bien mérité, ayant parcouru son existence *per vias rectas*.

Bachelier, Université de Montréal, 1923.

Doctorat médecine, grande distinction, 1929.

Fellow International College of Anesthetist, F.I.C.A., 1937.

Certificat, *Royal College of Canada*, 1943.

Certificat, Spécialiste, Province de Québec.

Nominations hospitalières. — Hôpital Notre-Dame : internat, 1928 à janvier 1931; assistant-chef interne; assistant, Service d'anesthésie; 1939: études spécialisées en anesthésie, à Toledo; assistant régulier, Service d'anesthésie, 1935; assistant-professeur en anesthésiologie, Université de Montréal.

Jean TREMBLAY.

LE DOCTEUR J.-ZACHARIE LEBLANC

Le docteur Leblanc est décédé le 28 septembre. Il avait reçu son doctorat de l'Université Laval en 1918 et exerçait sa profession à Montréal.

LE DOCTEUR JEAN-A. MIGNAULT

Le docteur Mignault est mort au cours de septembre à l'âge de 63 ans. Il était le fils de feu l'honorable P.-B. Mignault. Diplômé de l'Université de Montréal en 1918, il faisait partie du personnel médical de l'hôpital Ste-Justine jusqu'en juin dernier.

LE DOCTEUR JEAN MORIN

Le docteur J. Morin, de Saint-Hyacinthe, est décédé le 7 septembre dernier à l'âge de 58 ans. Diplômé de l'Université de Montréal, il obtenait sa licence en 1921 et pratiqua sa profession depuis lors en la ville de Saint-Hyacinthe. Fils du docteur William Morin, il comptait deux frères médecins qui lui survivent, le docteur Paul Morin et le docteur Jules Morin qui exercent également à Saint-Hyacinthe et auxquels nous exprimons nos condoléances.

LE DOCTEUR LUCIEN GARAND

Le docteur Lucien Garand, médecin hygiéniste de la ville de Montréal, est décédé tout récemment à l'âge de 64 ans. Le défunt avait fait ses études médicales à l'Université Laval de Montréal qui lui décerna son doctorat en 1915. Il exerça la médecine durant 32 ans à ville Saint-Laurent.

LE DOCTEUR J.-HECTOR TOUPIN

Le docteur J.-H. Toupin vient de mourir à l'âge de 60 ans. Il obtint son doctorat en 1920 de l'Université de Montréal.

LE DOCTEUR EUGÈNE MALLETTE

Le docteur Eugène Mallette est décédé tout récemment à l'âge de 70 ans. Le défunt était à l'emploi du ministère des Anciens Combattants depuis 25 ans, ayant servi outre-mer au cours de la guerre mondiale de 1914-1918. Il avait obtenu son doctorat de Laval de Montréal en 1910.

LE DOCTEUR EUGÈNE TREMBLAY

Le docteur Eugène Tremblay est décédé en septembre à l'âge de 75 ans. Il était un diplômé de l'Université Laval qui lui remit son doctorat en 1906. Un des médecins fondateurs de l'Hôtel-Dieu de Chicoutimi, le docteur

Tremblay aurait atteint ses cinquante années de pratique médicale l'été prochain.

LE DOCTEUR ARTHUR LABROSSE

Le docteur Labrosse, qui exerça à Saint-Eugène, Ontario, vient de mourir à l'âge de 75 ans.

LE DOCTEUR ALFRED SIMARD

Le docteur A. Simard est mort le 13 septembre dernier à l'âge de 84 ans. Retiré de la pratique active, il y a 3 ans, le défunt avait exercé pendant 57 ans après avoir reçu son doctorat de l'Université Laval en 1897.

LE DOCTEUR A. DONTIGNY

Le docteur Arthur Dontigny, de Sainte-Anne-des-Monts, est décédé le 10 octobre 1954, à l'âge de 72 ans. Diplômé de l'Université Laval, il obtint son doctorat en 1911. Les docteurs Paul et Gilles Dontigny, ses fils, lui survivent et nous les prions d'accepter l'expression de nos condoléances.

LE DOCTEUR LÉONIDE CHARBONNEAU

Le docteur Léonide Charbonneau vient de mourir à l'âge de 55 ans. Le défunt avait obtenu son doctorat de l'Université de Montréal en 1927 et faisait partie du Service de Santé de la Ville de Montréal.

NOUVELLES

NOUVEAU DOYEN NOMMÉ À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ LAVAL

Le Recteur de l'Université Laval de Québec vient de faire connaître que le docteur Jean-Baptiste Jobin, chef du service de médecine à l'Hôtel-Dieu de Québec, a été nommé doyen de la Faculté de Médecine. Le docteur Jean-Baptiste Jobin succède au docteur Charles Vézina qui a exercé les fonctions de doyen durant quatorze ans et qui a démissionné pour cause de santé.

L'Union Médicale du Canada se joint à tous les membres de la profession médicale pour offrir au nouvel élu ses félicitations les plus sincères.

HONNEUR CONFÉRÉ AU DOCTEUR LÉON GÉRIN-LAJOIE

Le docteur Léon Gérin-Lajoie, chef du service de gynécologie de l'hôpital Notre-Dame, a été nommé récemment premier vice-président de la Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique. Il a été également choisi comme organisateur en chef du Congrès International de Gynécologie qui se tiendra à Montréal en 1958.

LE DOCTEUR LÉON LONGTIN, CONFÉRENCIER À PARIS

L'Institut Scientifique Franco-Canadien a invité le docteur Léon Longtin, professeur agrégé à l'Université de Montréal et anesthésiste à l'Hôtel-Dieu, à donner à Paris une série de leçons théoriques et pratiques sur l'anesthésiologie.

NOMINATIONS DES DOCTEURS YVES CHAPUT ET ROGER-R. DUFRESNE

L'« American College of Gastroenterology » a tenu sa première réunion à Washington du 25 au 30 octobre 1954; à cette occasion, il a été procédé au choix des nouveaux membres titulaires ou *fellows,* parmi lesquels on note les noms des docteurs Yves Chaput, médecin de l'hôpital Notre-Dame de Montréal, et Roger-R. Dufresne, assistant secrétaire et assistant directeur des études à la Faculté de Médecine et médecin de l'hôpital Notre-Dame. Le docteur Yves Chaput a également été nommé membre du *Board of Trustees* ou bureau de direction pour l'année 1955.

SYMPOSIUM SUR LES PROBLÈMES MÉDICAUX COURANTS

Un symposium sur les problèmes de l'année, selon le programme ci-dessous sera tenu au Château Frontenac le samedi 4 décembre sous les auspices conjoints de la Société Médicale des Hôpitaux Universitaires de Québec et des Laboratoires Lederle.

Séance du matin

Président: Charles Vézina, M.D., doyen de la Faculté de Médecine, Université Laval, Québec.

9.00 - 10.00 heures — Inscription.

10.00 - 10.45 heures — La pathogénèse des staphylococcoses. — René J. Dubos, M.D., Ph.D., member, Rockefeller Institute for Medical Research, New York, N. Y.

10.45 - 11.30 heures — Le traitement des staphylococcoses (cette présentation sera faite en anglais). W. A. Oille, M.D., associate in Medicine, University of Toronto, Toronto, Ont.

11.30 - 12.00 heures — Discussion.

12.15 - 2.00 heures — Déjeuner. Président: Mgr Alphonse-Marie Parent, P.D., Recteur, Université Laval, Québec. Conférencier: Luc Lacourcière, Licencié es-lettres, directeur des Archives de Folklore, Université Laval, Québec. Sujet: Rabelais et le folklore canadien.

Séance de l'après-midi

Président: Wilbrod Bonin, M.D., Doyen de la Faculté de Médecine, Université de Montréal, Montréal.

2.00 - 2.45 heures — Etat actuel de la prophylaxie contre les maladies à virus. — Victor J. Cabasso, Sc.D., Research Virologist, Lederle Laboratories, Pearl River, New York.

2.45 - 3.30 heures — L'infarctus du myocarde. — M. Iréné Ferrer, M.D., assistant professor of Clinical Medicine, College of Physicians and Surgeons, Columbia University, New York, N. Y.

Intermède de quinze minutes — Café.

3.45 - 4.30 heures — Cancer du poumon (film scientifique en couleurs). — Alexander J. Conté, M.D., Executive Officer of Tumor Clinic, St. Vincent's Hospital, New York, N. Y.

4.30 - 5.00 heures — Discussion.

5.30 - 6.30 heures — Cocktails et hors-d'oeuvre.

ARTECHOL

pour les bilieux !

Médication cholérique, cholagogue et diurétique

FORMULE

Extrait mou d'artichaut 100 mg.
Oléate de sodium ..... 50 mg.
Bile décholestérinée .... 100 mg.
Magnésie calcinée lourde ..... 50 mg.

POSOLOGIE

La posologie ordinaire est de une ou deux dragées trois fois par jour.

PRÉSENTATION :

Flacons de 50, 500 et 1000 dragées.

ANGLO-FRENCH DRUG CIE LTÉE

209 est, rue Sainte-Catherine, Montréal 18.

SPERSÖIDES:* *50 mg. par cuillerée à thé (3.0 g.)*
Poudre Dispersible

GOUTTES PÉDIATRIQUES: *Aromatisées à la cerise. Environ 25 mg. par 5 gouttes. Compte-gouttes gradué.*

SUSPENSION ORALE: *Aromatisée à la cerise. 250 mg. par cuillerée à thé de 5 cc.*

ACHR

Maintenant disponible sous ces nombreuses formes commodes:

DRAGÉES: *250 mg.*

CAPSULES: *250 mg., 100 mg., 50 mg.*

INTRAVEINEUSE: *500 mg., 250 mg., 100 mg.*

COMPRIMÉS SOLUBLES: *50 mg.*

INTRAMUSCULAIRE: *100 mg.*

ROMYCINE*

Tétracycline Lederle

L'ACHROMYCINE, le nouvel antibiotique à large spectre, est maintenant disponible dans une gamme étendue de formes pour administration orale, topique et parentérale aux enfants et aux adultes. De nouvelles formes seront annoncées dès qu'elles auront été mises au point.

L'ACHROMYCINE est nettement moins irritante pour le tube gastro-intestinal. Elle diffuse plus rapidement dans les tissus et les humeurs. En solution, elle conserve une activité efficace pendant au moins 24 heures.

L'ACHROMYCINE s'est avérée efficace contre les streptococcies hémolytiques bêta, *E. Coli*, les méningocoques, les staphylocoques, les pneumocoques et les gonocoques, la bronchite aiguë, la bronchiolite, la coqueluche et les pneumonies atypiques, ainsi que les infections pseudovirales et mixtes.

*MARQUE DÉPOSÉE

LEDERLE LABORATORIES DIVISION, *NORTH AMERICAN Cyanamid LIMITED*
5550 Avenue Royalmount, Ville Mont Royal, Montréal, Québec

Lederle

MÉDECINS CANADIENS AU PROGRAMME SCIENTIFIQUE DU CONGRÈS D'ATLANTIC CITY DE L'"AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS"

Au nombre des rapporteurs aux différentes séances du Congrès Annuel de l'« American College of Surgeons » tenu à Atlantic City du 15 au 19 nov. 1954, on remarque les noms des docteurs Antonio Samson, de Montréal (excision of ankle joint), Jean-Pierre Jean, de Montréal (arthrography of the knee joint with water soluble contrast medium), Louis-Philippe Allen, de Québec (effect of estrogen and testosterone on rate of nucleic acid synthesis in mouse mammary carcinoma), et Claude Cholette, de Montréal (Serum liquid levels following operation).

RÉUNION DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE-FRANÇAISE D'ÉLECTRO-RADIOLOGIE MÉDICALES

La prochaine réunion de la Société Canadienne-Française d'Electro-Radiologie Médicales aura lieu au onzième étage de l'hôpital Maisonneuve, à l'Institut de Cardiologie, 5415, boul. L'Assomption, Montréal, le 4 décembre 1954, à 8.30 heures du soir, sous la présidence du docteur Léglius A. Gagnier.

Ordre du jour: Procès-verbal — Correspondance — Affaires nouvelles — Travaux scientifiques:

1. Docteur Arthur Vallée: A propos d'un cas de pyélonéphrite hémorragique.
2. Docteur Jean-Paul Dumouchel: Malformations congénitales des nouveau-nés.
3. Docteur Jules Laberge : Angiocardiographie: rapport préliminaire.
4. Visite de l'Hôpital Maisonneuve et de l'Institut de Cardiologie.

RÉUNION DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE MONTRÉAL

La séance de novembre de la Société de Chirurgie de Montréal eut lieu au Cercle Universitaire, mercredi le 17.

L'ordre du jour comportait la lecture des minutes de la dernière assemblée et deux communications:

Rupture traumatique de la trachée (travail d'admission) — par le docteur J.-P. Venne;

Les grossesses tubaires — Etiologie et traitement (travail d'admission) — par le docteur Charles Ouimet.

CONFÉRENCE DU DOCTEUR MARCEL LANGLOIS

Le conférencier invité au premier dîner de l'année de l'Association des Médecins de Langue Française des Cantons de l'Est était le docteur Marcel Langlois, professeur à la Faculté de Médecine de l'Université Laval de Québec. Le docteur Marcel Langlois avait intitulé sa conférence: « Grandeurs et misères de la vie médico-hospitalière ».

BOURSE OCTROYÉE AU DOCTEUR PAUL DIONNE

Le Gouvernement français vient d'octroyer une bourse d'études au docteur Paul Dionne, chef du département de bactériologie de l'hôpital Sacré-Coeur de Cartierville.

Ces études se feront à l'Institut Pasteur de Paris.

Le docteur Paul Dionne a été aussi le récipiendaire d'une bourse Rockefeller.

UNE RELIGIEUSE MÉDECIN À L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Une spécialiste de la lèpre, Soeur Marie Suzanne, M.D., de la Congrégation des Soeurs Missionnaires de la Société de Marie, mieux connues en France sous le nom des Soeurs Missionnaires d'Océanie, a donné une conférence aux Micro-Hebdo-Actualités de l'Institut de Bactériologie le 25 novembre et une conférence le 26 novembre en la salle H-404 de l'Université de Montréal sur la lèpre en 1954 et les aspects médical, scientifique, social et religieux de cette maladie.

OFFICIERS DE LA "MONTREAL MEDICO-CHIRURGICAL SOCIETY"

La liste des officiers pour l'année 1954-55 de la « Montreal Medico-Chirurgical Society » vient d'être publiée. Le président est le docteur J. W. McKay. On remarque, parmi les noms mentionnés, ceux du docteur Jules Mercier comme membre du comité des relations publiques, du docteur Claude Bertrand comme président de la section de neurologie, du docteur Roland Dussault comme président de la section de rhumatologie et du docteur Gaston Bellemare comme président de la section de dermato-syphiligraphie.

NOUVEAUX "FELLOWS" DE L'"AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS"

L'« American Academy of Pediatrics » vient de faire connaître que 182 médecins viennent d'être admis à titre de membres titulaires ou *fellows*. Au

Médication de Choix

pour la

Sinusite

et les

infections

des

voies

respiratoires

FORMULE :

Iodoforme — Menthol
Iodures — 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

nombre de ceux-ci, on remarque les noms des docteurs Paul Dagenais-Pérusse et Robert H. Lennox, de Montréal.

NOUVEAUX "FELLOWS" DE L'"AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS"

Lors de la séance de clôture du congrès de 1954 de l'« American College of Surgeons » tenu à Atlantic City du 15 au 19 novembre, on a fait connaître la nomination des nouveaux membres titulaires du Collège. Ceux-ci sont au nombre de 1073, parmi lesquels on remarque les noms des docteurs J.-Ernest Cabana, Christophe Bisson et Marcel Beauchamp, de Montréal, ainsi que celui du docteur Emile Simard, de Chicoutimi.

SÉANCE D'ÉTUDE À L'HÔPITAL SAINTE-JUSTINE

Samedi le 27 novembre 1954, eut lieu à l'hôpital Sainte-Justine une séance d'étude du Bureau médical.

Le programme était ainsi conçu: Docteur Raymond Labrecque: Pleurésies à forme épidémique; docteur Marc del Vecchio: Nouveaux procédés de diagnostic radiologique chez l'enfant; docteur R. Saint-Martin: Thermo-régulation chez le prématuré.

RÉUNIONS DE LA SECTION D'ANESTHÉSIE CHEZ CIBA

Lundi le 6 décembre, aura lieu chez Ciba une réunion de la section d'anesthésie de la « Montreal Medico-Chirurgical Society ». Le docteur Léo Forest sera président conjoint de la séance.

Le lundi 13 décembre, au même endroit, les docteurs Fernand Grégoire et B. Comtois seront au programme. Le premier traitera de la physiologie cardio-respiratoire appliquée à l'anesthésie et le second parlera de Claude Bernard.

PROGRAMME À LA TÉLÉVISION DU COLLÈGE DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

Le 11 novembre 1954 a commencé à la télévision un programme de vulgarisation médicale spécialement conçue pour le grand public. Sous forme de démonstrations et de conversations entre médecins, y seront exposés des sujets qui intéressent non seulement les malades, mais aussi les bien portants et toute la profession. Ce programme, sous la direction du directeur des Relations publiques, le docteur Roméo Boucher, qui en sera l'animateur, passera tous les jeudis dans l'après-midi.

COMITÉ CANADIEN D'ÉTUDES VINICOLES

Un bon nombre de médecins « amis des vins de France » se sont réunis récemment au Cercle Universitaire sous la présidence du docteur M. Eylaud, de Bordeaux, France, pour jeter les bases d'un comité canadien qui ferait partie de l'Association Internationale d'études scientifiques sur le raisin et les vins.

Le premier comité est composé des docteurs Samuel Letendre, président, Donatien Marion et Philippe Panneton, vice-présidents, Roméo Boucher, président honoraire, Adrien Plouffe et P. Thibodeau, vice-présidents honoraires.

CONGRÈS RÉGIONAL DE L'"AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS" À PROVIDENCE

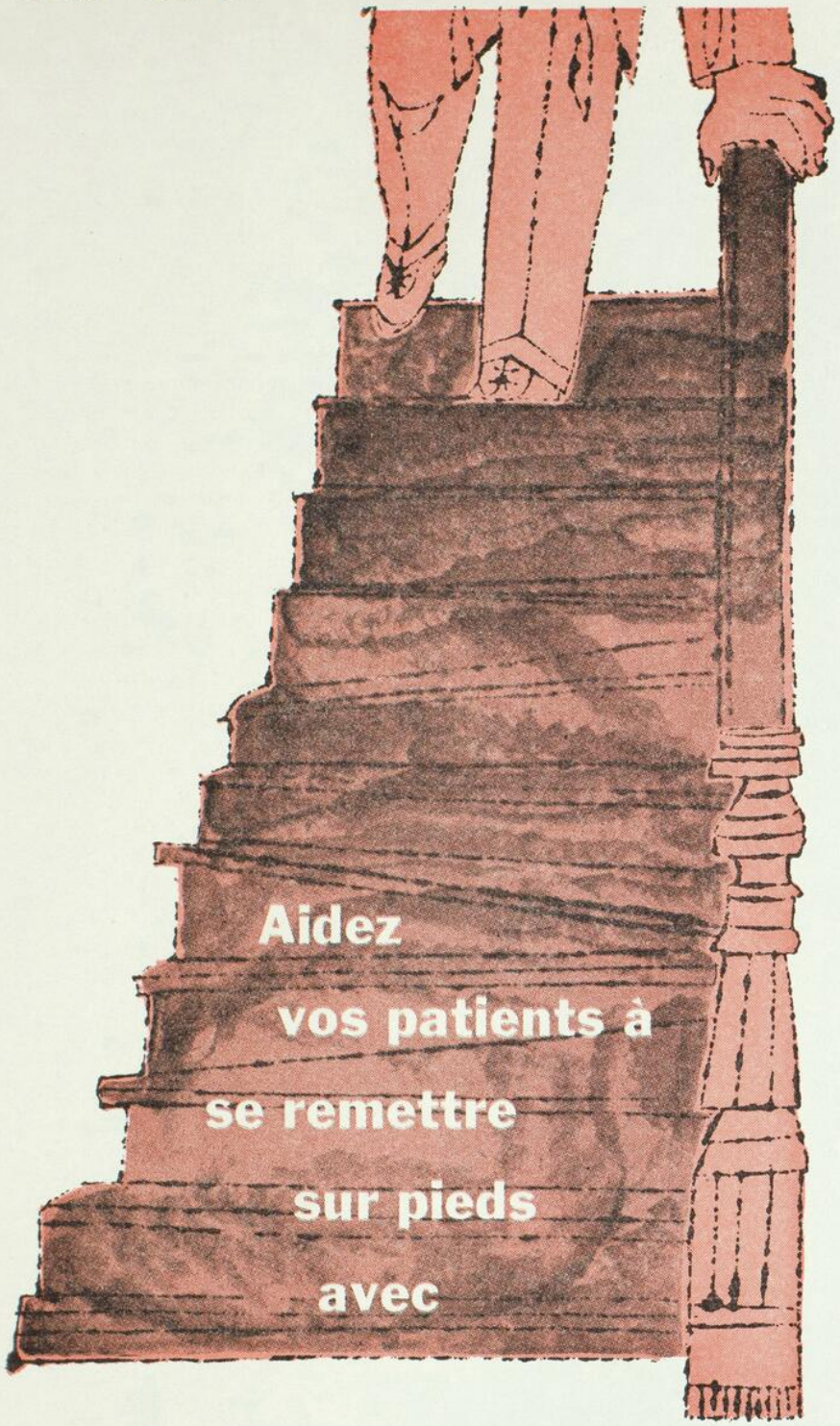
L'« American College of Surgeons » organise un congrès régional, devant durer trois jours, les 3, 4 et 5 mars 1955, qui se tiendra à Providence, Rhode Island.

Le président du comité d'organisation est le docteur Henri-E. Gauthier. Parmi les sujets au programme, on trouve les soins à l'opéré, le plasma, la chirurgie infantile, le cancer, les lésions de la rate et des voies biliaires et nombre d'autres d'égale importance.

OFFICIERS DE L'ASSOCIATION DES RADIOLOGISTES DE LA PROV. DE QUÉBEC

Lors de sa dernière réunion annuelle tenue le 6 novembre dernier à l'hôpital Queen Elizabeth, l'Association des Radiologistes de la Province de Québec a élu son exécutif pour la période 1954-1955.

Président, le docteur Donald McRae (Montreal Neurological Institute); *vice-président,* le docteur Henri Lapointe (Hôpital du Saint-Enfant-Jésus, Québec); *secrétaire,* le docteur Jean-Louis Léger (Hôpital Notre-Dame, Montréal); *trésorier,* le docteur Ivan Vallée (Hôpital Saint-Luc, Montréal); *secrétaire des séances,* le docteur Odilon Raymond (Hôpital Saint-Luc, Montréal); *directeurs,* les docteurs Jules Gosselin (Hôpital du Saint-Sacrement, Québec); Jean-Pierre Jean (Herbert Reddy Memorial), Albert Jutras (Hôtel-Dieu, Montréal), E. M. Crawford (Queen Elizabeth, Montréal), et I. Sedlezky (Jewish General Hospital, Montréal).



Priscoline administrée par voie orale ou parentérale produit une vasodilatation périphérique générale. Cet effet est le plus marqué aux extrémités et est accompagné d'hyperémie de la peau. L'efficacité de Priscoline comme vasodilatateur est attribuée à deux causes: son effet adrénolytique, et son action directe, comparable à celle de l'histamine, sur les artérioles et les petits vaisseaux sanguins. En réduisant les spasmes vasculaires, Priscoline diminue la douleur et en améliorant l'irrigation sanguine des extrémités, elle accélère la guérison des ulcères. Dans les cas d'obstruction organique, Priscoline peut s'avérer utile en ouvrant des réseaux sanguins collatéraux.

Priscoline (chlorhydrate de 2-benzyl-imidazoline), est disponible en:
Comprimés—(blancs rainés) contenant chacun 25 mg., flacons de 100 et 500.
Flacons à doses multiples—10 cc., contenant 25 mg. par cc.
Onguent ophtalmique, 10%, tubes contenant 1/6 oz.

Priscoline*

augmente la circulation périphérique.

COMPAGNIE **CIBA** LIMITEE, MONTREAL.

*Marque déposée 206F

SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PSYCHANALYSE

Nécrologie. — La Société déplore le décès, survenu à Montréal le 4 septembre 1954, d'un de ses membres fondateurs, Madame Françoise Boulanger. En hommage d'affectueuse estime, une première *Conférence Françoise-Boulanger* sera tenue, sous les auspices de la Société, le 15 janvier 1955. Le docteur René Spitz, de New-York, parlera du *Stress* et présentera un film.

Elections. — A sa séance du 4 octobre 1954, la Société a élu les membres suivants: Docteur Friedl Aufieiter, M. André Lussier, Docteur Alan Parkin, Docteur W. Clifford M. Scott. L'exécutif élu pour l'année 1955 se compose des docteurs W. C. M. Scott, président; B. Ruddick, secrétaire; J.-B. Boulanger, trésorier.

Séance publique. — Le docteur Richard Sterba, de Détroit, était le conférencier invité à une séance publique de la Société, tenue le 22 octobre 1954 au « Physical Sciences Bldg. » de l'Université McGill. Il donna lecture d'un chapitre de son ouvrage sur « Beethoven et son neveu », intitulé « Beethoven, révolté et tyran ».

J.-B. BOULANGER.

AIDE FÉDÉRALE DIRECTE À DES VILLES ONTARIENNES

London et Oshawa sont les premières villes de l'Ontario à profiter de l'offre que le gouvernement fédéral a faite de partager les dépenses effectuées par les municipalités au chapitre de la défense civile, en vertu du Programme fédéral d'assistance financière à la défense civile. En annonçant cette nouvelle, l'hon. Paul Martin, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, fait l'éloge des organisations de la défense civile de London et d'Oshawa, et déclare que ces villes donnent un bel exemple aux organisations municipales de la défense civile.

En vertu de récents règlements fédéraux, dit le ministre, le Gouvernement central est maintenant en mesure d'accorder une aide financière à des projets locaux de défense civile, sans que les gouvernements provinciaux y contribuent financièrement. C'est ainsi que le Gouvernement fédéral peut rembourser jusqu'à 25 pour cent des dépenses que les municipalités ont été autorisées à effectuer en vue de l'organisation et de la formation de défense civile, ainsi que de l'achat d'un matériel qui, normalement, ne serait d'aucune utilité en temps de paix.

Le projet que la ville de London a soumis prévoit la nomination d'un directeur de la défense civile qui donnera tout son temps, ainsi que les aménagements et le matériel de base requis pour l'organisation et la mise en vigueur d'un bon programme de défense civile en cette ville.

Le projet de la ville d'Oshawa prévoit aussi la nomination d'un directeur permanent de la défense civile et autorise ce directeur à établir les rouages qu'exige la réalisation des plans d'administration et de formation arrêtés par cette ville.

On prévoit, ajoute M. Martin, que d'autres municipalités de l'Ontario et du Québec soumettront maintenant des projets de défense civile au Gouvernement fédéral. M. Martin fait remarquer que ces subventions sont versées aux municipalités, à la connaissance et avec le consentement des gouvernements provinciaux intéressés, et que les projets qui, en vertu de ce programme de subventions, sont soumis en vue d'être approuvés, doivent s'harmoniser avec l'ensemble des plans provinciaux qui se rapportent à la défense civile.

spécialement étudiées pour *satisfaire les besoins de la grossesse*

Spécifiez les

CAPSULES DE PRÉNATAL LEDERLE

C'est ce dernier mot qui assure à vos malades la formule Lederle

Lederle

Une à trois Capsules de Prénatal par jour protègent à la fois la mère et l'enfant contre les caprices de l'appétit et l'incertitude de l'apport alimentaire qui peuvent donner lieu à l'anémie, l'avitaminose et la déficience calcique.

Inodore et ne provoquant pas d'éructations, chaque capsule contient:

Vitamine A	2,000 U.I.
Vitamine D	400 U.I.
Thiamine—HCl (B_1)	2 mg.
Riboflavine (B_2)	2 mg.
Niacinamide	7 mg.
Vitamin B_{12}	1 microgramme telle qu'elle se trouve dans les extraits concentrés de la fermentation streptomycique
Vitamine K (Ménadione)	0.5 mg.
Acide Ascorbique (C)	35 mg.
Acide Folique	1 mg.
Calcium (sous forme de $CaHPO_4$)	250 mg.
Phosphore (sous forme de $CaHPO_4$)	190 mg.
Phosphate Dicalcique Anhydre ($CaHPO_4$)	869 mg.
Fer (sous forme de $FeSO_4$)	6 mg.
Sulfate Ferreux Desséché	20 mg.
Manganèse (sous forme de $MnSO_4$)	0.12 mg.

Présentées en flacons de 100 et de 1,000

LEDERLE LABORATORIES DIVISION, *NORTH AMERICAN Cyanamid LIMITED*
5550 Avenue Royalmount, Ville Mont Royal, Montréal, Québec

REVUE DES LIVRES

Traité des Cardiopathies congénitales. — R. Heim de Balsac, C. Métiane, M. Durand, Ch. Dubost. Sous la direction de E. Donzelot et F. D'Allaines. Masson et Cie, édit., Paris, 1954.

A une époque où l'étude des malformations congénitales du cœur et des vaisseaux retient l'attention des médecins et des chirurgiens, cet important travail de 1116 pages a été accueilli avec satisfaction. L'ensemble des connaissances actuelles relatives aux maladies congénitales du cœur est revisé dans ce volumineux traité. En effet, l'équipe de l'Hôpital de Broussais nous présente, sous la direction des docteurs Donzelot et D'Allaines, les documents les plus intéressants des 1,100 cas qu'ils ont examinés de 1947 à 1952 à leur clinique de cardiopathie congénitale.

La première partie du traité est consacrée aux généralités concernant les méthodes d'examen et de traitement. Selon une division classique, le livre débute par des éléments d'embryologie et des notions de physio-pathologie. On n'a pas épargné les schémas pouvant éclairer l'embryologie et l'anatomie de ces lésions complexes. Après la reproduction intégrale de la statistique des 1,000 cas de Mme Abbott, on rappelle les diverses classifications anatomiques (Dry), hémodynamiques (Liman), radiologiques (Sussman), cliniques (Laubry) et physiopathologiques (Taussig). Se déroulent ensuite les différentes méthodes d'examens, sans oublier les investigations par l'angiocardiographie et le cathétérisme cardiaque. Cette section ne présente pas assez d'illustrations à notre avis. On aborde ensuite le traitement médical et chirurgical des diverses cardiopathies congénitales. Le traitement médical est satisfaisant mais, à côté des exposés concis des publications du professeur D'Allaines, on est étonné de trouver un si pâle exposé de la chirurgie des congénitaux dans ces chapitres.

Les auteurs exposent ensuite les divers types de malformations congénitales et, se basant sur une division clinique, ils font intervenir la notion de Shunt. On étudie d'abord les malformations sans shunt, puis avec shunt artério-veineux et celles avec shunt veino-artériel. En quatrième lieu, les auteurs placent les autres affections congénitales qui ne cadrent pas parfaitement dans cette division. Une équipe de cardiologues de grande réputation: Heim de Balsac, Métianu, Durand, etc, nous présentent une étude détaillée de chaque malformation suivant un plan défini: historique, anatomie, embryologie, classification, physiopathologie et pathogénie, symptomatologie, diagnostic, pronostic et traitement.

Dans les malformations sans shunt, la coarctation de l'aorte est étudiée longuement avec plusieurs schémas et la division en sténose isthmique soit avec circulation collatérale, soit avec canal artériel nous paraît ingénieuse. Cependant, les auteurs ne réussissent pas à clarifier ce sujet difficile.

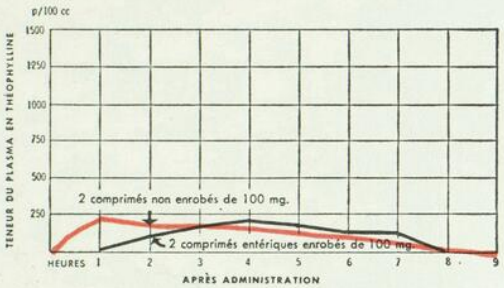
Dans les shunts artério-veineux, on se perd dans l'énumération de toutes les formes associées de communication interventriculaire et interauriculaire. Ainsi, on nous décrit de façon détaillée la communication interventriculaire avec grosse pulmonaire, avec insuffisance aortique, avec canal artériel, etc. Le chapitre consacré au canal artériel est particulièrement complet.

La tétralogie de Fallot a été étudiée avec beaucoup de soin, mais l'accumulation des détails finit par rendre pénible la lecture d'un tel chapitre. On y note beaucoup de répétitions comme la description de l'hippocratisme et de l'accroupissement (*squatting*) dont on avait parlé dans les généralités (page 72). On aurait aimé trouver des données précises pour différencier la tétralogie de Fallot de la trilogie ou de la pentalogie. Les auteurs s'attardent plutôt sur les formes associées les plus

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.



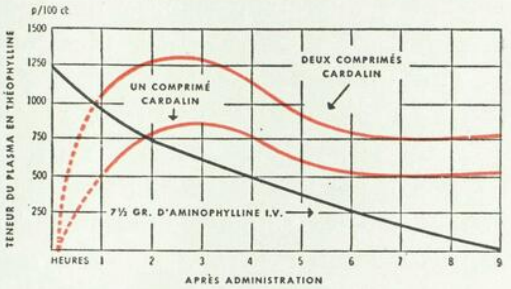
Teneur du sang en théophylline après l'ingestion d'aminophylline entérique enrobée et non enrobée (Adapté de Waxler & Shack, J.A.M.A. 143: 736, 1950)

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 teneur 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 phénobarbital par comprimés.

Comprimés

Cardalin

EN INSTANCE DE BREVET

IRWIN, NEISLER & COMPANY • DECATUR, ILLINOIS
Boite postale 157, Toronto, Ontario
Spécialités pharmaceutiques d'ordonnance depuis 1886

Représentants exclusifs dans la province de Québec et Ottawa.

Herdt & Charton Inc. • Montréal

complexes de la tétralogie. Par contre, un réel effort a été fait pour clarifier le chapitre complexe des transpositions vasculaires au moyen de schémas anatomiques et d'une division satisfaisante. Le chapitre sur le tronc artériel commun nous semble vraiment bref. On aurait aimé une description plus détaillée des différentes formes, suivant que la circulation pulmonaire se fait par voies bronchique, unilatérale ou par les deux pulmonaires. On nous présente seulement deux radiographies du tronc artériel alors que l'image radiologique est tellement intéressante et souvent caractéristique.

Les anomalies du retour veineux qui sont un chapitre important des cardiopathies congénitales sont perdues dans le chapitre des anomalies diverses. Elles sont traitées très brièvement et mêlées aux autres anomalies veineuses (veine cave, etc.). Ici encore, nous avons peu de clichés radiologiques qui sont pourtant précieux pour le diagnostic de ces anomalies qui prennent de plus en plus d'importance dans la littérature des congénitaux.

Dans l'ensemble, on se rend compte de l'effort extraordinaire de chaque collaborateur qui rassemble les acquisitions de tous ceux qui ont étudié l'anomalie concernée. C'est une véritable encyclopédie. Chaque étude est bien conduite, mais on regrette de constater que l'ouvrage demeure théorique malgré une base de 1000 cas étudiés par les moyens modernes de la Clinique de Cardiologie. Les auteurs citent partout la littérature et discutent de nombreuses hypothèses. On aurait désiré qu'ils s'appuient davantage sur leur haute expérience personnelle pour discuter diagnostic, traitement, etc. Avec le défilé des électrocardiogrammes et des radiographies, des brides de cas seulement nous sont présnetées Un ou deux cas choisis, illustrant chaque malformation, auraient peut-être davantage aidé le praticien qui parcourt ce livre. Certes, on n'a pas épargné les schémas pouvant éclairer l'embryologie et l'anatomie de chaque cas. Par contre, on a traité l'angiocardiographie et le cathétérisme cardiaque en parents pauvres alors que les médecins sont tellement intéressés à comprendre ces techniques, nouvelles pour la plupart. Des rapports complets de cathétérisme cardiaque et des séries plus nombreuses d'angiocardiogrammes, comme dans le chapitre de la sténose pulmonaire pure, qui n'offre aucun exemple de ces investigations, auraient été une information inestimable tant pour le spécialiste en la matière que pour le praticien.

Du point de vue documentaire, ce traité a un intérêt considérable mais on ne saurait affirmer qu'il puisse répondre aux besoins du praticien ou de l'étudiant désireux de connaître les maladies congénitales du cœur. Il n'a pas les qualités de certains manuels récents très précis et très personnels, mais ce traité demeure un livre de consultation fort documenté.

A la suite de l'étude des malformations congénitales du cœur, les auteurs nous présentent des tableaux très appropriés qui résument la séméiologie et le diagnostic des principales cardiopathies.

En dépit des défauts que notre esprit critique a voulu signaler avec bienveillance, ce manuel représente certainement l'effort de documentation la plus considérable sur ce sujet des cardiopathies congénitales. Nous félicitons auteurs et collaborateurs.

Docteur Ghislaine GILBERT,
Institut de Cardiologie.

L'Année Médicale Pratique, XXXII[e] année, édition 1954, publiée sous la direction du prof. C. Lian, membre de l'Acad. Nat. de Médecine. Un vol. de 600 pages; prix: 1.500 francs. — Editions R. Lépine, Paris, 1954.

Garder l'*Année Médicale Pratique* sur son bureau ou dans sa bibliothèque, c'est avoir à chaque instant la possibilité de chercher s'il y a, pour telle ou telle maladie, une notion nouvelle et pratique dans les domaines du diagnostic et du traitement. Le renseignement est obtenu en quelques secondes car les articles sont classés par ordre alphabétique, en outre ils sont courts et rédigés en langage clair.

POUR TRAITER ET STABILISER LES PATIENTS ANÉMIQUES

PERIHEMIN, le maître constructeur de globules rouges et d'hémoglobine, contient TOUS les facteurs hémopoïétiques essentiels indiqués chez la plupart de vos patients anémiques.

Le facteur intrinsèque, sous une forme purifiée et concentrée, facilite l'absorption de la Vitamine B_{12}, contribuant ainsi à l'amélioration hématologique rapide.

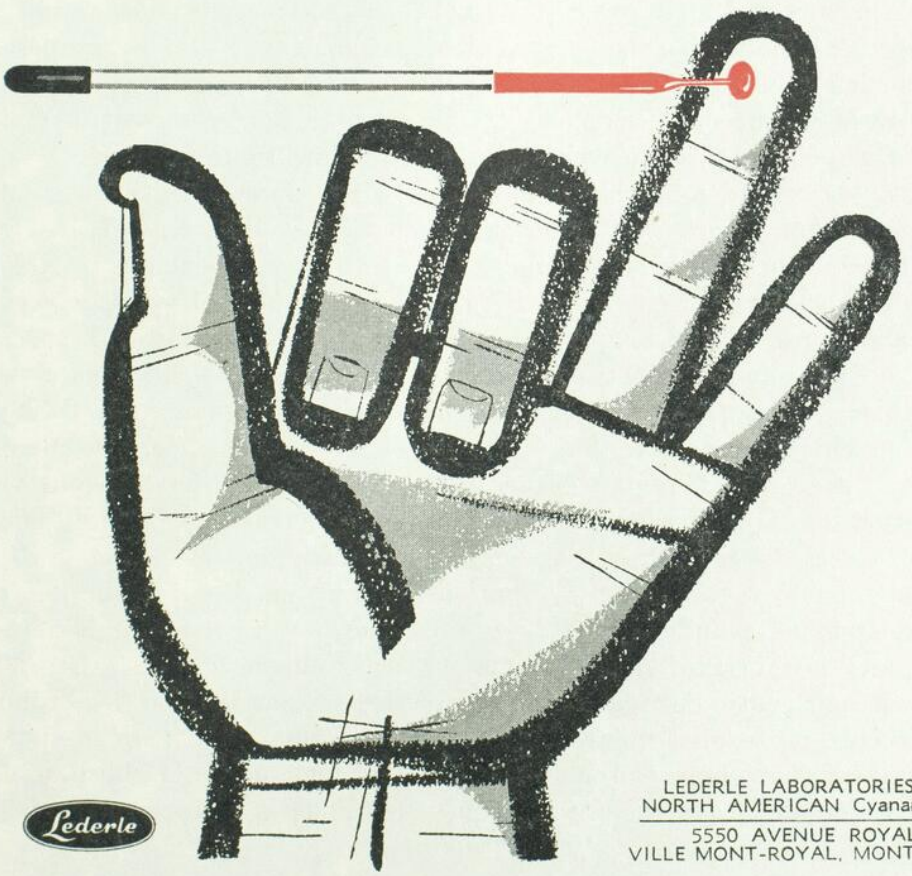
CAPSULES: Flacons de 100, et 1,000.

CAPSULES JR pour enfants: Flacons de 100 et 1,000.

CONTIENT MAINTENANT LE FACTEUR INTRINSÈQUE PURIFIÉ ET CONCENTRÉ

PERIHEMIN*

FER • B_{12} • C • ACIDE FOLIQUE • ESTOMAC • FRACTION HÉPATIQUE • FACTEUR INTRINSÈQUE PURIFIÉ ET CONCENTRÉ **LEDERLE**



Lederle

Marque déposée

LEDERLE LABORATORIES DIVISION
NORTH AMERICAN Cyanamid LIMITED
5550 AVENUE ROYALMOUNT
VILLE MONT-ROYAL, MONTREAL, QUEBEC

Le volume contient aussi, à la fin, la liste alphabétique des nouveaux médicaments de l'année avec leur indication et leur posologie, celle des nouveaux appareils, et celle des nouveaux livres classés par organe.

Ce petit volume est donc précieux pour la pratique médicale, d'où son succès persistant depuis 32 ans.

L'alimentation dans les maladies du rein et les affections cardio-vasculaires. Par le docteur Jean-F. Porge (de St-Nectaire), ancien chef de clinique à la Faculté. Préface du Prof. Laubry. Un vol. de 115 pages. — Editions R. Lépine, édit., Paris, 1954 — 330 francs.

De tous les régimes alimentaires, celui qui est appliqué aux malades du rein et du cœur est peut-être encore le plus mal connu et le plus mal appliqué. Encombré de règles périmées difficiles à détruire, il pèche le plus souvent par une sévérité inutile ou un ostracisme irraisonné à l'égard d'aliments parfaitement inoffensifs. C'est ainsi que le régime lacté représente encore pour beaucoup la diététique idéale de toutes les affections cardiaques et rénales; de même qu'il n'est pas rare de voir de malheureux malades porteurs d'une albuminurie bénigne condamnés à un régime de famine d'où la viande est sévèrement exclue.

Qu'il s'agisse du rein ou du cœur, l'auteur a voulu adopter ses régimes à chaque modalité pathologique: d'une part aux variétés fréquentes de néphrite albuminurie simple, néphrite hydropigène avec œdème, néphrite azotémique avec insuffisance rénale, et à des variétés plus rares, anurie, néphrite lipoïdique, néphropathies gravidiques; encadrant cet ensemble d'un chapitre sur la lithiase rénale; d'autre part, il ne se préoccupe pas moins de l'alimentation du cardiaque, qu'il soit en état de compensation ou d'insuffisance, comprenant parmi eux les artéritiques, coronariens ou non et les hypertendus.

Ainsi que l'écrit le Prof. Laubry dans sa préface: « Réagir contre des règles trop étroites ou désuètes, ne se plier qu'avec réticence et à la faveur d'un choix raisonné anx indications tirées de travaux physiologiques éprouvés, leur préférer le plus souvent les enseignements moins catégoriques d'une pratique longue et patiente. »

Tels sont les constants soucis de l'auteur. Il n'a pas craint en outre d'illustrer ses régimes par nombre de recettes utiles qui permettront aux plus difficiles de cuisiner leurs plats agréablement et de varier leurs menus. C'est dire que ce précieux ouvrage rendra les plus grands services aux médecins, aux auxiliaires médicaux et aux malades eux-mêmes qui trouveront en lui la possibilité de résoudre de façon judicieuse tous les problèmes de diététique que pose la pratique journalière.

Manuel de chirurgie de guerre. — Par le médecin général Talbot, ancien prof. au Val-de-Grâce. Un vol. de 330 pages: 750 francs (moins baisse de 4%); frais de port: 45 francs. — Charles-Lavauzelle et Cie, édit., Paris, Limoges, Nancy, 1954.

Livre pour les étudiants et les praticiens de chirurgie générale non spécialisés, ce manuel peu encombrant, quoique copieux, s'apparente aux précis de pathologie et de thérapeutique chirurgicale traumatique primitive de guerre, puisqu'il fournit, à l'occasion de chaque type de blessure des grands systèmes, les notions anatomo-pathologiques et pathogéniques nécessaires à l'établissement d'une thérapeutique raisonnée.

Si l'auteur traite les sujets habituels (infections, plaies vasculaires, fractures de guerre, plaies articulaires, plaies de l'abdomen et de poitrine), il envisage certaines lésions qui sont plutôt du ressort du spécialiste mais qu'un chirurgien général, dans certaines circonstances, se trouvera dans l'obligation de traiter seul, sans entraver, ce qui est indispensable, l'action du spécialiste qui viendra après lui. C'est le cas des plaies du crâne, de la moelle, de l'appareil urinaire.

Plus encore, il étudie les grands syndromes que sont le choc, les lésions par souffle, par ensevelissement, les agressions générales et locales par le froid, les brûlures, toutes questions qui, en la période actuelle, sont autant du domaine de la chirurgie de guerre que de celui de la chirurgie de paix.

AGRIPPOL

℞ Pour Adultes

Chaque comprimé contient:

Phénacétine	0 gr. 100
Acide Acétylsalicylique	0 gr. 233
Chlorhydrate d'Aminoxide d'Atropine	0 gr. 0005

℞ Pour Enfants

Chaque comprimé contient:

Aminoxide d'Atropine	1/600 grain
Acide Acétylsalicylique	1 grain
Phénacétine	3/8 grain

Echantillon médical sur demande

HERDT & CHARTON, INC.

2027, avenue du Collège McGill, Montréal 2

Après les enseignements si nets de la période 1914-18, enseignements qui, dans leur ensemble, n'ont pas été controuvés, l'auteur a établi sa doctrine thérapeutique — ce livre n'est pas un précis de technique opératoire — sur les travaux de l'entre-deux guerres, et surtout sur ceux de la période 1940-45, tant en France qu'à l'étranger, sur les enseignements des guerres d'Indochine et de Corée, doctrine éclectique et prudente, mais néanmoins « à jour » qui s'attache à la chirurgie primitive de guerre, laissant de côté, de propos délibéré, la thérapeutique seconde, réparatrice ou orthopédique qui relève de la chirurgie générale ou spéciale habituelle.

Un livre de synthèse d'une littérature actuellement complexe et fort disséminée, dans lequel le blessé est suivi pas à pas, au cours des étapes successives de son évacuation.

Techniques de laboratoire. — J. LOISELEUR, sec. de la Rédaction. Deuxième édition entièrement refondue et revue. En 2 volumes. — I. **Chimie physique — chimie biologique.** Un vol. de 930 pages, avec 202 fig. Broché: 4.200 fr.; cartonné toile: 4.800 f. — II. **Chimie clinique.** Un vol. de 444 p., avec 33 fig. Broché: 2.400 fr.; cartonné toile: 3.000 fr. — Masson et Cie, édit., Paris, 1954.

Le succès et l'épuisement rapide de la première édition ont suffisamment montré à quelle nécessité répondait cet ouvrage, sorte de mémento général des techniques et des méthodes de recherches et de dosages.

Il rend les plus grands services aux chercheurs, en leur offrant un exposé aussi clair que possible des différentes techniques, aussi bien de chimie biologique que de chimie physique. La chimie biologique fait, en effet, des appels si fréquents aux techniques de la chimie physique, que leurs frontières ont cessé d'exister: structure de l'eau, état des constituants d'une solution, dissociation, pH, autant de points élémentaires pour la chimie biologique et qui constituent l'objet essentiel de la chimie physique.

Quant à la *Chimie clinique*, elle doit bénéficier de toutes les acquisitions de la chimie biologique, sans rester limitée à l'examen des urines et à la mesure de l'urémie ou de la glycémie. Il faut que le clinicien puisse disposer de toutes les techniques de la chimie biologique.

Ce livre ayant en vue le travail de laboratoire, les théories n'y figurent en général que réduites au minimum indispensable pour guider une technique, sauf pour certaines questions d'une importance particulière (l'eau liée, la charge électrique des protéides, la physique moléculaire) où la partie théorique a été développée pour combler les lacunes de la littérature.

Rappelons en outre que le Professeur Loiseleur a voulu s'adresser aux spécialistes de chacune des questions traitées, se réservant, outre les chapitres de son activité propre, la liaison entre les divers chapitres de l'ouvrage. Ainsi le livre forme un tout aussi homogène que possible, tout en gardant la précision indispensable à une étude qui est essentiellement pratique.

Cette seconde édition (présentée en deux volumes pouvant être acquis séparément) a été entièrement revue et complétée des nouveautés intervenues entre temps.

13 chapitres sont ainsi venus compléter cet ensemble.

Divisions de l'ouvrage

Tome I.

Première partie: Généralités.

Principes généraux des méthodes de recherches et de dosage. — Appareils gradués. — Définition des solutions. — Liqueurs titrées. — Préparation des solutions-tampon. — Dyalise. — Adsorption et élution. — Erreurs de mesure, par G. Brun. — Fractionnement de particules par sédimentation. — Le développement photographique, par L. Guintrand. — Métallisation des appareils de laboratoire.

Seconde partie: Chimie physique et biologique

Thermodynamique chimique et calorimétrie, par E. Calvet. — Mesure du pH. Détermination de la constante d'ionisation. — Mesure de l'eau liée. — Mesure de la viscosité. — Mesure de la tension superficielle. — Mesure de la conductivité. — Mesure des pressions osmotiques, par Mme A. Dobry. — Oxydo-réduction, par G. Carpéni. — Les radiations dans les techniques biochimiques, par R. Latarjet. — Les traceurs radioactifs, par P. Daudel et G. Morin.

Vous pouvez prévenir les attaques d'angine de poitrine

Protection durable

Le Peritrate, qu'on a trouvé capable de diminuer le nombre d'attaques chez presque 80 pour cent des malades,[2] a été comparé à la nitroglycérine avec le résultat que "le Peritrate a modifié le cardiogramme de façon marquée après des exercices usuels... son influence a été comparable aux résultats obtenus avec le trinitrate de glycéryl."[1] A l'encontre du trinitrate de glycéryl, "*on pouvait démontrer cette amélioration jusqu'à cinq heures après l'administration du médicament.*"[1]

Une méthode facile

A part d'améliorer sensiblement le EKG,[1,2] le traitement prophylactique au Peritrate réduira les besoins en nitroglycérine chez la plupart des malades atteints d'angine de poitrine.[3] Une posologie suivie consistant en 1 ou 2 comprimés 4 fois par jour pourra ordinairement

1. *réduire le nombre des attaques chez presque 80 pour cent des malades*[2]
2. *réduire la gravité des attaques qui ne peuvent être prévenues.*

S'obtient en comprimés de 10 mg., en flacons de 100, 500 et 5000.

1. Russek, H. I.; Urbach, K. F.; Doerner, A. A., and Zohman, B. L.: J.A.M.A. *153*:207 (Sept. 19) 1953.
2. Humphreys, P., *et al.*: Angiology *3*:1 (Feb.) 1952.
3. Plotz, M.: New York State J. Med. *52*:2012 (Aug. 15) 1952.

Peritrate® (Marque de commerce)

TETRANITRATE
(Marque de Tétranitrate de pentaérythriol)

WARNER-CHILCOTT
Laboratories

***Division de William R. Warner & Co. Ltd.* — Toronto, Ontario**

— Notions sur les structures, les formes et les dimensions des molécules, par D. Dervichian. — Technique des couches superficielles, par D. Dervichian. — Photométrie des milieux absorbants, par A. Dognon. — Séparations et fractionnements par essorage des mousses, par M. Abribat. — Théorie et pratique des émulsions, par F. Lachampt. — L'analyse chromatographique, par P. Meunier. — Chromatographie sur papier, par M. Machebœuf, R. Munier et R. Allouf.

Troisième partie: Chimie biologique

Techniques de microdosages: Sodium, potassium, calcium, magnésium, fer, cuivre, bismuth, chlore et iode dans les tissus animaux; microdosage de l'iode, de l'azote, du soufre dans les milieux biologiques; phosphore, sodium, potassium et phosphore sur une même prise de tissu, alcool éthylique, radicaux acétyles, eau oxygénée, glutathion, identification des produits élaborés par les bactéries dans les milieux de culture, avec la collaboration de F. Lachiver, J. Leloup, D. Bertrand, Cl. Fromageot, A.-R. Prévot.

Etude des protéides: Isolement, purification et cristallisation des protéides, par J.-J. Perez. — Préparation des protéides isoélectriques par les échangeurs d'ions, par A. Rousselot. — Solubilité et point isoionique des protéides, par J.-J. Pérez. — Renseignements donnés par la biréfringence d'écoulement sur la structure des particules en solution, par M. Joly. — Mesure de la charge électrique des protéides. — Microélectrophorèse des protéines dans le papier, par M. Machebœuf. — Méthode d'établissement des courbes de relargage des protéines, par Y. Derrien. — Titrage physico-chimique des protéides. — Titration potentiométrique des protéides, par A. Rousselot. — Dosages chimiques sur les protéines. — Chromatographie et détermination colorimétrique de certains acides aminés, par M. Jutisz. — Acétylation des protéides par le cétène. — Solubilisation des protéides en milieux organiques.

Les nucléoprotéines, par J. Grégoire et Jana Grégoire. — Lipides et substances lipoïdiques, par Mlle M. Faure. — Extraction. Identification et dosage des glucides dans les extraits d'organes et les corps bactériens, par Mlle A.-M. Staub. — Immunochimie. La technique immunochimique quantitative et son emploi en immunologie et en chimie, par P. Grabar. — Les réactions de précipitation spécifique, par J.-J. Pérez. — Méthode de viscosité pour l'étude de la réaction antigène-anticorps. — Isolement de fractions riches en anticorps à partir du plasma ou du sérum sanguin, par G. Sandor. — Facteurs adjuvants dans la réaction antigène-anticorps, par E. Neuzil. — Bases expérimentales de l'anaphylaxie, par B. N. Halphern.

Tome II.

Quatrième partie: Chimie clinique.

Le sang et le sérum sanguin, avec la collaboration de J.-J. Perez, M.-F. Jayle, J. Roche et Nguyen-van Thoai. — Les urines, avec la collaboration de M.-F. Jayle, J. Desbordes et C. Guyotjeannin. — Le liquide céphalo-rachidien. — Chimisme gastrique. — Bile et calculs biliaires. — Matières fécales. — Examen des sérosités. — Extraction des antibiotiques, par Mme T.-J. Trefouel et A. Lamensans. — Sensibilité des microbes aux antibiotiques, par G. Terrial. — Dosage physico-chimique des vitamines dans les liquides biologiques, par Y. Raoul, Mme Guerillot-Vinet et Mlle C. Marnay. — Interprétation physiologique des résultats analytiques. — L'analyse chimique dans les maladies infectieuses, par P. Sedallian. — La valeur fonctionnelle du foie d'après l'analyse du sang et des urines, par M. Gaultier. — L'exploration fonctionnelle des reins. — Applications cliniques de quelques-unes des techniques précédentes, par G. Wolfromm et R. Wolfromm.

Index alphabétique des tomes I et II.

Activité métabolique du rein et son rôle dans l'excrétion urinaire. — H. Bénard, prof. à la Faculté de Méd. de Paris, membre de l'Acad. de Méd., et A. Gajdos, chef de laboratoire à la Faculté de Méd. de Paris. Un volume de 110 pages, avec 5 fig.: 900 fr. — Masson et Cie, édit., Paris, 1954.

Il y a déjà longtemps que les chercheurs se sont penchés sur le problème de l'intervention du tissu rénal dans le métabolisme général. Mais depuis ces vingt-cinq dernières années, les progrès prodigieux de la biochimie ont révélé toute la complexité du métabolisme intermédiaire. Le perfectionnement des techniques, l'isolement de plus en plus parfait des systèmes enzymatiques et enfin l'introduction des isotopes, ont permis de préciser les principales étapes des processus anaboliques et cataboliques et les déplacements d'énergie au cours de ces différentes réactions.

Les connaissances sur l'activité du tissu rénal ont été considérablement enrichies par ces recherches. Les chercheurs ont pu connaître la nature intime de cette activité et apprécier, dans de nombreux domaines, la place hiérarchique que le rein occupe au milieu des autres organes.

Dans certains cas, la fonction interne du rein apparaît nettement prépondérante. Telle est, par exemple, l'intervention de cet organe dans l'ammoniogenèse et la dégradation des

Lederle

CHLORHYDRATE

d'Artane*

Chlorhydrate de Trihexyphénidyle *Lederle*

Efficace dans les trois formes de Parkinsonisme

POST-ENCÉPHALITIQUE • ARTÉRIO-SCLÉREUX • IDIOPATHIQUE

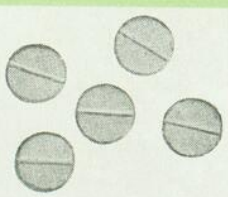
L'ARTANE est ordinairement bien toléré. C'est un puissant antispasmodique, et pourtant il produit moins d'effets secondaires que l'atropine. Il est plusieurs fois aussi actif que la plupart des autres drogues synthétiques ayant une action atropinique; il ne perd pas son efficacité lorsque son administration est prolongée, et il n'a aucun effet nocif sur la fonction de la moelle osseuse.

L'ARTANE s'administre par la bouche, en comprimés. On commence par 1 mg. le premier jour augmentant graduellement, selon la réponse, jusqu'à 6 à 12 mg. par jour.

Les Comprimés d'ARTANE sont présentés en deux forces, soit 2 mg. et 5 mg., toutes deux conditionnées en flacons de 100 et de 1,000.

LEDERLE LABORATORIES DIVISION
North American Cyanamid Limited
5550 AVENUE ROYALMOUNT
VILLE MONT ROYAL, MONTRÉAL, QUÉBEC

*MARQUE DÉPOSÉE



NOUVEAU

CORICIDIN
AVEC
CODEINE

SOULAGEMENT
SANS PRÉCÉDENT
DE LA DOULEUR ET
DES SYMPTÔMES ÉPUISANTS
DUS AUX RHUMES

CORICIDIN

avec Codéine 1/8 gr. ou 1/4 gr.

Chaque comprimé enrobé contient :

Acide acétylsalicylique 0.23 Gm (3½ gr.)
Phénacétine ..... 0.15 Gm (2½ gr.)
Caféine (alkaloïd) .. 0.03 Gm (½ gr.)
Maléate de
Chlor-Tripolon ..... 2.0 mg (1/30 gr.)
Phosphate de codéine 0.016 Gm (¼ gr.)
ou 0.008 Gm (⅛ gr.)

*Maléate de chlorprophenpyridamine Schering.

Schering

corps cétoniques qui jouent un si grand rôle dans la lutte contre l'acidose.

D'autre part, fonction interne et fonction externe sont intimement liées. Le fonctionnement tubulaire nécessite une somme d'énergie qui prend naissance au niveau même du tissu rénal. Certaines substances ne peuvent être excrétées avec les urines qu'après avoir subi des modifications anaboliques ou cataboliques au niveau du rein lui-même.

Il était donc utile de procéder à une synthèse des acquisitions récentes sur la fonction du rein. Les Auteurs s'y sont appliqués sans toutefois en faire un exposé complet afin de rester dans le cadre strict des notions d'intérêt médical.

Leur étude présente cinq chapitres qui gardent un lien étroit avec les problèmes cliniques: le rôle du rein dans le métabolisme des protides, des glucides, des lipides ainsi que dans les phénomènes de détoxication et dans l'élaboration des substances hypertensives.

Dans un dernier chapitre sont résumés les travaux tout récents qui ont cherché à relier les différents processus de la sécrétion du rein à l'activité métabolique de cet organe.

Une importante bibliographie (269 références) complète l'étude.

Divisions de l'ouvrage

Introduction. — Métabolisme protidique: Catabolisme des protides, Ammoniogenèse rénale. Synthèse des corps azotés. — Métabolisme des glucides. — Métabolisme des lipides. — Réactions dites de détoxication. — Rôle du rein dans la production des substances hypertensives. — Relations entre la fonction interne et la fonction externe du rein. — Bibliographie.

HEMORROÏDES

CRISES HÉMORROÏDAIRES AIGUËS

TRAITEMENT D'ENTRETIEN

VARICES • PHLÉBITES • ET TOUS LES TROUBLES CIRCULATOIRES

VEINEUX • FRAGILITÉ CAPILLAIRE • ENGELURES

MARRO-DAUSSE "P"

(solution d'Intrait de Marron d'Inde et de Vitamine P)

La préparation la plus riche en vitamines "P" native

11.000 γ de Vitamine P par cc.

Présentation: **Solution:** Flacons de 1 oz, 4 oz et 16 oz.
Suppositoires: Boîte de 10 suppositoires pour adultes
Boîtes de 100 et 500 suppositoires.

Echantillon et documentation sur demande.

Préparé par les LABORATOIRES DAUSSE, Paris, France

Représentants exclusifs au Canada:

HERDT & CHARTON, INC.,

"L'Union Médicale du Canada" en 1885

Du développement de la profession médicale au Canada.[1]

Par Wm. Osler, M.D.

Décembre 1885.

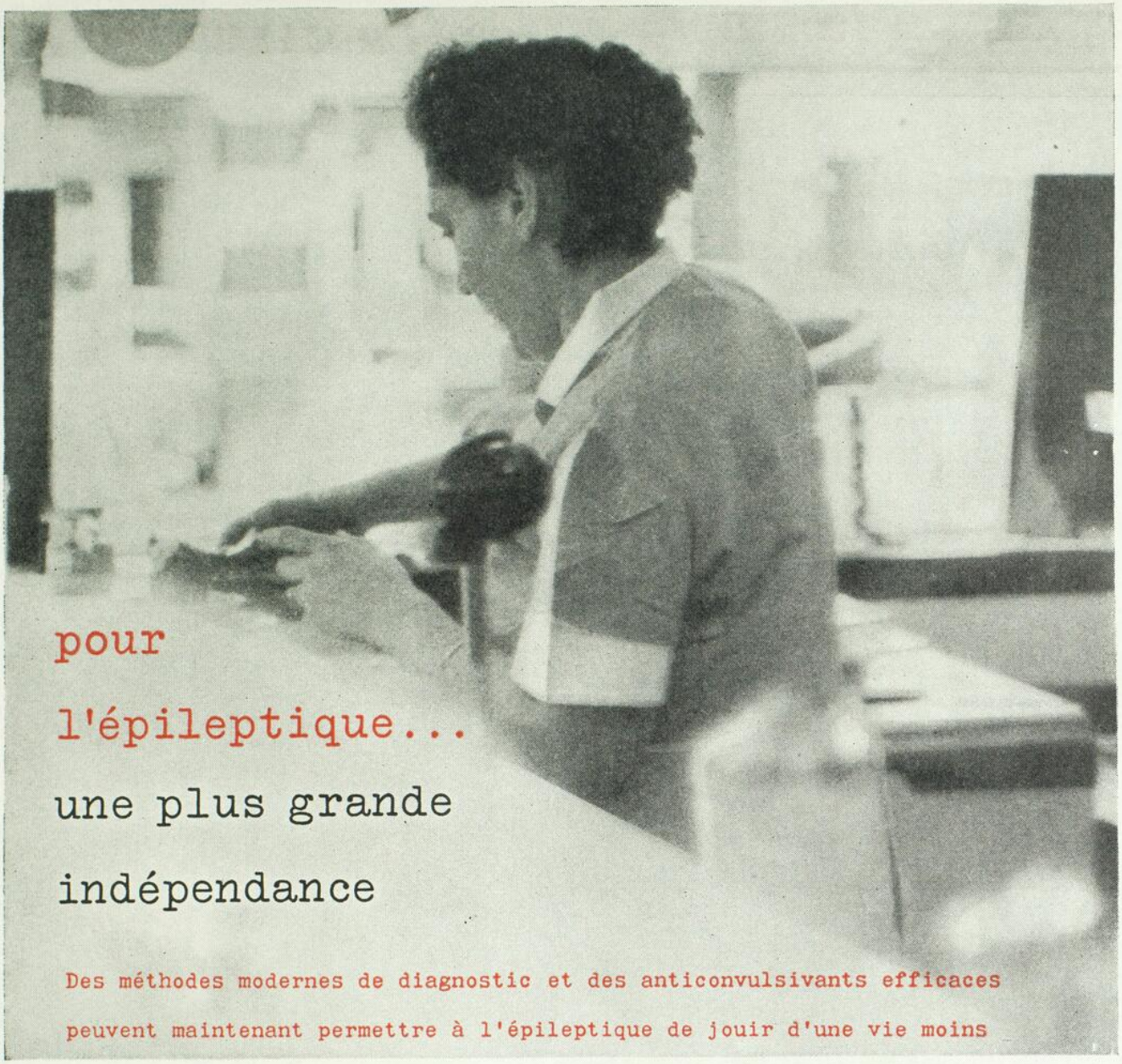
Permettez-moi de toucher ici à une ou deux questions se rapportant aux Bureaux de Médecine. Une anomalie, qui a été le point de départ de discussions très animées, existe dans le fait même des liens étroits qui nous rattachent à notre Mère-patrie. Tout praticien enregistré en Angleterre sous l'Acte Britannique actuel peut se faire enregistrer dans les colonies sans subir d'examen ultérieur. Pendant quelques années, Ontario a lutté contre ce prétendu droit qui fut définitivement établi par l'enregistrement du Dr E. St-G. Baldwin, en 1879, et du Dr A. E. Mallory, en 1880; depuis lors, plusieurs se sont fait enregistrer sans examen. Le Bill Médical, qui a été rejeté par la Chambre des Communes, l'année dernière, contenait une clause permettant aux colonies d'adopter tous les règlements jugés nécessaires et opportuns au sujet de l'enregistrement, et il n'y a pas de doute qu'un semblable proviso ne se rencontre aussi dans le prochain Bill. Les objections que l'on a, ici, à accepter l'enregistrement anglais sont précisément les mêmes que celles que l'on a en Angleterre à accepter l'enregistrement canadien. Les examens se subissent devant les corporations dont la valeur scientifique est susceptible de varier, dont personne ne connaît la manière de procéder et sur lesquelles aucun contrôle n'est exercer! Mais dans Ontario, c'est ailleurs que blesse le bât. Aussitôt qu'ils ont pris leurs degrés, les étudiants peuvent s'y jouer du Bureau en allant se munir d'un diplôme quelconque en Angleterre ou en Ecosse, s'y faire enregistrer, puis revenir ici et prendre leur licence sans autre examen. L'inconvénient à ceci gît dans le fait que beaucoup de sujets ont de la sorte éludé les règlements de la profession dans leur province, et sont revenus avec une licence anglaise alors qu'ils n'auraient pu subir d'examen devant le Bureau Médical d'Ontario. A peu d'exceptions près, nos gradués canadiens vont chercher dans le Royaume-Uni des qualifications d'obtention plus facile, et particulièrement la licence des institutions d'Edimbourg. Dans quelques-unes de celles-ci l'on avait coutume, quand il s'agissait de gradués venant du Canada d'examiner le diplôme, d'accepter le degré universitaire, et d'admettre le candidat à l'examen sans autre formalité. Pour être justes, les institutions anglaises devraient examiner le certificat d'admission à l'étude, et exiger des preuves suffisantes (au moyen des cartes de cours) que le candidat a étudié la médecine pendant quatre années. Dans ces conditions, l'enregistrement dans Ontario sur production d'un certificat anglais ne constituerait plus une imposition, bien qu'il y aurait encore là une distinction peu juste envers les institutions locales.

Grâce à l'obligeance du Dr Pyne, registrateur, je puis fournir ici quelques chiffres à ce sujet. Dans le cours des cinq dernières années, 378 médecins se sont enregistrés dans la province d'Ontario; sur ce nombre il y avait 93 Canadiens porteurs de diplômes anglais, c'est-à-dire qu'environ le quart des candidats à la licence ont éludé les règlements du Bureau en allant subir leurs examens dans une institution britannique. Nul doute que ces 93 médecins n'aient retiré grand profit de la prolongation de leurs études et de leur contact avec des sujets venant d'autres écoles et d'autres pays, mais ils auraient encore mieux fait de se conformer aux lois de leur propre pays et, par ce moyen, aider la profession à faire exécuter des règlements dont les avantages sont universellement reconnus.

Les honoraires exigés par les Bureaux suscitent aussi beaucoup de murmures de la part des étudiants et des médecins. Le Bureau d'Ontario exige $70.00 pour les trois examens: préliminaire, primaire et final. Dans la province de Québec, on paye $20.00 l'enregistrement (licence) et $10.00 pour l'admission à l'étude. C'est toujours la vieille histoire: ceux qui sont les mieux traités sont précisément ceux qui se plaignent davantage. Au point de vue des honoraires, les étudiants en médecine au Canada sont trop favorisés, et doivent s'attendre à des changements dans un avenir prochain. Pendant que, depuis vingt-cinq ans les dépenses des écoles de médecine ont quadruplé, par contre le prix des cours n'a augmenté que de 10 pour cent. Les honoraires fixés par les Bureaux sont justes et raisonnables, outre qu'ils sont nécessaires si l'on veut subvenir aux dépenses courantes. La taxe annuelle imposée aux médecins est de $1.00 dans l'Ontario et de $2.00 dans le Québec; on en parle souvent comme d'une chose bien onéreuse, mais ce n'est, après tout, qu'une bien faible contribution au bien-être général de la profession.

Il semble extraordinaire aux étrangers que, dans un pays qui, comme le Canada, compte à peine cinq millions d'habitants, il y ait un si grand nombre de Bureaux accordant licence et, anomalie plus grande encore, qu'un médecin licencié dans une des provinces ne puisse pas pratiquer dans une autre, en un mot, qu'il n'y ait pas de réciprocité. Telle a aussi été la pensée d'un grand nombre de médecins qui,

1. Voir le numéro de nov. de 1885 et de 1954.



pour
l'épileptique...
une plus grande
indépendance

Des méthodes modernes de diagnostic et des anticonvulsivants efficaces peuvent maintenant permettre à l'épileptique de jouir d'une vie moins sujette aux crises. Et grâce à la meilleure compréhension de la société, il peut s'assurer une plus grande indépendance.

Le DILANTIN* SODIQUE (diphénylhydantoïne sodique, Parke-Davis)

est un anticonvulsivant de choix reconnu, seul ou en combinaison, pour enrayer le mal comitial et les crises psychomotrices -- sans l'inconvénient de la somnolence.

Le DILANTIN Sodique est présenté sous une variété de formes -- y compris les Kapseals de 0.03 gramme (½ grain) et de 0.1 gramme (1½ grain) en flacons de 100 et de 500.

*Marque Enregistrée

MEDICAMENTA VERA

Parke, Davis & Cie., Ltée.

WALKERVILLE, ONTARIO

Nominations chez Johnson & Johnson

M. L. R. Barker

M. M.-L. Marcil

Johnson & Johnson Limited, de Montréal, annoncent la nomination de MM. Marcil et Barker comme conseillers dans le service du catgut Ethicon.

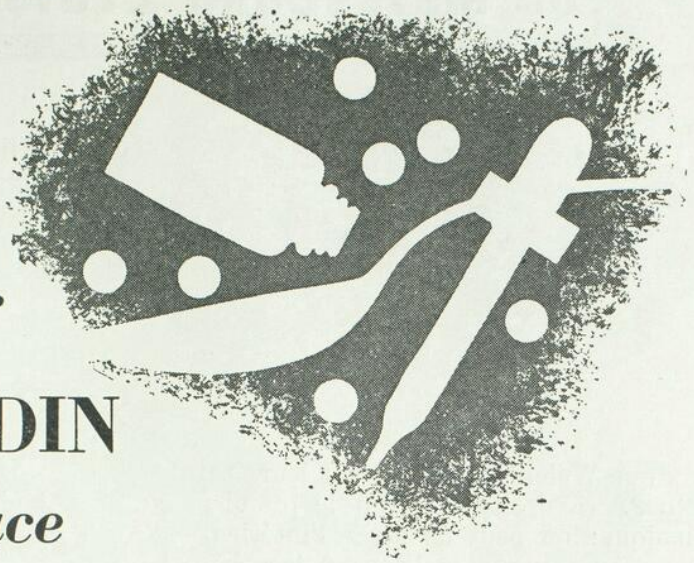
M. L. R. Barker représentera la compagnie en Alberta et en Colombie-Britannique.

M. M.-L. Marcil se voit confier une partie de la province de Québec et la partie septentrionale du Nouveau-Brunswick.

il y a quelque dix ans, au sein même de cette association, ont tenté de faire un bill médical pour toute la Puissance. Le Bill échoua, comme échoueront, je crois, toutes les tentatives de ce genre, si on en fait. Un seul remède nous reste: avec le temps, les Bureaux des diverses provinces peuvent rendre leur curriculum et leurs examens tellement semblables les uns aux autres, que la réciprocité deviendra possible, mais nous ne pouvons pas nous attendre à ceci avant plusieurs années. Il semble qu'un Bureau d'enregistrement fédéral, siégeant à Ottawa, serait bien utile en certains cas. Ainsi, le chirurgien d'un régiment de Québec se trouverait à pratiquer illégalement s'il allait être de service dans Ontario; dans la marine, les chirurgiens des steamers doivent être enregistrés par le Bureau de la province dans laquelle se trouve le port d'où est parti le navire. Il y aurait de très grandes, sinon d'insurmontables objections à la création d'un Bureau semblable; cependant l'on pourrait adopter certaines règles relativement aux chirurgiens militaires et à ceux de la marine marchande...

pour le ***RHUME ORDINAIRE***

là où d'autres échouent..



CORICIDIN

est efficace

Lors d'une revue de 5,734 patients souffrant de rhume ordinaire et traités avec CORICIDIN "... le soulagement des symptômes atteignit 72.7%".* Les réactions secondaires furent légères, et leur incidence fut seulement 1.5% plus fréquente qu'avec le placebo. CORICIDIN contient du maléate de CHLOR-TRIPOLON, l'antihistaminique efficace en très petites doses — associé à de l'acide acétylsalicylique, de la phénacétine et de la caféine.

CORICIDIN

(antihistaminique-antipyrétique-analgésique)

Un produit d'une puissance extraordinaire — toujours à portée pour usage immédiat. CORICIDIN agit là où d'autres échouent.

Comprimés CORICIDIN en flacons de 25, 100 et 500.

*Manson, M. H.; Wells, R. L.; Whitney, L. H., and Babcock, G., Jr.: Internat. Arch. Allergy & Applied Immunol., 1: 265, 1951.

SCHERING

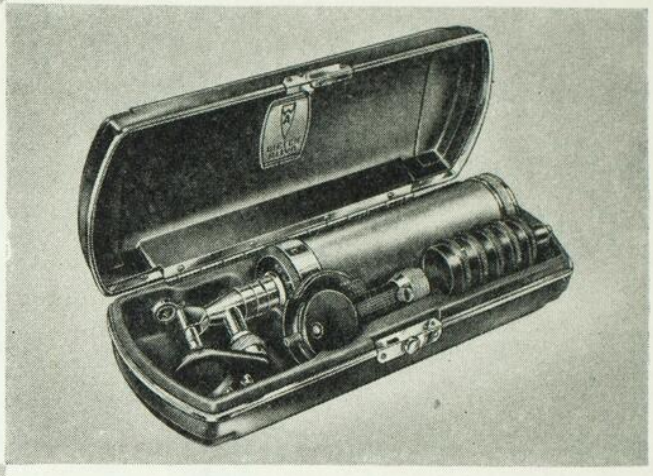
Schering

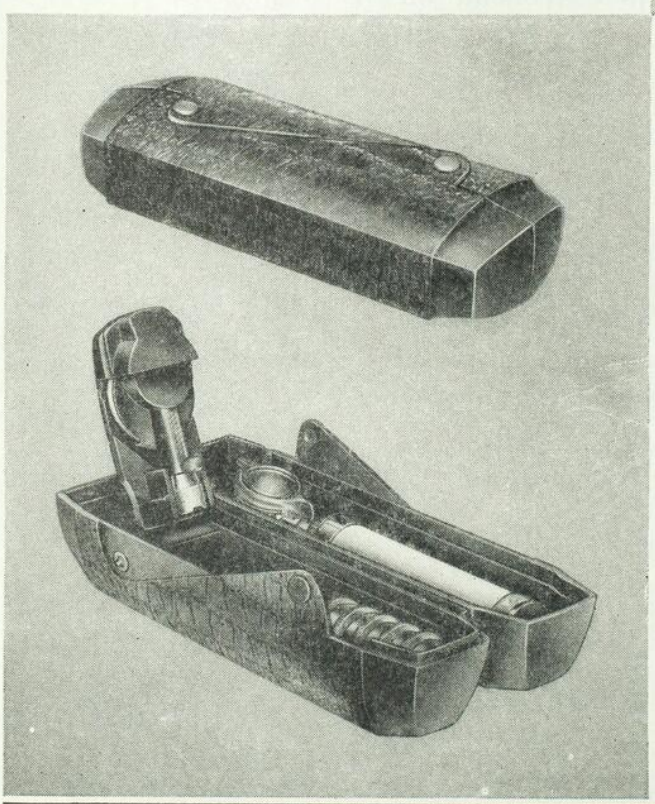
WELCH ALLYN

DE MEILLEURS ETUIS pour vos instruments

Jusqu'à il y a quatre ans, tous les instruments pour diagnostic étaient présentés dans des étuis de ce genre: boîtes de bois recouvertes de cuir ou de cuirette et doublées de peluche. Ils n'étaient ni hygiéniques ni très durables.

C'est alors que Welch Allyn créèrent leur étui Deluxe No 21 (à droite). Ce fut le premier étui hygiénique: on peut en laver l'intérieur et l'extérieur au savon et à l'eau ou le stériliser en l'essuyant avec de l'alcool. Cette particularité jointe à son apparence moderne, sa compacité et son extrême durabilité ont rendu l'Etui Deluxe No 21 très populaire. Il a eu de nombreux imitateurs.





Et maintenant Welch Allyn battent encore la marche avec leur nouvel étui No 23 en polyéthylène, moulé d'une seule pièce et muni de la charnière automatique brevetée. On y retrouve plusieurs des particularités propres à l'Etui Deluxe No 21, mais à meilleur marché, ce qui le rend particulièrement intéressant pour les étudiants et les internes. On peut le laver ou le stériliser au moyen des germicides usuels; il est extrêmement compact et pratiquement indestructible. Il est fait pour contenir la tête d'un otoscope Welch Allyn (pour opérations ou diagnostic) *reliée à la poignée-batterie et prête à servir*, n'importe quelle tête d'ophtalmoscope Welch Allyn, des ampoules de rechange et cinq spéculums pour otoscope. S'obtient séparément pour recevoir un ensemble Welch Allyn déjà existant (poignées-batteries, modèle moyen) ou comme partie intégrante d'un nouvel ensemble. Votre fournisseur d'instruments chirurgicaux a maintenant en magasin l'Etui Welch Allyn No 23. Prix: $5.00.

WELCH ALLYN, Inc. 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

LA PRÉPARATION LA PLUS SÛRE POUR LE CONTRÔLE DE LA THYROTOXICOSE

"Propyl-Thyracil"

Marque de Propylthiouracil

La valeur des drogues antithyroïdiennes propres au contrôle de la thyrotoxicose est bien reconnue. Parmi celles qui sont procurables, la plus sûre et la moins toxique est le propylthiouracil.

INDICATIONS

1. **Traitement médical de la thyrotoxicose à débuts relativement aigus et récents.**
2. **Préparation du patient à la thyroïdectomie.**

D'importance majeure dans le traitement de l'hyperthyroïdie est la présence d'un régime alimentaire riche en protides et en hydrates de carbone, ainsi que d'un supplément multivitaminique. Une association du propylthiouracil au supplément vitaminique simplifie le traitement.

AVERTISSEMENT

Malgré la rareté des réactions secondaires provenant du propylthiouracil, il ne faut pas cesser d'user de vigilance dans la recherche de symptômes tels que la fièvre, les douleurs articulaires, les éruptions cutanées ou les maux de gorge. Sur manifestation de l'un quelconque de ces symptômes il faut promptement discontinuer le traitement.

L'agranulocytose peut se déclarer soudainement, et des numérations globulaires réitérées ne semblent pas aider beaucoup à la prévoir. On doit avertir les patients que sur manifestation d'un mal de gorge la médication doit être immédiatement discontinuée et le médecin consulté sans tarder. En présence d'agranulocytose, l'administration immédiate de cortisone et de fortes doses de pénicilline est d'importance vitale.

"PROPYL-THYRACIL" à 50 mg. ADDITIONNÉ DE VITAMINES

(antérieurement "EUTHYRIL" à 50 mg.)

Tablette Nº 447 "Frosst"

propylthiouracil	**50 mg.**
vitamine A, acétate de,	5000 unités int.
thiamine, chlorhydrate de	2 mg.
riboflavine	2 mg.
niacinamide	15 mg.
pyridoxine, chlorhydrate de	1 mg.
acide ascorbique	50 mg.

POSOLOGIE: une ou deux tablettes trois fois par jour.

Présenté en flacons de 100 tablettes.

"PROPYL-THYRACIL" à 100 mg. ADDITIONNÉ DE VITAMINES

(antérieurement "EUTHYRIL" à 100 mg.)

Tablette Nº 448 "Frosst"

propylthiouracil ..... **100 mg.**
ainsi que les vitamines énumérées à la tablette Nº 447.

POSOLOGIE: une tablette trois ou quatre fois par jour.

Présenté en flacons de 100 tablettes.

Pour la préparation à la Thyroïdectomie.

"PROPYL-THYRACIL" à 100 mg. ADDITIONNÉ DE VITAMINES ET D'IODURE DE POTASSIUM

(antérieurement "EUTHYRIL" à 100 mg. additionné d'Iodure de Potassium)

Tablette Nº 449 "Frosst"

propylthiouracil ..... **100 mg.**
iodure de potassium ..... 50 mg.
(la quantité renfermée dans approximativement 5 minimes de solution de Lugol),
plus les vitamines énumérées à la tablette Nº 447.

POSOLOGIE: une tablette trois ou quatre fois par jour.

Présenté en flacons de 50 tablettes.

Les produits suivants sont à la disposition de ceux qui préfèrent prescrire le propylthiouracil seul.

"PROPYL-THYRACIL"

Comprimé Nº 386 "Frosst"	**25 mg.**
Comprimé Nº 387 "Frosst"	**50 mg.**
Comprimé Nº 815 "Frosst"	**100 mg.**

POSOLOGIE: de 25 à 400 mg. par jour.

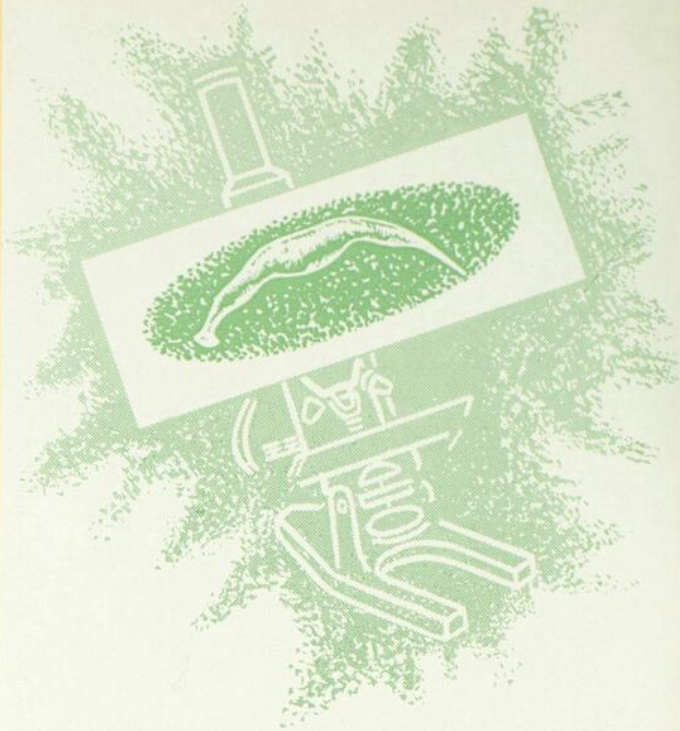
Présenté en flacons de 100 comprimés.

Frosst
DEPUIS 1899 LE SYMBOLE DU PROGRÈS EN RECHERCHE PHARMACEUTIQUE

Charles E. Frosst & Co.
MONTRÉAL CANADA

L'INFESTATION PAR LES OXYURES

GUÉRIE DANS ENVIRON 90 p.c. DES CAS



les TABLETTES de "VERMILET"

TABLETTES DE VIOLET DE GENTIANE À ENROBAGE ENTÉRIQUE

Les TABLETTES de "VERMILET"

Tablette No 409 "Frosst" 3/20 de gr. (10 mg.)
Tablette No 410 "Frosst" . . . . . ½ gr. (32 mg.)

Présenté en flacons de 200 tablettes.

POSOLOGIE

ENFANTS — jusqu'à 10 ans, une tablette de 3/20 de gr. (10 mg.) par jour par année d'âge. Fractionner cette dose et la prendre avant les repas.

Exemple: pour un enfant de 3 ans, une tablette de 3/20 de gr. (10 mg.) 3 fois par jour.

ENFANTS — de 10 à 16 ans, une tablette de ½ gr. (32 mg.) trois fois par jour, avant les repas.

Répéter cette dose tous les jours durant 8 jours, puis repos d'une semaine. Reprendre ensuite la même dose pendant 8 autres jours. Aucun patient ne doit être jugé guéri à moins que l'examen de trois ou quatre prélèvements de l'anus, faits avec des bâtonnets à intervalles d'une semaine, indique l'absence d'oeufs. Un paquet de bâtonnets sera envoyé promptement sur demande.

Le traitement EFFICACE *le plus* ÉCONOMIQUE qui ait été conçu jusqu'à date pour le contrôle des oxyures (enterobius vermicularis) consiste en l'administration de violet de gentiane sous forme d'une tablette spécialement préparée de façon à traverser l'estomac intacte pour se dissoudre dans la partie inférieure du tractus intestinal.

N. B.

Il y a contre-indication pour l'emploi du violet de gentiane chez les sujets souffrant d'affections hépatiques et rénales, de gastro-entérite, dans les cas de grossesse et en présence de maladies fébriles ou débilitantes.

Frosst — DEPUIS 1899 — LE SYMBOLE DU PROGRÈS EN RECHERCHES PHARMACEUTIQUES

Charles E. Frosst & Co.
MONTRÉAL CANADA

durant la GROSSESSE et la LACTATION

"FERROGEN" COMPOSÉ

TABLETTE DE FER, CALCIUM, IODE ET VITAMINES

L'anémie de la grossesse peut être traitée avec succès, ou même prévenue, et les risques qui accompagnent la maternité peuvent être considérablement diminués par un régime approprié. L'administration de tablettes de Ferrogen Composé, une combinaison bien équilibrée de fer, de calcium, de phosphore, d'iode et de vitamines, contre-balance l'insuffisance de ces substances dans le régime alimentaire et contribue à améliorer l'état de santé chez presque tous les patients.

"FERROGEN" COMPOSÉ

Tablette No 450 "Frosst"

Chaque tablette renferme:		*pour aider*
sulfate de fer B.P.	325 mg. (5 gr.)	à la prévention de l'anémie d'origine nutritive;
*farine d'os (comestible).	325 mg. (5 gr.)	à la prévention du rachitisme, de la carie dentaire et de la tétanie provenant d'une avitaminose D;
vitamine D	500 U.I.	
vitamine A, acétate de,	1500 U.I.	à l'accroissement de la résistance aux agents infectieux;
vitamine B_1	1 mg.	à la prévention des avitaminoses B_1 et B_2, y compris la névrite causée par l'avitaminose B;
riboflavine	1 mg.	
niacinamide	5 mg.	à la prévention de la pellagre;
vitamine C	30 mg.	au développement normal des os, des cartilages, des dents et des gencives; à la prévention du scorbut;
iodure de sodium	0.2 mg. (1/325 de gr.)	à la prévention de l'hypoiodémie.

*Teneur moyenne: calcium, 110 mg.; phosphore, 50 mg.; fluor, 0.4 mg., et d'autres traces d'éléments.

POSOLOGIE. Une tablette trois fois par jour après les repas. Afin de produire la tolérance du fer, graduer la quantité administrée quotidiennement jusqu'à la dose entière: une tablette après le repas principal durant plusieurs jours; augmenter à deux tablettes, une après le déjeuner et une après le repas du midi durant plusieurs jours, et finalement, une tablette trois fois par jour après les repas.

Présenté en flacons de 100 tablettes.

SOURCES

1. Article de tête — "Anaemia in Pregnancy", Lancet, 1:951, 1951.

2. Benstead, N. & Theobald, G.W.— "Iron and the 'Physiological' Anaemia of Pregnancy", Brit. Med. J., 1:407, 1952.

3. Ebbs, J.H. — "Nutrition and Public Health", C.M.A.J., 69:61, 1953.

Frosst
DEPUIS 1899
LE SYMBOLE DU PROGRÈS EN RECHERCHES PHARMACEUTIQUES

Charles E. Frosst & Co.
MONTRÉAL CANADA

ADMINISTRATION À LA GOUTTE

UN SÉDATIF DE LA TOUX

POUR LES BÉBÉS ET LES ENFANTS

Les gouttes de "Zéphadon"

EFFICACITÉ
SÛRETÉ
TOLÉRANCE

MARQUE DÉPOSÉE

Chaque cc. renferme:

chlorhydrate de méthadone..... 1.2 mg.
scille (un extrait)..... 30 mg.

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

Flacons à compte-gouttes de précision de 15 cc.

Prescription de narcotique exigée.

Frosst
DEPUIS 1899
LE SYMBOLE DU PROGRÈS EN RECHERCHES PHARMACEUTIQUES

Charles E. Frosst & Co.
MONTRÉAL CANADA

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

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

Pour l'enfant qui tousse — fatigué, remuant et irritable — les Gouttes de Zéphadon sont une médication efficace, d'administration facile et bien accueillie par les enfants.

AVERTISSEMENT

Pour les bébés de moins de 6 mois, les enfants débilités, ou tout enfant souffrant de pneumonie, administrer les Gouttes de Zéphadon à doses plus légères et avec circonspection.

la poudre

BIO-SORB*

pour saupoudrage

remplace le talc

minimise les adhérences

ETHICON*

*Marque déposée

DIVISION ETHICON DE JOHNSON & JOHNSON LIMITED, MONTRÉAL

BOURSES D'ÉTUDES MÉDICALES

OFFERTES PAR LA

Canadian Life Insurance

Les compagnies d'assurance-vie du Canada offrent, depuis 1949, un nombre limité de bourses d'études dans le but d'affermir et de développer les programmes de recherches médicales dans les universités canadiennes. Ces bourses sont décernées par l'entremise du Comité Permanent de la Santé Publique, organisme créé par la Canadian Life Insurance Officers Association, sur la recommandation d'un Comité médical consultatif.

Tel qu'établi présentement, le projet prévoit qu'un maximum de douze bourses s'élevant à un total de $50,000. sera alloué en une seule année et que chacune des douze facultés de médecine du Canada ne pourra bénéficier que d'une seule bourse. Cependant, si quelque faculté de médecine n'était pas en mesure de soumettre une demande pouvant mériter l'approbation du comité consultatif, ou si le total de toutes les demandes acceptées n'atteignait pas $50,000., il serait possible de prendre en considération une deuxième ou même une troisième demande venant d'une même faculté de médecine.

Titres d'éligibilité:

Les candidats doivent avoir beaucoup d'intérêt et posséder certaines aptitudes pour la recherche et l'enseignement; ils doivent être considérés par les autorités de leur faculté comme étant des sujets susceptibles de remplir une fonction dans l'enseignement ou la recherche au sein d'une faculté de médecine. De plus, pendant qu'ils ont la jouissance de leur bourse d'études, on devrait les désigner à un certain poste au sein du personnel qui se consacre à l'enseignement ou à la recherche dans la faculté de médecine où ils poursuivent leurs travaux.

Bourses:

Le montant d'une bourse d'étude peut varier de $2,500 à $5,000, selon les circonstances propres à chaque cas. Dans des cas particuliers, cependant, des demandes pour des bourses jusqu'à concurrence de $7,000. peuvent être prises en considération. Ces montants comprennent les dépenses de laboratoire et autres. Le maximum alloué pour d'autres dépenses est de $1,000 par bourse.

Période de temps:

Théoriquement, les bourses ne sont accordées que pour une période d'un an, mais d'après la valeur des rapports soumis sur les travaux en cours, elles peuvent être renouvelées pour une période additionnelle de deux ans. A part quelques exceptions spéciales, les bourses vont du 1er juillet au 30 juin de chaque année.

Rapports:

On exige des rapports réguliers sur les travaux en cours. Il n'est pas nécessaire cependant que ces rapports couvrent plus de deux pages. Ils doivent ne traiter que des travaux pour lesquels la bourse a été accordée. Il n'est pas nécessaire de présenter de tableaux ou de graphiques détaillés, ni de photographies ou de copies dactylographiées.

Demandes:

On peut obtenir les formules de demande et autres renseignements sur les règlements qui s'appliquent aux bourses d'études médicales de la Canadian Life Insurance en s'adressant aux doyens des diverses facultés de médecine. **Les requêtes doivent être présentées par le doyen et recommandées par lui.** Elles doivent être faites au plus tard le 28 février de chaque année et envoyées à:

Le Secrétaire
Comité Permanent de la Santé Publique
The Canadian Life Insurance Officers Association
302 Bay Street,
Toronto, Ont.

THE CANADIAN LIFE INSURANCE OFFICERS ASSOCIATION

soulagement des malaises causés par les hémorroïdes

ANUSOL

Suppositoires Hémorroïdaux

Sans anesthésique ni analgésique, Anusol apporte un soulagement prompt et durable à la démangeaison et à la douleur.

Suppositoires Hémorroïdaux, enveloppés individuellement. S'obtiennent en boîtes de 12.

WARNER-CHILCOTT
Laboratories
***Division de William R. Warner & Co. Ltd.* — Toronto, Ontario**

RÉGULATEUR DU TONUS VAGO-SYMPATHIQUE

DÉSANXYL

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 neuro-végétative, 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"

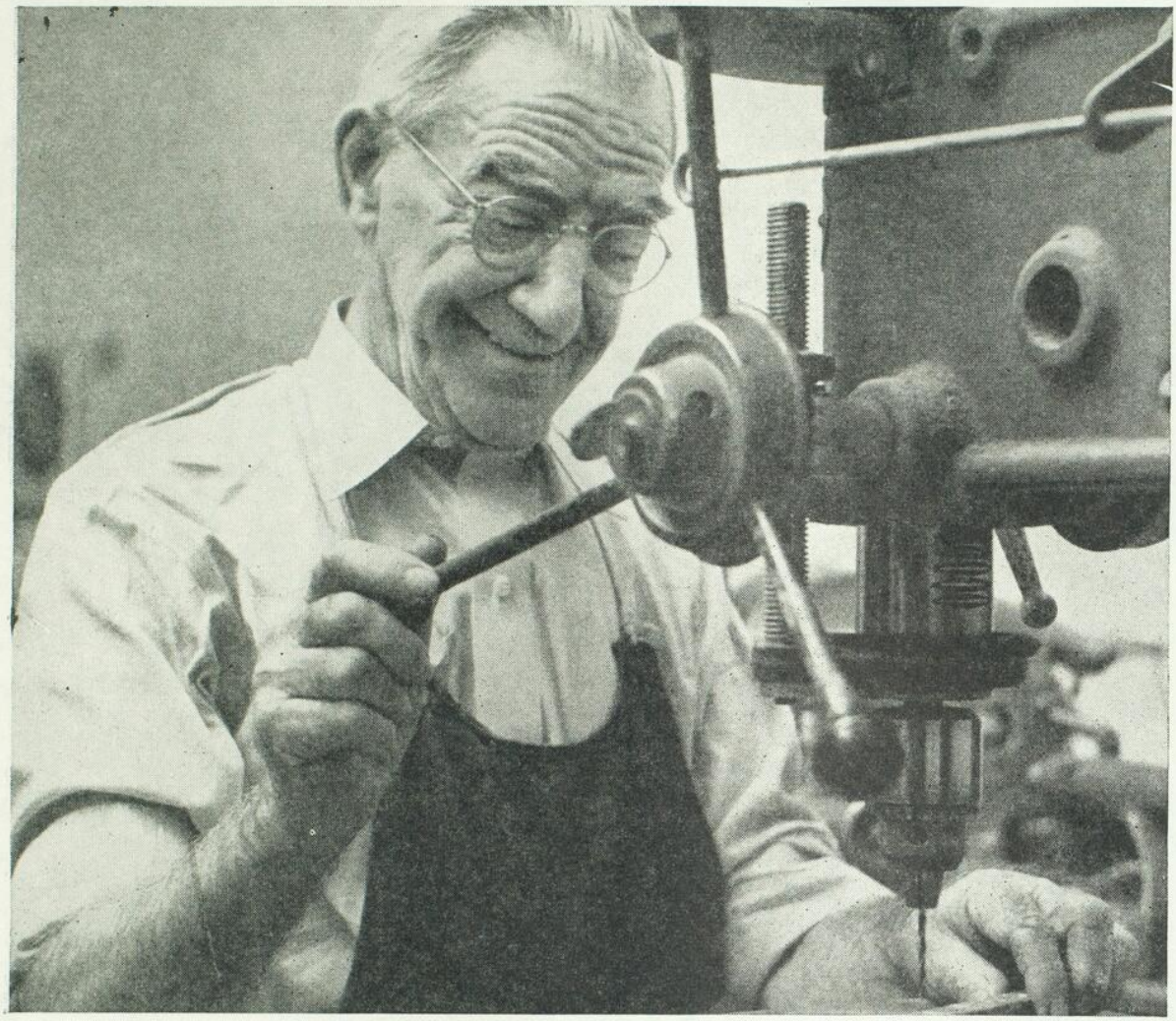
Flacons de 30, 100, 500

J. EDDÉ, LIMITÉE, 1154, Beaver Hall, Montréal — Tél.: UN. 6-1806

Maison fondée en 1918

Géviral*

Supplément Vitamino-Minéral
Gériatrique Capsules Lederle



"Oui, M'sieur, je travaille mieux aujourd'hui qu'il y a 20 ans !"

La ligne complète de produits gériatriques de Lederle fournit les suppléments vitaminiques et minéraux qui sont si souvent nécessaires pour permettre une plus grande activité et rendre la vie plus agréable vers le déclin. Le GÉVIRAL fournit 13 vitamines et 12 minéraux sous la forme commode d'une capsule. Le GÉVRABON,* Supplément Vitamino-Minéral Gériatrique, est un liquide agréable à base de vin.

LEDERLE LABORATORIES DIVISION *North American Cyanamid Limited*
5550 AVENUE ROYALMOUNT, VILLE MONT ROYAL, MONTRÉAL, QUÉBEC

Lederle
*MARQUE DÉPOSÉE

CHAQUE CAPSULE CONTIENT:

Vitamine A (acétate)	5000 U.I.
Vitamine D (viostérol)	500 U.I.
Vitamine B_{12}	1 mcg.
Chlorhydrate de Thiamine (B_1)	5.0 mg.
Riboflavine (B_2)	5.0 mg.
Niacinamide	15.0 mg.
Acide Folique	1.0 mg.
Chlorhydrate de Pyridoxine (B_6)	0.5 mg.
Pantothénate de Calcium	5.0 mg.
Citrate Diacide de Choline	100.0 mg.
Inositol	50.0 mg.
Acide Ascorbique (C)	50.0 mg.
Vitamine E (Acétates de tocophéryle)	10.0 U.I.
Rutine	25.0 mg.
Fer ($FeSO_4$)	10.0 mg.
Iode (KI)	0.5 mg.
Calcium ($CaHPO_4$)	145.0 mg.
Phosphore ($CaHPO_4$)	110.0 mg.
Bore ($Na_2B_4O_7.10H_2O$)	0.1 mg.
Cuivre (CuO)	1.0 mg.
Fluor (CaF_2)	0.1 mg.
Manganèse (MnO_2)	1.0 mg.
Magnésium (MgO)	1.0 mg.
Potassium (K_2SO_4)	5.0 mg.
Zinc (ZnO)	0.5 mg.

corrects . . .
et non correctifs!

Le développement normal du pied et un bon maintien pendant la période de croissance dépendent dans une large mesure du choix des chaussures. Les chaussures *Research* pour enfants sont faites sur des formes scientifiquement façonnées pour assurer au pied un soutien efficace et sûr, pour le "guider" sans le comprimer. Ces chaussures sont faites avec grand soin au moyen de matériaux de première qualité. Elles sont en vente, en un vaste choix de modèles, dans les magasins où le mot d'ordre est "bien chausser."

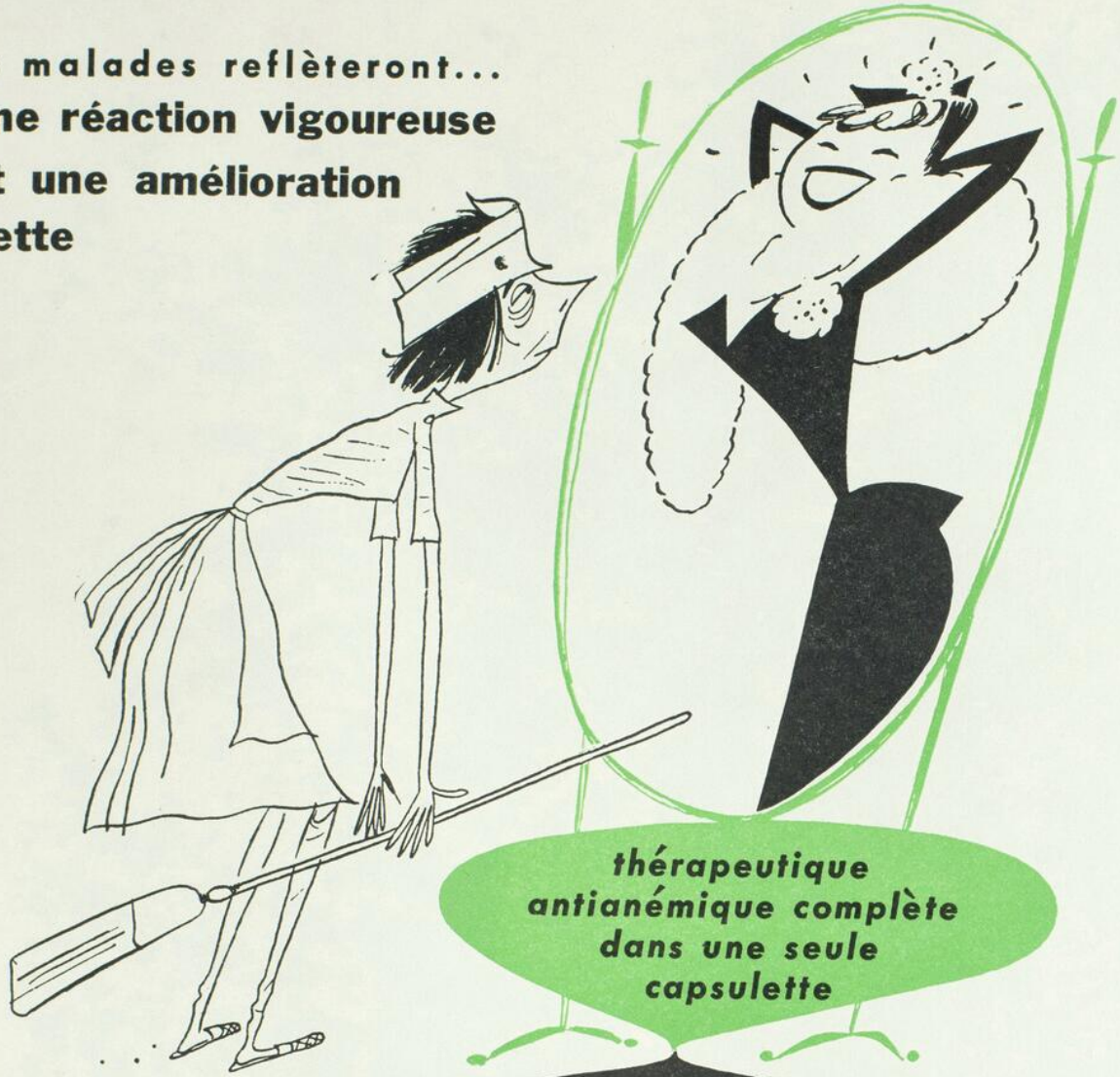
Chaussures

RESEARCH

Créations Savage

SAVAGE SHOES LIMITED • PRESTON, ONTARIO

Vos malades reflèteront...
une réaction vigoureuse et une amélioration nette



thérapeutique antianémique complète dans une seule capsulette

armatinic activé

vitamine B_{12} contient le facteur intrinsèque

Dans l'Armatinic activé, les facteurs hémopoiétiques s'activent et se renforcent mutuellement pour produire de concert des globules rouges complets.

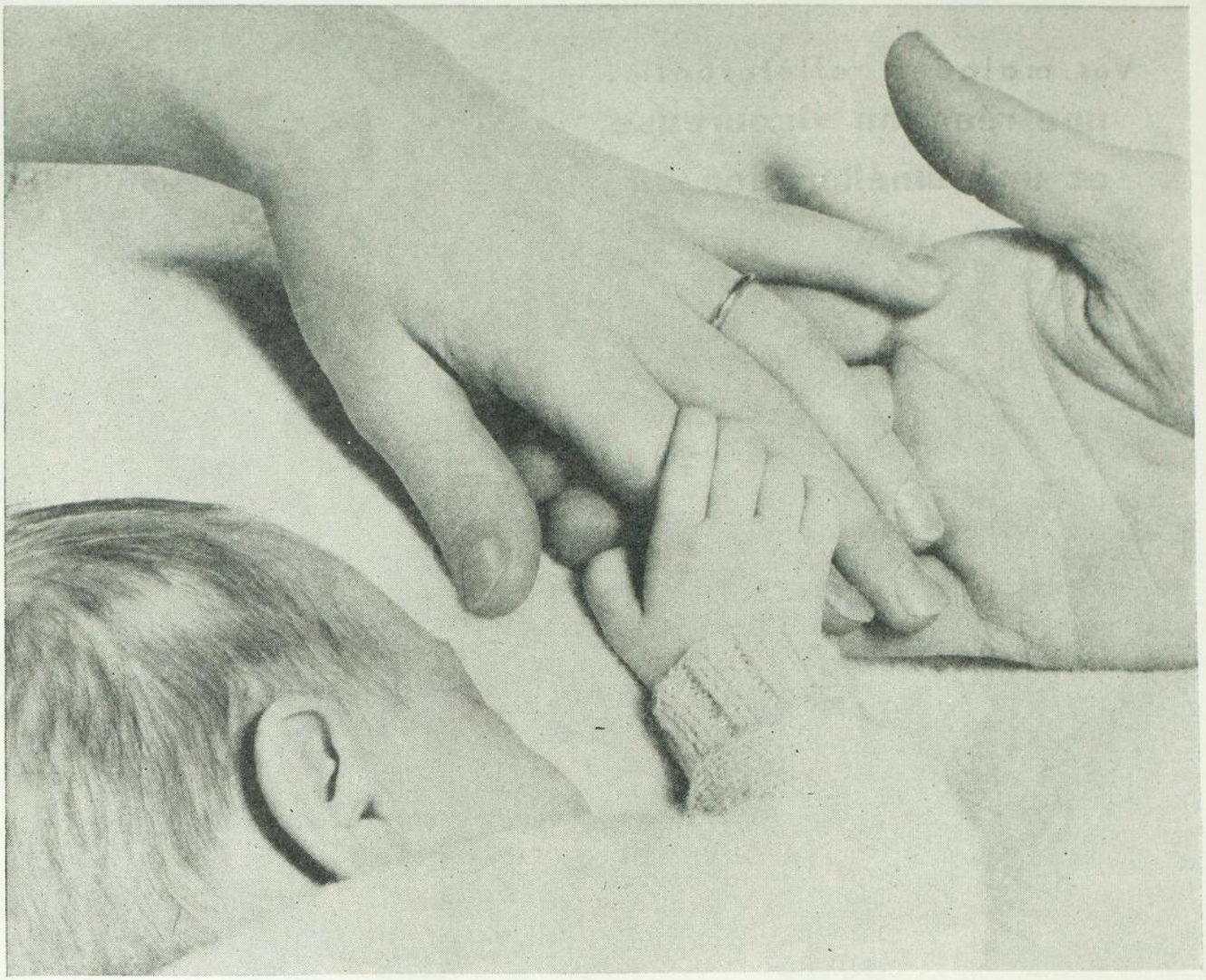
Chaque capsulette d'ARMATINIC ACTIVÉ renferme:

Sulfate de fer, sec	200 mg.
Vitamine B_{12} cristalline	10 mcg.
Acide folique	1 mg.
Vitamine C	50 mg.
Liver fraction II (N.F.) avec duodénum desséché (contient le Facteur Intrinséque)	350 mg.

Flacons de 100 et de 1000.

Autre présentation: Armatinic liquide, en flacons de 8 oz. et 16 oz.

THE ARMOUR LABORATORIES
DIVISION DE ARMOUR AND COMPANY
Distributeur canadien: **LAURENTIAN AGENCIES, LTD.**
429, RUE SAINT-JEAN-BAPTISTE,
MONTREAL 1, QUEBEC, CANADA



Une famille est née...

Ce qu'il y a de plus merveilleux au sujet d'un bébé (garçon ou fille), c'est qu'il transforme de simples personnes en parents... crée la famille et lui donne un but. Un bébé amplifie l'amour, en enseignant à trois cœurs à battre comme un seul. Un bébé donne une signification à chaque effort de la journée, de la plus simple petite tâche domestique au plus beau rêve d'avenir.

Toutes ces promesses nouvelles et réjouissantes dépendent d'un bon point de départ dans la vie et, pour ce bon début, un bébé compte sur vous, le docteur.

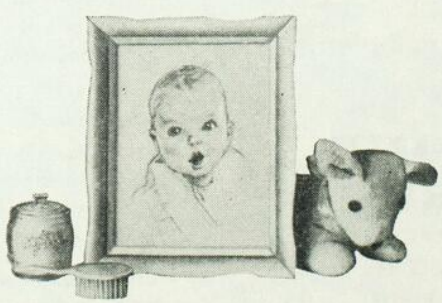
Et, les bébés étant les êtres les plus importants, ils donnent une signification et un but à la philosophie de Gerber. "Nous nous occupons uniquement de l'alimentation des bébés".

5 Céréales

56 Purées et Aliments

pour Enfants,

y compris les Viandes



ALIMENTS

Gerber®

POUR BÉBÉS

Gerber-Ogilvie Baby Foods Ltd.
Niagara Falls, Canada

NOUVEAU

Traitement Mucolytique par Inhalations

"Résultats spectaculaires"

DANS LES CAS DE

Laryngite
Laryngo-trachéo-bronchite
Bronchopneumonie
Atélectasie
Bronchectasie
Asthme bronchique

Peut sauver la vie dans un cas d'asphyxie chez un nouveau-né

Ecrivez et demandez la documentation.

WINTHROP

ALEVAIRE

DÉTERSIF MUCOLYTIQUE NON TOXIQUE

Alevaire s'administre sous forme d'aérosols très fins obtenus au moyen d'une source d'oxygène ou d'air comprimé.

"Méthode nouvelle et incomparablement efficace de liquéfaction des sécrétions des voies respiratoires."

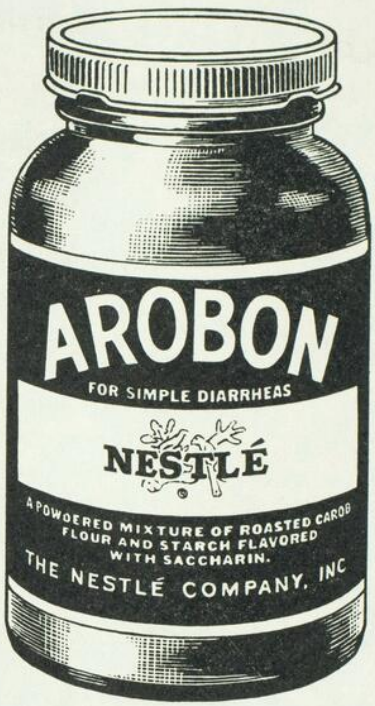
S'obtient en flacons de 500 cc.

Alevaire, marque de commerce

Winthrop-Stearns OF CANADA, LTD.
WINDSOR, ONTARIO

443 Sandwich Street, West Windsor, Ontario

pour traiter rapidement et prévenir la diarrhée infantile



Arobon

Fait de farine de caroube préparée selon un procédé spécial, l'Arobon Nestlé permet d'enrayer rapidement les diarrhées aiguës et chroniques, la dysenterie, l'entérocolite et les coliques des bébés, des enfants et des adultes. Dans la majorité des cas, l'Arobon suffit à lui seul; et c'est un adjuvant précieux aux antibiotiques dans les cas de diarrhée parentérale.

L'Arobon permet de prévenir les diarrhées estivales (1% du biberon).

Echantillons et imprimés envoyés aux médecins, sur demande.

NESTLÉ (CANADA) LTD. TORONTO

Ad. No. A-5402-AF—L'Union Médicale du Canada—6⅛″ x 8¾″—T-5630-P-11

Adjuvant précieux en Pédiatrie

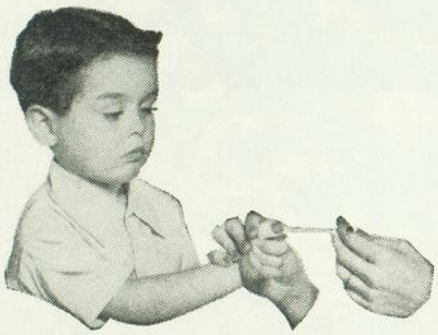
— Quand la médication orale s'avère une occasion de détresse pour bébé.

En prescrivant NUMOTIZINE à l'enfant malade, vous atténuerez la corvée de la maman très occupée et assurerez ainsi un repos bienfaisant pour les deux.

La NUMOTIZINE est indiquée dans :
amygdalite, maux de gorge, pharyngite, bronchite grippale, entorses, foulures, traumatismes, furoncles.

NUMOTIZINE®

CATAPLASME MÉDICAMENTÉ



dont une seule application apporte un soulagement durant au moins huit heures et de ce fait procure à l'enfant un sommeil réparateur.

Peut être employée conjointement avec les antibiotiques ou autres médicaments.

La NUMOTIZINE donne au malade le confort pendant que se produit l'action plus spécifique de la médication interne établie.

NUMOTIZINE détermine une action décongestive et analgésique — réduit l'œdème — atténue la douleur, améliore la circulation locale.

NUMOTIZINE s'applique et s'enlève facilement.

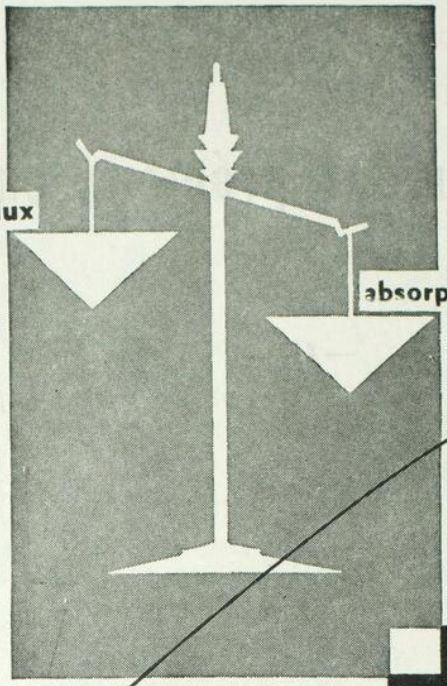
Présentation: pots de 4, 8, 15 et 30 onces.

HOBART LABORATORIES, Inc.
Chicago 10, Illinois, U.S.A.

Distributeurs pour le Canada:

ANGLO-FRENCH DRUG CIE LTÉE

209 est, rue Sainte-Catherine, Montréal 18, Qué.



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.

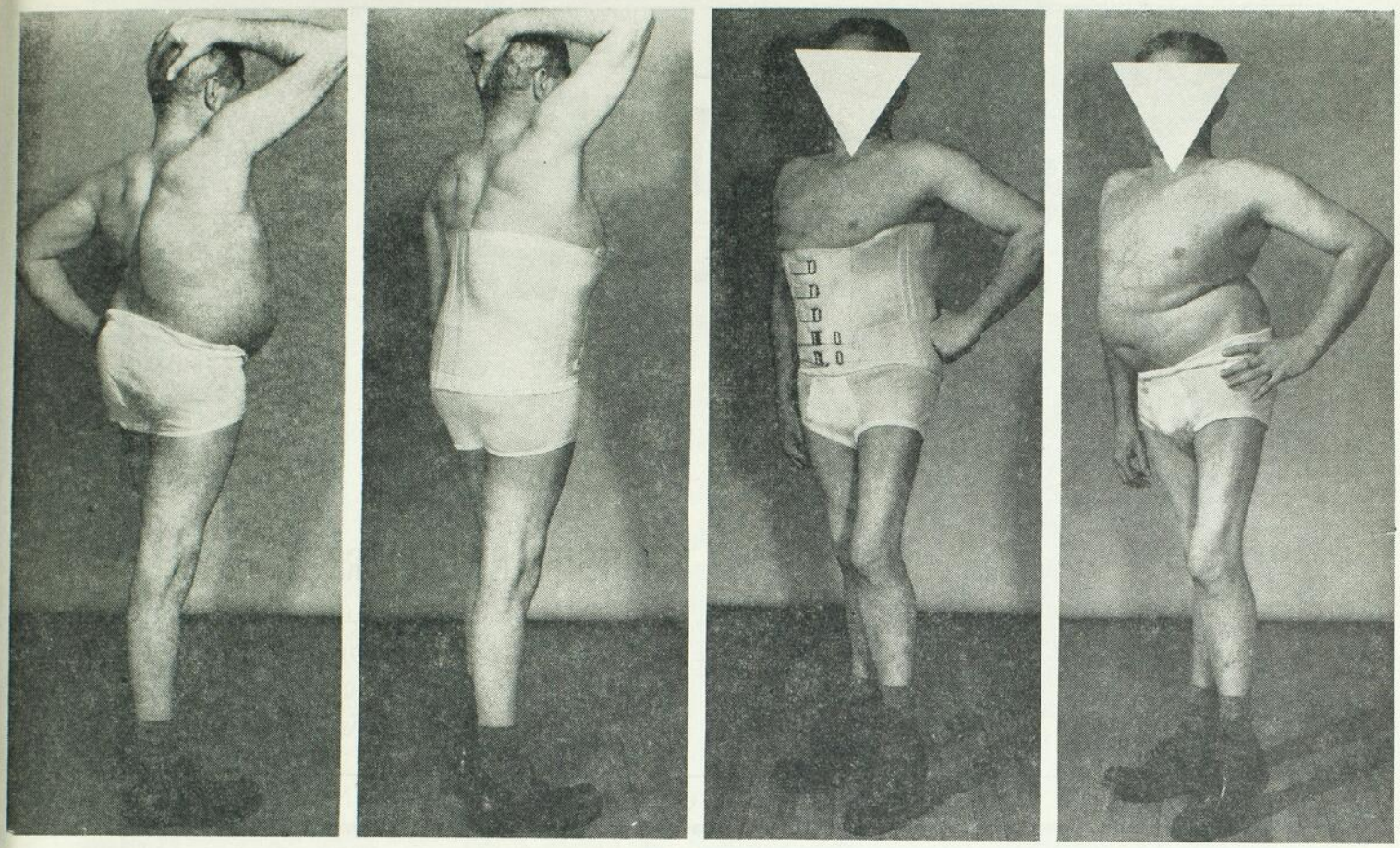
CANADIAN TAMPAX CORPORATION LTD.,
BRAMPTON, ONTARIO

Publicité acceptée par "The Journal of the American Medical Association"

TAMPAX

La protection menstruelle interne de choix

Echantillons professionnels envoyés sur demande.



il n'y a pas de cas trop difficile pour le

Dessin Individuel Spencer

Voici pourquoi : Le malade n'est pas "ajusté" à un Support Spencer — le Spencer est dessiné individuellement pour répondre aux besoins du malade. Il n'y a pas de cas trop difficile pour les modelistes de Spencer, parce que chaque section de chaque Spencer est modelée, taillée et faite pour répondre aux indications médicales!

Le malade ci-dessus, qui est âgé de 47 ans, mesure 5′ 8″, pèse 144 livres, fut atteint de poliomyélite à l'âge de 18 mois. Il a porté des supports dorsaux toute sa vie. Avant d'avoir son Spencer il les trouvait "lourds, encombrants et peu confortables". (Seul un support de dessin individuel est capable de soutenir ses difformités.) Marié et père de famille, cet homme, machiniste de métier, doit travailler régulièrement et il dit que son confortable Spencer lui "aide à rester au poste".

Adresser le coupon ci-contre — ou *téléphoner* à une Corsetière Spencer (voir pages jaunes sous Corsets) pour renseignements.

Remarquer comme son Support Spencer ajuste bien ! La bande pelvienne extérieure aide à donner le maximum d'immobilisation au bassin et augmente le degré de relèvement abdominal. La tension du support du dos fermement placée sur le bassin et le support de l'abdomen effectué de bas en haut et en arrière *s'allient* pour améliorer l'attitude de maintien et l'activité corporelle. Quel que soit le support dont vos malades ont besoin, prescrivez les Spencers avec confiance pour hommes, femmes et enfants.

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 .....

..... 151-12-54

SPENCER

le support dessiné individuellement

PYOCOLINE

ASEPTISE L'ARBRE URINAIRE

ACIDIFIANT URINAIRE DIURÉTIQUE

Chlorure d'ammonium 0,25 gm.
Orthoxyquinoléine 0.05 gm.
Terpine 0,03 gm.
6 à 10 comprimés par jour

LABORATOIRES JEAN OLIVE . 200, RUE VALLÉE _ MONTRÉAL

pour
le soulagement rapide
de la demangeaison...

crème EURAX

ne sensibilise pas
n'irrite pas...

Crème EURAX (marque de crotamiton).
Tubes de 20 Gm. et jarres de 1 lb.

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

Geigy

La

BANQUE CANADIENNE NATIONALE

est à vos ordres pour
toutes vos opérations
de banque et de
placement.

Actif, plus de $500,000,000
568 bureaux au Canada

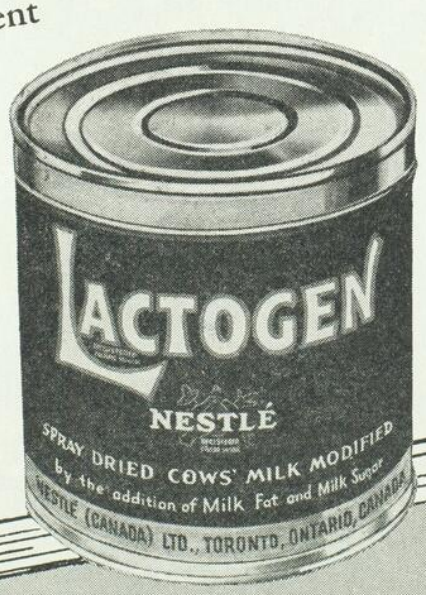
LACTOGEN

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.

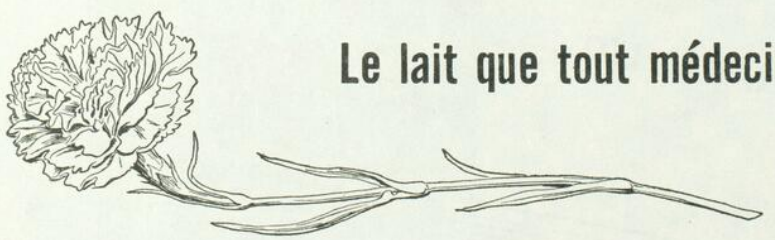


NESTLÉ (CANADA) LTD.

Protection assurée de la ferme à la formule

Le lait frais employé dans la fabrication de Carnation provient de fermes laitières choisies *par Carnation* pour leur standard élevé de production. Ce standard est maintenu grâce à l'inspection constante et aux conseils des inspecteurs de Carnation — sur l'alimentation, la propreté et le refroidissement. Dans une usine Carnation, ces précautions se continuent jusqu'à ce que le lait soit stérilisé en sûreté dans la boîte scellée. Aucun lait pour bébés ne peut être plus pur et plus sain.

Les médecins s'accordent sur le fait que la plupart des bébés nourris au Lait Carnation font preuve d'une croissance excellente et d'un développement normal — parce que ce lait offre toutes les valeurs nutritives du lait entier, en outre de la vitamine D, sous une forme facile à digérer.



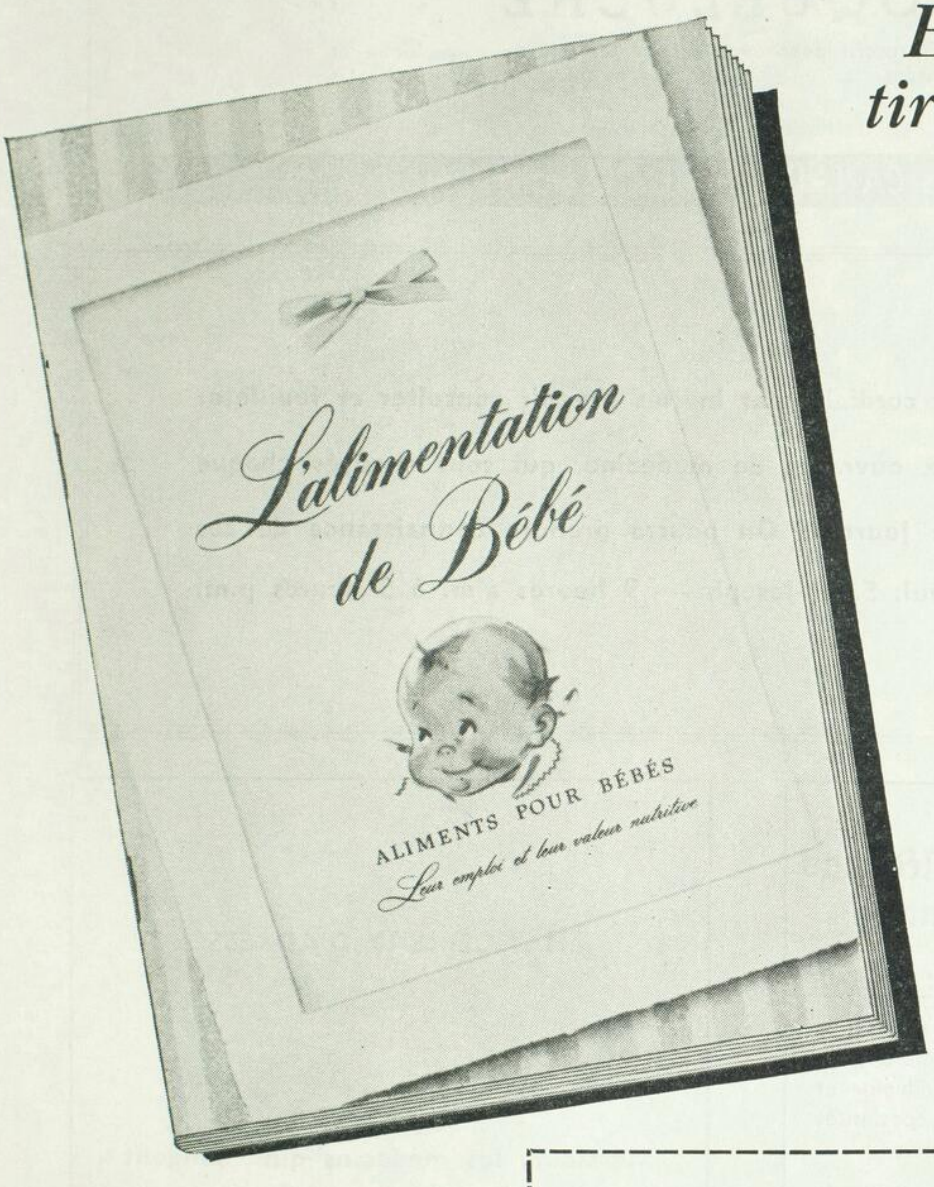
Le lait que tout médecin connaît

PRESCRIT A PLUS DE BÉBÉS CANADIENS QUE *TOUTES* LES AUTRES MARQUES *RÉUNIES*

"Provenant de vaches bien nourries"

834 F

NOUVELLE ÉDITION REVISÉE



Edition à grand tirage pour distribution à la profession médicale

Une fois de plus nous offrons ce livre à grand succès* à la profession médicale pour distribution aux jeunes mamans. Entièrement revue, cette brochure de 40 pages vous épargnera un temps précieux en répondant pour vous à une foule de questions courantes. Elle est remplie de renseignements utiles sur différents sujets: "Comment préparer, servir et conserver les aliments de bébé". "L'alimentation des enfants au biberon," "Les premières dents de bébé," etc. Si vous en désirez plusieurs exemplaires pour en remettre aux mères de vos petits patients, veuillez compléter le bon ci-dessous.

** Plus de 3,000,000 d'exemplaires distribués à ce jour.*

Aliments HEINZ pour bébés

57

BFM-54F

H. J. Heinz Company of Canada Ltd.,
Division des relations professionnelles,
Leamington, Ontario.

Veuillez m'adresser——exemplaires français——exemplaires anglais de la brochure "L'alimentation de Bébé," édition revisée. Je voudrais également recevoir des échantillons des Purées de viande Heinz ☐ Viandes Heinz pour enfants ☐ Céréales Heinz pour bébés ☐ Aliments en purée ☐ Aliments pour enfants ☐ Biscuits pour la dentition ☐ (marquer les articles désirés)

Nom _____
(lettres carrées)

Adresse _____

Ville _____ Prov. _____

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.

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 revisés 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.

CHANGEMENT D'ADRESSE

•

Messieurs les médecins qui changent de domicile sont priés de donner leur nouvelle adresse sans retard au secrétariat: 326 est, boulevard Saint-Joseph — LAncaster 9888, afin de faciliter l'exactitude de la liste d'inscription.

IMPORTANT

S.V.P. SPECIFIEZ **KNOX**
LORSQUE VOUS PRESCRIVEZ DE LA "GELATINE"

Il y a une raison à cela, étant donné que toutes les "gélatines" ne se ressemblent pas. Les marques de gélatines aromatisées contiennent 85% de sucre et seulement 10% de gélatine.

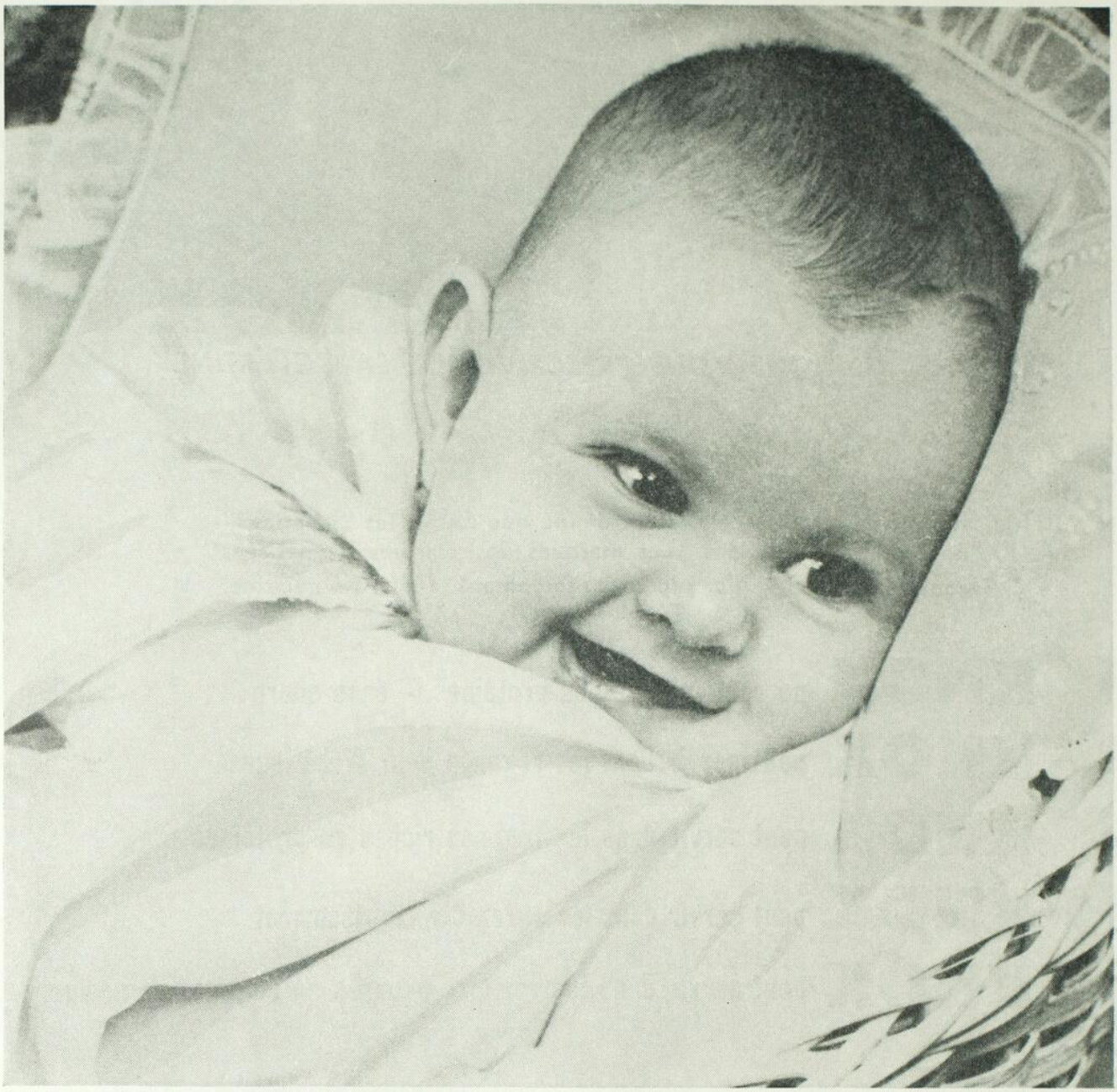
- **KNOX** ne contient que des protéines - sans sucre
- **KNOX** peut servir dans les régimes pour diabétiques
- **KNOX** peut servir dans les régimes riches en protéines
- **KNOX** peut servir dans les cures d'amaigrissement
- **KNOX** peut servir dans les régimes pauvres en chlorure de sodium

Depuis 64 ans la profession médicale place sa confiance en Knox et la famille Knox fera en sorte qu'il en soit toujours ainsi.

Format famille
4 enveloppes

KNOX la gélatine véritable
seulement des protéines - sans sucre

KNOX GELATINE • JOHNSTOWN, NEW YORK, U.S.A.



C'est plus tôt que vous ne le pensiez...

Certains médecins recommandent maintenant de la viande dans la formule des bébés, dès l'âge de 6 semaines. Voici des preuves cliniques des avantages de l'alimentation carnée 100% aux très jeunes bébés.

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).

Les 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).

ACCEPTED
COUNCIL ON FOODS AND NUTRITION
AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION

Ces viandes peuvent être données très tôt dans la formule des très jeunes bébés. 7 sortes pour varier — toutes 100% viande. Bœuf, Agneau, Veau, Porc, Foie, Cœur, Foie-et-Bacon; également 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

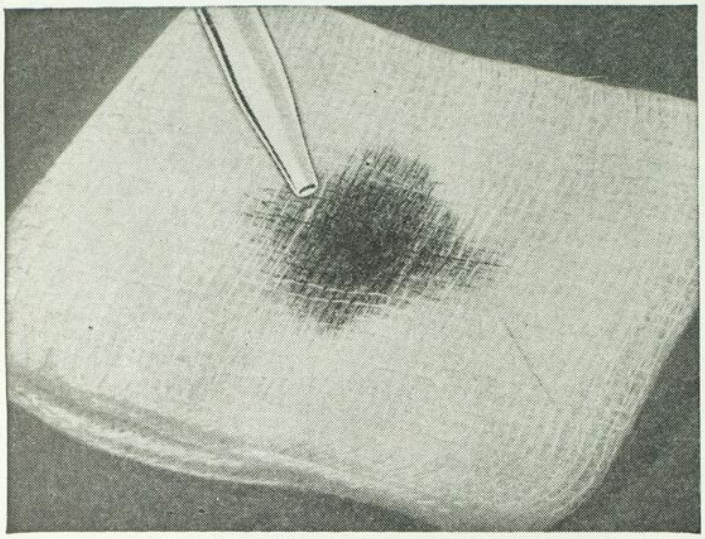
NOUS NOUS OCCUPONS DE LA NUTRITION

SWIFT CANADIAN CO., LIMITED

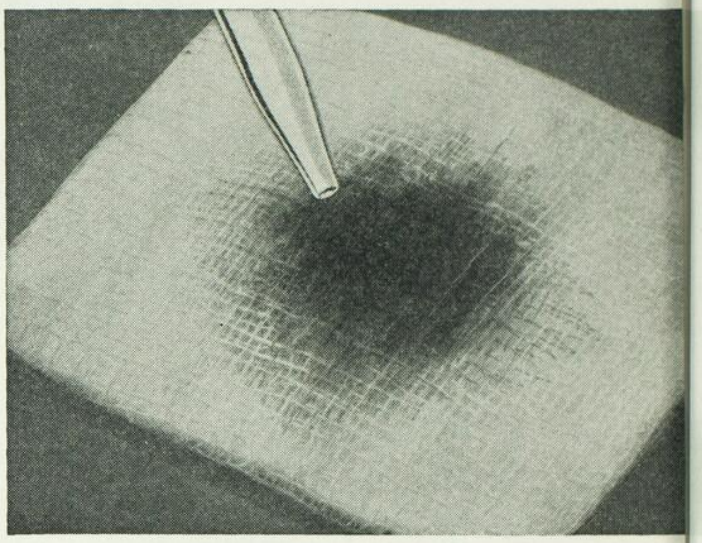
Cette simple épreuve montre comment LES ÉPONGES Curity LISCO

MARQUE DÉPOSÉE

sont meilleures . . . et deux fois plus efficaces!



VERSEZ QUELQUES GOUTTES DE LIQUIDE SUR N'IMPORTE QUELLE ÉPONGE DE GAZE



VERSEZ MAINTENANT LA MÊME QUANTITÉ DE LIQUIDE SUR UNE ÉPONGE LISCO

Quelle différence!

Eponge LISCO de Curity: Un autre pansement exclusif de Curity, remarquable par son tissu de coton comprimé recouvert de gaze. Employé comme pansement ou tampon post-opératoire, il est meilleur marché et allie la sûreté des pansements de gaze à la douceur et à la capacité d'absorption du coton.

La supériorité et le coût économique des éponges LISCO simplifieront largement la préparation des pansements.

Ces caractéristiques de LISCO sont importantes:

- **GRANDE CAPILLARITÉ**—S'imprègne facilement et débarrasse la plaie de tout écoulement pour la laisser sèche et saine.
- **GRANDE CAPACITÉ D'ABSORPTION**—Absorbe davantage. UNE éponge LISCO absorbe autant que DEUX éponges de gaze. Beaucoup plus économique.
- **SÛRETÉ**—Trois plis de gaze empêchent les fibres du coton de sortir du tampon.
- **DOUCEUR**—Les bords fermés assurent plus de confort.

Ajoutez LISCO *à votre prochaine commande!*

ÉPONGES LISCO

Curity

MARQUE DÉPOSÉE

UN PRODUIT EXCLUSIF DE

BAUER & BLACK

DIVISION DE THE KENDALL COMPANY (CANADA) LIMITED

TABLE DES ANNONCEURS

Pages

Abbott Laboratories (Selsun) — (Nembutal) .... XLIII - XLIV
Ames Company of Canada Limited (Clinitest) XXIII
Anglo-French Drug Cie Limitée (Artechol) XLV
Armour Laboratories, The (Armatinic activé) LXXI
Ayerst, McKenna & Harrison Limitée (Premarine — Béminal) ..... XXI - XXII
Banque Canadienne Nationale LXXVIII
Bard-Parker Co. Inc. (Nouvelles innovations) XXXIV
Barnes Company, Limited, A. C. (Argyrol) XXXIX
Bauer and Black (Eponge "Curity" Lisco) LXXXVI
Bell-Craig Limited (Alucote) LXXXVIII
British Drug Houses (Pholdine) XIX
Canada Drug Company (Betagen) — (Bicalgen D) — (Tri-sulfa) — (Somenal) XXVIII
Canada Drug Company (Paveral) LXXXII
Canada Starch Co. Limited, The (Sirops "Crown Brand" et "Lily White") XVIII
Canadian Tampax Corp. Limited (Tampax) LXXVI
Canadian Life Insurance Officers Association, The (Bourses) LXVI
Carnation (Lait) LXXX
Ciba Limitée (Priscoline) XLIX
Eddé, J., Limitée (Désanxyl) LXVIII
Eddé, J., Limitée (Neurinase — Alepsal — Génévral) XXXVI
Frosst, Charles E. & Company (Neo-chemical Food) — (Trulfacillin) — (Trulfa-zine) — (Trulfa) VII - VIII - IX - X
Frosst, Charles E. & Company (Vermilet) — (Ferrogen Composé) (Gouttes Zéphadon) — Propyl-Thyracil) ..... LXI - LXII - LXIII - LXIV
Frosst, Charles E. & Company ("Twin-Barb") IV
Geigy Pharmaceuticals (Eurax) LXXVIII
Gerber-Ogilvie Baby Foods Limited (Aliments pour bébés) LXXII
Heinz ("L'alimentation de Bébé") LXXXI
Herdt & Charton, Inc. (Marro-Dausse "P") LVI
Herdt & Charton, Inc. (Unitens) ..... XL - XLI
Herdt & Charton, Inc. (Cardalin) LI
Herdt & Charton, Inc. (Camirol) XLVIII
Herdt & Charton, Inc. (Agrippol) LIII
Herdt & Charton, Inc. (Vichy Célestins) II
Hobart Laboratories, Inc. (Numotizine) LXXV
Hoffmann - La Roche Limitée (Gantricillin) XVII
Johnson & Johnson Limited (Bio-Sorb) LXV
Johnson & Johnson Limited (Nominations) LVIII
Knox Gelatine (Gélatine) LXXXIII
Laboratoire Bio-Chimique Inc. (Cholibile) XLII
Laboratoire Desbergers Limitée (Dynamycine — Strepto-Dynamycine — Sulpha-Dynamycine) ..... Quatrième page de la couverture

Pages

Laboratoires Desautels Limitée (Propylose-B) XXVI
Laboratoires Jean Olive (Tussolyse Codéinone) XIV
Laboratoires Jean Olive (Supeudol) XVI
Laboratoires Jean Olive (Pyocoline) LXXVIII
Laboratoires Jean Olive (Egosalyl) — (Argédrine) XX
Laboratoires Jean Olive (Revitalose) — (Normo Gastryl) XXIV
Lakeside Laboratories (Canada) Limited (Dactil) XXXVII
Lederle Laboratories (Artane) LV
Lederle Laboratories (Achromycine) ..... XLVI - XLVII
Lederle Laboratories (Diamox) I
Lederle Laboratories (Capsules de Prénatal) L
Lederle Laboratories (Perihemin) LII
Lederle Laboratories (Géviral) LXIX
Librairie Beauchemin Limitée XXXVIII
Mead Johnson & Company of Canada Limited (Casec) — (Nutramigen) Troisième page de la couverture
Merck & Company Limited (Mephyton) XXIX
Merck & Company Limited (Hydro Cortone) XV
Merrell (Mercodol) XXV
Millet, Roux & Compagnie (Septicémine) III
Nestlé (Canada) Limited (Arobon) LXXIV
Nestlé (Canada) Limited (Lactogen) LXXIX
Parke, Davis & Cie Limitée (Dilantin Sodique) LVII
Prizer Canada Limited (Cortril) XXVII
Poulenc Limitée (Ansolysen) Deuxième page de la couverture
Rougier Frères (Souhaits) V
Rougier Frères (Eupnogène) — (Eupnophylline) ..... Première page de la couverture
Savage Shoes Limited (Chaussures "Research") LXX
Schering Corp. Limited (Coricidin) LIX
Schering Corp. Limited (Coricidin avec codéine) LVI
Searle & Company, G. D. (Vallestryl) XXXI
Smith, Kline & French Inter-American Corp. (Dexedrine) XIII
Spencer Supports (Canada) Limited (Supports) LXXVII
Swift's Canadian Co. Limited (Viandes pour bébés) ..... LXXXIV - LXXXV
Upjohn Co. of Canada, The (Ramiphen) XI
Vinant Limitée (Spartoval — Sparto-Camphre — Génisténal) XXX
Vinant Limitée (Parturiol Lafa) — (Genoscopolamine) XXXII
U. S. Vitamin Corp. of Canada Limited (Panthoderm) XXXIII
Warner-Chilcott Laboratories (Anusol) LXVII
Warner-Chilcott Laboratories (Peritrate) LIV
Welch Allyn (De meilleurs étuis) LX
Winthrop-Stearns of Canada Limited (Alevaire) LXXIII
Wyeth & Bros. (Canada) Limited, John (Aludrox) XXXV

ALUCOTE

DANS LE TRAITEMENT DE L'ULCÈRE . . .

ALUCOTE PERMET DE TRAITER L'ULCÈRE AVEC LA SILICONE (Polydimethylsiloxane).

- ALUCOTE applique le principe de l'usage de la SILICONE en dermatologie, en l'associant à l'hydrate d'alumine pour protéger la niche ulcéreuse, favorisant ainsi la cicatrisation.

- ALUCOTE est libre de tout effet toxique — absolument inerte — non absorbable ou digestible, et n'intervient pas dans l'absorption des métabolites essentiels.

- Des applications cliniques à 116 patients, à Montréal et Toronto, ont rapporté des résultats de cicatrisation très satisfaisants dans tous les cas. ALUCOTE a été même efficace dans ces cas particulièrement difficiles où les traitements habituels n'avaient antérieurement produit aucun soulagement.

FAITES L'ESSAI D'ALUCOTE DANS VOTRE PLUS DIFFICILE CAS D'ULCÈRE.

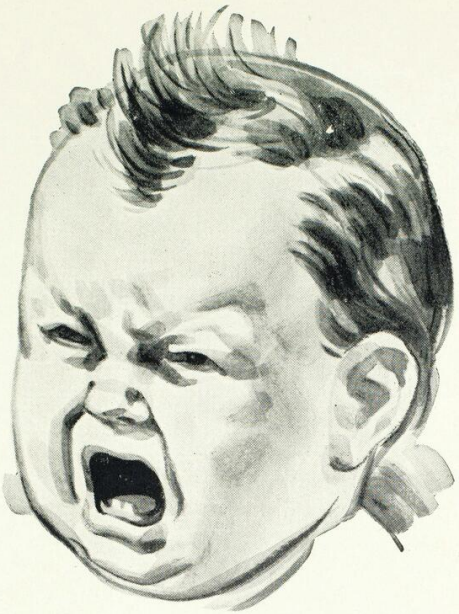
Échantillons et documentation sur demande.

BELL-CRAIC *Limited* **TORONTO 2**

PRINTED IN CANADA

IMPRIMÉ AU CANADA

Pour les Enfants qui Vous Posent de Vrais Problèmes...



pour le soulagement rapide et sûr de la diarrhée infantile . . .

D'une efficacité frappante dans le traitement de la diarrhée infantile, le Casec procure une diminution rapide de la fréquence des selles diarrhéiques dans les 24 heures—dans la très grande majorité des cas.

Le Casec (caséinate de calcium) fournit en même temps un bon soutien alimentaire en prévenant efficacement la déperdition de protéines, parce qu'il fournit 88 pour cent de protéines avec du calcium en quantité abondante.

Comme le Casec s'ajoute simplement à la formule régulière, le travail de la maman en est facilité.

D'UN USAGE SIMPLE

Enfants élevés au biberon . . . 4 cuillerées à table de Casec ajoutées à la formule régulière. Continuez jusqu'à ce que les selles soient redevenues normales pendant trois jours.

Enfants nourris au sein . . . 2 cuillerées à table de Casec dans 6 onces d'eau. Donnez ½ à 1 once avant chaque tétée jusqu'à ce que les selles soient redevenues normales pendant trois jours.

CASEC

La méthode efficace de traiter la diarrhée infantile

Pour les bébés allergiques . . .

Le Nutramigen est une formule pour bébés ayant des propriétés nutritives optimums; il est complètement hypoallergénique. Les éléments nutritifs protéiniques sont fournis par l'Amigene, un hydrolysat de caséine prédigérée dans lequel les molécules de protéine dont dégradées en acides aminés et en peptides à petites molécules. Le Nutramigen ne substitue pas simplement une source de protéines à une autre, comme l'emploi du lait de chèvre ou du "lait" de soja au lieu du lait de vache.

Tous les constituants du Nutramigen—protéines, glucides, graisse, vitamines et minéraux—sont hypoallergéniques. L'utilité du Nutramigen ne se borne donc pas aux seuls cas d'allergie aux protéines du lait. Le Nutramigen est tout aussi utile pour les bébés manifestant d'autres allergies alimentaires et divers troubles digestifs.

Le Nutramigen renferme des vitamines B synthétiques et des minéraux chimiquement purs en quantités correspondant à celles présentes dans le lait. Des quantités supplémentaires de vitamines A et D sont aussi ajoutées.

Présenté sous la forme commode de poudre, le Nutramigen est facile à préparer. Une mesure rase, par 2 onces d'eau, donne une formule fournissant 20 calories par once liquide.

NUTRAMIGEN

La formule pour bébés complétement hypoallergénique

MEAD

MEAD JOHNSON & COMPANY OF CANADA LIMITED

BELLEVILLE • TORONTO

MALADIES INFECTIEUSES.....

ECHEC ET MAT

DYNAMYCINE

DESBERGERS

STREPTO-DYNAMYCINE

SULFA-DYNAMYCINE