Tome 82 — Numéro 5

MONTRÉAL, MAI 1953

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.

XXIIIe CONGRÈS DE L'A.M.L.F.C.

16, 17, 18, 19 SEPTEMBRE 1953

SHERBROOKE

Un antidyspnéique de choix...

EUPNOGÈNE

ÉGALEMENT PRÉSENTÉ AVEC AMINOPHYLLINE

à la dose de 100 mg. par cuiller à thé

sous le nom de

EUPNOPHYLLINE

L'action bronchodilatatrice de l'Aminophylline qui s'ajoute à l'action fluidifiante de l'Eupnogène sur les sécrétions bronchiques fait de l'Eupnophylline une médication par excellence de la **bronchite asthmatique et de l'emphysème pulmonaire.**

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

ROUGIER FRÈRES - 350, RUE LE MOYNE - MONTRÉAL 1

comprimés

le premier antihistaminique découvert dans le monde

et... toujours le préféré

expectorant

néo-antergan

suppositoires

dès 1937 les chercheurs de Rhône-Poulenc (France) découvraient le premier antihistaminique de synthèse

après de nombreuses expériences ils adoptèrent le Néo-Antergan qui en Angleterre est connu sous le nom d'Anthisan

encore reconnu comme l'un des antihistaminiques les plus puissants et les moins toxiques, Néo-Antergan est présenté au Canada sous huit formes différentes répondant aux besoins de toutes les indications des allergies

nous sommes fiers de souligner que le Néo-Antergan reste une spécialité de choix que nous avons toujours empêchée de tomber dans la catégorie des médecines brevetées pour le rhume banal

elixir

pommade

"... la meilleure arme anti-allergique"
GADDUM, J. H., The Lancet, juillet 1948.

gouttes nasales

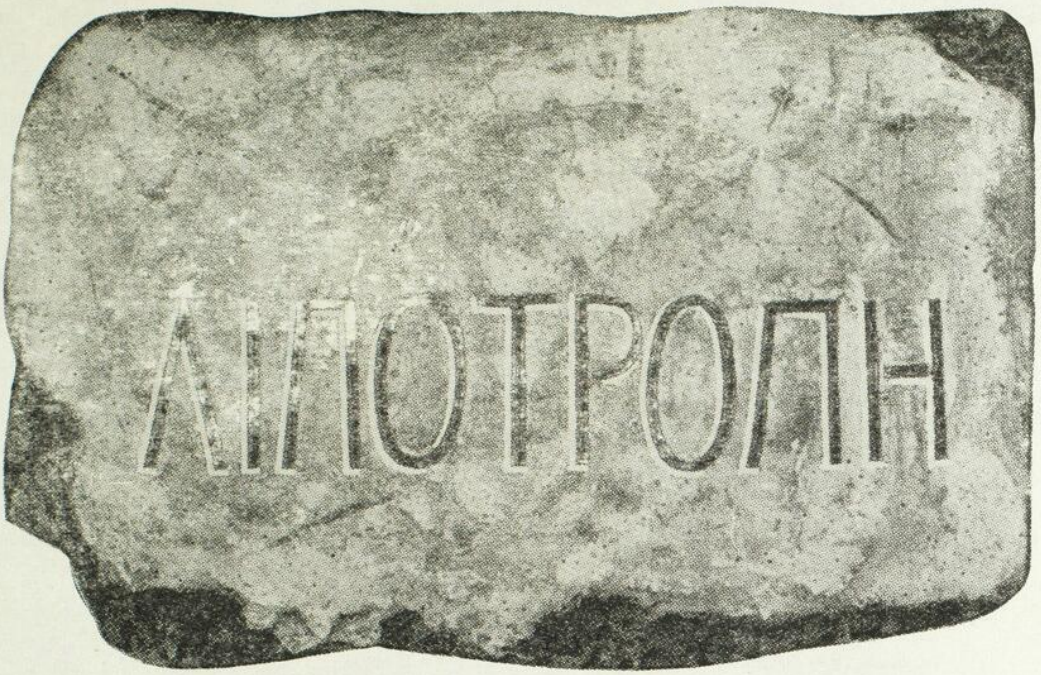
Poulenc

ampoules

ovules

POULENC

Limitée Montréal



(littéralement: mobilisation de la graisse)

WYCHOL représente un progrès considérable en matière de médication lipotrope: il associe désormais la choline à l'inositol cristallisé.

La teneur du WYCHOL en choline est plus du double de celle de la majorité des préparations à base de choline. Quant à l'activité lipotrope de la choline, elle est épaulée par celle de l'inositol.

WYCHOL est présenté comme moyen préventif et curatif de l'infiltration graisseuse excessive du foie et des vaisseaux et ses séquelles habituelles . . . cirrhose, néphrose, athérosclérose, diabète, hypothyroïdisme etc.

WYCHOL®

CHOLINE ET INOSITOL WYETH

OFFERT SOUS FORME DE:

Sirop WYCHOL, flacon de 16 onces liq.
Capsules WYCHOL, flacon de 100 capsules

Wyeth
Marque Déposée

SOMMAIRE

BULLETIN

Roma AMYOT
La technique, la médecine et l'homme 487

XXIIIème Congrès de l'A. M. L. F. C. 491

• • •

De la Broquerie FORTIER, Georges LEBEL et Antonin FRÉCHETTE
La thérapeutique des diarrhées infantiles et la farine de caroube 493

Claude COUINAUD
Les exérèses hépatiques par ligature première des pédicules 499

RECUEIL DE FAITS

L.-C. SIMARD, S. LAUZÉ, H. DESROSIERS et J. GRIGNON
Gastro-entéro-colite à la suite d'une thérapeutique à la chloromycétine et à la terramycine 503

Rosario ROBILLARD
Résistance temporaire à l'insuline 506

Maurice SAINT-MARTIN et Louis-J. GAUTHIER
Méningite à "streptococcus pyogènes" guérie par l'association pénicilline-terramycine-sulfadiazine 509

MOUVEMENT MÉDICAL

Albert BERTRAND
Epreuve de Coombs, quelques-unes de ses applications 513

REVUE GÉNÉRALE

Paul VIGNEAU
Traitement médical et chirurgical de l'ostéoporose, des ostéomyélites et du rachitisme 517

ÉDITORIAL

Paul DUMAS
L'exploration radiologique des surrénales par la rétropéritonéographie 524

INDICATIONS :

ARTHRITISME

Rhumatisme aigu, chronique
Goutte
Diabète arthritique

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

VICHY CELESTINS

EAU MINÉRALE ALCALINE NATURELLE, PROPRIÉTÉ DE L'ÉTAT FRANÇAIS

MALADIES DES VOIES URINAIRES :

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

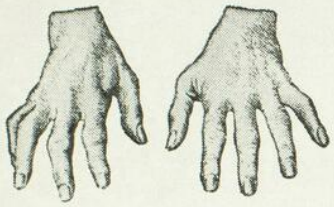
Albuminurie des goutteux et des graveleux
Cystites — Néphrites
Artério-sclérose au début

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

Recommandée et prescrite par le Corps Médical dans le monde entier

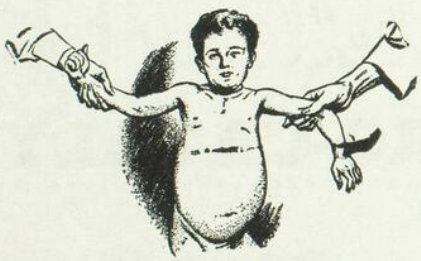
Représentants exclusifs au Canada: **HERDT & CHARTON, Inc.,** Montréal

*Cortone** en NOUVEAUX *comprimés de 5 mg.*



ARTHRITE RHUMATOÏDE

MALADIE D'ADDISON



SYNDROME GÉNITO-SURRÉNAL

APRÈS SURRÉNALECTOMIE DOUBLE

Pour l'évaluation précise des doses d'entretien et comme thérapie dans les cas réagissant aux petites doses.

FLEXIBILITÉ —

Employés seuls ou avec les comprimés de 25 mg., les noveaux comprimés de 5 mg. permettent une plus grande flexibilité dans l'ajustement de la dose selon les besoins individuels des malades. Les fluctuations de l'arthrite rhumatoïde qui suit son cours normal, peuvent ainsi être mieux maîtrisées.

PRÉCISION —

Permettent une évaluation plus exacte de la dose d'entretien minimum. On peut donc surveiller les symptômes de plus près et réduire davantage la possibilité des effets physiologiques néfastes.

ÉCONOMIE —

Évitent le gaspillage de CORTONE grâce à une corrélation plus exacte entre les doses administrées et les doses requises.

Documentation sur demande

*Cortone**

ACÉTATE
(ACÉTATE DE CORTISONE, MERCK)

*CORTONE *est la marque déposée de Merck & Co. Limited pour sa préparation de cortisone. Cette substance a été donnée au monde grâce aux recherches et à la production de Merck.*

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

SOMMAIRE
(Suite)

HYGIÈNE ET MÉDECINE SOCIALE

Ad. GROULX,
Le bilan-santé à Montréal en 1952 527

Louise OLIVIER
Le travail de l'infirmière hygiéniste à l'école 530

VARIÉTÉS

Jean SAUCIER
Médecins ou robots 533

Raymond TANGHE
Bibliothèques médicales d'hôpitaux 544

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

Julio VASQUEZ
Quelques notions pratiques sur l'électroencéphalographie 547

Roma AMYOT
Extraits de journaux 554

ANALYSES

MEDECINE

Le traitement moderne de la coqueluche (559). **Réactions gastro-intestinales aux antibiotiques** (559). **Les nouvelles et anciennes définitions de la pression de sang normale. La signification clinique des limites nouvellement établies** (560).

CHIRURGIE

La gangrène consécutive à une sympathectomie lombaire pour des troubles vasculaires périphériques de nature artério-scléreuse (562).

PHTISIOLOGIE

L'efficacité du B.C.G. sur les tuberculoses primaires et post-primaires de l'enfant et de l'adolescent : l'expérience de Montreuil (563).

Chez le Patient "Rebelle au Fer"

"FERRO-CATALYTIC"
Carbonate Ferreux et Cuivre Actif

Capsules

"FERRO-CATALYTIC"
S.E.C. Nº 82 "Frosst"
*Carbonate ferreux..... 6¾ gr.
Cuivre (sous forme de carbonate).... 1/48 de gr.
Phénolphtaléine..... 1/12 de gr.
POSOLOGIE
Une capsule deux ou trois fois par jour
PRÉSENTATION
Boites de 50 et de 100

Sirop

"FERRO-CATALYTIC"
Sirop Nº 36 "Frosst"
Chaque once liquide renferme:
Phosphate de fer soluble, N.F..... 66-⅔ gr.
Cuivre (sous forme de sulfate)..... 1/12 de gr.
POSOLOGIE
Adultes: 2 cuillerées à thé 3 fois par jour.
Enfants: à proportion.
PRÉSENTATION
Flacons de 16 onces liquides
*Un grain de carbonate ferreux équivaut approximativement à ½ grain de fer à l'état ferreux.

EST SINGULIÈREMENT EFFICACE

Dans des centaines de cas d'anémie secondaire, Ferro-Catalytic a prouvé son efficacité thérapeutique en augmentant rapidement le pourcentage d'hémoglobine. La composition du sang accuse généralement une amélioration remarquable dans les 3 ou 4 semaines qui suivent le début de la médication.

De nombreux patients atteints d'anémie rebelle à d'autres formes de médication et qui, conséquemment, se voyaient dans un état de demi-invalidité à l'année, répondent de façon sensationnelle au traitement par le Ferro-Catalytic.

Charles E. Frosst & Co.
MONTRÉAL CANADA

• THÉRAPEUTIQUE NITREUSE sans SYNDROME NITREUX •

NITRINOSE

le seul nitrite organique, est efficace dans le traitement des conditions hypertensives, parce qu'il est basé sur l'emploi clinique d'un constituant normal de l'organisme, l'hexa-nitro-meso-inositol qui assure.

A - une thérapeutique nitreuse sûre

B - une action lipotrope ayant comme résultat un agent hypotenseur qui

1. possède une action vasodilatatrice marquée et de plus longue durée
2. est bien toléré et facilement assimilé
3. augmente la résistance capillaire
4. **n'occasionne pas de syndrome nitreux**
5. soulage les effets secondaires de l'hypertension
6. diminue l'infiltration graisseuse du myocarde par son radical inositol
7. possède des propriétés hypotensives plus marquées que les autres esters nitreux

Phénitrinose

indiqué dans le traitement des troubles hypertensifs compliqués par des facteurs nerveux et psychiques, associe Nitrinose au Phénobarbital pour assurer

1. la thérapeutique nitreuse supérieure de la Nitrinose
2. avec son action lipotrope favorisée
3. par la sédation pour le relâchement du système nerveux.

Rougier Frères

350 LE MOYNE — MONTREAL 1

SOMMAIRE

(Suite)

CARDIOLOGIE

Les effets de l'administration intraveineuse de Veratrum Viride chez des sujets hypertendus et normaux (563). **Transport par avion de patients atteints d'une maladie cardiaque ou pulmonaire** (564). **Pronostic de l'angine de poitrine. Observations de 6,882 cas** (565).

GASTRO-ENTEROLOGIE

Les anémies consécutives à des troubles de la fonction gastro-intestinale (565).

UROLOGIE

Les cancers rénaux (566).

GYNECOLOGIE

La radio-thérapie dans les troubles menstruels et la stérilité (567).

MEDECINE LEGALE

Suicide, accident ou meurtre (567).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Mésenchymome du mésentère (568).

ANESTHESIE

Les signes et les phases de l'anesthésie. Une conception nouvelle (569).

RADIOLOGIE

La valeur diagnostique de l'angiographie pulmonaire dans le carcinome bronchogénique (570).

LABORATOIRE

Protection par la streptomycine, l'I.N.H. et le P.A.S. du cobaye tuberculisé par voie intradermique (571).

NOUVELLES 572

REVUE DES LIVRES 580

"L'Union Médicale du Canada" en 1884 590

NOUVELLES PHARMACEUTIQUES 592

LIVRES REÇUS 598

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.

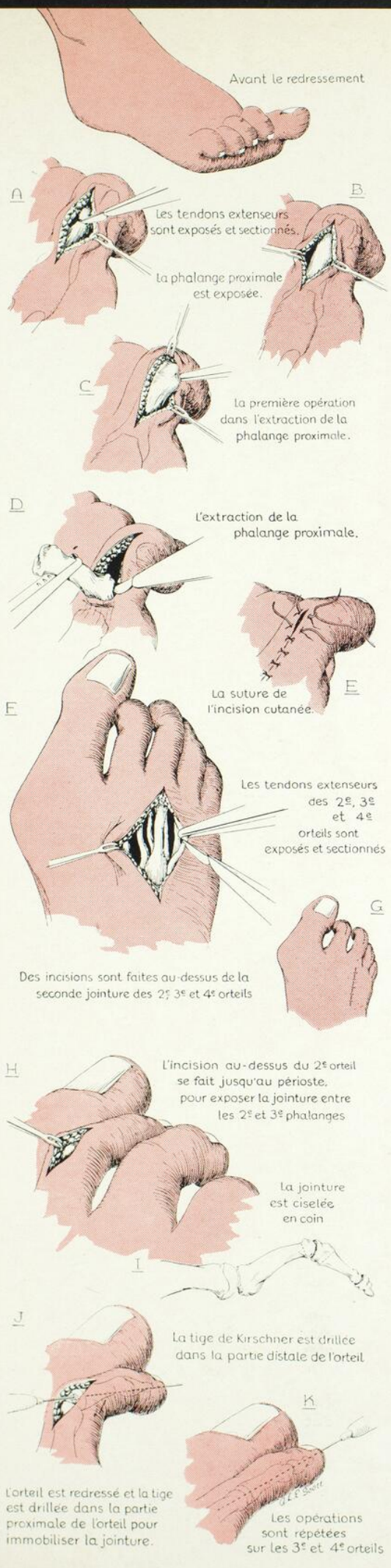
L'index bibliographique de chaque travail doit être restreint aux indications les plus importantes. Le journal se réserve toujours le droit de le limiter. Chaque indication bibliographique doit être fournie comme suit: nom de l'auteur, titre de l'article, nom du périodique, volume, page, mois (jour du 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 à Jacques-D. Clerk, publiciste, 326 est, boulevard Saint-Joseph. Téléphone: LAncaster 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: LAncaster 9888.



Le redressement des orteils en marteau

A. L. E. Scott

Ces illustrations ont été dessinées par un étudiant en Art Médical de la Division des Arts appliqués à la Médecine, Faculté de Médecine, Université de Toronto.

La maison Charles E. Frosst & Co. subvient aux frais d'une bourse pour cette division dans le but d'encourager la formation, au Canada, d'illustrateurs compétents en matières médicales.

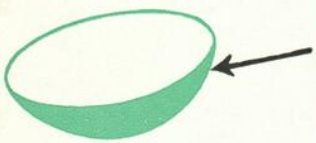
Cette page est perforée et se détache facilement si vous aimez à la conserver.

pour un somme de huit heures quasi normal

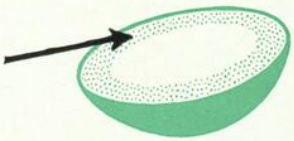
"Twin-Barb"

le sédatif à *double-action*

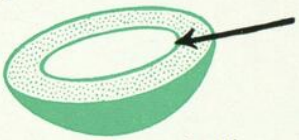
UNE COMPOSITION UNIQUE



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 pentobarbital.

Le "Noctinal" prolonge la sédation

"Twin-Barb"

Marque de butabarbital N.N.R.

Tablette N° 445 "Frosst"

Chaque tablette renferme:

Noctinal (butabarbital N.N.R.) ..... 50 mg. (¾ de gr.)

pentobarbital, sodium ..... 65 mg. (1 gr.)

POSOLOGIE. Une tablette avant le coucher.

PRÉSENTATION. Flacons de 100 tablettes.

- *procure toute une nuit de sommeil*
- *efficace dans les 15 à 20 minutes*
- *s'élimine du courant sanguin dans environ 8 heures.*
- *le patient se réveille rafraîchi, sans se sentir déprimé.*

l'activité des barbituriques

Dans la plupart des cas où la sédation est le but désiré, les barbituriques sont les drogues de choix. Leur activité peut être classée en raison de la durée et de l'intensité de leur action.

Classe 1. Activité intense de courte durée (1 ½ - 3 heures).

Classe 2. Intensité d'action modérée et durée intermédaire (4 - 6 heures).

Classe 3. Intensité d'action modérée et de longue durée (12 - 18 heures).

De toute évidence, aucune préparation à usage général n'existe, et l'on doit choisir avec soin le barbiturique le plus susceptible de produire les effets particulièrement désirés.

sédation nocturne

On ne peut dire, toutefois, que les barbituriques actuellement connus produisent un effet idéal quand il s'agit de la sédation nocturne. Il est évident que les composés à très courte activité ne conviennent pas au but proposé. Ceux de la deuxième classe se rapprochent plus du but, puisque leur durée est de 4 à 6 heures, mais il est toujours à craindre que les patients se réveillent après cette période et éprouvent de la difficulté à se rendormir. Les barbituriques à longue durée, notamment le phénobarbital, ont souvent le désavantage de laisser au patient une sensation de dépression désagréable qui dure une partie de la journée et résulte en une perte considérable de l'efficacité au travail.

twin-barb procure 8 heures de repos

On peut presque compter sur les huit heures classiques de sommeil réparateur avec la préparation Twin-Barb. Cette préparation se compose d'un noyau de Noctinal, sédatif dont la durée de l'effet est intermédiaire, inclus dans une enveloppe rapidement soluble qui renferme le pentobarbital, un barbiturique à effet relativement bref. Le noyau est enrobé de façon à ne dégager son effet que deux heures à deux heures et demie après l'administration.

Cette combinaison a pour effet net une sédation rapide chez le patient, et, sur affaiblissement de l'effet du pentobarbital, l'action du Noctinal commence à se faire sentir. De cette façon le patient jouit d'environ huit heures d'une sédation douce et continue, et se réveille rafraîchi, sans, ou presque sans sensation de dépression.

Charles E. Frosst & Co.
MONTRÉAL CANADA

UNE *Légère Sédation*

CONTRE LA
NERVOSITÉ.
LES
NÉVROSES MÉNOPAUSIQUES,
LES
DISPOSITIONS À L'ANXIÉTÉ,
ET LES
VOMISSEMENTS DE LA
GROSSESSE.

"Noctinal"

Marque de butabarbital N.N.R.

L'action "intermédiaire" du Noctinal est particulièrement utile pour les cas qui requièrent une sédation légère. Le début, l'intensité et la durée de son effet sont à égale distance entre ceux du pentobarbital à action rapide et ceux du barbiturique à longue durée, le phénobarbital.

- **Agit promptement — sans produire de périodes de sédation prononcée**
- **Aucun effet toxique sur le coeur, la respiration, la pression sanguine ou le rein, à doses thérapeutiques.**
- **Le métabolisme se fait par le corps, l'élimination est indépendante des fonctions rénales.**
- **Non-cumulatif — produit un minimum de léthargie.**

Frosst
DEPUIS 1899
LE SYMBOLE DU PROGRÈS EN RECHERCHES PHARMACEUTIQUES

Charles E. Frosst & Co.
MONTRÉAL CANADA

LES TABLETTES "NOCTINAL"

Tablette N° 439 "Frosst"
Noctinal, sodium..... ¼ de gr. (16 mg.)

Tablette N° 352 "Frosst"
Noctinal, sodium..... ½ gr. (32 mg.)

Tablette N° 419 "Frosst"
Noctinal, sodium..... ¾ de gr. (50 mg.)

Tablette N° 353 "Frosst"
Noctinal, sodium..... 1½ gr. (0.1 G.)

POSOLOGIE. De ¼ à 1½ grains, trois fois par jour.
PRÉSENTATION. Flacons de 100 tablettes.

L'ÉLIXIR "NOCTINAL"

Elixir N° 601 "Frosst"

Chaque cuillerée à thé (3.5 cc.) renferme:
Noctinal, sodium..... ½ gr. (32 mg

POSOLOGIE. Adultes: de ½ à 3 drachmes (¼ à 1½ gr.) trois fo par jour, dans un verre à vin d'eau.

Enfants: selon l'âge et l'état physique.

GLANDOPLEX

la grossesse et l'allaitement

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

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

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

GLANDOPLEX

Laboratoires "National" Limitée

Agents généraux au Canada:

MILLET, ROUX & CIE, LIMITÉE

MONTRÉAL, P.Q.

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

L'Union Médicale du Canada

DIRECTION SCIENTIFIQUE

MEMBRES D'HONNEUR

Messieurs les Professeurs:
Maurice Roch (Genève),
Pasteur Valléry-Radot (Paris),
Albert LeSage,
Wilbrod Bonin, doyen,
Faculté de Médecine, Université de Montréal;
Charles Vézina, doyen,
Faculté de Médecine, Université Laval, Québec;
Arthur-L. Richard, doyen,
Faculté de Médecine, Université d'Ottawa;
Pierre Masson,
J.-A. Leduc,
T. Parizeau,
J.-N. Roy.

Rédacteur en chef émérite: Albert LeSAGE

BUREAU DE DIRECTION

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

BUREAU DE RÉDACTION

Rédacteur en chef: Roma AMYOT

Assistant-rédacteur en chef
Edouard Desjardins

Secrétaire de la Rédaction
Roger-R. Dufresne

Secrétaire adjoint de la Rédaction (Québec): Antoine Pettigrew

BUREAU DE COLLABORATION:

MM. Maurice Beaudry, J.-M. Beauregard, Maurice Bélisle, A. Cantero, Roland Cauchon, C.-E. Côté, Paul David, F.-X. Demers, R. Doré, Guy Drouin, Paul Dumas, Origène Dufresne, Roger Dufresne, H. de la Broquerie Fortier, Maurice Gervais, Pierre Jobin, P. Larivière, Valmore Latraverse, Simon Lauzé, Rosaire Lauzer, René Lebeau, Sylvio Leblond, J.-Louis Léger, Emile Maranda, J.-P. Paquette, Antoine Pettigrew, Germain Pinsonneault, M. Plamondon, P. Poirier, Rosario Robillard, L.-P. Roy, Henri Smith, Félix Têtu, Malcolm Vachon, Norbert Vézina.

Préavis

Dans plusieurs hôpitaux du Canada, des groupes de chercheurs ont déjà commencé des travaux d'expérimentation sur le 4560 R.P. (LARGACTIL), une substance agissant sur le système nerveux autonome*.

Bien que le LARGACTIL ne soit pas encore lancé officiellement, des rapports récents* ont créé un vif intérêt autour de ce produit que les médecins voudraient mieux connaître. Nous nous ferons un plaisir de vous faire parvenir, sur demande, une brochure et quelques documents scientifiques.

*La cure de sommeil en thérapeutique psychiatrique, par le Dr F. Cloutier, LAVAL MEDICAL, mars 1953, p. 332.

Communication verbale donnée par le Dr F. Hudon, au Congrès de la 'Canadian Anaesthetists' Society, Ontario Division', à Niagara Falls, le 11 avril 1953.

POULENC

POULENC

Concernant l'Efficacité —

"La Terramycine... possède un haut degré d'activité contre une vaste gamme d'infections."[1]

et la Terramycine peut être d'un haut degré d'efficacité même dans les cas où d'autres antibiotiques ne le sont pas.[2]

Concernant la Tolération —

La Terramycine "...n'a pas eu d'effet de toxicité... les effets accessoires n'ont pas constitué de problème en thérapie."[1]

et la Terramycine peut être bien tolérée même dans les cas où d'autres antibiotiques ne le sont pas.[3]

CRISTALLINE Terramycine CHLORHYDRATE

suggérée pour: *les infections pneumococciques aiguës, y compris la pneumonie lobaire et la bactérémie; les infections streptococciques aiguës, y compris l'érysipèle, le mal de gorge septique, l'amygdalite; les infections staphylococciques aiguës; les infections bacillaires, y compris l'anthrax; les infections des voies urinaires dues au coli E, à l'aérogène A. à l'albus ou aureus staphylococcique, et à d'autres microrganismes sensibles à la Terramycine; la brucellose aiguë (abortus, mélitense, suis); les infections d'hémiphilie; les infections gonococciques aiguës; le lymphogranulome venereum; la granulome inguinale; la pneumonie atypique primaire; le typhus (murine, épidémique, acarien); éruption rickettsienne.*

Dosage: *Sur la base des observations faites dans plus de 100 centres d'élite de recherches médicales, on recommande l'administration par la bouche de 1 à 2 gm. par jour en doses divisées toutes les 6 heures pour le traitement des infections aiguës.*

Obtenable au Canada en 3 formats commodes de capsules

Capsules de 250 mg. flacons de 16 et 100;
Capsules de 100 mg. flacons de 25;
Capsules de 50 mg. flacons de 25.

1. *Knight, V.: Mémoire présente à la 144ème Réunion Annuelle de la Societé Médicale de l'Etat de New-York, Ville de New-York, Section de Médécine, le 12 mai 1950.*
2. *Herrell, W. E; Heilman, F. R.; Wellman, W. E., et Bartholomew, L. A.: Réunion du Pers. Proc., Clin. Mayo, 25: 183 (12 avril) 1950.*
3. *King, E. Q.; Lewis, C. N.; Welch, H.; Clark, E. A., Jr.; Johnson, J. B.; Lyons, J. B.; Scott, R. B., et Cornely, P. B.: J.A.M.A. 143:1 (6 mai) 1950.*

Pfizer CANADA, LTD. *8311 Royden Road, Mount Royal, Montreal, P.Q., Canada.*

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

L'Union Médicale du Canada

ADMINISTRATION

OFFICIERS

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

COMITÉ EXÉCUTIF

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

ADMINISTRATION et SECRÉTARIAT { **326 est, boulevard Saint-Joseph, Montréal**
PUBLICITÉ : Jacques D. Clerck { **Téléphone: LAncaster 9888**

Agents : **Laboratoires Jean Olive — 200, rue Vallée, Montréal**

TROPHITE

stimulant trophique à base de vitamines B_{12} et B_1

Stimulation de l'appétit et de la croissance
chez l'enfant chétif qui mange mal.

Traitement de complément des diarrhées
chroniques et de la maladie de Gee.

Élixir agréable au palais.

Dose normale: 1 cuillerée à thé par jour.

En flacons de 114 cc. et de 340 cc.

SMITH KLINE & FRENCH, Montréal 9

TROPHITE marque déposée au Canada

OFFICIERS
DE
l'Association des Médecins de Langue Française du Canada
Fondée à Québec en 1902

•

DIRECTEURS GÉNÉRAUX HONORAIRES

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

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

DIRECTEUR GÉNÉRAL

Emile BLAIN,
444 est, rue Sherbrooke, Montréal.

SECRÉTAIRE-TRÉSORIER GÉNÉRAL

Hermile TRUDEL,
1990 est, rue Rachel, Montréal.

SECRÉTAIRE ADJOINT

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

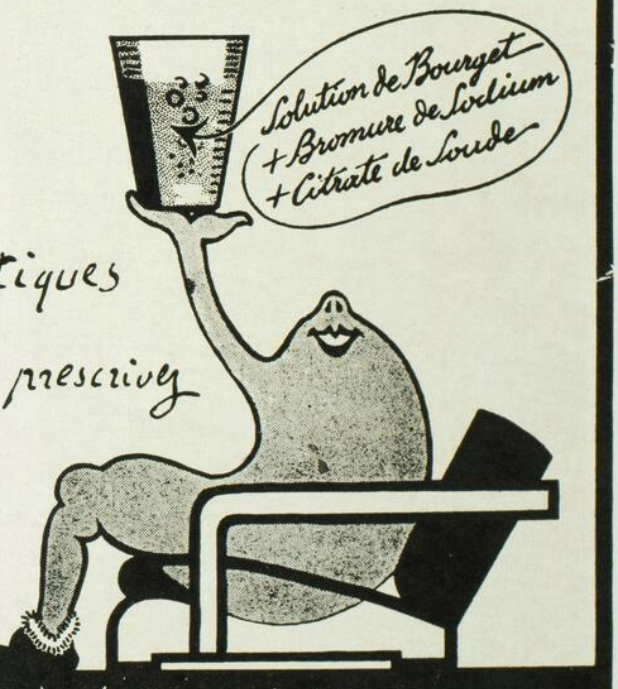
EXÉCUTIF DE L'ASSOCIATION

Emile BLAIN,	Montréal.
Hermile TRUDEL,	Montréal.
J.-B. JOBIN,	Québec.
René DUBERGER,	Sherbrooke.
J.-Marie LAFRAMBOISE	Ottawa.
Lionel GROLEAU,	Sherbrooke.
Léo BLAIS,	Sherbrooke.

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

UN COMPRIMÉ DANS UN 1/2 VERRE D'EAU

Vos aérophages,
Vos dyspeptiques,
Les petits hépatiques
seront heureux .... si vous leur prescrivez



NORMOGASTRYL

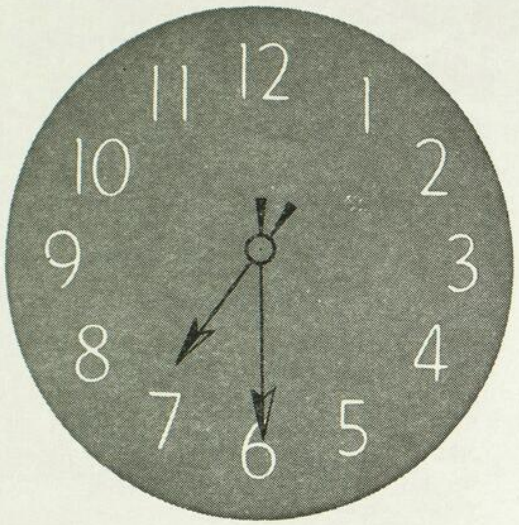
Médication alcalino-sédative des gastro-hépatiques fonctionnels

Littérature et échantillons sur demande

•

Agents pour le Canada:
LABORATOIRES JEAN OLIVE
200, rue Vallée :-: Montréal

NORMOGASTRYL



l'habitude est une seconde nature!

- Cette bonne habitude de la selle quotidienne à heure fixe, le Petrolagar l'assure à celui qui en fait usage régulièrement et non pas un simple soulagement de la constipation.

Le Petrolagar permet d'obtenir des selles normalement hydratées, bien moulées et qui ne provoquent pas de douleur à la défécation.

Dès que le pli est pris, on peut fréquemment maintenir la bonne habitude de la selle quotidienne, même en réduisant progressivement la posologie de cet excellent adjuvant.

PETROLAGAR

PETROLAGAR SIMPLE, PETROLAGAR A LA PHENOLPHTALEINE, PETROLAGAR AU LAIT DE MAGNESIE ET PETROLAGAR AU CASCARA

Présenté en flacon de 16 onces liq.

Wyeth

Marque Déposée

COMITÉ DU XXIIIe CONGRÈS

René DuBERGER, président.

J.-M. LAFRAMBOISE,	1er vice-président.	**Lionel GROLEAU,**	secrétaire.
Auray FONTAINE,	2e "	**Léo BLAIS,**	trésorier.
Gustave LACASSE,	3e "		
L.-O. BEAUCHEMIN,	4e "		

SECRETARIAT DU CONGRES :
31 sud, rue Brooks, Sherbrooke.

•

ANCIENS PRÉSIDENTS

Albert LeSAGE
J.-H. LAPOINTE
Albert PAQUET
J.-A. JARRY
Charles VEZINA
Richard GAUDET
A.-L. RICHARD
Edmond POTVIN
J.-A. VIDAL
J.-A. DENONCOURT
J.-B. JOBIN

MEMBRES DU CONSEIL

AMYOT, Roma, 454 est, rue Sherbrooke, Montréal... 1954
ARCHAMBAULT, Gérard, 472, av. Laurier, St-Jean P.Q. 1956
BELLIVEAU, Pierre, Méthégan, N.-B. 1956
BIBAUD, Barthélemy, Valleyfield, P. Q. 1956
BLANCHET, Roméo, 54, avenue Laurier, Québec. 1956
BONIN, Wilbrod, 575, avenue Davaar, Outremont. .. 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, rue Sherbrooke, Montréal. 1956
DOMINGUE, Albert, Granby, P. Q. 1956
GAUTHIER, Henri-E. Woonsocket, R. I. 1954
GAUTHIER, J.-Dominique, Shippegan, N.-B. 1954
HURTUBISE, Raoul, sénateur, 19, Durham, Sudbury, Ont. 1954
JOANNETTE, Albert, Sainte-Agathe-des-Monts, P. Q. .. 1956
JOBIN, Pierre, 91½, rue d'Auteuil, Québec. 1954
LEBLOND, S., Hôtel-Dieu St-Vallier, Chicoutimi, P.Q. 1956
LECOURS, J.-Ant., 538, av. King Edward, Ottawa, Ont. 1956
LEMIEUX, J.-Renaud, Hôp. du St-Sacrement, Québec. 1956
MANSEAU, Geo., 924, rue St-Aubin, Ville St-Laurent. 1956
MERCILLE, Jean, 316, parc G.-E.-Cartier, Montréal. 1956
MILOT, J.-Donat, 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, Jos., Shawinigan, P. Q. 1954
PIETTE, Edmond, Joliette, P. Q. 1954
PILON, J.-L., 389 est, boul. Saint-Joseph, Montréal. 1954
POULIOT, Antoine, 185, Grande-Allée, Québec. 1956
POWERS, Arthur, 11, rue Front, Hull, P. Q 1954
RIOUX, J.-Emile, Sainte-Agathe-des-Monts, P. Q. .. 1954
ROULEAU, J.-Maurice, Saint-Grégoire (Nicolet), P. Q. 1956
SMITH, Pierre, 300, Carré Saint-Louis, Montréal. .. 1954
TETREAULT, Ad., 411, boul. Laviolette, Trois-Rivières. 1954
THIBAULT, Eugène, 4070, boul. Lasalle, Verdun. .. 1954
VIAU, Horace, 467, rue Rideau, Ottawa, Ont. 1954

Memo . . .

SULFOSALYL

RHUMATISMES CHRONIQUES.

8 à 20 capsules glutinisées par jour.

ENTROSALYL

RHUMATISMES AIGUS. POLYARTHRITES.

8 à 20 capsules glutinisées par jour.

HORMANTOXONE

MALADIES DU FOIE.

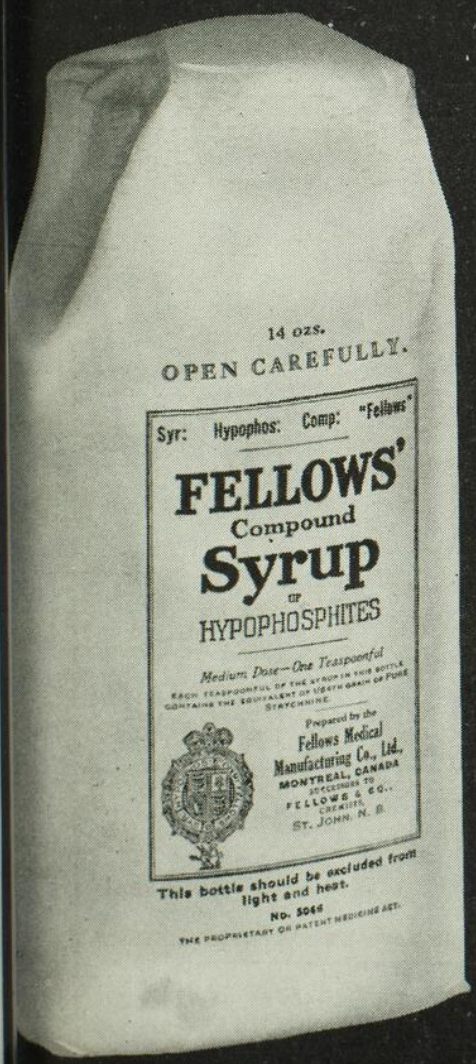
6 à 9 globoïdes par jour.

CORONET DRUG COMPANY

370 EST, RUE RACHEL, MONTRÉAL

Distributeurs exclusifs.

Sirop
COMPOSÉ
Fellows
C
FER
QUININE
STRYCHNINE



Le **SIROP FELLOWS** est

Particulièrement précieux
en *gériatrie* et
pour les convalescents.

Le **SIROP FELLOWS**

- **Stimule l'appétit**
- **Améliore la tonicité musculaire**
- **Relève le moral, sans dépression subséquente**

Economique... coûte au patient moins de 2¢ la dose

Chaque cuillerée à thé (4 cc.) renferme:

Chlorhydrate de strychnine.....	1 mg.
Sulfate de quinine.....	3 mg.
Hypophosphite de calcium.....	20 mg.
Pyrophosphate de fer.....	8 mg.
Hypophosphite de manganèse..	8 mg.
Hypophosphite de potassium...	8 mg.
Hypophosphite de sodium.....	8 mg.

Présentation: bouteilles de 14 oz.
Echantillons sur demande.

Fellows
MEDICAL MFG. CO., LTD.
Pharmaceuticals

fabricants de produits pharmaceutiques depuis 1866

286 ouest, rue St-Paul
Montréal, Canada.

L'AMINOPHYLLINE FRANÇAISE

CARÉNA

SÉDO-CARÉNA

COMPRIMÉS

Caréna — Phénobarbital — Papavérine

Neurodysténies cardiaques
Spasmes vasculaires, Algies des cardiaques.

CARÉNA

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

CARÉNA-OUABAÏNE

AMPOULES I. V. — COMPRIMÉS

VASO-DILATATEUR — CORONARIEN

Défaillance cardiaque, cœur sénile

TRINITRINE-CARÉNA

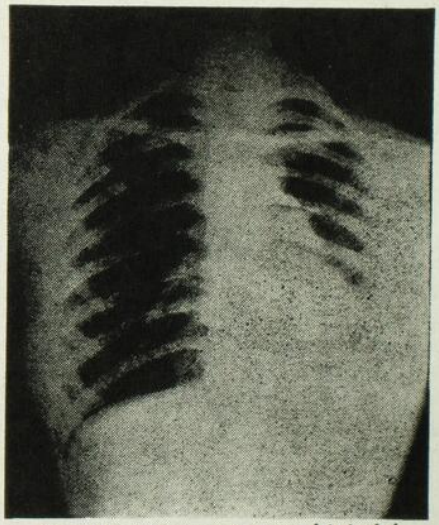
COMPRIMÉS

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

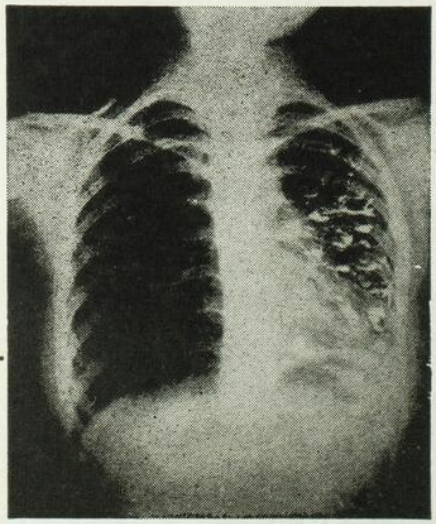
Laboratoires DELAGRANGE — Paris

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

Lipiodol*



Roentgenogramme sans Lipiodol



Roentgenogramme avec Lipiodol

complète **l'image du diagnostic!**

Agents exclusifs pour le Canada:
VINANT Ltée, 200, rue Vallée, MONTRÉAL

LABORATOIRES A. GUERBET & Cie 22, Rue du Landy, 22 PARIS - SAINT-OUEN

Après avoir traité 53 ménopausées à l'aide de la "Prémarine", Neustadter* déclare que "toutes, sans exception, ont mentionné une sensation de bien-être". Une longue bibliographie fait ressortir que c'est là un des effets caractéristiques de la "Prémarine".

"Prémarine"—Comprimés dosés à 0.3 mg., 0.625 mg. (avec ou sans phénobarbital, ½ grain), 1.25 mg. ou 2.5 mg. de substances oestrogènes conjuguées (équines) naturelles et hydrosolubles, exprimées comme sulfate sodique d'oestrone.

On peut aussi obtenir la "Prémarine" avec Méthyltestostérone pour le traitement de certains cas particuliers.

*Neustadter, T.: Am. J. Obst. & Gynec. **46**:530 (oct.) 1943.

Ayerst

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

"Pour réparer des ans l'irréparable outrage..."— Racine

La vieillesse n'est pas particulièrement une question d'âge mais plutôt une manifestation physiologique d'incapacité . . . puisque le déclin de l'activité hormonale sexuelle, un régime alimentaire insuffisant et une instabilité émotive accélèrent souvent le processus du vieillissement.

Les capsules "Médiatric" associent les stéroïdes et le supplément du régime alimentaire à un léger stimulant émotif. Elles sont appelées à jouer un rôle prépondérant dans le maintien de la santé et de la vigueur chez les personnes âgées afin de leur permettre de *vieillir normalement* et d'avoir *une vieillesse normale.*

en gériatrie préventive

"MÉDIATRIC" *capsules*

composé stéroïdo-nutritif

Chaque capsule contient:

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

Flacons de 30 et 100 capsules

Ayerst

AYERST, McKENNA & HARRISON LIMITÉE · Biologistes et Pharmaciens
MONTRÉAL, CANADA

dans les malaises

GASTRO-INTESTINAUX

fonctionnels

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

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

un soulagement prompt et durable

DECHOLIN avec BELLADONE

spasmolyse assurée

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

amélioration de la fonction hépatique

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

POSOLOGIE

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

COMPOSITION

Chaque comprimé *Decholin/Belladone* contient 3¾ grs de *Decholin* (marque d'acide déhydrocholique) et $^1/_6$ gr. d'extrait de belladone (équivalant à 7 minimes de teinture de belladone). Flacons de 100.

DB-1

AMES

AMES Company of Canada, Ltd., Toronto

PROVEINASE

MIDY

"RÉGULATEUR DE LA CIRCULATION VEINEUSE"

TROUBLES de la PUBERTÉ et de la MÉNOPAUSE

2 à 6 comprimés par jour.

LABORATOIRES MIDY - PARIS

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

VALERIANATE PIERLOT

Calme les Maladies Nerveuses — Traite la Neurasthénie

Composition: Valérianate d'Ammonium.

Propriétés: Antispasmodique.
Stimulant diffusible et énergique, régulateur de l'innervation.

Indications: Excitabilité nerveuse, Insomnie, Migraines, Vapeurs, Toux nerveuse, Palpitations, Tremblement, Spasmes, Chorée, Convulsions, Attaques de nerfs, Hystérie, Névralgies, Sciatique, Règles douloureuses ou difficiles.

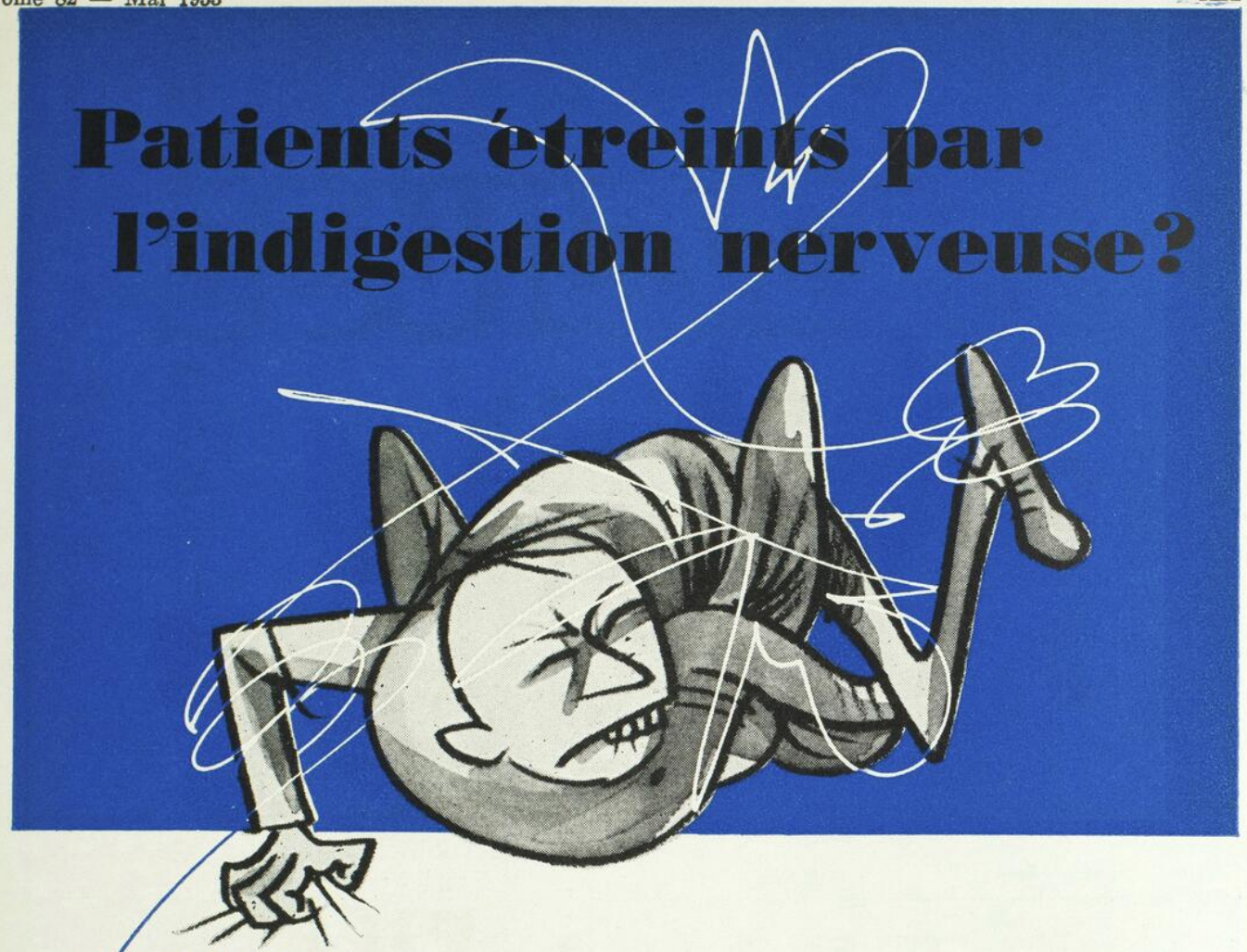
Posologie: Une à deux cuillerées à thé dans un quart de verre d'eau sucrée, matin et soir. Pour les enfants, moitié ou tiers d'une cuillerée à thé.

Présentation: Flacon de 120 cc.

Laboratoires H. RIVIER — Paris

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

Patients étreints par l'indigestion nerveuse?



MAINTENANT... procurez-leur un soulagement confortable et soutenu, de la douleur, des crampes et des malaises en général qui sont dus au spasme gastro-intestinal d'origine fonctionnelle. Au cours d'études cliniques, [1, 2, 3] BENTYLOL a apporté un soulagement soit satisfaisant, soit complet, dans 308 sur 338 des cas sous observation, pourtant il ne provoqua ". . . pour ainsi dire pas de réactions secondaires indésirables."[3]

BENTYLOL

SPASMOLYSE DOUBLE ET SÛRE

Une capsule ou une cuillerée à thé de sirop contiennent:

CHLORHYDRATE DE BENTYLOL.....10 mg.
Pour soulagement doux de l'indigestion nerveuse

CHLORHYDRATE DE BENTYLOL.....10 mg.
avec PHÉNOBARBITAL.....15 mg.
Quand une sédation synergique est désirée

POSOLOGIE

ADULTES: 2 capsules ou 2 cuillerées à thé de sirop 3 fois par jour, avant ou après les repas.

POUR COLIQUES INFANTILES: ½ à 1 cuillerée à thé de sirop 3 fois par jour, avant le repas.[4]

1. Hock, C. W.: J. Med. Assn. Ga. 40:22, 1951. 2. Hufford, A. R.: J. Mich. St. Med. Soc. 49:1308, 1950.
3. Chamberlin, D. T.: Gastroenterology 17:224, 1951. 4. Pakula, S. F.: Postgrad. Med. 11:123, 1952.

Merrell
SINCE 1828

"Bentylol," Marque De Fabrique. Ce produit est distribué aux Etats-Unis sous la marque "Bentyl."

New York • ST. THOMAS, ONT. • Cincinnati

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.

DOSE : SELON L'AVIS DU MÉDECIN

*Marque déposée.

Somenal

COMPRIMÉS À 10 CENTIGRAMMES			COMPRIMÉS À 15 MILLIGRAMMES		
Butobarbital	0.05 gm.	par comprimé	Butobarbital	7½ mg.	par comprimé
Phénobarbital	0.05 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

OSTÉOARTHRITE

RÉSULTATS DE L'"ESSAI DU BEREX"

Des rapports préparés par des médecins canadiens où il est fait mention que le (succinate-salicylate) BEREX fut administré à des malades souffrant d'ostéoarthrite très grave, révèlent qu'une amélioration marquée fut obtenue dans 85.7 pour cent des cas.

Les médecins ont très volontiers fait des commentaires dignes de mention. Les suivants sont significatifs:

"Amélioration nette des symptômes aigus, qui ne sont pas réapparus."

"Moyen facile d'administrer de fortes doses de salicylate avec très peu d'effets secondaires. Bien toléré."

"Absolument aucun trouble gastrique — aucune hémorragie pathologique."

"BEREX a donné un soulagement rapide ... il est bien toléré par le malade."

Le traitement oral par le BEREX est indiqué dans tous les troubles arthritiques et rhumatismaux, y compris l'ostéoarthrite, l'arthrite infectieuse aiguë, l'arthrite rhumatoïde, la fièvre rhumatismale et la névrite arthritique.

BEREX se vend en flacons de 100 et en format pharmacie de 500 comprimés, à votre pharmacie d'ordonnance. Fabriqué sous licence, BEREX est le nom déposé de ce produit.

BEREX PHARMACAL COMPANY

36-48 Caledonia Rd. • Toronto, Canada

Amide Salicylique Egger

en associations aux actions renforcées

EGOSALYL

avec niacine, vitamine C, vitamine K
LA MALADIE RHUMATISMALE
traitement d'attaque
et pour les chroniques, l'analgésie, l'entretien

EGOPHEN

avec phénomagnal*
SÉDATIF ET ANALGÉSIQUE DU SOIR
*phénobarbital magnésien Egger
(marque déposée)

NOPEN

deux formules :
51 — avec phénacétine et caféine
LA DOULEUR DU JOUR

52 — avec phénacétine et carbromal
LA DOULEUR NOCTURNE

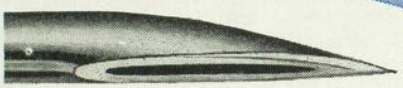
AMIPHÉDRINE

avec éphédrine
CORYZA - GRIPPE - COURBATURES

EGGER (CANADA) LTD.

Canada : **Laboratoires JEAN OLIVE,** **Montréal**

UNE POINTE D'IMPORTANCE



AIGUILLES B-D

CRÉÉES pour le CONFORT du PATIENT

Chaque aiguille B-D a sa pointe effilée avec precision afin d'obtenir une acuité plus parfaite et d'assurer au malade un maximum de confort. La pointe ayant un cône plus allongé, pénètre plus facilement et on a donné aux rebords de l'orifice les angles qui empêcheront toute fuite de liquide ou toute douleur inutile. L'uniformité et la douceur du talon épargnent à l'épiderme d'être déchiré ou "poinçonné".

Fabriquées d'acier hyperchrome inoxydable, les aiguilles B-D sont:

à l'épreuve de la rouille de part en part
assez rigides pour pouvoir facilement pénétrer dans les tissus
assez flexibles pour pouvoir se plier sans casser
assez dures pour garder leur pointe effilée
assez résistantes pour servir longtemps

Ecrivez au Département 21-B et demandez le tableau illustré qui expose la standardisation des aiguilles B-D

B-D

BECTON, DICKINSON AND COMPANY,

RUTHERFORD, N.J.

B-D est la marque déposée par Becton, Dickinson and Company

OPOTHÉRAPIE ASSOCIÉE BUVABLE

REVITALOSE

DU Dr FRAYSSE

REVITALISATION DE L'ORGANISME

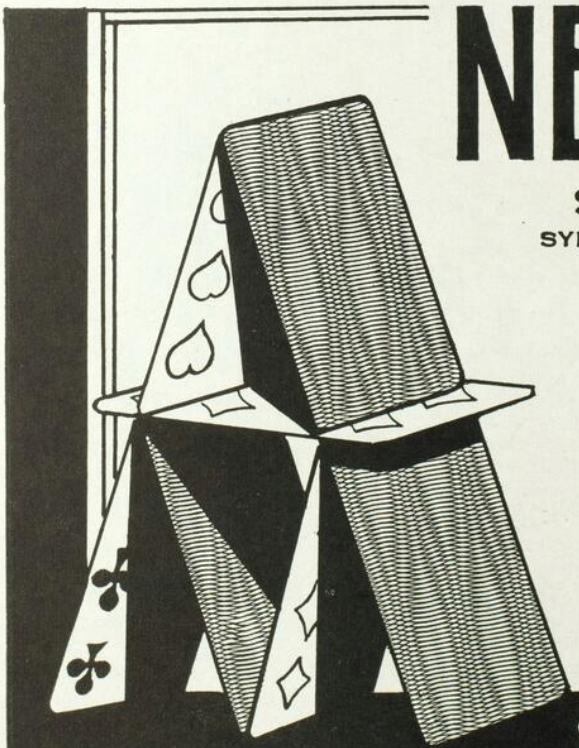
SUBST CÉRÉBRALE · SURRÉNALE · EXTT ORCHITIQUE

ÉPUISEMENT NERVEUX · SURMENAGE · DÉBILITÉ · HYPOTENSION

AMPOULES BUVABLES DE 10 CC

LABORATOIRE FRAYSSE ET CIE NANTERRE (SEINE)

Canada : LABORATOIRES JEAN OLIVE — 200, rue Vallée, Montréal, P. Q.



NEURO SOLÈNE

SÉDATIF DU VAGUE

SYNERGIE DES DOSES THÉRAPEUTIQUES FAIBLES

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

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

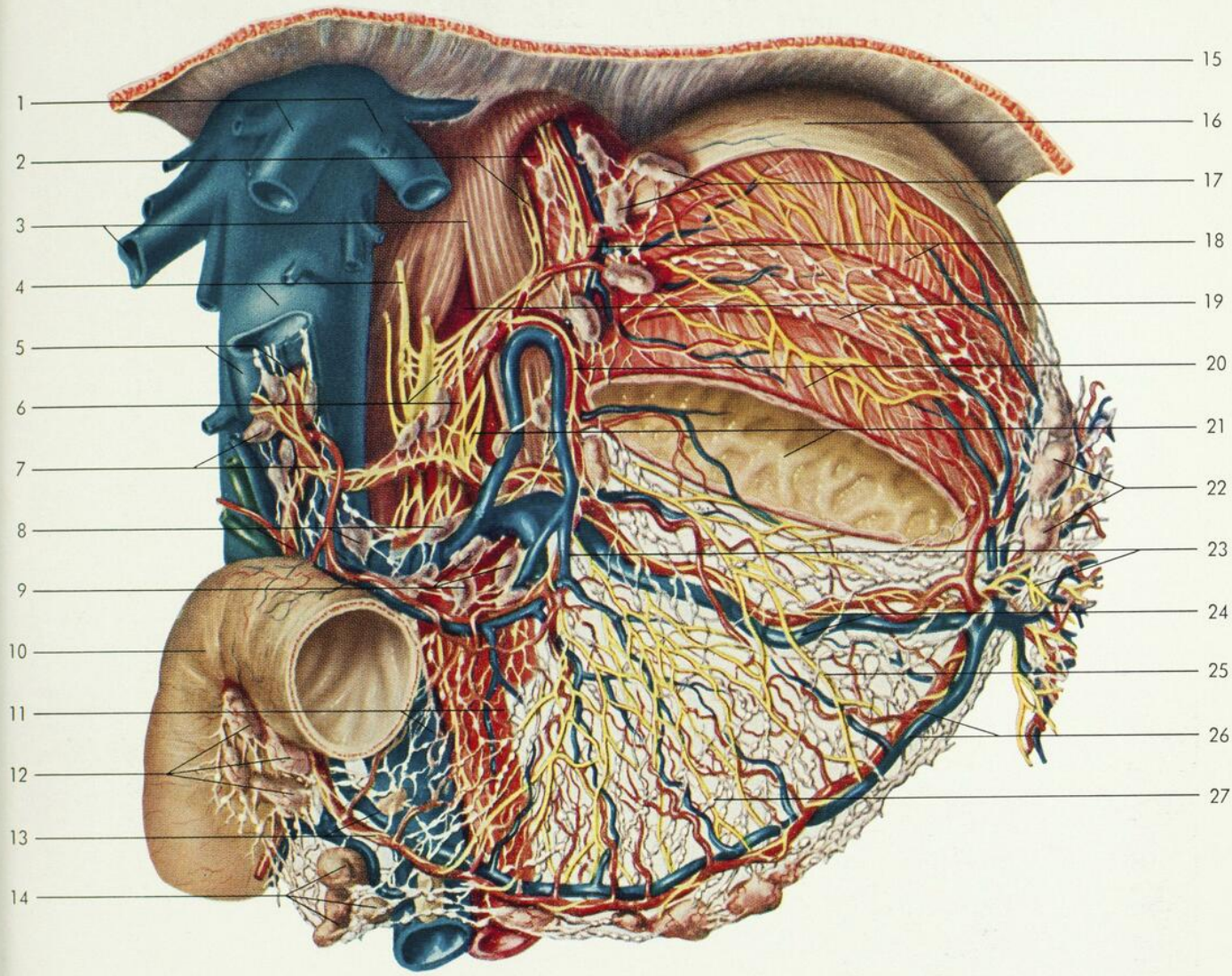
LABORATOIRES BRÉANT. PARIS - LABORATOIRES J. OLIVE 200 RUE VALLÉE - MONTRÉAL

SANS TOXICITÉ

SANS ACCOUTUMANCE - SANS INTOLÉRANCE

ÉQUILIBRE LE SYMPATHIQUE

Anatomie de l'estomac



1. Veines sous-hépatiques moyenne et gauche
2. Pneumogastrique droit et œsophage
3. Veine sous-hépatique droite et piliers du diaphragme
4. Veine cave inférieure et nerf grand splanchnique
5. Veine porte et artère hépatique
6. Plexus solaire et tronc cœliaque
7. Ganglion lymphatique hépatique et rameaux hépatiques du pneumogastrique
8. Artère gastroduodénale et ganglions lymphatiques sus-pyloriques
9. Ganglions lymphatiques gastriques supérieurs
10. Duodénum
11. Artère et veine mésentériques supérieures
12. Ganglions lymphatiques sous-pyloriques
13. Artère et veine gastro-épiploïques droites
14. Ganglions lymphatiques gastriques inférieurs
15. Diaphragme
16. Séreuse
17. Ganglions lymphatiques paracardiaques
18. Pneumogastrique gauche et couche musculaire longitudinale
19. Aorte abdominale et couche musculaire circulaire
20. Artère coronaire stomachique et couche musculaire oblique
21. Rameaux cœliaques du pneumo-gastrique et muqueuse gastrique
22. Ganglions lymphatiques spléniques
23. Veine coronaire stomachique gauche et rameaux spléniques du pneumogastrique
24. Artère et veine spléniques
25. Rameaux stomachiques du pneumogastrique
26. Artère et veine gastro-épiploïques gauches
27. Plexus lymphatique gastrique

Peinture de Paul Peck. Une de la série de peintures exécutées pour Lederle illustrant l'anatomie de divers organes et tissus qui sont souvent le siège d'infections, et dont les germes sont auréomycino-sensibles.

Lederle

Dans la perforation viscérale,
dans la chirurgie élective de l'estomac,
aussi bien que dans les
infections gastro-entériques-

l'Auréomycine

CHLORHYDRATE CRYSTALLIN

agit promptement pour prévenir
ou enrayer l'infection dans tous les tissus
et liquides organiques.

CONDITIONNEMENT:

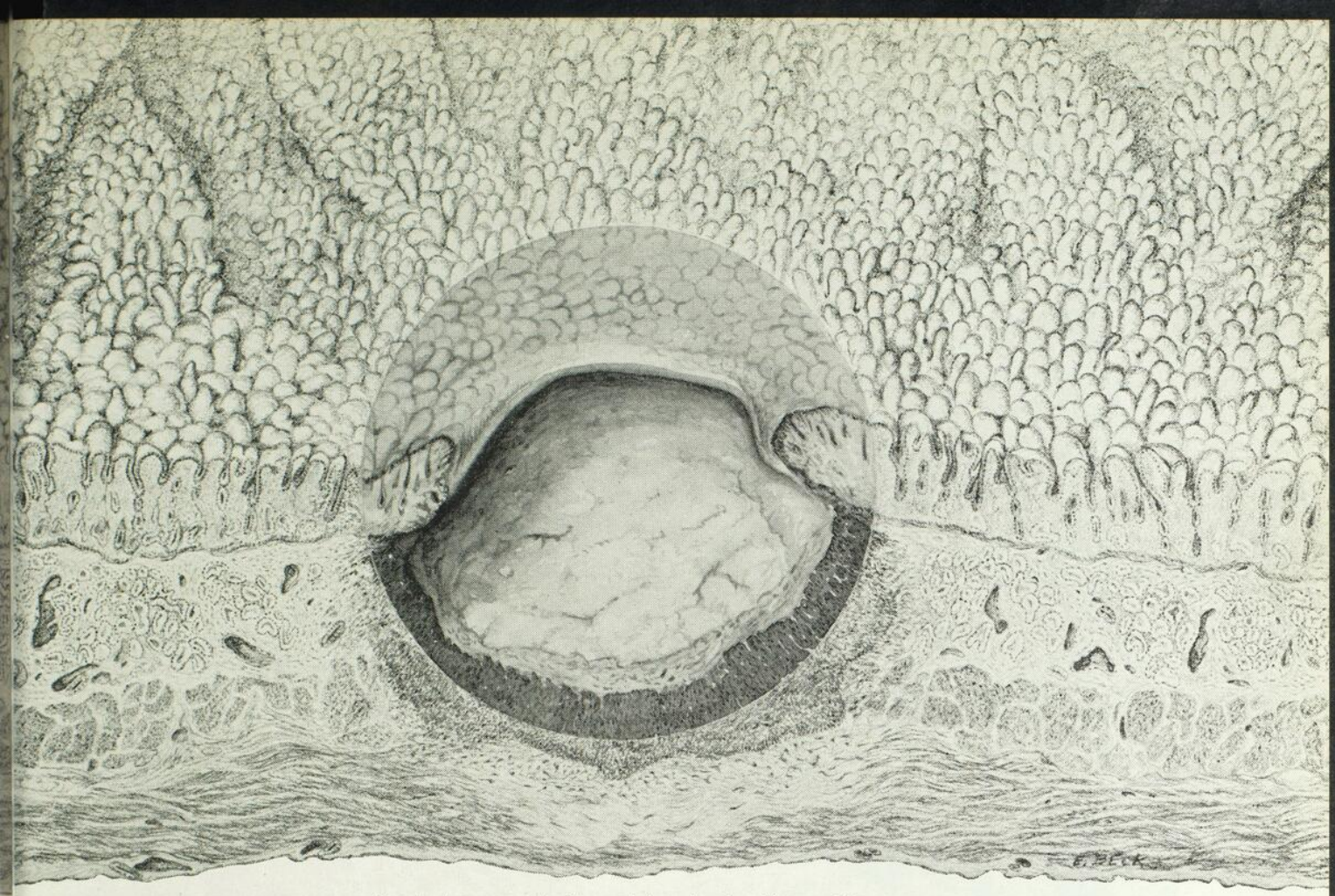
Capsules à 50 mg.: Flacons de 25 et de 100 capsules; *à 100 mg.:* Flacons de 25 et de 100 capsules; *à 250 mg.:* Flacons de 16 et de 100 capsules. *Comprimés solubles à 50 mg.*—Tube de 40 comprimés. *Forme auriculaire:* Flacon de 50 mg. avec solvant de 10 c.c. *Forme intraveineuse:* Flacons de 100 mg. et de 500 mg. *Forme nasale:* Fiole de 10 mg. livrée avec 10 c.c. de solvant *Gouttes per os:* Flacon de 20 cc. avec compte-gouttes. *Onguent:* Tubes de ½ et de 1 once. *Onguent ophtalmique:* Six tubes de ⅛ once. *Solution ophtalmique:* Flacon de 25 mg. avec compte-gouttes; la solution se prépare extemporanément par addition de 5 c.c. d'eau distillée. *Pastilles à 15 mg.:* Flacons de 25 et de 250 pastilles. *Poudre chirurgicale:* Flacon de 5 g. *Poudre vaginale:* Flacon de 5 g. *Suppositoires vaginales:* Pot de 8. *PHARYNGETS* comprimés pour la gorge à 15 mg.:* Boîte de 10 comprimés. *Sirop:* Flacons de 4 et de 16 onces fluides. *SPERSOIDS** poudre diffusible*—Pots de 12 et de 25 cuillérées à thé.

*Marque de commerce

**Marque déposée au Canada

Littérature envoyée sur demande

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



Coupe transversale d'un ulcère du duodénum. 35x.

Searle présente la Pro-Banthine*

Doses plus petites, meilleur goût, moins d'effets secondaires

Les laboratoires de G. D. Searle & Co., après des recherches ininterrompues sur les agents anticholinergiques, présentent un produit nouveau et amélioré pour traiter l'ulcère peptique, l'hypermotilité intestinale et autres affections parasympathicotoniques : c'est la Pro-Banthine, la formule qui vient d'être perfectionnée.

Grâce à une activité élevée et à une plus grande spécificité, on peut administrer des doses plus petites de Pro-Banthine. Avec une dose de 1 comprimé (15 mg.) aux repas et 2 comprimés au coucher, on peut s'attendre à un minimum d'effets secondaires.

La Pro-Banthine inhibe les stimuli aux ganglions sympathiques et parasympathiques en même temps qu'elle exerce une action similaire à l'atropine sur les terminaisons nerveuses postganglionnaires du parasympathique.

Se présente sous forme de comprimés recouverts de sucre et contenant 15 mg. de Pro-Banthine.

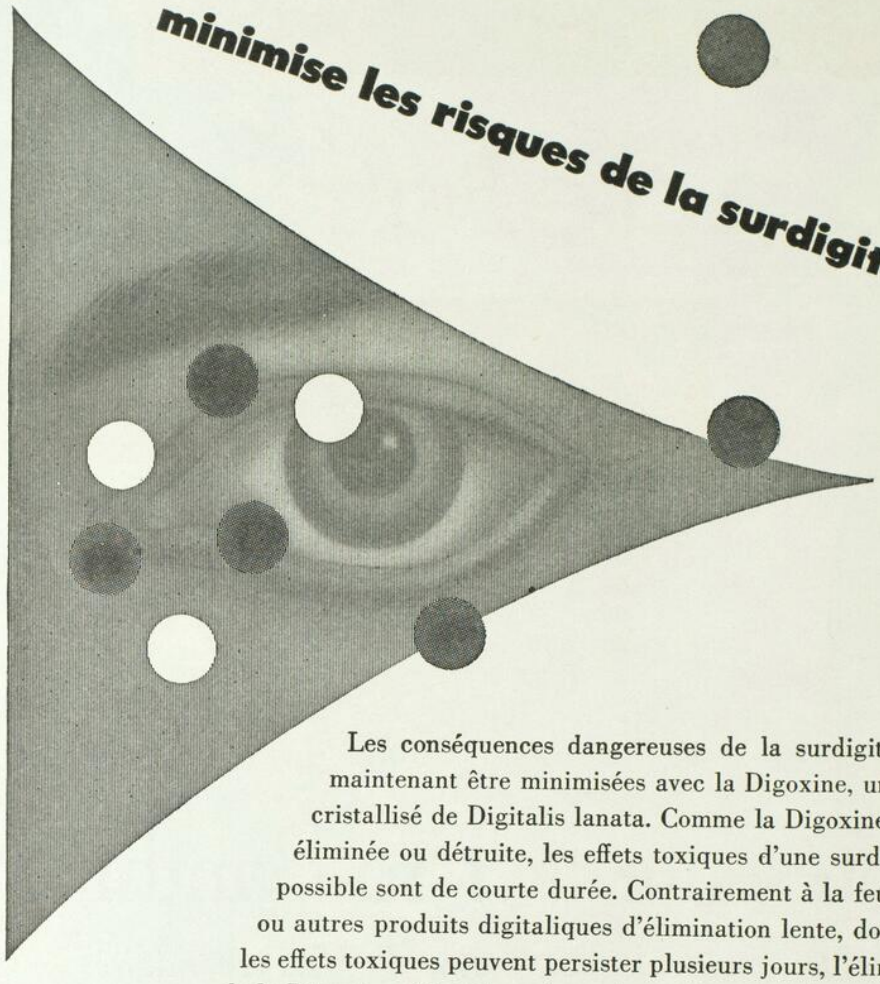
SEARLE *La Recherche au Service de la Médecine*

*Marque de Bromure de Propantheline. Déposée par G. D. Searle & Co.

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

390 Western Road, Toronto 9, Ontario

minimise les risques de la surdigitalisation



Les conséquences dangereuses de la surdigitalisation peuvent maintenant être minimisées avec la Digoxine, un glycoside cristallisé de Digitalis lanata. Comme la Digoxine est rapidement éliminée ou détruite, les effets toxiques d'une surdigitalisation possible sont de courte durée. Contrairement à la feuille de digitale ou autres produits digitaliques d'élimination lente, dont les effets toxiques peuvent persister plusieurs jours, l'élimination rapide de la Digoxine réduit à *quelques heures* les effets des surdoses. Cette destruction rapide n'a toutefois pas une influence adverse sur l'action thérapeutique de la Digoxine car l'effet d'une seule dose par jour est assez soutenue pour entretenir la digitalisation de la plupart des malades à un niveau constant.

Tout en possédant toutes les vertus thérapeutiques de la feuille de digitale, la Digoxine offre les avantages suivants: (1) dosage précis et facile, (2) irritation gastrique locale minime, (3) absorption rapide et uniforme, (4) élimination rapide.

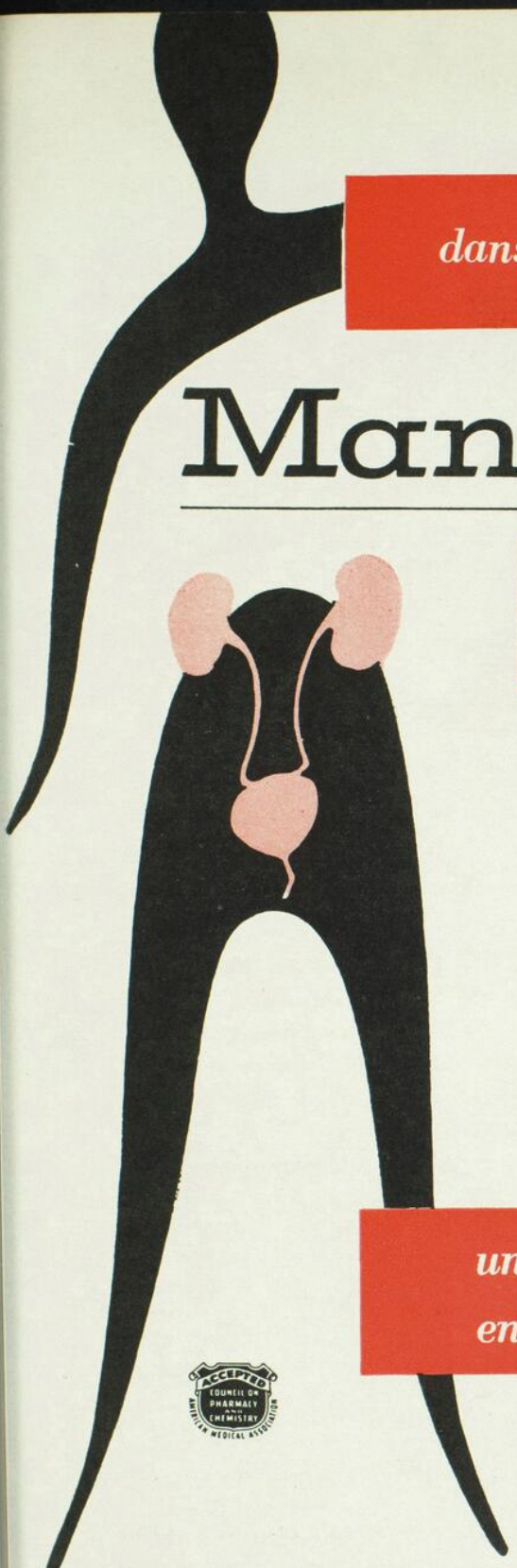
DIGOXINE 'B. W. & CO.'

glycoside cristallisé de Digitalis lanata

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

dans les infections urinaires

Mandelamine



efficacité qui persiste . . .
tolérance parfaite

La Mandelamine possède un champ d'activité thérapeutique extrêmement étendu dans toutes les infections urinaires courantes. Cette activité thérapeutique continue souvent d'agir contre des organismes qui sont par ailleurs devenus résistants à d'autres agents antibactériens. A l'encontre de nombreux agents antibactériens, la Mandelamine se caractérise par une remarquable absence de toxicité, toxicité qui pourrait se traduire par des perturbations gastriques, des éruptions cutanées ou un excès de prolifération moniliale. On n'a jamais rapporté de cas d'agranulocytose ou de dyscrasie sanguine. En plus de ces avantages, la Mandelamine est d'administration facile et économique.

un médicament de choix
en antisepsie urinaire

La Mandelamine est souvent le médicament de choix pour traiter les pyélites, les cystites, les pyélonéphrites, les uréthrites non spécifiques, les prostatites et les infections compliquées de calculs urinaires ou d'affections neurogènes de la vessie. On la préfère fréquemment comme agent prophylactique pré- et post-opératoire en chirurgie urologique.

Présentation: comprimés entériques contenant chacun 0.25 gm. (3¾ grains de mandélate de méthenamine). Flacons de 100, 500 et 1,000.

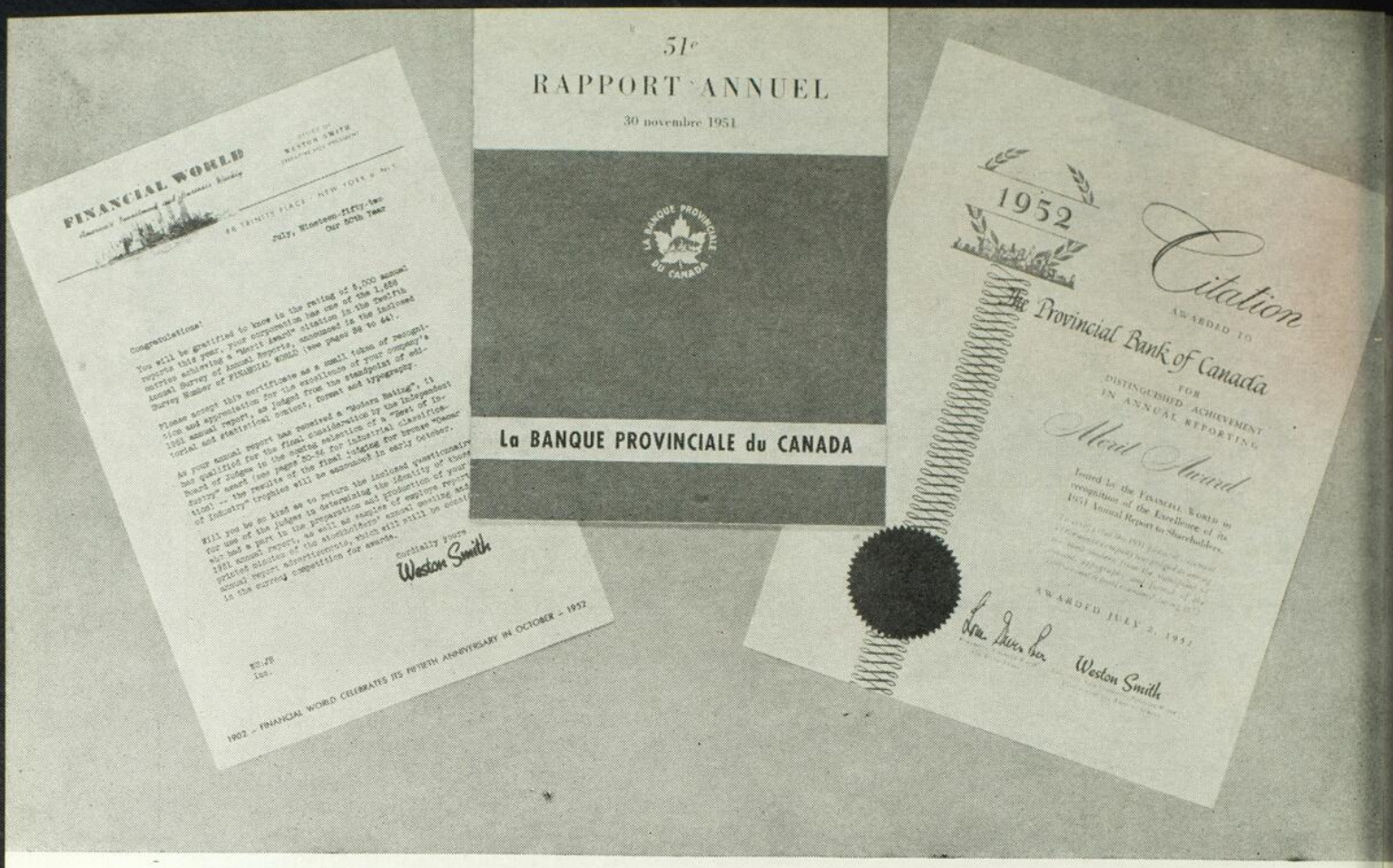
Posologie: Adultes, 3 ou 4 comprimés t.i.d.; enfants, doses proportionnelles.

*Mandelamine est la marque déposée par Nepera Chemical Co., Inc., pour sa marque d'Hexydaline (mandélate de méthenamine).

Nepera Chemical Co., Inc.

Distributeurs exclusifs

MERCK & CO. LIMITED
MONTRÉAL



BEAUCHEMIN

à l'honneur !

Les Ateliers d'impression et de reliure Beauchemin Ltée sont heureux de cette citation obtenue dernièrement. Elle démontre la haute qualité des travaux produits dans nos ateliers par des artisans d'expérience. Son service ultra rapide et courtois allié à sa grande capacité de production, sont un gage de satisfaction. Nous sollicitons le privilège de vous servir et nous mettons à votre disposition notre service de maquette.

BEAUCHEMIN 430, RUE ST-GABRIEL, MONTRÉAL — LA: 4236

Si la Preuve Clinique est Votre Guide

LES PRODUITS DE LA RECHERCHE DOHOW

sont indiqués . . .

Maintenant!!!

Le NOUVEL O-TOS-MO-SAN

est un *Spécifique* dans les Infections Suppurées de l'Oreille—tant Aiguës que Chroniques, et aussi dans l'Otite Externe parce qu'il est . . .

BACTÉRICIDE . . . (GRAM POSITIVES—GRAM NÉGATIVES)—il DÉTRUIT LES BACTÉRIES, y compris BACILLUS PROTEUS, B. PYOCYANEUS, E. COLI, STAPHYLOCOCCUS AUREUS HEMOLYTICUS BETA

(Isolées dans les infections des oreilles et se montrant résistantes aux antibiotiques dans les essais de laboratoire)

et

FONGICIDE . . . il DÉTRUIT LES CHAMPIGNONS—y compris les ASPERGILLUS, TRICHOPHYTON, MONILIA et MICROSPORON.

ATOXIQUE • NON IRRITANT
STABLE • LIMPIDE

S'EST AVÉRÉ EFFICACE CONTRE DES SOUCHES D'ORGANISMES ANTIBIOTICO-RÉSISTANTES

Confirmé par des Essais de Laboratoires et Cliniques actuellement sous presse.

FORMULE:

Un procédé NOUVEAU, perfectionné employant comme véhicule la glycérine Dohow, produit, une combinaison chimique lui donnant ses précieuses propriétés:

Urée	2 GRAMMES
Sulfathiazol	1.6 GRAMMES
Glycérine (DOHOW)	16.4 GRAMMES

(De la densité la plus élevée que se puisse obtenir)

Défi!!!

ESSAYEZ LE NOUVEL O-TOS-MO-SAN dans vos cas les plus rebelles, les résultats vous convaincrant.

DOHOW CHEMICAL COMPANY, LTD., Montreal, • New York

AURALGAN—Après 40 ans DEMEURE l'auralgésique et décongestif de choix

RHINALGAN — décongestif nasal sûr. Produit un effet local, NON PAS général.

RECTALGAN — LIQUIDE . . . Pour le soulagement symptomatique des: Hémorrhoïdes, Prurit, Sutures Périnéales

ILOTYCIN

(ERYTHROMYCINE, LILLY)

CRISTALLISÉ

le nouvel antibiotique BIEN TOLÉRÉ, ***à champ d'action étendu***

'ILOTYCIN' est un agent antibactérien puissant, d'efficacité reconnue* dans le traitement de plusieurs infections, y compris :

ORGANISMES	INFECTIONS
1. Staphylocoque	Bactériémie, méningite, pneumonie, ostéomyélite.
2. Streptocoque hémolytique	Cellulite, érysipèle, abcès périamygdalien, pharyngite, pneumonie, fièvre scarlatine, mal de gorge septique, amygdalite, plaies infectées.
3. Pneumocoque	Empyème, pneumonie lobaire.
4. Corynebacterium diphteriae	Porteurs de bacilles diphtériques.
5. Streptocoque hémolytique	Certains cas d'endocardite, infections des voies génito-urinaires.

ILOTYCINE
(ERYTHROMYCINE, LILLY)

***Références :**

1. Heilman, F. R., Herrell, W. E., Wellman, W. E., and Geraci, J. E.: Some Laboratory and Clinical Observations on a New Antibiotic, Erythromycin ('Ilotycin'), Proc. Staff Meet., Mayo Clin., **27**:285, 1952. 2. Haight, T. H., and Finland, M.: Laboratory and Clinical Studies on Erythromycin, New England J. Med., **247**: 227, 1952. 3. Smith, J. W., Dyke, R. W., and Griffith, R. S.: Erythromycin. Studies on Absorption Following Oral Administration and on Treatment of 33 Patients, to be published. 4. Spink, W. W.: Personal communications. 5. Romansky,

ELI LILLY AND COMPANY (CANADA) LIMITED
Toronto, Ontario

LILLY le créateur de l'érythromycine

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.

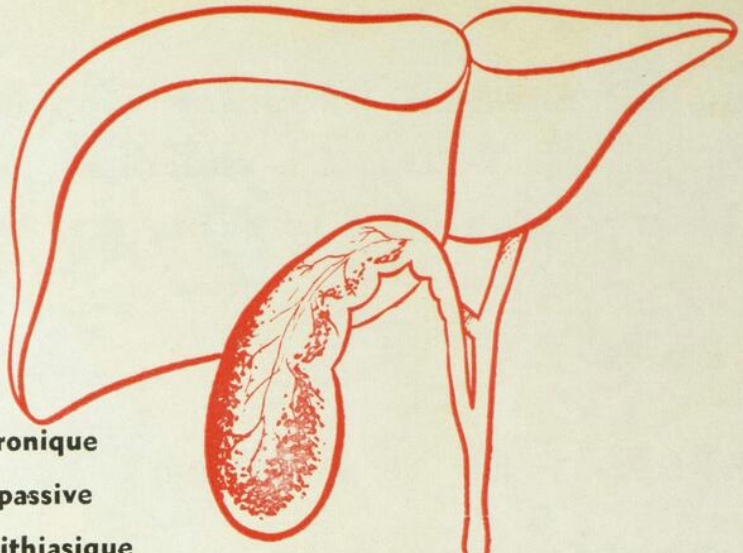
Fabriqué exclusivement par

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



Cholécystite chronique
Stase biliaire passive
Angiocholite nonlithiasique
relèvent de

CHOLIBILE

FORT

FAIBLE

Chaque dragée renferme:

Ac. Déhydrocholique 0.25 Gm.
Cascara Sagrada .... 0.05 Gm.
Chlor. de Thiamine .. 5.00 Mg.

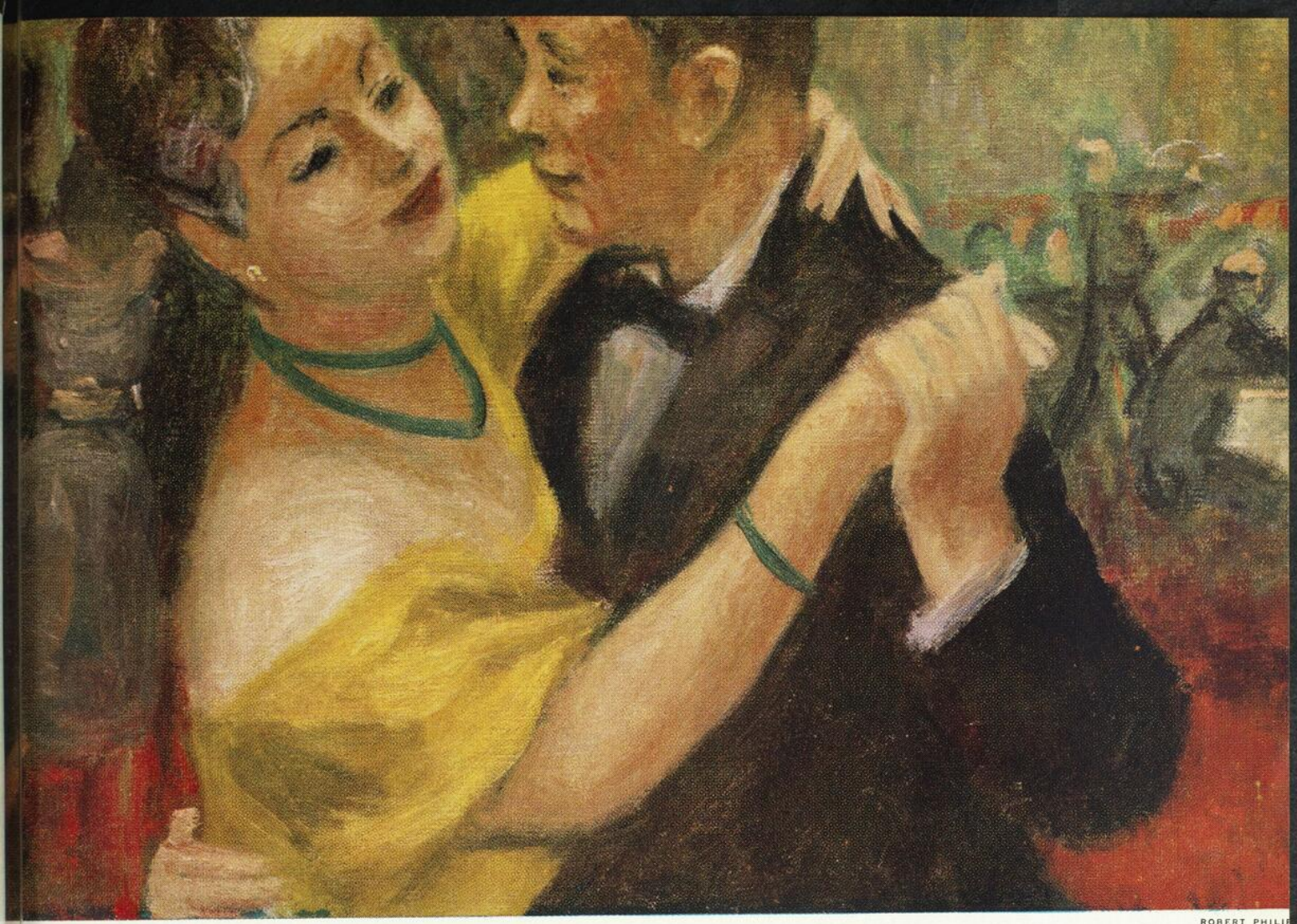
Chaque dragée renferme:

Ac. Déhydrocholique 0.10 Gm.
Cascara Sagrada .... 0.02 Gm.
Chlor. de Thiamine .. 2.00 Mg.

HYDROCHOLÉRÉTIQUE PUISSANT

Laxatif doux

LABORATOIRE BIO-CHIMIQUE, INC.
950, avenue Ogilvy, Montréal 15



ROBERT PHILIP

L'image d'un bonheur persistant...

tout le long de la ménopause

grâce à une oestrogéno-thérapie per os qui ne décèle aucune odeur ou saveur "sui generis"

De toutes les acquisitions scientifiques récentes, il n'en est peut-être pas qui aît apporté à la femme ménopausée un réconfort plus encourageant que l'oestrogéno-thérapie per os.

Dans ce domaine, Sulestrex* constitue un progrès marqué. C'est *un sel absolument pur, à l'état cristallisé, hydrosoluble, stable*, qui libère, au niveau de l'absorption, l'oestrogène naturel, c'est-à-dire l'oestrone.

Rigoureusement standardisé au point de vue chimique, Sulestrex est doué d'une activité organique uniforme. Par ailleurs, comme ce produit n'est pas un simple mélange d'oestrogènes, et qu'il ne contient ni corps stéroïdes inactifs ni ingrédients urinifères, son action sur les symptômes est rapide et complète . . . " tout en donnant lieu que très rarement à de la nausée".[1]

Après une étude clinique approfondie de Sulestrex, Reich et coll.[2] ont récemment déclaré qu'à leur avis, ce produit constitue ". . . un oestrogène per os réellement efficace sur le plan clinique, d'administration facile et d'une excellente tolérance. Les effets secondaires éventuels sont étonnament rares".

Vous pouvez donc prescrire Sulestrex en toute confiance: *Il semble impossible de trouver un oestrogène per os plus efficace.* Abbott

1. Perloff, Wm. H. (1951), Treatment of the Menopause.
2. Amer. J. Obst. & Gynec., 61: 670, March 2, Reich, W. J., *et al.* (1952). A Recent Advance in Estrogenic Therapy. II. Amer. J. Obst. & Gynec., 64: 174, July.

*MARQUE DÉPOSÉE

Sulestrex

MARQUE DÉPOSÉE

Comprimés Pipérazine

SULFATE DE PIPERAZINE D'OESTRONE, ABBOTT.

CE NOUVEAU *produit d'ordonnance* libère LE CUIR CHEVELU des pellicules pendant *une à quatre semaines*

Des cliniciens, après avoir traité 400 sujets au SELSUN (suspension de sulfure), signalent avoir obtenu: [1, 2, 3]

1. La disparition complète de la dermatite séborrhéique du cuir chevelu dans 81 à 87 de tous leurs cas.
2. La disparition des pellicules ordinaires (séborrhée légère) dans 92 à 95% des cas.
3. L'enrayement de la production de squames pendant une à quatre semaines. Deux ou trois applications suffisent pour atténuer la démangeaison et la sensation de cuisson.

Le malade collabore volontiers, encouragé qu'il est par les résultats du SELSUN qui est d'emploi facile et agréable.

En effet, SELSUN s'applique et s'enlève par simple rinçage, au cours du lavage régulier de la chevelure. Cette opération n'exige que quelques minutes et laisse les cheveux souples. et libres de graisse. L'étiquette porte désormais un mode d'emploi facile à suivre. Quant à la toxicité[1,2] les expériences entreprises ont démontré que SELSUN, utilisé en applications externes conformément aux directives, n'a aucun effet nocif. Les pharmacies vendent SELSUN en flacon de 4 onces liq., uniquement sur présentation d'une ordonnance médicale.

Abbott

prescrivez

SELSUN

MARQUE DÉPOSÉE

Suspension de SULFURE

(SULFURE DE SELENIUM ABBOTT)

1. Slinger, W.N., and Hubbard, D.M. (1951), Arch. Dermat & Syph. 64:41, July. 2. Slepyan, A H. (1952), Ibid., 65: 228, February
3. Ruch, D.M. (1951), Communication to Abbott Laboratories.

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 81 :

MM. Albert-Weil (Jean) ; Amyot (Roma) ; Archambault (Jules) ; Archambault (Paul-René) ; Archambault (Rémi) ; Baillargeon (Yvon) ; Beauregard (J.-M.) ; Bélanger (P.-E.) ; Bélanger (P.-M.) ; Bérard (R.) ; Bergouignan (M.) ; Bertrand (A.) ; Bertrand (Claude) ; Blain (Emile) ; Bonenfant (Jean-Louis) ; Bordeleau (J.-Marc) ; Borduas (Jean-Louis) ; Boucher (Roméo) ; Boulanger (Jean-Baptiste) ; Bourque (J.-M.) ; Boussat (André Ch.) ; Bovy (Jacques) ; Brahy (Jules) ; Brien (J.-A.) ; Cantero (Antonio) ; Carasso (B.) ; Cartier (Geo.-Etienne) ; Chaput (Yves) ; Charbonneau (Henri) ; Charbonneau (Jean) ; Charbonneau (René) ; Charest (G.) ; Cliche (François) ; Coignet (J.) ; Comeau (Maurice) ; Coulombe (M.) ; Cousineau (Georges) ; Cruchet (René) ; Czitrom (A.) ; Dagenais-Pérusse (P.) ; Dagneau (Clovis) ; David (Paul) ; Décarie (Léandre) ; Depocas (Florent) ; Désautels (Sylvio) ; Desbordes (Jean) ; Desjardins (Edouard) ; Desjardins (Omer-E.) ; Dionne (M.-P.) ; Dionne (Paul) ; Doray (Maurice) ; Doré (Réal) ; Dubé (Louis-Félix) ; Duberger (R.) ; Dubreuil (Lucien) ; Dufresne (Origène) ; Dufresne (Roger-R.) ; Dupuis (Roland) ; Durand (Fernande) ; Drolet (Maurice) ; Drzewicka (H. M.) ; Duvalier (François) ; Erak (Peter) ; Espinas (J.) ; Fabre (R.) ; Faure (J.) ; Ferron (M.) ; Fortier (Claude) ; Fortin (Guy) ; Fournier (Jacques) ; Gagnon (Edouard-D.) ; Gareau (J.-Roger) ; Garneau (Georges) ; Gaudry (Dominique) ; Gaulin (Eugène) ; Gauthier (C.-A.) ; Gérin-Lajoie (Léon) ; Gervais (Maurice) ; Gialloreto (Osman) ; Giraud (Gaston) ; Giraud (Paul) ; Gosselin (Blandine-Yvette) ; Gosselin (Gilles) ; Gougoux (Jacques) ; Gratton (Armand) ; Groleau (Lionel) ; Groulx (Ad.) ; Grignon (Jean) ; Guérin (Hubert) ; Guilbeault (Albert) ; Guy (Roland) ; Hamilton (John D.) ; Hébert (Fernand) ; Hébert (Gérard) ; Hillemand (Prof.) ; Jarry (Gaétan) ; Jobin (J.-B.) ; Jobin (Joachim) ; Johnson (Réginald) ; Johnston (W. V.) ; Julien (P.-E.) ; Kourilsky (Raoul) ; Labossière (Marcel) ; Lachance (Robert) ; Lachance (Roger) ; Lafleur (Lionel) ; Laham (Jean) ; Laliberté (Charles) ; Lambert (Julien) ; Lamoureux (Louis) ; Langevin (Raymond) ; Larichellière (Raymond) ; Larivière (Paul) ; Laroche (Noël) ; La Rue (L.) ; Latour (Hugues) ; Latraverse (Valmore) ; Laurendeau (Ed.) ; Laurier (J.-J.) ; Laurier (Ruben) ; Lauzé (Simon) ; Lauzer (Rosaire) ; Lebeau (René) ; Lebel (L. Léon) ; Leblond (Wilfrid) ; Leduc (Paul-Emile) ; Legault (Léonard) ; Léger (Jacques) ; Léger (Jean-Louis) ; Lépine (Charles) ; LeSage (Albert) ; Lespérance (Alphonse) ; Lessard (Richard) ; Letendre (Samuel) ; Lorange (Gilles) ; Longpré (Daniel) ; Longtin (Jean) ; Longtin (Léon) ; Mackay (André) ; Mantha (Léopold) ; Martin (Honorable Paul) ; McIntyre (I. M.) ; Messier (C.-A.) ; Michon (Jean) ; Mignault (Gérard) ; Milot (Jean-Paul) ; Mondor (LaSalle) ; Mongeau (M.) ; Morisset (Pierre) ; Morissette (L.) ; Mouquin (M.) ; Nadeau (Gabriel) ; Naud (Robert) ; Panet-Raymond (Jean) ; Panisset (Maurice) ; Panneton (André) ; Paquette (J.-Ph.) ; Paraf (Jean) ; Pavilanis (Vytautas) ; Pattey (Claude) ; Perras (Ephrem) ; Pettigrew (Antoine) ; Piette (Jean) ; Pinsonneault (Germain) ; Pion (René) ; Plante (Adrien) ; Poirier (F.) ; Poirier (Paul) ; Prévost (Jules) ; Proulx (A.) ; Puech (Paul) ; Rabile (Pierre) ; Régnault (Paule) ; Riopel (P.) ; Robert (Paul) ; Robillard (Rosario) ; Rouleau (Yvan) ; Roy (François) ; Saint-Martin (Maurice) ; Samson (Maurice) ; Simard (Louis-C.) ; Simard (Roland) ; Sirois (Jean) ; Smith (Henri) ; Sonea (Sorin) ; Sternberg (J.) ; Saint-Laurent (R.) ; Tétreault (Adélard) ; Thibodeau (L.-P.) ; Tremblay (J.-Nap.) ; Trudel (Hermile) ; Trudel (Marc) ; Truhault (R.) ; Vandry (Mgr Ferdinand) ; Vasquez (Iulio) Verdeau (J.) ; Vézina (Charles) ; Zivy (Pierre).

... La plupart des savants ont foi en la réalité des Universaux, au droit exclusif du quantitatif à l'existence, à la primauté de la matière, à la séparation de l'esprit et du corps et à la situation subordonnée de l'esprit. Ils ne renieront pas facilement ces croyances... Si la civilisation scientifique quittait la route qu'elle suit depuis la Renaissance et revenait à l'observation naïve du concret, des événements étranges se produiraient aussitôt. La matière perdrait sa primauté. Les activités mentales deviendraient les égales des physiologiques. L'étude des fonctions morales, esthétiques et religieuses apparaîtrait comme aussi indispensable que celle des mathématiques, de la physique et de la chimie. Les méthodes actuelles de l'éducation sembleraient absurdes. Les écoles et les universités seraient obligées de changer leurs programmes. On demanderait aux hygiénistes pourquoi ils s'occupent exclusivement de la prévention des maladies des organes, et non de celle des maladies mentales. Pourquoi ils isolent les gens atteints de maladies infectieuses, et non ceux qui communiquent aux autres leurs maladies intellectuelles et morales. Pourquoi les habitudes qui causent les affections organiques sont considérées comme dangereuses, et non celles qui amènent la corruption, la criminalité et la folie. Le public refuserait de se laisser soigner par des médecins qui ne connaissent qu'une petite partie du corps. Les pathologistes seraient conduits à étudier les lésions du milieu intérieur aussi bien que celles des organes. Ils auraient à tenir compte de l'influence des états mentaux sur l'évolution des maladies des tissus. Les économistes réaliseraient que les hommes sentent et souffrent, qu'il ne suffit pas de leur donner de la nourriture et du travail, qu'ils ont des besoins spirituels aussi bien que physiologiques. Et également que l'origine des crises économiques et financières peut être morale et intellectuelle. Nous ne serions plus obligés de considérer, comme des bienfaits de la civilisation moderne, les conditions barbares de la vie des grandes villes, la tyrannie de l'usine et celle du bureau, le sacrifice de la dignité morale à l'intérêt économique, et de l'esprit à l'argent. Nous rejetterions les inventions mécaniques qui sont nuisibles au développement humain. L'économique n'apparaîtrait plus comme la raison dernière du tout. Il est évident que la libération du préjugé matérialiste modifierait la plupart des formes de la vie présente. Aussi la société s'opposera de toutes ses forces à ce progrès de la pensée.

D'autre part, il est important que la faillite du matérialisme n'amène pas une réaction spiritualiste...

Freud est plus nuisible que les mécanistes les plus extrêmes.

... L'exclusion de la matière serait plus néfaste encore que celle de l'esprit. Le salut ne se trouvera que dans l'abandon de toutes les doctrines. Dans la pleine acceptation des données de l'observation positive. Dans la réalisation du fait que l'homme n'est ni moins, ni plus que ces données.

(*Alexis CARREL*)

BULLETIN

LA TECHNIQUE, LA MÉDECINE ET L'HOMME

> « Pourquoi n'y aurait-il pas entre médecine et mathématiques des relations étroites comme il y en a entre les mathématiques et la technique? Pourquoi ne pas décrire la « machine humaine » dans la langue impersonnelle et symbolique des formules et des équations aussi claires, aussi limpides que celles dont nous nous servons pour représenter une machine volante, par exemple. »
>
> (Directeur de *School of Aviation Medicine*, reportage dans *Figaro littéraire*, 7 mars 1953).
>
> Mais la science ne doit pas être cultivée uniquement pour elle-même, pour l'élégance de ses méthodes, pour sa clarté et sa beauté. Elle a pour but l'avantage matériel et spirituel de l'homme...
>
> ...Après tout, la civilisation a pour but, non pas le progrès de la science et des machines, mais celui de l'homme.
>
> (CARREL)

Ce n'est pas que l'on veuille faire marche arrière et manifester systématiquement un esprit réactionnaire à l'évolution inéluctable des événements.

Ce serait pour le moins ridicule.

En médecine comme en tout et peut-être encore plus surabondamment que dans les autres disciplines, la marche des faits et des concepts a été rapide et étonnante.

Les moyens prophylactiques et les mesures curatives se sont développés dans le champ des recherches et dans celui des applications pratiques.

A cela rien à redire.

Tarder à exprimer son plein assentiment aux méthodes adoptées, son émerveillement, serait un outrage au progrès et une injure au bien commun.

Si l'homme vit plus heureux, moins atteint par la maladie dans son corps et son esprit, il accomplira avec infiniment plus de potentialité des œuvres, humbles ou superbes, qui feront la gloire de l'humanité.

Œuvres de charité et de paix. Œuvres propices à l'édification d'une cité qui se façonnera dans la perspective de la destinée de l'homme et de l'étincelle divine qui se trouve en lui.

Mais la technique qui a permis le progrès magnifique, par sa puissance et ses exigences impérieuses, crée un danger imminent.

Arme merveilleuse, créée par l'homme, pour laquelle il entretient une vertigineuse fierté, un orgueil exaltant, qui pourrait se tourner contre lui et détruire la source même de sa splendeur!

En effet, le serviteur, la créature tend à imposer à son maître et créateur un écrasant despotisme.

La médecine, dans son essence la plus humaine des sciences, se déshumanise par faiblesse et envoûtement de ses disciples.

La technique les circonvient et pénètre insidieusement dans le processus de leurs pensées et conceptions.

Les réalisations de la Science, dogme du 19e siècle, qui devait bâtir le bonheur de l'homme et le sauver de la déchéance matérielle, sont en train de perdre son esprit et de mettre en péril son existence même.

La raison nous empêche d'être les contempteurs de la technique par laquelle la médecine a pu atteindre ses plus éclatants succès. Mais, en même temps, elle nous défend d'admettre que la technique soit une fin en elle-même, dans la recherche, comme dans l'exercice de notre art, et la maîtresse de l'esprit.

On a stigmatisé des expériences dangereuses et même mortelles imposées à des hommes. On ne peut sans frissonner prendre connaissance de certains tests physiologiques d'endurance et de tolérance à des conditions artificielles de vie que l'on fait subir à des hommes-cobayes volontaires. Cela se passe pour la bonne cause de la défense militaire; cela se passe dans des laboratoires hautement spécialisés de l'armée pour satisfaire à la technique de plus en plus raffinée et complexe des engins de guerre et de transports.

L'homme y est étudié en termes de symboles, de calculs physico-chimiques et mathématiques.

La technique domine alors ceux qui subissent et ceux qui observent.

Chez les chercheurs, elle ensorcelle et envoûte l'esprit et bien souvent fait perdre de vue le but ultime de ces efforts d'ingéniosité et de savante patience: l'homme lui-même, sa santé, son bonheur physique ou moral. On s'y laisse entraîner par le fascinant jeu des tours de passe techniques, par l'éblouissement et la jouissance que procure la complexité des investigations.

Bien sûr, il y a la gloire qui couronnera le résultat heureux. Il y a aussi la curiosité insatiable de l'homme, qui l'aveugle même quand ses recherches le portent vers des découvertes meurtrières; il y a sûrement l'incantation maléfique de la technique.

Dans la pratique de notre art, que de chutes, que d'abaissements de l'esprit devant la technique!

C'est qu'elle incite inlassablement à une douce et délicieuse paresse de penser et de juger.

C'est qu'elle s'offre avec cette tendancieuse force de conviction contenue dans l'usage systématique des formules. Par elles, seraient réduites à leur plus faible indice de fréquence les erreurs et les omissions.

Mais l'homme n'est pas une cornue. Vieux cliché sans doute, mais toujours vrai. Mais ces formules ne donnent que ce qu'elles peuvent donner. Trop souvent, elles causent plus de perplexité que de clarté et égarent le jugement.

Par-dessus tout, l'attitude du médecin systématiquement et *a priori* adepte des formules techniques dans la poursuite de son investigation diagnostique, est une faute contre l'esprit, avant tout contre le sien.

Tout cela est excellemment illustré et développé par l'essai de notre collègue Saucier, que nous publions dans cette livraison.

Nous en conseillons la lecture et la méditation. Sous l'ironie et l'humour de la forme se trouvent d'inaltérables vérités.

La médecine doit poursuivre son essor. Sa destinée sera en fonction de la technique que lui livrent les diverses disciplines scientifiques où elle puise à large main, selon l'emploi judicieux qu'elle en fera, en observant l'éternelle loi de la hiérarchie des valeurs et des puissances.

L'esprit devra sans cesse conserver sa domination sur les moyens dont il dispose.

La technique est un de ces moyens.

Comme telle, elle doit être dirigée, subjuguée. Autrement, l'esprit sera immergé dans le flot envahissant des formules et des équations.

La plus humaine des sciences se perdra dans la froideur des laboratoires où l'homme se désincarnera et s'anéantira.

Perdu, l'humanisme qui conçoit l'homme en harmonieux concert de ses attributs et des indicibles beautés de la nature dans laquelle il s'intègre; l'humanisme qui sauvegarde la dignité de l'homme et sa domination sur la matière.

Verrons-nous le dieu « technique » renverser des valeurs immémoriales et la médecine ravalée au niveau des métiers ou des sciences dites exactes et inanimées?

Roma AMYOT.

LE XXIIIe CONGRÈS DE L'A.M.L.F.C.

SHERBROOKE, VILLE ACCUEILLANTE ET HOSPITALIÈRE

Les médecins qui ont déjà eu l'avantage de visiter Sherbrooke et la région des Cantons de l'Est, sont unanimes à proclamer qu'on ne pouvait choisir d'endroit plus accueillant et plus hospitalier pour y tenir le XXIIIe congrès de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada. Les Cantons de l'Est constituent une petite province dans la province et Sherbrooke, sa capitale, cité industrielle et progressive, sise à 30 milles à peine de la frontière des Etats-Unis, jouit d'une réputation de coquetterie et de charme que lui envient des villes beaucoup plus populeuses.

Sertie comme un joyau dans un écrin magnifique constitué par les lacs, les rivières et les montagnes qui l'entourent, Sherbrooke, cité vivante et alerte, prend véritablement le titre de Reine des Cantons de l'Est — qu'on lui décerne avec raison — avec le manteau vert de ses arbres, le ruban d'argent de ses cours d'eau, l'aspect imposant de ses parcs ombreux et reposants. Sa population de 55,000 habitants augmente constamment et ses perspectives d'avenir sont très brillantes.

Et, ce qui plus est, le problème du logement ne se pose pas à Sherbrooke. Les organisateurs peuvent en donner l'assurance aux congressistes. La ville possède neuf hôtelleries qui mettront à la disposition des visiteurs plus de 800 chambres de premier ordre. A part les hôtels, on trouvera des cabines chauffées très modernes, possédant bains et douches, des maisons de touristes recommandables où pourront loger ceux qui préfèrent ce genre d'accommodation. Au Petit Lac Magog, à quelques minutes de Sherbrooke, en automobile, trois autres hôtels peuvent recevoir des dizaines de congressistes. A cette époque de l'année, le Petit Lac Magog est d'une beauté remarquable et ceux qui désireront y habiter seront les bienvenus.

Le programme général du congrès n'a pas encore été publié mais les médecins peuvent être assurés que rien ne sera négligé pour rendre leur séjour à Sherbrooke intéressant et agréable. Un comité spécial féminin a été chargé de s'occuper des épouses des congressistes et, déjà, on a prévu à leur intention une série de distractions qui ne manqueront pas de leur plaire.

Les membres de l'association doivent se donner rendez-vous à Sherbrooke, les 16, 17, 18 et 19 septembre prochain. Ils seront bien reçus !

Le Comité du XXIIIe congrès.

BULLETIN DE LOGEMENT

XXIIIème CONGRÈS DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DU CANADA

Sherbrooke — 16, 17, 18 et 19 septembre 1953

Comité du Logement,
a/s du docteur Georges Saine,
184, rue Aberdeen, Sherbrooke, P. Q.

Veuillez réserver à une des hôtelleries suivantes (en indiquant votre préférence par les chiffres 1, 2, 3, etc.) :

.....Chambre(s)	.....avec/sans BAIN OU DOUCHE
.....CHÂTEAU FRONTENAC	.....NEW SHERBROOKE
.....NEW WELLINGTON	.....MAISON DE TOURISTES
.....HÔTEL MAGOG	.....HÔTEL LASALLE
.....CABINES CHAUFFÉES	.....HÔTEL UNION
.....HÔTEL KING GEORGE	.....HÔTEL ROYAL
.....NORMANDIE	.....PETIT LAC MAGOG (Deauville)

à être occupée(s) par :

NOMS..... ADRESSES.....

.....

.....

.....

Date d'arrivée..... Avant-midi..... Après-midi..... Soirée.....

Date du départ.....

NOTE : Si vous ne connaissez pas les hôtelleries de Sherbrooke ou si vous n'avez pas de préférence, veuillez nous indiquer, ci-après, le prix que vous désirez payer pour vos chambres, de $4. à $8. pour chambre simple, de $6. à $12. pour chambre double, plan européen (repas non compris).

Chambre simple..... $.....

Chambre double..... $.....

NOM..... ADRESSE.....

Veuillez indiquer, s'il y a lieu, à quel titre vous participez au congrès :

MEMBRE DE L'ASSOCIATION..... INVITÉ.....

RAPPORTEUR..... OFFICIER DE L'ASSOCIATION.....

MEMBRE DU CONSEIL.....

Vous recevrez une confirmation de vos réservations par le retour du courrier.

LA THÉRAPEUTIQUE DES DIARRHÉES INFANTILES ET « LA FARINE DE CAROUBE » [1]

Prof. de la Broquerie FORTIER, Georges LEBEL et **Antonin FRÉCHETTE,**
Hôpital de l'Enfant-Jésus (Québec).

Durant toute la première enfance et, particulièrement au cours de la première année, le nourrisson présente avec une fréquence renouvelée de la diarrhée. Ce symptôme est aujourd'hui considéré comme le témoin d'une kyrielle de perturbations, à la fois digestives et humorales, qu'une thérapeutique complexe parvient assez rapidement à corriger.

L'étude de la physiopathologie digestive du nourrisson nous révèle, en effet, que la diarrhée est l'aboutissement de nombreuses modifications au sein de la motilité, de la sécrétion et de l'absorption du tractus digestif à l'un ou l'autre de ses segments anatomiques; estomac, intestin grêle ou colon. Que son étiologie soit d'origine alimentaire ou infectieuse, qu'un facteur constitutionnel, dysergique préside à son éclosion ou qu'une erreur de régime ou une infection extra-digestive vienne lui imprimer une intensité nouvelle ou même la déclencher; l'on reconnaît que la diarrhée visualise la rupture de la synergie des fonctions intestinales motrices, physico-chimiques et de résorption. En outre, à ce déséquilibre viennent s'ajouter des interréactions complexes qui créent des déficiences des ferments digestifs, et des pullulations bactériennes variées en des segments intestinaux jusqu'alors indemnes d'une telle flore intestinale. (1).

Le déséquilibre hydrique qui accompagne toujours la diarrhée, influence, à des degrés divers, l'inhibition extra ou intra cellulaire, et réalise soit une déshydratation extra-cellulaire, c'est-à-dire plasmatique et interstitielle, soit une déshydratation intra-cellulaire ou plus fréquemment encore une déshydratation globale. Ces déshydratations entraînent avec elles des modifications électrolytiques dont la qualité et l'intensité, révélées par des procédés de laboratoire variés, conduisent à une thérapeutique de réhydratation cellulaire fort complexe. Toutefois, certaines notations cliniques permettent de rattacher à l'une ou l'autre de ces déshydratations les signes suivants: (2)

a) à la déshydratation extra-cellulaire appartiendrait le collapsus vasculaire visualisé par la faiblesse et la rapidité du pouls et, l'hypotension artérielle, la persistance du pli cutané, l'aspect fripé de la peau et l'enfoncement des yeux dans leurs orbites;

b) à la déshydratation intra-cellulaire appartiendrait la soif avec ses différents degrés d'intensité; la sécheresse de la langue et des lèvres et particulièrement les signes nerveux d'agitation, de somnolence ou de perte de connaissance.

Tous ces signes cliniques sont retrouvés avec une acuité impressionnante lorsque nous sommes en présence d'une « toxicose ». La déshydratation est alors globale et extrême et les signes neuro-toxiques sont au plus haut point d'intensité.

Ce rappel, forcément succinct, de la physiopathologie digestive, des perturbations humorales et de leurs figurations cliniques soumet à votre attention toute la complexité de la thérapeutique des diarrhées infantiles.

Cette thérapeutique se schématise en l'emploi d'une réhydratation par les serums artificiels; par le choix de ces derniers en regard des modifications électrolytiques subies; par l'emploi d'anti-infectieux chimiques ou antibiotiques; par des stimulants cardio-respiratoires ou généraux. De tous ces modes, nous n'en étudierons aucun aujourd'hui, quoique leur nécessité, fréquemment primordiale, s'impose à l'esprit de tous. Mais nous nous atta-

1. Travail présenté à la Société Médicale des Hôpitaux Universitaires de Québec, vendredi, le 19 décembre 1952.

cherons à vous démontrer les résultats que l'on obtient par l'emploi d'une médication alimentaire particulière: « la farine de caroube ».

La caroube

La caroube (cerotonia siliqua) est le fruit du caroubier, arbuste originaire de Syrie et de Palestine, répandu dans tout le bassin méditerranéen en Grèce, en Dalmatie, en Espagne et au Portugal (3).

Connu depuis la plus haute antiquité (4) elle est aujourd'hui utilisée pour sa graine qui, réduite en poudre, possède la composition suivante:

Matières grasses	0,1 — 1.0%
Matières protéiques	3,2 — 5,6%
Hydrate de carbone soluble	45 — 60%
Pectine	1,5 — 2%
Cellulose	2 — 5%
Lignine, Hémicellulose, Pentosane, etc.	22 — 25%
Amidon	1% au maximum
Sels minéraux	2 — 3,1%
Eau	7 — 12,5%

« Il faut surtout remarquer la grande pauvreté en graisse et en protéines et la richesse en sucres qui se composent pour la plupart de sucre de fruit (fructose) à côté de saccharose » (5).

Sa richesse en hydrate de carbone « de poids moléculaire élevé » pectine et lignine, tout particulièrement, lui procure ses propriétés absorbantes et surtout son haut pouvoir désintoxicant.

La préparation dont nous nous sommes servis pour poursuivre nos recherches cliniques est « L'arobon », gracieusement fourni par la compagnie Nestlé.

L'arobon en poudre

« L'arobon est obtenu en associant de la caroube torrifiée et moulue à une suspension d'un amidon de haut pouvoir gélifiant et antidyspeptique (soldor) et à du cacao. Le mélange intime qui en résulte est chauffé puis séché.

« La composition de cette poudre est la suivante:

Matières grasses	1,5%
Matières protéiques	4,5%
Hydrate de carbone soluble	45,0%
Amidon	13,5%
Sels minéraux	3,5%
Pectine	1,5%
Cellulose	6, %
Lignine	
Hemi-cellulose	21.0%
Eau	3,5%

100 gms = 270 calories

(6)

Mécanisme d'action

L'on reconnaît depuis les travaux de Martin du Pan en 1945 (7) que la « farine de caroube » riche en pectine et en lignine a une *action mécanique* grâce à son pouvoir d'inhibition, une *action physico-chimique* par son pouvoir de fixation des toxines et son action tampon; une *action bactério-statique* puissante stérilisant en quelque sorte le milieu intestinal où pullulent au cours des diarrhées les agents bactériens, et, surtout en rendant impropre à leur multiplication le milieu intestinal et, enfin, une *action d'ordre cicatriciel* en rétablissant l'équilibre colloïdal des cellules épithéliales.

Ces différentes actions, on le reconnaît, rencontrent en tout point les perturbations physicopathologiques retrouvées au cours des diarrhées et les combattent efficacement.

Mode d'emploi

Au cours de nos recherches présentes nous utilisâmes le même mode d'administration de l'arobon que pour celles de 1949 (8), c'est-à-dire une décoction à 5% de farine de caroube (1 once ou 4 cuillerées à soupe de poudre) dans de l'eau de riz (20 onces) additionnée de 3 ou 4 tablettes de saccharine (15 à 20 grains). Cette décoction constitue le seul aliment fourni à l'enfant, quel que soit son âge ou la gravité de sa diarrhée durant les 12, 24 ou 36 premières heures du traitement.

Après cette période, 25% du volume de liquide fourni par jour est remplacé par du babeurre liquide; la décoction à 5% d'arobon fournissant durant la 2ième et la 3ième journée 75% de la ration hydrique. Les jours suivants le babeurre liquide devient rapidement prépondérant; le 4ième jour il constitue 50 à 75% de la diète et le 6ième ou 8ième jour, il est employé seul.

Parfois (20% de nos observations), devant la bénignité ou l'absence des signes de déshydratation, devant le nombre plutôt restreint de selles liquides, nous utilisâmes d'emblée une ration alimentaire composée de 25% de babeurre liquide et de 75% de décoction à 5% de farine de caroube. Dans l'ensemble, ce mode d'administration ne nous a pas semblé améliorer les résultats.

ETUDE CLINIQUE

Statistiques générales

Au cours de ces trois dernières années (1950-1952) 271 nourrissons atteints de diarrhée furent traités dans le service de l'un de nous (1) à l'aide de la farine de caroube. Quelque 26 observations durent être éliminées parce que la technique suivie fut différente de celle relatée ici. Parmi les 245 observations restantes 8 d'entre elles reçurent à deux reprises un traitement identique pour diarrhée permettant ainsi à notre statistique d'atteindre 253 cas.

Nos recherches cliniques ayant pour but de démontrer non seulement la grande efficacité de l'arobon dans le traitement de la diarrhée infantile, mais aussi sa valeur et son innocuité chez les tout jeunes nourrissons, voire même chez le nouveau-né, nous groupâmes nos observations selon l'âge de chacun. C'est ainsi que nous relatons que la farine de caroube a été employée chez les:

Des 253 cas, 23 sont décédés pour une mortalité globale de 9,09%. De ces 23 cas, 11 (47,8%) sont décédés en *cours de traitement*. La discrimination de ces décès nous révèle cependant que la cause réelle ne peut être attribuable à la diarrhée que chez 7 d'entre eux et tous à la forme grave appelée aujourd'hui « toxicose ». Une atelectasie pulmonaire fœtale de tout le poumon gauche et d'un segment du poumon droit chez un nouveau-né entraîne la mort à plus ou moins brève échéance avec ou sans la farine de caroube. Une broncho-pneumonie par aspiration ou consécutive à une mastoïdite purulente bilatérale, si elle entraîne en plus de la diarrhée, signe l'arrêt de mort avant que l'arobon ou toute autre médication ait eu le temps de venir tenter d'éviter un décès déjà quelque peu assuré. Aussi pouvons-nous affirmer que seuls les 7 cas de toxicose doivent établir l'échec, si échec il y a, de l'arobon à enrayer le syndrome de « maladie métabolique » que constitue la toxicose et que notre mortalité s'établit à 2,76%.

Le traitement de la diarrhée infantile et la farine de caroube.

TABLEAU 1

Distribution des cas de diarrhée selon l'âge

ÂGE	CAS	%	
<1 mois	41	16.2	
1 à 3 ms	93	36.8	74.7%
3 à 6 ms	55	21.7	
6 à 12 ms	53	20.9	
12 à 18 ms	8	3.2	
>18 ms	3	1.2	
TOTAL	253	100%	

Les 12 autres cas sont décédés après que l'arobon ait cessé d'être employé depuis quelque temps déjà. Le symptôme de diarrhée avait été effectivement enrayé mais la mort n'a pu être évitée dans:

4 cas de toxicose
1 cas de fièvre typhoïde
2 cas de broncho-pneumonie
2 cas d'ostomastoïdite

1 cas de néphrose

1 cas d'atélectasie pulmonaire et d'hydronophrose

1 cas de malformations cardiaques

Les seuls *échecs* véritables de l'arobon à enrayer le symptôme de diarrhée sont les suivants:

Observation 1.

Enfant âgé de 2 mois est hospitalisé le 12-6-51 présentant 12 à 15 selles liquides vertes par jour depuis 2 jours et une otite moyenne aiguë purulente bilatérale. Il décède après 2 jours de traitement à l'arobon sans avoir présenté de selles normales dites d'arobon.

Observation 2.

Enfant âgé de 4 mois qui, admis le 24-2-52 pour broncho-pneumonie, présente le 7-3-52 un syndrome diarrhéique; le 9, il reçoit l'arobon pour la première fois. Le même jour il est opéré pour mastoïdite subaiguë bilatérale et le 17 mars il meurt sans avoir présenté de selles normales.

Observation 3.

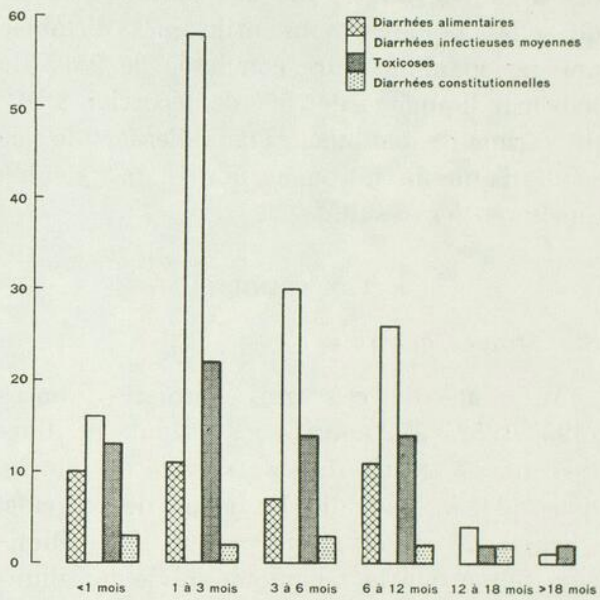
Enfant âgé de 4 mois hospitalisé le 25-9-52 pour hydrocéphalie. Le 5-10-52 il présente 8 selles liquides glaireuses. En deux jours il perd 1 lb 4 onces. Traité à l'arobon du 7 au 16, il ne présente des selles normales d'arobon que le 9 et le 12.

Etiologie

L'étiologie de la diarrhée lui imprimant certains caractères d'intensité intrinsèques et de gravité dans la répercussion sur l'état général, nous groupâmes nos observations selon que la diarrhée relevait d'une cause alimentaire infectieuse ou constitutionnelle « dysergique » et selon l'âge des enfants qui en subissaient ainsi l'influence. L'influence infectieuse se manifestant en clinique sous forme légère moyenne et grave; nous crûmes devoir la dissocier en deux catégories différentes: diarrhée infectieuse moyenne et toxicose. Le tableau ci-contre illustre les renseignements désirés et conduisent, croyons-nous, à des constatations utiles.

TABLEAU 2

Distribution des cas de diarrhée selon l'âge et le diagnostic



1° l'importance numérique de la diarrhée infectieuse moyenne, 53,47%

2° la fréquence assez marquée des cas de toxicoses; 33,8%, des diarrhées d'origine infectieuse

3° la prépondérance marquée des diarrhées infectieuses au cours des trois premiers mois.

Il y a lieu d'ajouter ici qu'en notre milieu la localisation infectieuse étiologique le plus fréquemment constatée a été l'oreille moyenne. L'otite ou l'otomastoïdite latente ont été les affections qui présidèrent à l'éclosion des diarrhées infectieuses dans plus de la moitié de nos observations.

Incidence saisonnière

Chez le nourrisson la recrudescence et l'intensité des affections subissent des oscilla-

tions selon les saisons et particulièrement selon les modifications atmosphériques au sein de ces saisons elles-mêmes. Aussi avons-nous cru utile de jeter un regard sur l'incidence saisonnière de nos cas de diarrhée.

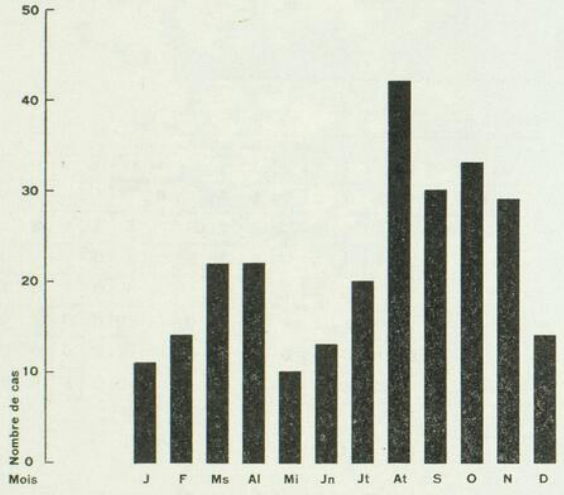
Le traitement de la diarrhée infantile et la farine de caroube.

TABLEAU 3

Incidence saisonnière des diarrhées

260 cas

Années 1950-51-52



Le mois d'août avec 42 cas, le mois de septembre avec 30 cas, le mois d'octobre avec 33 cas constituent en notre région les mois les plus favorables à l'éclosion des diarrhées (41,1%). Il est incontestable qu'ici comme ailleurs, l'atmosphère atmosphérique, la chaleur du mois d'août est prépondérante; mais si en octobre nous devons reconnaître que les modifications atmosphériques y participent c'est tout particulièrement l'alimentation de nos troupeaux laitiers qui en est la cause principale. C'est la période où les résidus de la ferme, « les drèches », servent à nourrir nos vaches laitières. Une étude concertée conduirait à réduire considérablement nos cas de diarrhées, à cette période particulière de l'année, et concourrait à réduire notre mortalité provinciale par diarrhée infantile à un niveau égal, sinon inférieur aux autres provinces.

Résultats cliniques

La *valeur réelle* de la farine de caroube dans les diarrhées infantiles doit pouvoir, il me semble, s'imposer par *la rapidité et la constance de son action.* C'est ce que nous nous sommes particulièrement attachés à rechercher chez nos malades. Nous remarquons à l'aide des graphiques 4 et 5 que l'obtention

Le traitement de la diarrhée infantile et la farine de caroube.

TABLEAU 4

Nombre de jours du début du traitement à l'obtention de selles normales (Carob stools)

ÂGE	JOURS												
	½	1	1½	2	2½	3	3½	4	4½	5	5½	6+
<1 mois	6	13	4	11	1	6	0	1	0	2	0	2
1 mois	6	12	10	9	2	0	0	2	0	1	0	0
2 ms	6	13	1	10	4	4	0	2	1	0	0	1
3 ms	3	8	0	5	1	2	0	1	0	0	0	0
4 ms	2	4	1	2	0	4	1	4	0	1	0	0
5 ms	2	3	2	4	1	1	1	1	0	0	0	0
6 ms	2	3	1	4	0	2	0	1	0	0	0	0
7 à 12 ms	7	6	1	10	2	7	0	2	0	0	1	1
12 à 18 ms	0	3	0	2	0	3	0	1	0	1	0	0
>18 ms	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAUX	35	67	20	57	11	30	2	15	1	5	1	4
	35	87		68		32		16		6		4

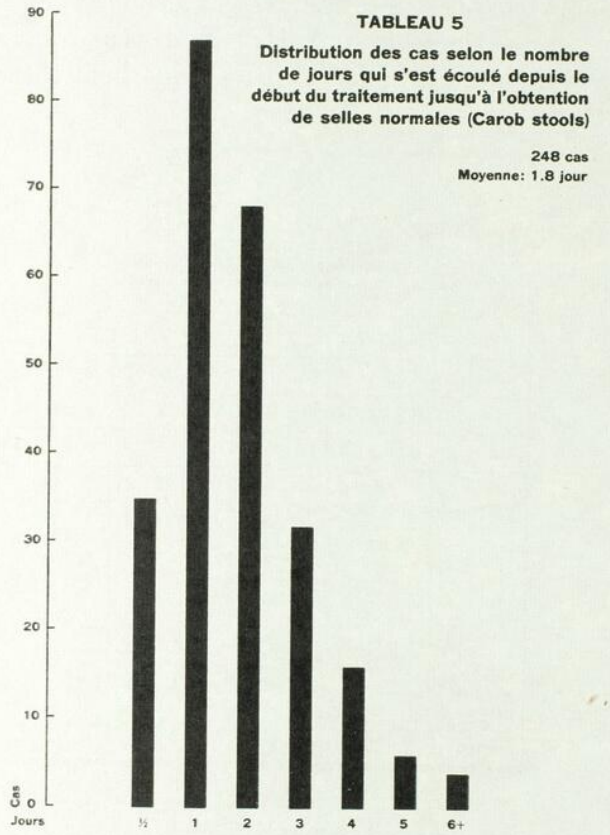
248 cas — Moyenne: 1.8 jour

de selles normales d'arobon, c'est-à-dire « brun foncé », homogènes, moulées, rappelant par leur volume et leur consistance « les excréments de la chèvre », s'est effectuée en moins de 12 heures chez 35 cas, en plus de 12 et en moins de 24 heures chez 87 autres; en 2 jours à 2½ chez 68 autres, en 3 jours chez 30 autres, en 4 jours chez 14, en 5 jours chez 6; en 6 jours et plus chez seulement 4 cas.

Si nous désirons établir une moyenne de durée de l'emploi de l'arobon pour obtenir des selles normales l'on voit qu'elle s'établit à 1,8 jour.

Cette durée de l'emploi de l'arobon ne nous a pas semblé être sensiblement modifiée par l'*âge de l'enfant*. La moitié des nouveau-nés virent leurs selles fréquentes et liquides devenir normales en 24 et 36 heures. Plus de 60% (63%) des nourrissons âgés de 1 mois, en 36 heures acquièrent des selles normales d'arobon.

Le traitement de la diarrhée infantile et la farine de caroube.



La classification *étiologique* de nos observations ne modifie en rien cette moyenne. Aussi cette constance dans la durée d'emploi plaide-t-elle en faveur de la grande efficacité de la farine de caroube à enrayer la diarrhée infantile.

Loin de nous de prétendre que l'apparition de selles d'arobon clôt la thérapeutique de la diarrhée; elle ne permet en fait que d'entreprendre la période de réalimentation progressive pendant laquelle la farine de caroube en solution à 5% est rapidement diminuée pour n'être plus employée après le 6 ou 8ième jour.

Si de l'ensemble de nos observations, nous cherchons à établir une moyenne de durée de l'emploi de l'arobon à quelque dose que ce soit, voire même 2 cuillerées à thé par jour, nous le trouvons à 6-8 jours. (Tableau 6).

Ces résultats sont comparables à ceux obtenus par d'autres auteurs, et que nous-mêmes avions rapportés en 1949 (9).

Conclusion

De nos constatations statistiques et cliniques nous nous croyons en mesure d'affirmer de nouveau que « la farine de caroube » (l'arobon Nestlé) constitue une excellente médication antidiarrhéique.

The Treatment of Infantile Diarrhea with "Carob Flour"

CHART 6

AGE	Number of days of treatment with arobon															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
< 1 month	0	1	3	3	6	9	5	4	1	4	2	1	0	1	1	1
1 to 3 m.	0	3	1	6	6	22	9	4	5	7	5	2	1	3	3	8
3 to 6 m.	3	2	1	8	4	11	3	6	5	1	4	0	3	1	0	2
6 to 12 m.	0	5	7	10	3	7	6	6	1	1	1	0	1	0	1	3
12 to 18 m.	0	0	0	2	2	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
> 18 m.	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	3	11	13	29	21	51	23	22	12	13	12	3	5	5	5	14
	242 cases — Average: 7.2 days Average of "less than 11 days": 5.7															

— Que la rapide et importante réduction du nombre de selles qu'elle réalise contrecarre la déshydratation et ses conséquences biochimiques, réduisant ainsi la nécessité prolongée d'une réhydratation par les sérums artificiels.

— Que la chute pondérale si importante voire même catastrophique au cours des toxicoses est enrayée dès l'instant de son institution.

— Que son emploi chez le nouveau-né est sans danger et aussi efficace que chez le nourrisson; et que son action la plus spectaculaire se traduit par la disparition rapide, en quelques heures parfois, de l'aspect toxique des diarrhéiques graves.

A la lumière de tous ces faits cliniques,

nous pouvons donc attribuer à la farine de caroube une efficacité à combattre la diarrhée supérieure à tout ce que les autres médications à base de pectines nous avaient donné.

BIBLIOGRAPHIE

(1) J. CATHALA, R. BACTIN: Physiopathologie et traitement des diarrhées du nourrisson. *Le Nourrisson,* **35**: 137 (juillet-août) 1947.
(2) M. LELONG, R. JOSEPH et coll.: Densité sanguine pression osmotique efficace et électrocardiogramme dans la déshydratation aiguë du nourrisson et sa correction. *Archives Françaises de Pédiatrie,* **5**: 578, 1952.
(3) H. BOUSSARDIN: La farine de caroube dans le traitement des diarrhées du nourrisson. *Le Nourrisson,* **35**: (juillet-août) 1947.
(4) AROBON NESTLE: Fascicule page 7.
(5) *Ibidem.*
(5) *Ibidem,* page 9.
(7) R. MARTIN du PAN: La caroube, ses propriétés antidyspeptiques. *Annales Paediatric,* **165**: 205, 1945.
(8-9) de la Broquerie FORTIER: La farine de caroube dans le traitement des diarrhées du Nourrisson. Laval Médical, **15**: (mars) 1954.

LES EXÉRÈSES HÉPATIQUES PAR LIGATURE PREMIÈRE DES PÉDICULES[1]

Claude COUINAUD (de Paris).

Les résections partielles du foie, bien que de date ancienne se sont toujours heurtées au problème de l'hémostase. L'extraordinaire vascularisation de l'organe, la friabilité de son parenchyme posent de difficiles problèmes au chirurgien, et, malgré divers procédés classiques fort ingénieux, le risque d'hémorragie per et post-opératoire reste considérable. La résection des lésions à la demande, telle qu'on la pratique, est par ailleurs illogique, et le risque de blesser soit des vaisseaux, soit des canaux biliaires tributaires du parenchyme restant est une possibilité qui doit toujours être présente à l'esprit. Pour améliorer la technique des résections hépatiques, il convient donc d'étudier très exactement la distribution des vaisseaux à l'intérieur du foie, de façon à pouvoir déterminer d'une part les plans de section spécifiques de certaines hépatectomies, et d'autre part le point d'élection de ligature des différents vaisseaux.

1) LES DONNÉES DE L'ANATOMIE HUMAINE

Dans ce but, nous avons réalisé, dans le laboratoire des travaux anatomiques de monsieur le professeur agrégé A. Delmas, des corrosions des vaisseaux hépatiques et des voies biliaires. Bien que la collection entière (actuellement 104 spécimens) n'ait pas encore été complètement étudiée, il est possible dès maintenant d'en tirer des conclusions anatomiques précises.

Nous avons successivement étudié les deux pédicules du foie, l'inférieur venu du pédicule hépatique, *le pédicule glossonien*, et le postérieur, *pédicule sus-hépatique*.

La caractéristique du pédicule glissonien est sa distribution segmentaire, qui permet de diviser le foie en lobes et segments, tout comme la distribution du pédicule pulmonaire permet la systématisation du poumon. La veine porte se divise en effet en une branche droite et une branche gauche, délimitant ainsi deux territoires distincts: *le foie droit* et *le foie gauche*, séparés par une *scissure principale* que l'on peut très exactement délimiter: à la face inférieure de l'organe d'avant en arrière, elle suit l'arête du fond du lit de la vésicule biliaire, passe au dessus de la bifurcation portale, coupe le processus caudé et va aboutir au bord gauche de la veine cave

1. Subventionné par l'Institut National d'Hygiène (M. le Professeur Bugnard).

inférieure. Le plan scissural est incliné sur la face inférieure du foie d'un angle de 55° à 90°, ouvert à gauche. Il n'existe aucune communication importante entre les collatérales de la veine porte gauche et celles de la veine porte droite, la scissure n'est traversée que par un lit capillaire. Le foie gauche ainsi délimité comporte donc: le lobe gauche anatomique, le lobe carré, le lobe caudé et la moitié gauche du lit vésiculaire. Tout le reste constitue le foie droit.

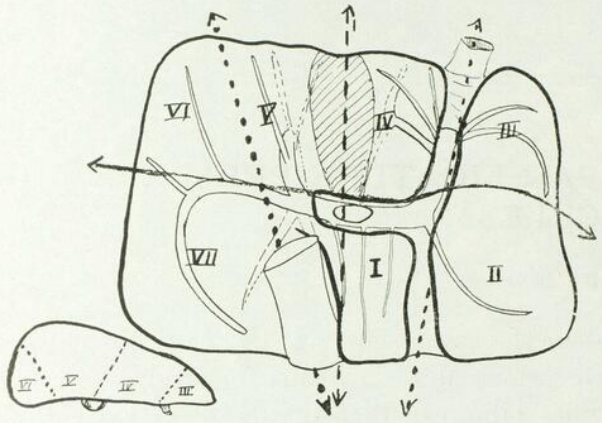


Figure 1. — Foie vu par la face inférieure, distribution de la veine porte et segmentation.
Le lit de la vésicule biliaire est preprésenté en hachures; la flèche sagittale du milieu représente la scissure principale, celle de gauche la scissure gauche, celle de droite, la scissure droite. Le schéma en bas et à droite montre l'inclinaison des scissures par rapport à la face inférieure du foie. La distribution de la veine porte est vue en transparence.

Le foie gauche est lui-même subdivisible en 4 segments. La veine porte gauche présente un trajet coudé à la face inférieure de l'organe, comprenant d'abord un segment transversal situé dans la partie gauche du hile, puis un segment antéro-postérieur logé dans la partie postérieure du sillon ombilical: c'est le recessus ombilical de Rex. Du bord postérieur du segment transversal se détachent 2 à 4 petites veines destinées au lobe caudé et au tissu hépatique sus-jacent, que nous avons convenu d'appeler le segment I. De l'angle que forment les deux segments de la veine porte gauche (VPG) part une veine angulaire postérieure destinée à la partie postérieure du lobe gauche: c'est le segment II. La VPG se termine sous forme d'un bulbe qui se continue avec le tissu fibreux du ligament rond et la veine ombilicale normalement atrophiée. De la partie gauche du bulbe naissent 1 à 3 veines pour la partie antérieure du lobe gauche: segment III. De la partie droite du bulbe et du bord supérieur du récessus de Rex se détachent des éléments destinés au segment IV qui comporte: le lobe carré, la moitié gauche du lit vésiculaire et un prolongement postérieur qui passe au dessus du hile du foie, et s'étend à la face supérieure jusqu'à la veine cave inférieure (VCI), au dessus du segment I. Le lobe gauche est séparé du foie gauche par la *scissure gauche*.

La distribution de la veine porte droite (VPD) permet de même de distinguer un certain nombre de segments à l'intérieur du foie droit. Elle se divise rapidement; une branche supéro-gauche (ou veine cystique de Rex) monte un peu oblique en avant vers la face supérieure du foie, puis se recourbe en arrière, se distribuant rapidement en ses branches terminales antérieures et postérieures. Toutes les branches antérieures isolent le segment V, les postérieures le segment VIII. L'autre branche de la VPD, la veine inféro-droite décrit une courbe à concavité postérieure et droite et reste comprise dans le plan de la face inférieure du foie. Ses branches antérieures se distribuent au segment VI, le reste du tronc est destiné au segment VII. Les territoires inféro-droit et supéro-gauche sont séparés par la *scissure droite* dont le tracé est assez difficile à préciser, mais peut être néanmoins reconnu opératoirement.

Nous n'envisagerons pas l'étude anatomique de la distribution de l'artère hépatique et des voies biliaires; la disposition est à quelques variantes près sensiblement la même, et dans un travail antérieur nous avons précisé les pédicules de chacun des segments ci-dessus nommés et décrit leurs rapports respectifs. Ces considérations indispensables au chirurgien pour la réalisation correcte des techniques d'hépatectomies segmentaires n'apporteraient ici aucune lumière supplémentaire à

la compréhension des principes généraux de cette chirurgie.

Le pédicule sus-hépatique comporte une veine sus-hépatique gauche, des veines sus-hépatiques droites et des veines spigeliennes. Nous retiendrons de cette anatomie quelque peu complexe un certain nombre de faits. Tout d'abord le foie gauche est essentiellement drainé par la veine sus-hépatique gauche, le segment I présente des veines propres, les veines spigeliennes qui se jettent directement dans le flanc gauche de la VCI. Le foie droit est drainé par la veine sus-hépatique droite

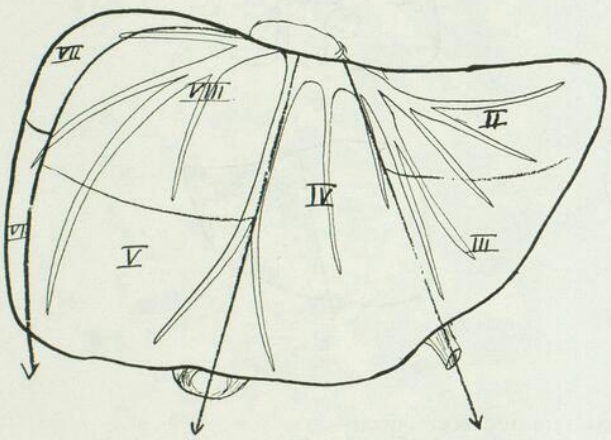


Figure 2. — Foie vu par sa face supérieure, distribution des veines sus-hépatiques et segmentation. La grande veine sagittale occupe la scissure principale; une petite veine se trouve dans l'extrémité postérieure de la scissure gauche; le tronc principal de la veine sus-hépatique droite se trouve dans la scissure droite dont la limite sur la face supérieure du foie ne correspond pas sur ce schéma avec le tracé de la veine, intra-parenchymateuse, du fait de l'obliquité de la scissure. Les veines spiegeliennes n'ont pas été figurées, non plus que les veines sus-hépatiques droites moyennes et inférieures.

supérieure et accessoirement par de petites veines moyennes et inférieures. Le fait essentiel est la disposition scissurale d'un certain nombre de ces veines. La scissure principale est occupée par la *veine sagittale,* volumineux affluent de la veine sus-hépatique gauche, et reçoit ainsi et du foie droit et du foie gauche; le tronc de la veine sus-hépatique droite supérieure se trouve dans la scissure droite recevant du territoire supéro-gauche et inféro-droit. Une petite veine assez variable se trouve dans la scissure gauche. On retrouve donc au niveau du foie la même disposition qu'au niveau du poumon, les troncs veineux de la circulation de retour sont situés dans les plans scissuraux, à la périphérie des segments.

2) Les données de la chirurgie expérimentale

L'anatomie permettait de prévoir la possibilité d'exérèses segmentaires réglées du foie; encore fallait-il s'assurer de la qualité de l'hémostase ainsi obtenue au niveau de la tranche de section.

L'animal choisi fut le chien. Une étude anatomique succincte montra que dans les lobes parfaitement individualisés chez cet animal, il était cependant possible de reconnaître un certain nombre de segments, dont les pédicules furent déterminés. Les résections furent entreprises dans le laboratoire de technique chirurgicale de monsieur le professeur Moulonguet. Elles portèrent soit sur la moitié gauche du lobe porteur de la vésicule biliaire, soit sur le segment antérieur du lobe situé le plus à gauche. Ces expériences confirmèrent la qualité de l'hémostase: la tranche de section est pratiquement exsangue, on peut même couper le parenchyme au bistouri ordinaire, ou encore mieux aux ciseaux de Mayo, ce qui permet de reconnaître pas à pas les veines sus-hépatiques que l'on doit lier dans le plan scissural. Mais en outre elles permirent de constater un fait très important: aussitôt après ligature du pédicule glissonien, le parenchyme tributaire se cyanose et prend une coloration foncée, qui en délimite très exactement l'étendue. Le fait a été depuis confirmé en chirurgie humaine. Aucune hémorragie post-opératoire, aucun choléeritoine n'ont été observés.

3) Définition d'un certain nombre d'hépatectomies segmentaires

Ces faits ont permis la description d'un certain nombre de techniques réalisables chez l'homme.

Il est techniquement possible d'enlever soit

le foie droit soit le foie gauche. Dans la première éventualité, on lie la VPD, les artères et les canaux biliaires du foie droit; les veines sus-hépatiques droites supérieures, moyennes et inférieures sont divisées; la section du parenchyme suit la scissure principale, laissant la veine sagittale attachée au foie gauche restant. L'hépatectomie gauche se fait en divisant le pédicule glissonien gauche et sectionnant la veine sus-hépatique gauche en amont de la veine sagittale; la scissure sagittale est ouverte, de façon à laisser la veine sagittale attenante contre le foie droit; les veines spigeliennes sont finalement liées. L'hépatectomie gauche est dite subtotale quand on laisse le segment I en place.

Diverses exérèses segmentaires sont possibles au niveau du foie gauche. La lobectomie gauche est exécutée en liant les pédicules glissoniens II et III, et la veine sus-hépatique lobaire gauche. Il est également possible de pratiquer l'exérèse séparée des segments III ou IV, ou du bloc III + IV. Des considérations anatomiques interdisent par contre l'ablation séparée des segments I ou II.

Les exérèses segmentaires du foie droit sont encore à l'étude. Il est possible d'enlever le territoire externe du foie droit, c'est à dire le bloc des segments VI + VII; le pédicule glissonien à lier est représenté par la veine inféro-droite et les éléments artério-biliaires satellites; on divise ensuite les veines sus-hépatiques droites inférieures et moyennes; la tranche de section passe par la scissure droite; le tronc principal de la veine sus-hépatique droite supérieure reste contre le parenchyme conservé. L'ablation du territoire supéro-gauche, segments V + VIII, est en voie de réalisation, mais présente de plus grandes difficultés techniques.

La rareté des indications de l'hépatectomie ne nous a pas permis de colliger un nombre suffisant d'observations; mais les quelques exérèses jusque là pratiquées ont confirmé la possibilité et même la facilité de ces techniques chez l'homme.

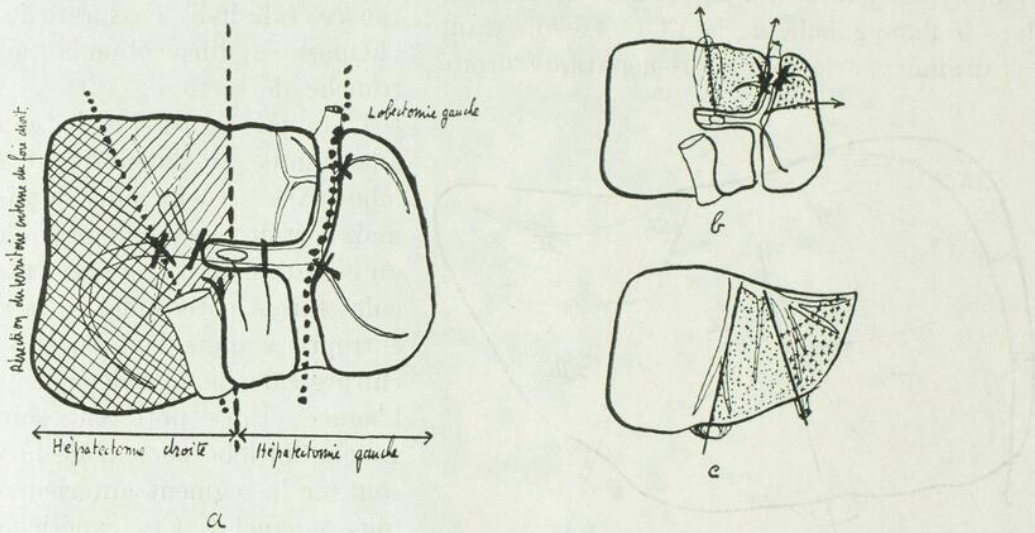


Figure 3. — Quelques types d'hépatectomies segmentaires.
En a: en blanc étendue de la résection dans l'hépatectomie gauche; la ligne en pointillés indique le tracé de la section dans la lobectomie gauche. Tout le territoire ombré correspond aux limites de l'hépatectomie droite; en quadrillé, résection du territoire externe du foie droit.
En b: résection segmentaire des territoires II et III, vue à la face inférieure du foie.
En c: vue de la résection segmentaire de II et III par la face supérieure du foie.
Les traits simples en rouge indiquent le lieu de la section portale dans les hépatectomies droite et gauche; les croix rouges indiquent la section dans les hépatectomies plus limitées.

RECUEIL DE FAITS

GASTRO-ENTÉRO-COLITE À LA SUITE D'UNE THÉRAPEUTIQUE À LA CHLOROMYCÉTINE ET À LA TERRAMYCINE

L.-C. SIMARD, S. LAUZÉ, H. DESROSIERS et J. GRIGNON (Montréal).

Ces derniers temps, on a attiré l'attention des médecins sur l'apparition d'une entéro-colite consécutive à l'emploi d'antibiotiques nommément l'auréomycine et la chloromycétine.

Cette entéro-colite est souvent passagère et bénigne. Dans quelques cas, elle entraîne la mort.

Dans le cas que nous rapportons, l'inflammation du tube digestif est survenue à la suite d'ingestion de chloromycétine et de terramycine et a causé la mort.

Observation.

Mme J. S., d'origine juive française, artisane en fleurs artificielles, âgée de 46 ans, hospitalisée le 3 décembre 1952 et décédée le 15 décembre 1952.

Jusqu'à trois semaines avant son hospitalisation, son état de santé ne laissait rien à désirer.

A cette date, elle éprouva des maux de gorge et de la rhinite accompagnés de température (102°-103°) et de courbature. Apparition, une semaine après le début de la maladie, d'une tuméfaction rouge, douloureuse, mobile, de la taille d'une noisette, à la partie inférieure de l'aisselle, qui disparut après quelques jours.

Pour la maladie ci-haut décrite, elle fut hospitalisée dans un autre hôpital, où elle passa 14 jours et d'où elle sortit apyrétique après avoir reçu 5 600 mgs de chloromycétine et 850 mgs de terramycine. (Les séro-diagnostics et l'hémoculture furent négatifs).

Deux jours après sa sortie de cette institution (soit le 1er décembre 1952), la malade est prise d'une douleur très marquée, localisée sous le sein droit. Cette douleur est augmentée par la toux et l'inspiration profonde. Elle fait un frisson et sa température monte à 102°. Le lendemain, 2 décembre, la malade présente une diarrhée profuse de 12 à 15 selles, suivie d'un arrêt « des matières et des gaz » avec augmentation du volume de l'abdomen.

Evolution.

a) Température: a) 100 à 102 degrés pendant les 5 premiers jours de son hospitalisation: 100-98 degrés durant le reste de son hospitalisation.

b) Selles: durant les deux premiers jours, la malade a reçu plusieurs lavements qui ont ramené une eau sale et quelques selles noirâtres. Les 3ième et 4ième jours, la malade eut des selles spontanées de coloration noire. Du 6ième au 13ième jour, la malade fait de l'incontinence fœcale, sous forme de diarrhées fréquentes et de gaz abondants.

c) Etat général: mauvais état général, conscience conservée, sudations intenses, état nauséeux, balonnement; à la fin, anxiété, pouls filant, tension artérielle imprenable, mort.

Examen

Radio simple de l'abdomen suivie d'un lavement baryté, montre une distension généralisée du côlon sans signes d'obstruction.

Poumon

Diminution marquée de la transparence pulmonaire droite où on identifie de fortes traînées opaques s'irradiant du hile vers la base. Absence d'épanchement pleural (7 décembre).

Hématologie (11-12-52):

G.R. 3 925 000 — G.B. 45 000 — Hb. (Haldane) 82%.

V.G. 1% — P.N. 99% (aspect toxique) — Lympho. 1%.

Urée: 30 mgs % — Glucose: 92 mgs %.

Urines: globules rouges et présence de pus (prise directe).

Médication

Antibiotiques: fortimycine, 10 vials; terramycine, 7 500 unités; oxygène, béclysyl, prostigmine.

Autopsie

Voici les lésions intéressantes de l'autopsie:

Macroscopie

Poumons

Droit: à la partie latérale de la base droite, il existe un placard de pleurite fibrineuse de la dimension de la paume de la main. L'ensemble du lobe inférieur est par ailleurs fortement viné et d'aspect compact.

Gauche: il y a une thrombose de l'artère pulmonaire gauche et des vaisseaux importants des lobes supérieur et inférieur.

Abdomen

L'abdomen contient environ 1200 cc d'un liquide d'ascite citrin.

Estomac

Il est dilaté, rempli de sang et présente 7 ou 8 ulcérations de 0,5 à 1 cm de diamètre ne dépassant pas la muqueuse.

Intestin grêle

Il est aussi rempli de sang. La muqueuse duodénale est conservée. Celle du jéjunum montre une disparition des villosités à certains endroits. Dans l'iléon, il y a destruction complète de la muqueuse laissant voir une surface tout à fait lisse.

Côlon

Il est aussi rempli de sang. Sur tout son parcours la muqueuse est nécrotique; la surface interne de l'intestin est faite d'une substance mamelonnée, d'aspect humide, de coloration rouge foncé, parsemée de points purulents. Cette substance adhère assez intimement aux plans sous-jacents. Lorsqu'on l'enlève, on tombe sur la sous-muqueuse ou la musculeuse.

Microscopie

Estomac

Présence de petits ulcères à l'emporte pièce ne dépassant pas le plan de la muqueuse.

Intestin grêle et côlon

Ces deux organes offrent des lésions semblables. Si on part de la muqueuse, on note que celle-ci est amputée de ses deux tiers

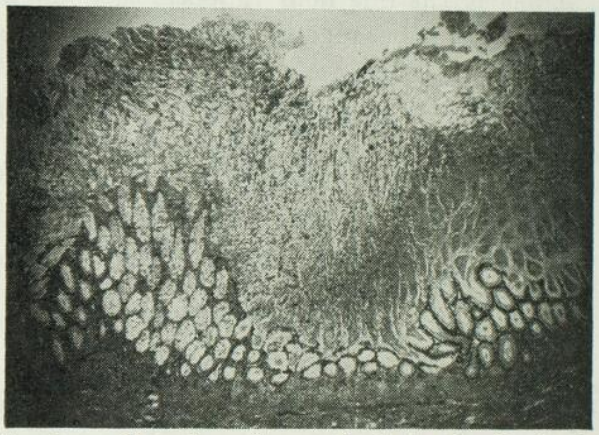


Fig. 1. — Intestin grêle. — Seuls les bas-fonds de glandes persistent. La surface dénudée est recouverte d'une épaisse couche de mucus émanant des glandes. X 19.

supérieurs. (Presque partout, il persiste des fonds de glandes, partout la partie superficielle est desquamée).

La surface déchiquetée de cette muqueuse est immédiatement tapissée d'une épaisse couche de mucus très acidophile émanant des fonds de glandes persistantes; dans cette strate, le mucus est pur, i.e. ne contient pas d'exudat. Au-dessus de ce mucus, il existe une couche d'une substance mucoïde moins bien colorable que la précédente et qui est parsemée de boules de pus et de zooglées microbiennes. Si maintenant on examine les diverses couches de l'intestin, de la muqueuse à

la séreuse, on note que la sous-muqueuse est partout œdémateuse. Cet œdème est liquide à peu près partout et fait de fibrine à quelques endroits. L'œdème liquide est peu chargé de cellules inflammatoires; lorsqu'elles existent, ce sont des lymphocytes, des plasmocytes et des macrophages.

(Absence de polynucléaires — absence d'amibe — absence de cellules typhiques). Les îlots de lymphopoiétiques sont ou bien d'aspect normal ou bien le siège d'une légère réticulose banale.

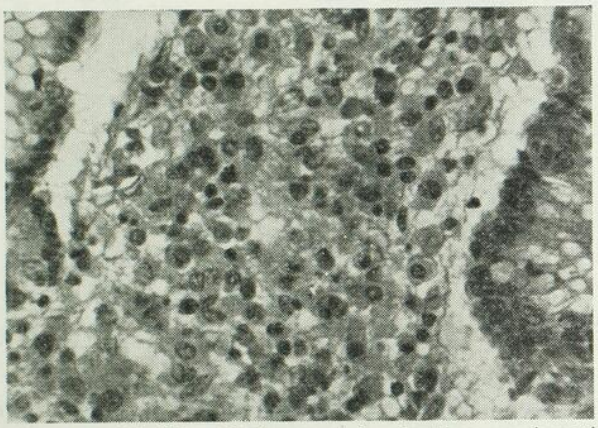


Fig. 2. — L'infiltrat inflammatoire du tissu conjonctif inter-glandulaire est constitué de lymphocytes, de plasmocytes et de macrophages. X 600.

Les musculeuses sont œdémateuses (absence de cellules inflammatoires dans cet œdème).

Toutes les fibres musculaires sont le siège d'une dégénérescence granuleuse.

La séreuse est infiltrée d'un œdème non acidophile parsemé de rares lymphocytes.

COMMENTAIRES

A l'examen de l'histoire de cette maladie on se rend compte qu'elle se divise en deux parties nettement distinctes.

1. Un état infectieux à porte d'entrée naso-pharyngée pour lequel elle est traitée dans un hôpital de l'extérieur.

2. Un état infectieux où les symptômes prédominants sont ceux d'une entéro-colite.

Comme la malade n'a jamais présenté auparavant de troubles gastro-intestinaux, et comme la maladie qui a nécessité la première hospitalisation semble étrangère à la seconde maladie qui a emporté la malade, il est logique de chercher la cause de cette dernière parmi les circonstances qui ont entouré la première hospitalisation.

Or, cette malade a reçu de la chloromycétine et de la terramycine.

On sait que l'auréomycine ou la chloromycétine sont susceptibles de créer une colite aiguë pseudo-membraneuse: d'où une première hypothèse étiologique de colite à chloromycétine.

Les autres possibilités qui doivent être considérées sont: 1) l'entérocolite muco-membraneuse; 2) la thyphoïde; 3) l'entéro-colite amibienne; 4) la dysenterie bacillaire.

L'entéro-colite membraneuse banale est une entité remarquable par sa chronicité; il ne saurait donc en être question ici.

De même on doit rejeter la possibilité d'une typhoïde, car l'entité en question n'a rien de commun avec la typhoïde.

L'entéro-colite amibienne n'est pas à considérer puisque nous n'avons pas trouvé d'amibe à l'histologie.

Il est plus difficile de rejeter la colite bacillaire (forme grave) parce que l'étude bactériologique n'a pas été faite et parce que, d'autre part, les lésions de cette entité et celles de la colite aux antibiotiques peuvent être superposables.

Mais, encore une fois, l'anamnèse du premier épisode de type grippal qui n'existe pas dans l'entéro-colite bacillaire et l'anamnèse de la médication aux antibiotiques font pencher dans le sens d'une entéro-colite aux antibiotiques.

Pour résumer, nous avons affaire à une colite non épidémique, qui s'est développée sous une surveillance hospitalière, à la suite d'une médication à la chloromycétine et à la terramycine.

Dans une étude récente portant sur 49 autopsies de malades ayant reçu de l'auréomycine ou de la chloromycétine on a tiré les conclusions suivantes:

a) une entéro-colite s'est développée dans 5 cas (4 auréo — 1 chloro) après 4 gr. d'auréomycine ou chloromycétine *per os* ou 2 grammes d'auréomycine intra-veineux;

b) 26 malades ayant reçu les doses précitées n'ont pas fait de colite;

c) 18 malades ayant reçu une dose moindre n'ont pas fait de colite;

d) dans les cas où il y a eu colite, cette maladie s'est déclarée 4 jours ou plus après la première dose de médicament.

Conclusion.

Dans ce cas de gastro-entéro-colite que nous croyons secondaire à l'absorption d'antibiotiques, il nous est impossible de départager la part qui revient à la chloromycétine et à la terramycine dans la genèse des lésions. L'une ou l'autre peuvent être en cause ou les deux à la fois.

Ajoutons toutefois que la chloromycétine seule à la dose totale de 4 gr. est susceptible de provoquer une entéro-colite grave.

BIBLIOGRAPHIE

1. L. REINER, M. S. SCHLESINGER et G. MILLER: « Pseudomembranous colitis following aureomycin and chloramphenicol. » *Arch. of Path.*, **54**: (juillet) 1952.
2. *J. A. M. A.*, **145**: 1267, 1951.
3. *J. A. M. A.*, **142**: 1333, 1950.

RÉSISTANCE TEMPORAIRE À L'INSULINE[1]

Rosario ROBILLARD,
Assistant professeur à la Clinique médicale de l'hôpital Saint-Luc (Montréal).

Les quelques minutes mises à ma disposition seront destinées à faire écho à une histoire vécue qui s'intitule: « Résistance temporaire à l'insuline ».

L'administration de 11 700 unités d'insuline en vingt-quatre heures a rarement été dépassée. Si l'on se fie aux travaux de Crampton et Davis, on peut affirmer avec eux qu'il y a dans la littérature médicale, cinq cas seulement qui ont nécessité plus de 10 000 unités d'insuline en 24 heures.

C'est Shepard qui, en 26 heures, administra la plus forte dose d'insuline, soit 56 080 unités.

Arrick donna 21 600 unités en 18 heures.

Boulin donna 19 100 unités en 24 heures.

Mitrani administra 19 460 unités en 22 heures dans un cas et 14 460 unités en 15 heures dans un autre.

La petite histoire qui fait l'objet de la communication de ce soir trouve son intérêt dans le fait qu'elle se classe dans la littérature médicale, la sixième dans la série des plus fortes doses d'insuline administrées en 24 heures.

Observation.

Il y avait, une fois, un personnage incarné par un jeune homme de 23 ans, du nom de Elzéar Guénette. Il entrait à l'hôpital Saint-Luc à 7 heures le soir du 27 octobre 1952. Dossier no 156338.

Ce jeune homme n'évoquait pour nous aucune idée féérique car il n'était pas pour nous un inconnu. Nous le connaissions bien pour l'avoir traité dans le service de médecine de l'hôpital Saint-Luc, du 30 juin 1950 au 26 août 1950, pour un diabète mellitus. Les symptômes classiques de cette maladie remontaient au mois de mars 1950 et avaient provoqué chez lui un amaigrissement d'une trentaine de livres, de la dénutrition et de la névrite diabétique.

Du 1er décembre 1950 au 4 avril 1951, ce

1. Communication à la Société Médicale de Montréal, le 4 mars 1953.

même jeune homme fait un deuxième séjour dans notre service de médecine pour des douleurs abdominales qui nous obligent à demander le secours de la chirurgie. Le 18 décembre 1950, le chirurgien l'opère pour une appendicite sub-aiguë.

Un régime alimentaire de 70 grammes de protides, de 84 grammes de lipides et de 185 grammes de glucides, complété par 68 unités d'insuline protamine-zinc et 15 unités d'insuline Toronto, le matin, contrôle très bien ce jeune.

Le laps de temps considérable que ce diabétique avait passé à l'hôpital nous avait permis de l'entraîner de façon quasi-parfaite. Dans les toutes premières instructions aux diabétiques, notre attention avait été attirée sur ce malade à cause de sa vive intelligence.

Le soir du 27 octobre 1952, ce même Guénette faisait, c'est le cas de le dire, une entrée dramatique à l'hôpital Saint-Luc. Il entrait dans un état d'acidose diabétique grave ou de coma diabétique.

Les symptômes classiques de cette complication dramatique du diabète étaient visualisés comme dans les meilleurs livres de médecine. Il y avait une déshydration marquée accompagnée d'un ramollissement des globes oculaires, une respiration de Kussmaul, une inconscience de cinq heures de durée. Les nausées et les vomissements n'avaient pas encore fait leur apparition.

La température rectale était de 101 ^{2}o F, le pouls à 120 et la pression artérielle était de 90/45, une aréflexie tendineuse complétait le tableau avec un souffle systolique à la pointe du cœur et des frottements pleuraux à la base pulmonaire gauche.

Les signes biologiques ne cédaient en rien le pas aux signes cliniques pour confirmer ce coma diabétique. La réserve alcaline était à 10 volumes, la glycémie à 8,35 grammes au litre, l'azotémie à 1 100 grammes au litre. L'acétonurie était fortement positive et la glycosurie de 20,8 grammes au litre.

En face d'un coma diabétique qui ne prête guère à confusion comme c'est notre cas, le traitement doit être intensif et immédiat. J'ai cependant le regret de vous dire que la perte de une heure et demie d'un temps très précieux est à noter dans cette observation! Il faut commencer le traitement du coma diabétique avant même d'avoir obtenu les résultats du laboratoire. L'insulino-résistance sera d'autant plus prononcée que la thérapeutique de l'acidose diabétique grave aura été plus tardive.

Ce malade fut suivi de demi-heure en demi-heure par le médecin, l'interne et le laboratoire avec les soins permanents d'une garde-malade spéciale. Cependant pour faciliter l'exposé et surtout le rendre moins lourd, nous nous contenterons de suivre ce diabétique de 3 heures en 3 heures.

Le 27 octobre 1952: De 9 heures p.m. à minuit.

Le traitement suivant fut appliqué: 200 unités d'insuline Toronto, sous cutané, et 100 unités intra-veineuse furent répétées de demi-heure en demi-heure formant 2 100 unités, 2 500 cc de sérum physiologique ou normal salin et 1 000 cc de sérum lactate sodium 1/6 moléculaire.

Les résultats sont ceux-ci:

Glycémie 6,55 grammes; réserve alcaline 20 volumes; pression artérielle 100/55. Acétone urinaire ++++. Glucose urinaire 15 grammes. Le malade devient plus conscient et répond lentement aux questions.

Le 28 octobre 1952: De minuit à 3.30 a.m.

Nous augmentons l'insuline Toronto à 400 unités aux demi-heures. En raison d'une chûte de la pression artérielle à 80/40, nous donnons 500 cc de plasma intra-veineux, nous continuons le sérum lactate sodium 1/6 moléculaire jusqu'à 1 000 cc intra-veineux.

Les résultats sont, cette fois:

Glycémie 4.49 grammes, réserve alcaline 20 volumes, pression artérielle 120/70. Acétone urinaire ++, glucose urinaire, 20 grammes.

De 3.30 à 7 hrs a.m.

L'insuline Toronto est continuée à raison de 400 unités aux demi-heures.

Le sérum physiologique 1 000 cc.

Le lactate sodium 1/6 moléculaire 1 500 cc.

Les résultats: glycémie 1,91 gramme, réserve alcaline 26 volumes, pression artérielle 130/80. Le Kussmaul persiste toujours; l'acétone urinaire est à ++ et le glucose urinaire à 15 grammes au litre.

De 7 à 10 heures a.m.

Nous donnons 1 400 unités d'insuline Toronto, 1 500 cc de sérum physiologique, 1 000 cc de sérum lactate sodium 1/6 moléculaire.

Les résultats biologiques et cliniques sont les suivants:

Glycémie: 2,55 grammes, acotémie 1 gramme. Réserve alcaline 34 volumes, acétone urinaire ++, glucose urinaire: faibles traces.

Le malade devient plus conscient, il boit mais vomit un liquide verdâtre.

De 10 a.m. à 2 p.m.

Traitement: Insuline Toronto 1 200 unités, lactate sodium 1/6 moléculaire 1 000 cc, sérum physiologique 500 cc.

Résultats: Glycémie 0,99 gramme. Réserve alcaline 36 volumes, pression artérielle 130/80. Acétone urinaire +, absence de glucose urinaire.

De 2 à 9 heures p.m.

Traitement: Insuline Toronto 1 500 unités, solution de chlorure 200 cc ou 0,52 gm de K, lactate Renger 500 cc, sérum glucosé à 10% 1 000 cc.

Résultats: Réserve alcaline 46 et 52 volumes, azotémie 0,850 gramme, glucose urinaire: absence à 9 p.m. mais comme il y avait un ++++ à 4 p.m., l'insuline fut continuée et une réaction hypoglycémique à forme convulsive survint et fut corrigée par du sérum glucosé, du jus d'orange et du gruau.

Si nous faisons les additions, nous en arrivons aux chiffres importants d'insuline de 11 700 unités en 24 heures. Le sérum physiologique fut administré à raison de 5 500 cc dans la même période de temps, le lactate sodium 1/6 moléculaire 6 000 cc et le sérum glucosé 1 000 cc à 10% plus le plasma sanguin 500 cc, le potassium 2 000 cc. Les solutés forment au total: 13 200 cc. Etant donné le jeune âge de ce malade et surtout son extrême déshydratation, la quantité de solutés fut bien tolérée.

La survie de ce diabétique à son acidose grave tient au fait que nous n'avons pas craint d'augmenter les doses d'insuline devant la persistance de la cétonurie et la lenteur de la réserve alcaline à grimper à 50 volumes.

Les doses importantes d'insuline témoignent d'une insulino-résistance temporaire comme nous en rencontrons souvent au cours des comas diabétiques, mais ici l'intensité du coma se mesure à son mode de production particulière.

Le malade avait cessé son régime alimentaire et ses injections d'insuline depuis un mois et demi, non par négligence, non par ignorance mais par pauvreté. C'est la première fois qu'une telle cause de coma est portée à notre attention et nous ne pouvons blâmer ce malade qui en était réduit à mendier pour acheter son insuline.

Il est temps que les indigents diabétiques reçoivent, dans le Québec, leur insuline gratuitement. C'est plus qu'un désir, c'est un vœu qui doit être porté aux autorités intéressées.

Conclusion

L'administration de 11 700 unités d'insuline en 24 heures à un diabétique en acidose grave est rapportée par cette observation. L'insulino-résistance fut temporaire, elle disparut avec la correction de l'acidose. Le malade quittait l'hôpital, le 21 novembre, bien contrôlé, avec 60 UN. N.P.H. et un régime de 73 grammes de protides, de 84 grammes de lipides, de 200 grammes de glucides.

MÉNINGITE À *STREPTOCOCCUS PYOGENES*
GUÉRIE PAR L'ASSOCIATION PÉNICILLINE-TERRAMYCINE-SULFADIAZINE

Maurice SAINT-MARTIN [1] et **Louis-J. GAUTHIER** [2]
Montréal.

Les méningites aiguës à streptocoques hémolytiques étant peu fréquentes, nous rapportons l'observation d'un cas guéri. Rappelons que cette infection était presque toujours fatale avant l'ère des sulfamidés et des antibiotiques. De nos jours, un traitement précoce et adéquat a réduit une mortalité de 90 à 95% (1) des cas à 10-15% (2). Le premier cas guéri fut rapporté en 1937 par Basman et Perley (3).

Observation

Richard B..., 13 mois, est admis à l'hôpital pour encéphalite, le soir du 26 juillet 1952. Les antécédents ne révèlent qu'une otite congestive 15 jours auparavant. La maladie débuta, il y a 5 jours, par de la fièvre, des vomissements, de la diarrhée, bientôt suivis de somnolence. A l'admission, l'enfant est très affaissé, plongé dans une sorte de torpeur avec hyperthermie marquée (104 degrés F.), pouls très rapide et respiration accélérée. L'examen démontre une angine rouge, une tachycardie sans bruits adventices et une absence de signes pulmonaires. Au point de vue neurologique, on note un état semi-comateux, une hypoesthésie presque complète, une légère raideur de la nuque, un mystagmus bilatéral, des réflexes tendineux lents et l'abolition des réflexes cutanés. Le Kernig est positif et le Lasègue négatif. Devant l'importance de ces signes, le médecin-résidant demande une ponction lombaire d'urgence et prescrit une médication polyvalente: terramycine, pénicilline et streptomycine. Le résultat de la ponction lombaire indique qu'il s'agit d'une méningite aiguë et non d'une encéphalite. Le liquide est sous tension, trouble, Pandy +, avec éléments incomptables formés de polynucléaires. L'albuminorachie dépasse 1 gramme % et la glycorachie est à 0,20 gramme %. La coloration de Gram démontre la présence de pus et de nombreux cocci Gram positifs en chaînettes. Un ensemencement sur gélose-sang donne une culture pure de streptocoques bêta hémolytiques. L'antibiogramme de cet organisme pratiqué suivant la méthode des disques (Difco) est le suivant: pénicilline 0,5 unité: très sensible; dihydrostreptomycine, 1 mcg: résistant, auréomycine, terramycine et chloromycétine, 10 mcg: sensible. Le laboratoire fédéral d'hygiène d'Ottawa identifia ce streptocoque hémolytique comme étant un *streptococcus pyogenes* du *groupe A* (Lancefield) et de *type I* (Griffith).

Durant la nuit du 27 juillet, l'état du malade devient plus précaire et nous fait craindre un exitus prochain. On note des crises convulsives des membres inférieurs et supérieurs, des vomissements liquides vert-pâle abondants, une oligurie marquée, la raideur de la nuque devient plus marquée, la tête de l'enfant est rejetée en arrière, une écume blanche s'échappe de la bouche du malade qui émet le cri méningé. Bref, le coma est complet et aucun réflexe à la douleur n'est perçu. En trois jours, sous l'action combinée de la terramycine, de la pénicilline et de la dehydrostreptomycine, la fièvre disparaît, la durèse se rétablit, les convulsions cessent et l'enfant reconnaît son entourage. Le 29 juillet, une nouvelle ponction lombaire ramène un liquide purulent sans microbe. Cette stérilisation du liquide céphalo-rachidien restera définitive. Ce même jour, nous observons une complication qui durera jusqu'au congé: un strabisme

1. Bactériologiste du Ministère de la Santé, Montréal, et Bactériologiste-consultant, hôpital Pasteur.
2. Médecin de l'hôpital Pasteur.

convergent de l'œil droit. Le 30 juillet, le petit malade pouvant s'alimenter *per os,* le sérum glucosé à 5% est cessé. Le 4 août, la terramycine est remplacée par l'eskadiazine à raison de 2 c.a.t. aux 4 heures jusqu'au congé le 18 septembre.

Le 7 août, le liquide céphalo-rachidien est encore trouble contenant 285 éléments, 0,80 gr. % d'albumine et 0,38% de glucose. Le 18 août, le liquide est clair, avec pression normale, Pandy +, et contient 20 éléments, 0,45 gr. % d'albumine et 0,46 gr. % de glucose. La convalescence s'amorçant régulièrement, la pénicilline est cessée le 16 août. Du 18 au 27 août, le bébé est agité, dort irrégulièrement, refuse certains repas, vomit quelquefois. Craignant une rechute, une ponction est pratiquée le 24 août. Le résultat de l'examen dissipe les craintes: liquide clair, 27 éléments, albumine: 0,80 gr. %, glucose: 0,56 gr. %. Lors du congé, le 18 septembre, une dernière ponction donne un liquide limpide contenant 4 éléments, 0,35 gr. % albumine et 0,53 gr. % de glucose. L'hémogramme, au départ, se lisait comme suit: Hb: 55%, G.R. 3 800 000, G.B. 8 500, V.G. 0,6. La formule leucocytaire comprenait 27% de neutrophiles, 65% de lymphocytes, 3% de grands et moyens monocytes et 5% d'éosinophiles. Les complications de cette méningite aiguë comportaient donc une légère anémie hypochrome et un strabisme convergent de l'œil droit.

Discussion

Plusieurs opinions divergentes ont été émises quant à la fréquence de cette infection. Si Topley et Wilson (4) la considèrent comme rare, Mitchell et Nelson (2) croient qu'elle se rencontre assez fréquemment. Dans une revue détaillée de la littérature, Gibel et Litvak (5) relèvent 6% de méningites à streptocoques hémolytiques sur au delà de 3 000 cas de méningites purulentes observées aux Etats-Unis. Au *Children's Hospital,* de Saint-Louis, lors d'une revue de 100 méningites aiguës, Hartmann et ses collaborateurs (6) en trouvent 12 causées par ce microbe. Au Canada, dans un hôpital d'enfants de Toronto, durant la période 1947 à 1950 inclus, 9 cas de méningites à streptocoques hémolytiques furent observées sur un total de plus de 200 cas. Cependant, une revue détaillée de la littérature médicale de 1943 à 1952, ne nous permit de relever que 7 cas distribués entre l'Amérique latine, la France et les Etats-Unis. Au laboratoire de diagnostic bactériologique du Ministère de la Santé, aucun streptocoque hémolytique ne put être isolé d'au delà de 1 000 liquides céphalo-rachidiens purulents durant les dix dernières années. Le cas rapporté est le premier jamais observé à notre hôpital. A Montréal, deux hôpitaux pour enfants ne rencontrèrent cette variété de méningite qu'exceptionnellement: dans l'un (9), 1 cas sur 150 méningites aiguës durant les derniers cinq ans; dans l'autre (10), 1 cas sur au delà de 300 méningites survenues entre 1943 et 1953. Il semble donc que, dans la province de Québec, les méningites à *streptococcus pyogenes* soient très rares.

Pathogénie

Selon Mitchell et Nelson (2), les méningites à streptocoques hémolytiques du nouveau-né sont consécutives à des infections du cordon ombilical, de méningocèle ou d'une localisation post-septicémique. Chez les enfants plus âgés, elles seraient secondaires à l'otite moyenne, la mastoïdite, la thrombose des sinus, l'érysipèle ou de lésions suppurées de la tête et du cuir chevelu. Hartmann (6) et Gibbel (5) croient que ce type de méningite est presque toujours une complication d'une infection de l'os temporal, qu'il s'agisse de l'oreille moyenne ou interne, ou de la portion mastoïdienne ou pétreuse de cet os. Chez notre malade, les examens otoscopiques pratiqués durant l'hospitalisation furent tous négatifs. Cependant, l'histoire antérieure est fortement suggestive d'une telle pathogénie: *a*) épisodes de maux d'oreilles depuis la naissance, *b*) médication sulfamidée en lavage dans les oreilles lors d'une hospitalisation antérieure et *c*) otite catarrhale diagnostiquée et

traitée dans un dispensaire local quinze jours avant la présente hospitalisation. Ces faits nous portent à croire que le malade souffrait depuis assez longtemps d'oto-mastoïdite et que la méningite est probablement due à une extension de ce foyer infectieux aux méninges.

Diagnostic bactériologique

L'étiologie des méningites purulentes ne peut être précisée que par le laboratoire. A ce sujet, mentionnons que la pratique de la coloration au Gram est souvent décevante pour ceux qui sont peu familiers avec cette méthode et avec l'apparence des bactéries une fois colorées. Des erreurs de coloration ou de décoloration pourront faire passer un pneumocoque pour un méningocoque ou vice versa. Dans le cas rapporté, nos internes crurent voir des pneumocoques à l'examen direct et méprirent sur la gélose-au-sang une hémolyse bêta pour une hémolyse alpha. Quoi qu'il en soit, après un délai de 24 à 48 heures, l'examen des cultures confirmera ou corrigera les résultats de la microscopie directe.

Traitement

Dans les infections graves, un traitement doit être institué avant la confirmation bactériologique du diagnostic. Pour le cas rapporté, le diagnostic, à l'entrée, était celui d'encéphalite; et comme ces infections sont souvent dues à des virus, l'association terramycine-pénicilline-streptomycine fut mise en œuvre. Aussitôt le diagnostic certain établi, la streptomycine fut cessée et remplacée par la sulfadiazine. Comme il est indispensable de supprimer l'infection de l'os temporal, si l'on veut éviter les rechutes, le traitement doit être intensif et de longue durée. Ainsi, la terramycine fut donnée durant 9 jours pour une dose totale de 4 grammes, la pénicilline durant 17 jours, pour une dose totale de 8 millions d'unités, et la sufadiazine durant 41 jours, pour une dose totale de 123 grammes. L'administration et l'absorption de solutés physiologiques hypertoniques furent grandement facilitées par l'adjonction d'hyaluronidase (alidase). Nous admettons que des ponctions lombaires fréquentes ne sont pas nécessaires pour le traitement. Cependant, sans aucun doute, ces interventions procurent-elles de précieux renseignements pour l'appréciation de l'aspect clinique et peuvent être en certains cas, le seul moyen sûr de décider la cessation, le changement ou l'augmentation de la thérapeutique. Ajoutons qu'elles réduisent l'hypertension du liquide céphalo-rachidien et préviennent ainsi l'hydrocéphalie fréquente dans ces infections.

Résumé

Nous rapportons un cas de méningite aiguë très grave causée par un *streptococcus pyogenes* du *groupe A* (Lancefield) et de *type I* (Griffith) chez un enfant de 10 mois. Cette infection, rare dans le Québec, fut guérie, grâce à un traitement intense et prolongé comportant l'association pénicilline-terramycine-sulfadiazine. La période d'hospitalisation fut de 54 jours. Trois jours après l'admission, un strabisme convergent de l'œil droit fut observé et cette complication existait encore lors du congé. Les antécédents du malade nous portent à croire que cette méningite est une conséquence d'extension directe aux méninges d'un foyer infectieux localisé à l'oreille moyenne et probablement à la portion mastoïdienne de l'os temporal.

Remerciements

Nous remercions sincèrement le docteur J.-H. Charbonneau, directeur médical de l'hôpital Pasteur, qui nous a permis de publier ce cas, et le docteur E. T. Bynoe, bactériologiste du laboratoire d'hygiène d'Ottawa, qui a bien voulu préciser l'identification de notre souche.

BIBLIOGRAPHIE

(1) F. R. FORD: *Diseases of the Nervous System.* 2ème édition, page 509. Charles C. Thomas, Springfield, Ill., 1944.

(2) MITCHELL et NELSON: *Textbook of Pediatrics,* pp. 508-509. W. B. Saunders, Philadelphie et Londres, 1950.

(3) J. BASMAN et A. M. PERLEY: « Report of patients treated with sulfanilamide at St. Louis

Children's Hospital.» *J. Pediat.*, **11**: 212 (août) 1937.

(4) TOPLEY et WILSON: *Principles of Bacteriology and Immunity*. 3ème édit. E. Arnold, Londres, 1947.

(5) H. GIBEL et A. M. LITVAK: «Hemolytic streptococcus meningitis in infants under three months of age.» *Am. Journ. Dis. Children*, **66**: 43, 1943.

(6) A. F. HARTMANN, F. M. WOLFF et B. S. KENDALL: «Diagnosis and management of severe infections in infants and children: A review of experience since the introduction of sulfonamide therapy, II. Hemolytic Streptococcal Meningitis.» *Journal Pediat.*, **21**: 591, 1942.

(7) T. E. ROY: Communication personnelle, octobre 1952.

(8) C. S. ANGLIN, G. A. McNAUGHTON et N. SILVERTHORNE: «Acute purulent meningitis in childhood.» *Canad. Med. Ass. J.*, **66**: 435, 1952.

(9) F. H. PRISSICK: Communication personnelle, octobre 1952.

(10) A. ROYER: Communication personnelle, novembre 1952.

MOUVEMENT MÉDICAL

ÉPREUVE DE COOMBS
QUELQUES-UNES DE SES APPLICATIONS

Albert BERTRAND,
Chef du Laboratoire de Bactériologie, Hôpital Notre-Dame (Montréal).

En juillet 1945, Coombs, Mourant et Race (1) ont décrit une technique par laquelle « il est possible de faire agglutiner fortement des cellules sensibilisées par des agglutinines faibles ou par des anticorps incomplets ».

Selon ces auteurs, « des cellules sensibilisées ont probablement absorbé en certains points de leur surface des globulines anticorps et un sérum antiglobuline humaine pourrait réagir avec ces anticorps d'une manière appréciable », en d'autres termes provoquer l'agglutination de ces cellules.

On sait depuis longtemps que les anticorps sont portés par les globulines du sérum. Si, comme l'ont démontré de nombreux auteurs, on fractionne par différents sels de soude ou de potasse, à des PH déterminés, les protéines du sérum, on obtient « de façon constante une série de 33 segments exponentiels correspondant à une protéine ou à un groupe de protéines très voisines » (Derrien) (2). Parmi ces segments ou fractions se trouve la gamma-globuline qui porte, seule ou avec la béta-globuline, les anticorps.

D'autre part si, comme l'ont fait Coombs, Mourant et Race, on injecte à un lapin des pseudoglobulines, des globulines ou simplement du sérum humain complet, (3) on provoque chez l'animal l'apparition d'anticorps spécifiques qui en réagissant avec les gamma-globulines fixées sur les cellules produisent l'agglutination de ces dernières.

Le sérum anti-globuline de Coombs, Mourant et Race a d'abord été utilisé dans le but de déceler la sensibilisation de certains globules rouges Rh positif par un anticorps anti-Rh « incomplet ».

Les travaux de Wiener et Peters (4), de Levine et Stetson (5), de Levine, Katzin et Burnham (6) nous avaient appris qu'une personne Rh négatif transfusée avec un sang Rh positif, ou qu'une femme rh négatif portant un fœtus Rh positif, pouvant se sensibiliser vis-à-vis le facteur Rh et développer dans ses humeurs des anticorps spécifiques anti-Rh. Le sérum de la personne ainsi sensibilisée par l'un ou l'autre de ces procédés, mis en présence de globules rouges Rh positif en suspension dans du sérum physiologique provoque, dans certains cas, l'agglutination des hématies. C'est cette première réaction qu'on a d'abord utilisée pour rechercher la sensibilisation par le facteur Rh. C'est la méthode classique dite d'agglutination.

Lorsque toutefois, avec cette technique, aucune agglutination ne se produit, même si l'histoire clinique ou l'étude des facteurs Rh suggère une sensibilisation, on peut, comme l'a décrit Wiener sous le nom de *Blocking Test* (7), démontrer la présence d'anticorps en procédant de la manière suivante. Aux globules rouges Rh positif non agglutinés dans la réaction précédente on ajoute une goutte de sérum anti-Rh de bonne qualité. Si le sérum suspect ne contient pas d'anticorps anti-Rh, les globules rouges Rh positif seront agglutinés par l'addition du sérum anti-Rh. Si au contraire il n'y a pas d'agglutination après addition du sérum anti-Rh, ou si cette agglutination est peu marquée, il faut conclure à la présence, dans le sérum du patient, d'un anticorps spécial (anticorps de bloquage), qui s'est fixé sur les globules rouges sans en provoquer l'agglutination, mais qui a rendu ces mêmes globules non agglutinables par un

sérum anti-Rh authentique, tout comme s'il s'agissait d'une réaction faite avec des globules rh négatif ou appartenant à un type Rh différent de celui correspondant au sérum anti-Rh employé. Tous les points récepteurs des globules semblent « bloqués » par l'anticorps spécial anti-Rh contenu dans le sérum du patient.

Ultérieurement Wiener a repris cette question (8) et a fourni une explication à ce phénomène en démontrant que l'anticorps de bloquage, qui a comme caractéristique de s'unir spécifiquement aux globules rouges Rh positif sans en provoquer l'agglutination, peut se mettre en évidence si les globules sont mis en suspension, non plus dans une solution salée, mais dans du sérum sanguin ou du plasma. C'est ce que Wiener a appelé « la réaction de conglutination » par opposition à la réaction d'agglutination.

Déjà en 1938 Marrack (9) avait établi que les anticorps pouvaient se présenter sous deux formes différentes: les uns bivalents, les autres monovalents. Les anticorps bivalents provoquent l'agglutination des globules rouges Rh positif en suspension dans le sérum physiologique; les anticorps monovalents sensibilisent les globules rouges Rh positif, les recouvrent en quelque sorte d'une couche d'anticorps, sans en produire l'agglutination. Celle-ci ne se réalise que par l'intermédiaire d'une troisième substance, une sorte de complément, une substance colloïdale présente dans tous les sérums normaux. Selon Wiener cette substance colloïdale serait vraisemblablement identique à celle décrite par Pedersen sous le nom de protéine X.

La réaction de conglutination a permis à Wiener de déceler, chez certaines personnes cliniquement sensibilisées par le facteur Rh, une immunisation autrement impossible à mettre en évidence jusque là.

La réaction de Coombs, Mourant et Race arrive aux mêmes fins mais par un procédé tout différent. Selon ces auteurs, « des globules rouges d'un type Rh approprié sont lavés et mis dans des tubes en présence du sérum à étudier. Après ½ h. d'étuve à 37°C un échantillon des globules est examiné au microscope. S'il y a agglutination on ne procède pas plus loin. Si toutefois il n'y a pas d'agglutination, il faut penser que le sérum étudié ne contient pas d'agglutinines correspondantes aux globules rouges utilisés, ou que les agglutinines présentes sont trop faibles pour provoquer l'agglutination, ou encore qu'elles sont de la variété « incomplète ». Pour vérifier ces diverses possibilités on lave les globules afin d'enlever toute trace de sérum sanguin puis on resuspend ces globules dans du sérum salé et on ajoute un volume égal d'une dilution appropriée de sérum de lapin anti-globuline humaine. Après une nouvelle incubation de 30' à 37°C, on fait une lecture macroscopique ou microscopique.

« Si les globules rouges ont été sensibilisés, à quelque degré que ce soit, par des anticorps anti-Rh faibles ou incomplets, les globulines humaines de l'anticorps anti-Rh se sont attachées à certains points de la surface des globules rouges. Le sérum de lapin anti-globuline humaine réagit spécifiquement avec les globulines fixées sur les hématies et provoque leur agglutination ».

Selon Coombs, Mourant et Race « toute condition anormale au cours de laquelle les globules rouges humains absorbent fortement les globulines à leur surface provoquerait vraisemblablement l'agglutination de ces globules par le sérum de lapin anti-globuline ». « La réaction spécifique entre les globules sensibilisés par un anticorps incomplet et le sérum de lapin anti-globuline humaine semble être presque une preuve évidente que ces anticorps sont, au moins en partie, une globuline humaine ». Ces auteurs ajoutent: « nulle protéine du sérum humain ne peut se fixer fortement sur la surface des globules rouges à moins que cette protéine ne soit de la nature des anticorps spécifiques. Ainsi seules les cellules sensibilisées seraient agglutinées par le sérum de lapin anti-globuline humaine ».

La réaction telle que décrite est un réaction

indirecte et la sensibilisation des globules se fait *in vitro*.

Dans la réaction directe les globules rouges sont sensibilisés *in vivo*. Ces globules ainsi sensibilisés mis en présence de sérum de lapin anti-globuline humaine vont également s'agglutiner et démontrer la sensibilisation.

Si on compare les réactions d'agglutination, de conglutination et de Coombs on constate des différences notables dans leur principe et qu'on peut résumer ainsi. Dans la réaction d'agglutination, les globules rouges Rh positif jouent le rôle d'antigène; le sérum de la personne sensibilisée porte les anticorps. La mise en présence de l'antigène et de l'anticorps bivalent contenu dans le sérum du patient provoque l'agglutination des globules rouges.

Dans la réaction de conglutination les globules rouges Rh positif jouent également le rôle d'antigène et le sérum de la personne sensibilisée porte de même les anticorps, mais ceux-ci peuvent être monovalents et leur mise en présence de globules rouges Rh positif sensibilise ces derniers sans toutefois en provoquer l'agglutination. Pour que celle-ci se produise il faut ajouter une troisième substance, la protéine X.

Dans la réaction de Coombs les globules rouges ne sont pas nécessairement l'antigène. Le sérum de la personne sensibilisée porte toujours l'anticorps, mais les globulines de ce sérum, porteur d'anticorps, sont des protéines qui, comme toutes les protéines, sont antigéniques. Ce sont ces globulines modifiées qui se fixent sur les globules rouges et sensibilisent ces derniers d'une manière non spécifique. Par ailleurs le sérum de lapin anti-globuline humaine qu'on ajoute aux globules rouges sensibilisés est le véritable anticorps qui agit sur les globulines enrobant les globules rouges et provoque leur agglutination. En définitive il semble que ce soient les globulines du sérum du patient et le sérum anti-gamma globuline qui jouent le rôle d'antigène et d'anticorps dans la réaction de Coombs, d'où leur application à de multiples manifestations tant sérologiques que cliniques.

Ainsi Boorman, Dodd et Loutit (10) ont publié une étude qui semble démontrer la possibilité de faire une différenciation entre l'ictère hymolytique congénital et l'ictère hémolytique acquis par l'emploi du sérum anti-globuline de Coombs. Dans l'ictère hémolytique acquis, même si l'origine de l'isoanticorps est inconnue et n'a aucun rapport avec les groupes sanguins, cet anticorps sensibilise les globules rouges qui sont agglutinés lorsque mis en présence du sérum de Coombs.

Gardner, (11) de son côté a confirmé le fait que dans certains cas d'ictère hémolytique acquis la réaction directe de Coombs peut être positive. De même une réaction indirecte peut se produire lorsque le sérum étudié est ajusté à un pH de 6,8.

De leur côté, Hall et Manion (12), dans le diagnostic sérologique de la tuberculose, ont utilisé diverses techniques dérivées de la méthode originale de Middlebrook et Dubos, hémaglutination, hémolyse conditionnée, et particulièrement une modification hémolytique de la réaction indirecte de Coombs. Sans arriver à des résultats concluants quant à la valeur diagnostique de l'une ou l'autre méthode employée, Hall et Manion signalent « qu'ils ont trouvé dans le sérum de presque tous les patients présentant une tuberculose pulmonaire active une hémolysine antituberculine alors que les épreuves d'hémaglutination et d'hémolyse de Middlebrook étaient négatives ». « L'hémolysine de Coombs serait un anticorps incomplet, incapable d'agglutiner les globules rouges sensibilisés par la tuberculine ou de fixer le complément, mais capable de s'unir à la tuberculine ».

Morgan et Schutze (13) ont utilisé la méthode de Coombs pour rechercher la présence d'anticorps anti-bactériens incomplets dans le sérum de personnes immunisées soit avec l'antigène somatique O de Sh. Shiga, soit avec le vaccin typhique TABC. Avec le sérum anti-Shiga ces auteurs ont obtenu une agglutination ordinaire du bacille de Shiga à un taux moyen de 1/25, alors qu'avec la technique de Coombs le même sérum a fourni une

agglutination s'élevant jusqu'à 1/400, soit 16 fois plus.

Dans la mononucléose infectieuse, chez un patient présentant une réaction de Paul Bonnel négative, Levine et Gilmore (14) ont démontré la présence d'un anticorps enrobant les globules rouges de mouton et rendant ces globules non agglutinables par des agglutinines actives.

Coombs et Stoker (15) ont utilisé le sérum anti-globuline chez un certain nombre de patients ayant souffert de la fièvre Q. L'antigène consistait en une suspension de Rickettsia burneti dans l'eau salée. En comparant les réactions de fixation du complément, d'agglutination directe et de sensibilisation antiglobuline, ces auteurs ont démontré que des trois méthodes employées, celle utilisant la sensibilisation anti-globuline était de beaucoup supérieure aux autres, tant par la fréquence des cas positifs observés que par le taux élevé des agglutinines trouyées.

Wilson et Merrifield (16) ont appliqué la technique de Coombs à la brucellose et ont obtenu des résultats comparables à ceux publiés par d'autres auteurs dans des infections différentes, soit un taux élevé d'agglutination avec le sérum anti-globuline alors que les réactions conventionnelles d'agglutination étaient négatives. De plus ces auteurs ont signalé, en utilisant la méthode de Coombs, l'élimination du phénomène de prozone, ce qui permettrait l'emploi d'un seul tube de sérum dilué au 1/20 ou au 1/40 comme épreuve préliminaire.

Tous ces faits semblent démontrer que la technique de Coombs offre de nombreuses possibilités sérologiques dans le domaine des réactions antigène-anticorps. Il est bien établi et depuis longtemps que les anticorps anti-Rh peuvent se présenter sous deux formes différentes, les uns complets, bivalents, les autres incomplets, monovalents. Witebsky, Mohn, Howles et Ward (17) d'une part, Tayler (18) d'autre part ont pu, par des méthodes différentes, séparer ces deux variétés d'anticorps. Wiener de son côté, et l'un des premiers, a attiré l'attention sur la nécessité de rechercher les anticorps de bloquage chez toute personne sensibilisée par le facteur Rh en particulier.

Ce qui est vrai pour le facteur Rh semble l être également pour de nombreux autres systèmes antigène-anticorps comme on vient de le constater et ceci implique dans le diagnostic sérologique des maladies une révision de la technique ordinairement utilisée, l'agglutination de l'antigène (bactéries, cellules) par l'anticorps contenu dans le sérum du patient.

A la lumière des faits rapportés par de nombreux auteurs et dans des domaines aussi différents que la sensibilisation par le facteur Rh, l'ictère hémolytique acquis, la mononucléose infectieuse, la fièvre Q ou la brucellose il .y a lieu, si la technique de l'agglutination simple ne donne pas de résultats positifs de compléter l'épreuve par la recherche des anticorps incomplets au moyen du sérum de Coombs.

BIBLIOGRAPHIE

(1) *The Lancet,* **249**: 15-16 (7 juillet) 1945.
(2) *Bull. Soc. Chim. Biol.,* **27**: 1091, 1944.
(3) *Brith. Journ. Exp. Path.,* **26**: 255, 1945.
(4) *Ann. Int. Med.,* **12**: 2306, 1940.
(5) *J. A. M. A.,* **113**: 126, 1939.
(6) *J. A. M. A.,* **116**: 825, 1941.
(7) *Proc. Soc. Exp. Biol. and Med.,* **56**: 173 (juin) 1944.
(8) *Journ. Lab. and Clin. Med.,* **30**: 662 (août) 1945.
(9) *Medical Council Special Report,* séries No 230, Londres, 1938.
(10) *The Lancet,* 812 (1 juin) 1947.
(11) *Journ. Clin. Invest.,* **28**: 783, 1949.
(12) *Journ. Clin. Invest.,* **30**: 1544, 1951.
(13) *British Journ. Exp. Path.,* **27**: 286, 1946.
(14) *Science,* **101**: 411, 1945.
(15) *The Lancet,* 15 (juillet) 1951.
(16) *The Lancet,* 913 (novembre) 1951.
(17) *Proc. Soc. Exper. Biol.,* **61**: 1946.
(18) *Journ. of Immunol.,* **51**: 157, 1945.

REVUE GÉNÉRALE

TRAITEMENT MÉDICAL ET CHIRURGICAL DE L'OSTÉOPOROSE, DES OSTÉOMYÉLITES ET DU RACHITISME[1]

Paul VIGNEAU,
Assistant au service d'orthopédie, Hôpital Général de Verdun (Montréal).

On m'a demandé de traiter brièvement de 3 affections de la pathologie osseuse.

Nous commencerons d'abord par les ostéoporoses.

Ostéoporoses

Les ostéoporoses sont de deux ordres: généralisées et localisées.

Les ostéoporoses généralisées sont d'origine hormonale. Elles comprennent:

a) La maladie de Recklinghausen encore appelée ostéite fibrokystique ou ostéose parathyroïdienne ou encore ostéo-dystrophie fibreuse.

b) Les ostéoporoses par hyperthyroïdisme.

c) Les ostéoporoses séniles.

Les ostéoporoses localisées sont d'origine vasomotrice et reconnaissent pour cause soit l'infection ou le traumatisme. Elles sont causées par:

a) Les ostéites pyogéniques, tuberculeuses et

b) les ostéoses post-traumatiques qui comprennent l'atrophie de Sudëk.

Avant de discuter plus en détail ces différentes formes d'ostéoporoses, il est bon de dire que dans cette affection, quelles que soient l intensité de la décalcification, sa distribution, son aspect radiologique (homogène ou moucheté), la charpente conjonctive reste en place, prête à fixer à nouveau les sels calciques.

La décalcification n'est en général pas un phénomène irréversible.

1. Travail présenté à une séance hebdomadaire de Thérapeutique Pratique et de Matière Médicale à l'Hôpital Général de Verdun.

Ostéoporoses généralisées

Maladie de Recklinghausen

Cette dystrophie est caractérisée anatomiquement par une transformation fibro-géodique de l'os, chimiquement par des douleurs osseuses avec incurvations du squelette, fractures pathologiques, biologiquement par des troubles accentués du métabolisme calcique, c'est-à-dire augmentation de la calcémie et de la calciurie, le tout lié à l'existence d'un adénome parathyroïdien.

Elle frappe surtout les sujets de 20 à 30 ans, parfois les sujets plus âgés et très rarement la première enfance.

C'est une affection qui évolue en 3 phases:

a) une période de latence qui dure de 1 à 7 ans.

b) une période d'extériorisation dont les signes dominants sont les douleurs localisées au rachis, aux membres inférieurs avec exacerbations nocturnes; en plus, fatigue, asthénie et troubles digestifs souvent très accentués.

c) une période d'état où les symptomes osseux dominent la scène avec fractures spontanées surtout des os longs, des clavicules et des côtes. Ces fractures peuvent même se produire au lit.

Les examens de laboratoire montrent:

1° l'hypercalcémie s'élevant jusqu'à 120 à 200 mgms.

2° la calciurie est environ 3 fois plus élevée que la normale.

3° le phosphore du sérum est très abaissé.

4° la phosphatase du sang est de 5 à 10 fois plus abondante que normalement.

5° le métabolisme basal est normal.

Traitement

Le seul traitement efficace est l'ablation d'un adénome parathyroïdien. Si la guérison n'est pas obtenue il ne faut pas oublier la fréquence relative des adénomes multiples et réintervenir. Si on ne trouve pas l'adénome, il faudra réséquer prudemment la masse glandulaire des parathyroïdes hypertrophiées.

L'ablation d'un adénome entraîne souvent des signes de tétanie dans les heures ou les jours qui suivent. Cette tétanie cèdera habituellement à l'administration buccale de calcium et dans les cas graves à l'injection intraveineuse de sels de calcium combinée à l'injection d'extrait parathyroïdien.

La guérison clinique survient progressivement.

Elle est le plus souvent étonnante.

Il se produit une fixation des déformations avec récalcification de l'os.

Les douleurs disparaissent, le tonus musculaire revient. La solidité osseuse n'est acquise que plusieurs mois après cependant. On veillera au cours de cette période de reconstruction à la consolidation des fractures et parfois au redressement d'os encore malléables.

Il est bon de donner aux malades un régime riche en minéraux. On peut utiliser à petites doses les rayons ultra-violets et l'ergostérol.

Ostéoporose par hyperthyroïdisme

Il peut se produire une décalcification assez généralisée du squelette dans les cas d'hyperthyroïdisme prolongé.

On ne connaît pas bien le mécanisme de cette décalcification et alors que le calcium et le phosphore inorganique du sérum restent en-deça des limites normales, leur excrétion dans les urines et les selles est beaucoup augmentée.

La pression digitale sur l'os entraîne une forte douleur.

Les os longs se fracturent facilement et les corps vertébraux peuvent s'affaisser.

La thyroïdiectomie partielle arrête le processus, mais n'est pas toujours suivie de récalcification des os atteints.

Ostéoporose sénile

On la rencontre surtout chez les gens âgés évidemment, mais parfois aussi chez les gens d'âge moyen.

Elle est caractérisée par une décalcification des corps vertébraux qui parfois s'affaissent spontanément ou à la suite d'un traumatisme très léger. Elle se localise à un groupe de vertèbres et parfois à plusieurs groupes de vertèbres, dont les corps s'affaissent antérieurement et comme les disques intervertébraux restent normaux et conservent leur élasticité, ils s'expandent dans l'os mou et prennent l'apparence de lentilles biconvexes.

Le plus souvent, il n'y a pas d'histoire de traumatisme et les patients se présentent en se plaignant de douleurs au dos avec déformation croissante du rachis.

Dans les cas d'affaissement important, on rencontre des phénomènes de compression et de pincement des racines nerveuses avec douleurs intolérables dans leur distribution, ainsi que spasme des masses musculaires paravertébrales.

Le traitement consiste dans le port d'appareils orthopédiques de soutien: « Taylor Brace » ou corset en coty avec baleines rigides. Il est parfois nécessaire de faire coucher ces patients dans des lits plâtrés pour empêcher la douleur et prévenir les déformations trop grandes.

Dans les cas les plus graves, les barbituriques souvent ne suffisent pas à calmer la douleur et il faut avoir recours à des mesures plus drastiques telles que les injections intrarachidiennes d'alcool ou encore section des racines nerveuses sensitives.

OSTÉOPOROSES LOCALISÉES

Quant aux ostéoporoses localisées d'origine vasomotrice et reconnaissant pour cause l'infection, qu'il me suffise de dire qu'elles regressent avec le traitement des différentes ostéites pyogéniques ou tuberculeuses qui les causent: le traitement de ces dernières est chirurgical et médical.

Le traitement chirurgical comprend la ponction d'un abcès; ouverture et drainage; curettage du foyer d'ostéite.

Le traitement médical se fait par l'emploi des différents antibiotiques suivant la sensibilité des agents pathogéniques en cause.

Ostéoporose localisée post-traumatique ou atrophie de Sudek ou encore disease atrophy

Consécutive à une fracture ou une entorse ou une contusion osseuse, cette complication s'accompagne de douleurs intenses et de troubles circulatoires importants.

Les cas les moins graves guérissent assez bien si l'on tient le membre atteint élevé et que l'on fait une mobilisation graduelle avec exercices musculaires actifs avec ou sans mouvement des articulations sus et sous-jacentes.

Mais dans les cas plus rebelles, il faut parfois avoir recours à un blocage paravertébral lombaire ou brachial suivant le membre atteint suivi de physio et mécano-thérapie. On a parfois également recours à la sympathectomie péri-artérielle et même la ganglionectomie. Ces opérations doivent être assez précoces, c'est-à-dire en-deça de 5-6 mois, autrement les résultats sont souvent décevants.

Rachitisme

Le rachitisme est une dystrophie osseuse de croissance, affection chronique, évoluant durant les premières années de l'enfance, caractérisée essentiellement par des déformations osseuses avec gonflement apparent des épiphyses, incurvations osseuses, déformations, résultant de la malléabilité de l'os.

Le rachitisme est secondaire à une série de carences: carence solaire et lumineuse; carence phosphorée, carence du facteur antirachitique (facteur D) qui doit activer les stérols activables contenus dans les cellules cutanées et dans l'organisme.

Sous l'effet de la thérapeutique médicale, les rachitismes décelés suffisamment précocement guériront, et les déformations auront tendance à disparaître. C'est là une raison essentielle pour rejeter à ce moment un traitement chirurgical ou orthopédique. Une seconde raison est que, sauf durant la période de début, essentiellement médicale, la malléabilité de l'os rachitique est beaucoup plus biologique que physique. L'os s'incurve sous le poids du corps, il se redresse sous l'action d'une thérapeutique médicale appropriée.

Vouloir intervenir chirurgicalement durant la période du rachitisme est doublement illogique: d'une part, on redresserait des courbures qui auraient guéri par le seul traitement médical, d'autre part des opérations itératives deviendraient nécessaires si le rachitisme continuait à évoluer.

Après ces quelques commentaires d'ordre général, nous parlerons très brièvement des signes cliniques de cette affection.

Le nourrisson qu'on nous présente a vraiment un aspect caractéristique: le crâne est volumineux, le thorax est rétréci par un sillon de striction sous-mammaire, les articulations chondro-costales forment une série de nouures. Ce thorax grêle réunit, selon l'expression de Broca, les deux boules du crâne et de l'abdomen. Cet abdomen en effet, s'il reste flasque et hypotonique, se trouve distendu par un météorisme accentué, réalisant le gros ventre des rachitiques.

Pour le chirurgien, les déformations des membres sont les plus importantes et sont de deux types, les nouures et les incurvations.

Les nouures sont des tuméfactions des épiphyses réalisant des bourrelets excessifs, que l'on voit et que l'on apprécie, en particulier aux poignets, aux cou-de-pieds, aux genoux.

Les incurvations sont de deux ordres: diaphysaires ou juxta-épiphysaires.

Les incurvations diaphysaires sont rares aux membres supérieurs et ne se produisent que sous une action musculaire qui tend à accentuer la courbure de l'avant-bras sur le bras.

C'est surtout aux membres inférieurs que les déformations sont les plus importantes à cause de l'action du poids du corps sous l'in-

fluence de la marche ou de la station debout.

Toute une pléiade de déformations diaphysaires est possible: incurvations du fémur ou du tibia ou des deux à la fois, à convexité antérieure ou externe et même postérieure pour le tibia surtout.

Parmi les incurvations juxta-diaphysaires, la coxa-vara rachitique est une des plus intéressantes, le genu-valgum rachitique restant la déformation la plus fréquente. La coxa-vara rachitique entraîne une démarche disgracieuse avec une sorte de balancement de canard qui peut évoquer la luxation congénitale.

Le genu-valgum est une déformation à grande courbure due à l'incurvation juxta-épiphysaire du fémur et du tibia.

Le genu-varum est moins fréquent.

Le genu-recurvatum encore plus rare.

Les déformations vertébrales rachitiques sont fréquentes. Sous l'influence du poids du corps, la colonne vertébrale s'affaisse pour réaliser une xyphose dorso-lombaire. Secondairement, la torsion du rachis entraîne une scoliose, variable dans son aspect et dont le sommet correspond en général à la région dorsale.

Evolution et complications du rachitisme

Le traitement médical permet aujourd'hui d'enrayer et de guérir presque tous les cas de rachitisme.

Ce n'est qu'exceptionnellement qu'on peut voir encore aujourd'hui le nanisme rachitique. Une des complications est la déformation du bassin, avec rétrécissement du détroit supérieur, cause de dystocie.

La complication chirurgicale du rachitisme est la fracture: elle survient après un traumatisme minime presque comme une fracture spontanée. Elle passe d'ailleurs d'autant plus facilement inaperçue qu'il s'agit en général d'une fracture sous-périostée sans gros déplacement mais avec tassement en coudure. Cette coudure détermine une inflexion lente du rachitisme. Ces fractures consolident bien mais lentement et déterminent souvent un gros cal.

Formes cliniques

Je les énumère seulement:
Rachitisme congénital;
Rachitisme tardif de la période pubertaire;
Rachitisme rénal;
Rachitisme cæliaque;
Rachitisme céphalique.

Diagnostic

Le diagnostic du rachitisme est relativement facile. Cependant quelques déformations particulières sont sources d'erreur.

Les inflexions congénitales du tibia ne doivent pas être confondues avec des lésions rachitiques, car leur attaque chirurgicale pour redressement peut provoquer une pseudarthrose secondaire, infirmité plus grave que la lésion primitive.

La xyphose rachitique présente une grande courbure et ne peut guère éveiller l'idée d'un mal de Pott, malgré la fréquence de cette affection dans le jeune âge.

Dans les cas de xyphose rachitique, le rachis reste souple alors que dans le mal de Pott, il est rigide.

Il ne faut pas confondre le coxa-vara rachitique avec une luxation congénitale de la hanche.

Enfin, la fracture rachitique méconnue, par son gros cal, peut faire penser à un sarcome.

Traitement

Le traitement du rachitisme, essentiellement médical, est basé sur l'utilisation des éléments thérapeutiques suivants: l'héliothérapie, l'huile de foie de morue, les produits irradiés, vitaminothérapie A et D.

Traitement orthopédique

Durant la période d'évolution de l'affection, le décubitus strict est le seul moyen d'empêcher l'aggravation des déformations.

La station assise, en cas de xyphose rachitique, doit être formellement proscrite et le meilleur procédé thérapeutique est le lit plâtré qui est également chez le jeune, le meilleur moyen d'éviter l'aggravation d'une scoliose

rachitique dont l'évolution est souvent particulièrement grave.

Pour les déformations juxta-épiphysaires et même pour les inflexions tibiales, grâce aux appareils plâtrés à chambre libre qui permettent d'exercer une pression douce et constante du côté de la convexité de la déformation, on obtient des résultats intéressants et cette méthode est préférable à celle des redressements plus brusques par plâtres successifs.

Toute intervention sanglante correctrice est contre-indiquée avant la fin de l'évolution, c'est-à-dire avant 4, 5 ou 6 ans.

L'indication opératoire la plus fréquente est l'inflexion du tiers inférieur du tibia chez le jeune de 4 à 5 ans, nous pensons qu'il est inutile de pratiquer l'ostéotomie à ciel ouvert. Nous obtenons des résultats excellents par l'ostéoclasie manuelle qui peut s'effectuer sans difficulté et sans brutalité aucune en la faisant précéder d'une série de perforations osseuses percutanées effectuées dans un plan perpendiculaire à l'axe de l'os au niveau de l'ostéoclasie et qui affaiblissent ainsi la solidité de l'os. Plus tard, chez le grand enfant, en raison de l'éburration et de l'épaississement de la corticale, il faut avoir recours tant au tibia qu'au fémur à l'ostéotomie. Dans les cas de genu-valgum, on aura recours à l'ostéotomie sus-condylienne simple ou cunéiforme suivant les indications.

Dans les cas d'association de genu-valgum et de pied valgus, une semelle orthopédique à bord interne surélevé est indispensable.

Ostéomyélites

Nous décrirons l'ostéomyélite de l'enfant et de l'adolescent, l'ostéomyélite de l'adulte et l'ostéomyélite du nourrisson.

Ostéomyélite de l'enfant et de l'adolescent

La porte d'entrée microbienne est soit une petite plaie, une furoncle, panaris, angine; le staphylocoque se localise électivement au niveau d'une région diaphysaire proche du cartilage conjugual métaphyse ou bulbe osseux.

Etude clinique

Le début est le plus souvent brutal et caractérisé par:

1° une fièvre élevée autour de 103° et frissons;

2° un état général d'emblée touché: pouls rapide, facies pâle, traits tirés, prostration ou plus souvent agitation et même délire;

3° une douleur vive au niveau d'une métaphyse avec augmentation de la chaleur locale.

La palpation douce révèle avant tout un signe caractéristique qui doit emporter le diagnostic: douleur intense élective, immédiatement au niveau du cartilage conjugual se retrouvant sur toute la circonférence de l'os et en particulier aux joints diamétralement opposés, c'est la douleur de part en part. Il n'existe pas d'adénopathie inguinale tout au moins au début. En procédant avec douceur on parvient à faire bouger l'articulation.

Tous ces signes nous aident à ne pas confondre avec le rhumatisme articulaire aigu et l'arthrite aiguë.

A cette période initiale, il est impossible de prévoir l'évolution de l'ostéomyélite et son état de gravité.

On fait une immobilisation rigoureuse dans un appareil plâtré et on fait une hémoculture.

Evolution

1° *Formes toxiques*

Elles sont heureusement rares. L'enfant est dans un état d'adynamie profonde, prostré ou très agité, les lèvres sèches, le facies cyanosé. Les signes locaux sont estompés. En général, la mort survient en hyperthermie, 104°, 105°, au bout de 2 à 3 jours souvent même avant que le résultat, toujours positif, de l'hémoculture ne soit connu.

Ces formes toxiques sont au-dessus des ressources chirurgicales.

2° *Formes septico-pyohémiques*

La fièvre reste élevée, l'état général inquiétant et des foyers d'ostéomyélites multiples apparaissent, tantôt simultanément, tantôt successivement.

Ces formes à localisations osseuses multiples sont graves, mais susceptibles de guérison et en tout cas, bien moins graves que les formes septico-pyohémiques avec localisations viscérales, suppurées, telles que péricardite suppurée, pleurésie purulente, unilatérales ou bilatérales, abcès des poumons, néphrite suppurée, presque toujours mortelles en quelques semaines.

3° *Forme aiguë localisée*

C'est la forme essentiellement chirurgicale. La température reste élevée avec oscillations à 102°-103°, l'hémoculture est pratiquement toujours positive et les signes locaux se précisent plus ou moins rapidement suivant la profondeur de l'os.

La pratique, presque universellement admise aujourd'hui, de l'immobilisation plâtrée stricte s'oppose à la diffusion phlegmoneuse et favorise la formation d'un abcès sous-périosté mieux circonscrit; quand cet abcès est collecté, la température tombe entre le 8e et le 12e jour. Les douleurs diminuent et au bout de 15 à 20 jours, l'hémoculture devient négative.

L'incision pratiquée à ce stade donne issue à un pus séreux ou sérohématique où surnagent des gouttelettes graisseuses et mélangées à des débris sphacéliques, témoignant des propriétés nécrosantes et hémolitiques des toxines staphylococciques.

Après l'incision de l'abcès, l'amélioration se confirme et la guérison par bourgeonnement progressif sans fistule peut s'effectuer sans encombre.

Cependant, la formation de séquestres est fréquente et il peut persister une ou plusieurs fistules purulentes.

L'on entre alors dans l'ostéomyélite prolongée chronique, si rebelle et souvent si décevante au point de vue thérapeutique. Si l'on n'intervient pas par une séquestrectomie complète, la fistule persiste et de temps à autre apparaissent des phénomènes de rétention avec boursoufflures de la cicatrice, rougeur, fièvre, douleurs.

Au cours de cette longue évolution de l'ostéomyélite prolongée, qui peut persister presque indéfiniment, malgré des interventions itératives, peut survenir toute une série de complications, fractures spontanées, déformations osseuses, allongement ou raccourcissement du membre par excitation ou destruction du cartilage conjugual, dégénérescence épithéliomateuse du vieux trajet fistuleux avec propagation néoplasique intra-osseuse.

D'autres fois, l'infection s'étend à la totalité de la diaphyse, envahissant même le cartilage conjugual opposé; ces pandiaphysites sont justifiables de la résection.

Une troisième éventualité fréquente, grave pour le membre et la vie, est la propagation de l'infection dans l'articulation voisine. L'arthrite suppurée est une complication grave et redoutable et peut aboutir à la mort ou nécessiter l'amputation.

Dans les cas les plus favorables, elle aboutit à une ankylose qui doit s'effectuer en bonne position sans luxation ou sub-luxation pathologique.

4° *Formes légères résolutives*

Après une flambée initiale de quelques jours, les phénomènes inflammatoires tournent court et n'aboutissent pas à la suppuration. Tardivement, il peut se développer un abcès résiduel qui guérit après une simple ponction ou qui se fistulise avec présence d'un séquestre.

Traitement

Au stade aigu

Le patient doit être immédiatement hospitalisé.

On doit aussitôt faire la recherche de l'identification de l'agent pathogène en cause. Dans 85% des cas, l'ostéomyélite est due au staphylocoque doré, mais elle peut également être attribuable au streptocoque et un prélèvement des mucosités du nez, de la gorge, doit être fait ou de tout foyer infectieux décelable ainsi qu'une hémoculture.

Une diète riche en calories, en protéines et en glucides doit être prescrite de même qu'une diète liquide abondante.

Si le patient vomit, on doit prescrire 2 à 3 litres de solution saline normale glucosée à 5%, I.V., par 24 heures.

Certains agents pathogènes de l'ostéomyélite sont hémolytiques et il faut alors donner des transfusions de sang total.

Durant la période aiguë, de toxémie, on doit prescrire de petites transfusions de 150 cc à 250 cc suivant le poids du patient à des intervalles de 3 à 5 jours même si la formule sanguine est bonne.

Un examen systématique complet et général doit être fait de tous les systèmes, en particulier du cœur pour dépister une possibilité de péricardite, et du rein pour néphrite suppurée.

Le membre atteint doit être immobilisé dans un plâtre incluant les articulations sus et sous-jacentes.

S'il y a présence de liquide dans une articulation, celle-ci doit être ponctionnée avant l'application du plâtre.

Un test de sensibilité aux différents antibiotiques sera fait, lorsque possible, et on aura alors recours aux sulfamidés, à la pénicilline, à l'auréomycine, à la terramycine, à la bacétracine, etc., ou encore, à l'association de deux ou plusieurs de ces différents antibiotiques à la fois.

En présence d'un abcès sous-périosté bien collecté on procédera à la ponction ou à l'ouverture de cet abcès.

La trépanation avec évidement large se fait plus rarement maintenant et dans les cas rebelles on a plutôt recours à la résection diaphysaire vers le 20e ou 30e jour.

Cette intervention constitue le meilleur préventif de l'ostéomyélite prolongée.

En cas de pyarthrose confirmée, rebelle aux ponctions, il faudra recourir à l'arthrotomie.

En cas d'arthrite avec fusées purulentes étendues, l'amputation pratiquée à temps reste la seule ressource.

Au stade de l'ostéomyélite prolongée

Il faut:

1° Nettoyer le foyer par l'ablation du ou des séquestres et de l'os infecté.

2° Obtenir le comblement et l'épidermisation de la cavité d'évidement.

Le comblement peut se faire au moyen de plasties musculaires pédiculées, traitement abandonné il y a 20 ans et auquel on revient maintenant et qui donne d'excellents résultats avec la nouvelle arme des antibiotiques.

Ostéomyélite de l'adulte

1° Forme hyperostosante et nécrosante. Elles se superposent aux formes résolutives de l'adolescent dont on a déjà parlé.

2° Suppuration osseuse centrale.

Traitement: ouverture et curettage de l'abcès et drainage.

3° Suppuration osseuse périphérique avec abcès ossifluent nécessitant de larges évidements précoces.

Ostéomyélite du nourrisson

On rencontre avec une fréquence à peu près égale le streptocoque et le staphylocoque comme agent pathogène.

Son pronostic est beaucoup plus favorable que chez l'adolescent.

La guérison survient en général assez rapidement après l'incision de l'abcès.

Elle est rarement suivie d'ostéomyélite prolongée.

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 82, No 5 — Montréal, mai 1953

L'EXPLORATION RADIOLOGIQUE DES SURRÉNALES PAR LA RÉTROPÉRITONÉOGRAPHIE

L'étude clinique de la physio-pathologie des surrénales a fait des progrès considérables depuis quelques années. Les recherches sur le mécanisme pathogénique du choc traumatique entreprises dès le début de la dernière guerre par des équipes américaines, anglaises et canadiennes (notamment par le professeur J. S. L. Browne et ses collaborateurs), les travaux tant discutés du professeur Hans Selye sur le syndrome d'adaptation, l'utilisation thérapeutique de la corticotrophine hypophysaire (ACTH) et de la cortisone non seulement dans le traitement des défaillances et des déficiences cortico-surrénales mais aussi dans le traitement d'affections très diverses, en particulier des lésions de collagénose chronique, l'introduction en clinique d'épreuves fort utiles comme le test de Thorn (numération absolue des polynucléaires éosinophiles avant et après injection d'AC TH) et le dosage des 17-cétostéroïdes et des 11-oxystéroïdes urinaires, etc., toutes ces études et toutes ces expériences nous ont amenés à mieux comprendre la genèse des syndromes cortico-surrénaux tels que le syndrome de Cushing, la macrogénitosomie précoce, le pseudo-hermaphroditisme, etc, et le rôle prépondérant que jouent les capsules surrénales dans l'organisme.

Sur le plan anatomique cependant, les procédés d'exploration des surrénales restaient jusqu'à ces toutes dernières années fort grossiers ou aléatoires. L'on sait que les capsules surrénales, perchées au sommet des reins et à l'intérieur de la coupole diaphragmatique, sont habituellement inaccessibles aux doigts du clinicien, sauf dans de rares cas de tumeur volumineuse ou de néphroptose prononcée.

Le pneumo-rein

Dès 1921, Rosenstein avait préconisé une méthode pour mettre en lumière sur l'écran radiographique les reins et les surrénales grâce à l'introduction d'air dans la loge rénale. La technique inventée par l'auteur allemand consistait à enfoncer une aiguille à ponction lombaire dans l'angle costovertébral, à travers les plans musculaires et aponévrotiques, et jusqu'au niveau de la loge rénale et à injecter à ce moment une quantité d'air suffisante pour remplir l'atmosphère du rein et pour permettre à celui-ci ainsi qu'à son capuchon surrénal de se découper plus ou moins nettement sur un fond aérien.

Les inconvénients de cette méthode étaient nombreux. A l'usage, elle s'avérait à la fois incertaine et dangereuse. Si l'opérateur était assuré de son point de repère cutané, il était beaucoup moins sûr du trajet qu'allait suivre son trocart à l'intérieur des tissus et il risquait de pratiquer son injection d'air en dehors de la loge rénale elle-même. En cas d'anomalie de position du couple rein-surrénale, ce risque d'erreur

Reese et MacLean, *Can. Med. Ass. J.*, **67**: 632 (décembre) 1952.
Fagerberg, *Acta Radiologica*, **37**: (juin) 1952.

prenait une valeur absolue. De toute façon, il était contraint de pratiquer deux injections pour explorer le contenu de chaque loge, bien heureux s'il parvenait à les éclairer toutes deux. Aux risques d'échecs s'ajoutait la possibilité d'accidents graves et de mort par embolie gazeuse. Si bien qu'en plusieurs centres, ce procédé d'exploration était tombé complètement en désuétude.

La pneumo-péritonéographie

En 1947, un auteur espagnol Ruiz Rivas, préconisa une méthode à la fois plus pratique et moins hasardeuse d'exploration de la loge rénale. Rivas mit à profit une notion anatomique importante, à savoir que la loge rénale est délimitée par le fascia péri-rénal de Gérota dont les deux feuillets se joignent, en haut, au-dessus des surrénales pour s'insérer sur le diaphragme, à l'intérieur, au niveau des corps vertébraux, à l'extérieur, au niveau du bord externe du rein, mais ne se joignent pas en bas alors qu'ils s'amincissent et vont se perdre dans le tissu conjonctif lâche de l'espace rétropéritonéal formant ainsi une espèce de sac à ouverture inférieure; comme par ailleurs l'espace rétropéritonéal est continu avec la fosse iliaque et que cette région est très peu vascularisée, Rivas conçut l'idée d'injecter de l'air dans la dépression du sacrum à l'arrière du rectum, dans l'espoir que l'air s'infiltrerait jusque dans les loges rénales elles-mêmes. Il réussit ainsi à bien délimiter les contours des organes rétropéritonéaux avec beaucoup plus de facilité et de succès que ses prédécesseurs n'étaient parvenus à le faire avec la méthode du pneumorein de Rosenstein.

Résultats et intérêt de la pneumo-péritonéographie

La pneumo-péritonéographie est devenue maintenant d'usage courant dans les grandes cliniques américaines et européennes. Au Canada, Reese et MacLean, du département d'urologie de l'hôpital Royal Victoria, ont publié en décembre 1952 les résultats qu'ils ont obtenus à l'aide de cette méthode dans le diagnostic des affections rénales. Avec la collaboration de notre excellent collègue, le docteur Jacques Sylvestre, du département de radiologie de l'Hôtel-Dieu, nous avons recouru à la pneumo-péritonéographie pour étudier l'aspect structural des capsules surrénales chez plusieurs malades porteurs d'affections endocriniennes telles que l'acromégalie, l'hirsutisme essentiel, le syndrome de Cushing, l'hypertension essentielle, etc. Nous nous proposons de publier sous peu nos observations en collaboration avec le docteur Sylvestre. Nous décrirons alors avec plus de minutie la technique de la rétropéritonéographie. Qu'il nous suffise pour l'instant de rappeler que l'on utilise maintenant l'injection d'oxygène à la place de l'air, que l'injection se pratique sous anesthésie locale, à l'aide d'un trocart à ponction lombaire, en piquant latéralement à un centimètre de l'extrémité inférieure du coccyx et en dirigeant ensuite le trocart vers la dépression sacrée, c'est-à-dire dans la direction opposée du rectum, le malade étant couché sur le ventre, les cuisses pendantes ou mieux encore appuyé sur sa poitrine et ses genoux. Quand l'opérateur sent que son aiguille est libre dans la dépression sacrée, il injecte alors, lentement, une quantité d'oxygène variable suivant les

sujets et variant de 600 à 1 600 cc. d'oxygène ou plus. Il fait ensuite asseoir son malade pendant 15 minutes ou il le retourne sur le dos et lui demande de se lever et de se coucher dix fois afin d'assurer une bonne diffusion de l'oxygène. Il pratique ensuite ses clichés.

Les malaises éprouvés par le malade au cours de l'examen sont minimes: sensation de distension ou douleur au sommet de l'épaule traduisant une irritation diaphragmatique. Ces malaises s'amendent d'ailleurs rapidement.

Par contre, les avantages de la rétropéritonéographie sont nombreux. Tout d'abord, il suffit d'une seule injection d'oxygène pour mettre en lumière le contenu des deux loges rénales. Si l'on a pris soin auparavant de bien évacuer l'intestin des matières et des gaz et que l'opérateur est familiarisé avec la technique de cette opération, dans chaque cas l'on voit se détacher avec netteté, sur fond gazeux, les reins, les surrénales et aussi, parfois la rate et le foie. Chez les sujets obèses les résultats peuvent être cependant moins satisfaisants.

Ce procédé d'exploration est très précieux pour l'endocrinologue désireux de connaître l'aspect, les dimensions et les contours des capsules surrénales, il est indispensable pour le diagnostic des tumeurs corticales et du phoeochromocytome et pour guider le chirurgien avant la surrénalectomie. Il est un adjuvant précieux pour l'urologue dans le diagnostic de certaines altérations morphologiques du rein, reins polykystiques, néoplasmes, reins ectopiques ou hypoplasiques, etc. Il peut enfin faciliter le diagnostic de lésions néoplasiques rétropéritonéales, métastases ganglionnaires juxta-aortiques, leucémie, maladie de Sternberg, etc.

Paul DUMAS.

HYGIÈNE ET MÉDECINE SOCIALE

LE BILAN-SANTÉ À MONTRÉAL EN 1952 [1]

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

Le bilan-santé de Montréal en 1952 est très satisfaisant, comme le démontrent les statistiques préliminaires et faits saillants de l'année.

1° *Faits démographiques*

Une nouvelle baisse de la mortalité générale et une diminution très marquée de la mortalité par tuberculose sont les deux faits principaux de l'année 1952. En effet, le taux de *la mortalité générale* est descendu de nouveau à *9,5 par 1 000 de population*, comparativement au taux de 9,7 pour les deux dernières années 1950 et 1951 et 11.0 en 1943; *la mortalité par tuberculose* accuse, de son côté, une baisse très appréciable et a atteint le taux le plus bas jamais obtenu jusqu'ici, soit *23,4 décès par 100 000 de population*, comparativement à 35,4 en 1951 et 79,2 il y a 10 ans.

La mortalité par diphtérie a de nouveau diminué en 1952, avec 30 cas et 2 décès (ce qui est encore trop quand on a à sa disposition une mesure préventive aussi efficace que l'immunisation), soit un taux de mortalité de *0,2 par 100 000 de population*, comparativement à 0,4 en 1951 et 2,8 en 1942.

Les cas de typhoïde et de poliomyélite ont aussi été moins nombreux en 1952, soit 27 et 23 respectivement, *sans aucune mortalité.*

Par contre, les maladies du cœur et le cancer, avec des taux respectifs de décès en 1952 de *361,4* et de *159,7* par 100 000 de population, comparativement à 355,6 et 159,1 en 1951, *accusent une augmentation et demeurent les deux premières causes de décès; le diabète* a un taux de décès légèrement plus élevé en 1952, soit *17,8* par 100 000 de population, comparativement à 16,7 en 1951.

Les morts violentes et accidentelles ont diminué en 1952. On a enregistré 475 décès, comparativement à 506 en 1951, et le taux de mortalité a été, en 1952, de *45,9 par 100 000 de population*, comparativement à 49,5 en 1951. Parmi ces morts, *deux causes* accusent une augmentation, ce sont *les accidents d'auto*: 149 décès et un taux de *14,4* par 100 000 de population, comparativement à 141 décès et un taux de 13,8 en 1951, et *les noyades*: 71 décès avec un taux de *6,9* en 1952, comparativement à 49 décès et un taux de 4,8 en 1951.

Les naissances ont diminué de 40 en 1952 soit 24 700, comparativement à 24 740 en 1951, leur taux étant de 23,9 par 1 000 de population, contre 24,2 en 1951. *Les mariages* ont aussi diminué: 11 100 en 1952 contre 11 142 en 1951; le taux en 1952 est 10,7 par 1 000 de population, contre 10,9 en 1951.

La mortalité infantile a légèrement augmenté avec un taux de décès de *44,3* décès par 1 000 naissances vivantes, comparativement à 42,6 en 1951; par contre, *la mortalité par diarrhée infantile* accuse une nouvelle diminution avec un taux de *2,1* par 1 000 naissances vivantes, comparativement à 2,2 en 1951 et 9,3 en 1944; soit *53 décès* en 1952 contre 54 en 1951 et 195 en 1944 attribuables à cette cause.

La mortalité maternelle est aussi légèrement plus élevée avec un taux de *1,01* par 1 000 naissances vivantes en 1952, comparativement à 0,90 en 1951.

La situation des maladies contagieuses, mal-

1. Causerie prononcée à l'émission « Tribune des Conférenciers de CKAC — Quart d'heure de Concordia », lundi, 19 janvier 1953, à 10.30 heures p.m.

gré une augmentation du nombre de cas en 1952, a continué d'être aussi favorable avec une *mortalité inférieure, pour la première fois, à 3 décès par 100 000 de population;* il n'y eut que *22 décès* attribuables à ces maladies, comparativement à 26 les deux années précédentes. Le nombre des cas déclarés a été de 16 496 contre 12 668 en 1951, soit près de 4 000 cas de plus.

C'est la rougeole qui, durant les premiers mois de l'année 1952, fut responsable de cette hausse avec 6 365 cas rapportés et 8 décès par rapport à 2 573 cas et 8 décès en 1951.

Durant les premiers mois de 1952, les cas de scarlatine furent rapportés en plus grand nombre et les chiffres s'établissent pour l'année entière à 3 131 cas et 1 décès, comparativement à 1 562 cas et 1 décès en 1951.

Au cours de l'année 1952, le nombre des cas de coqueluche a augmenté, principalement à partir du mois de juin et 1 729 cas et 4 décès furent enregistrés en regard de 847 cas et 3 décès seulement en 1951.

Le nombre et le taux des décès par *grippe* et *pneumonies,* soit 372 décès et 35,9 par 100 000 de population, sont aussi diminuées en 1952, comparativement à 1951 où ils avaient été de 534 décès avec un taux de 52,3.

La syphilis accuse une *nouvelle diminution* en 1952, avec 56 décès et un taux de décès de 5,4 par 100 000 de population, comparativement aux taux de 6,2 en 1951 et 16,4 en 1942.

2° *Principaux événements de lannée 1952*

Les principaux événements de l'année 1952 sont les suivants:

1. *La construction, en 1952,* a été plus considérable et le nombre des nouveaux logements est passé à *8 900* contre 6 910 en 1951; malgré cet essor nouveau, le problème du logement demeure toujours aigu à Montréal. Les données du recensement fédéral ont révélé que la population de Montréal, au cours des dix années 1941-1951, *a augmenté de 13%* et que « 13,1% des familles sous-louaient une partie de logement d'une autre famille ».

2. *Le peu de plaintes, soit 510,* reçues du public, de mieux en mieux averti, concernant les établissements de produits alimentaires, peut être interprété comme critère de leur bonne tenue et de l'efficacité du contrôle des aliments à Montréal.

3. *L'ouverture du nouveau centre d'hygiène Rosemont* a entraîné la redistribution des territoires nord et nord-est de la ville en *trois districts sanitaires* avec la création d'un 9e district, *le district sanitaire Saint-Edouard.* Aussi, l'aménagement d'un nouveau local municipal dans le district sanitaire sud-ouest a permis de loger plus adéquatement la consultation de nourrissons et préscolaire et la clinique dentaire *Saint-Gabriel.*

L'intégration au Centre d'hygiène Rosemont, depuis le 15 juillet 1952, de la *clinique maternelle* du service de maternité de l'hôpital Royal Victoria: le personnel de l'hôpital assume le service médical et celui du service de santé, le travail d'éducation prénatale, a permis la réalisation d'un projet de collaboration entre les hôpitaux et le Service de santé.

5. Le Service de santé, en collaboration avec la Ligue d'hygiène dentaire de la province de Québec et la Commission des écoles catholiques de Montréal, a continué, dans ces écoles, la *campagne conjointe d'hygiène dentaire et d'alimentation rationnelle.*

6. On a inauguré la méthode « *entrevue titulaire-infirmière* » dans l'exécution du programme de surveillance médicale des élèves dans les écoles, grâce à la collaboration du personnel enseignant et de nos infirmières.

7. *La vaccination par le BCG* a été entreprise et commencée le 17 novembre 1952 dans les écoles du district sanitaire Maisonneuve, avec la collaboration des Commissions scolaires catholique et protestante et la coopération d'une équipe mobile mise à la disposition du Service de santé à la suite d'une entente avec l'Institut de microbiologie et d'hygiène de l'Université de Montréal; dans 15 écoles, *2 678* élèves ont été vaccinés du 17 novembre au 22 décembre.

8. Depuis le mois de septembre 1952, des prélèvements de la gorge et du nez furent faits

parmi le personnel des maternités privées, afin de dépister les porteuses de streptocoque hémolytique et de staphylocoque doré en vue de prévenir les éclosions de pyodermite parmi les nouveau-nés.

9. Dans le domaine *de la Défense civile,* on a pourvu à l'organisation des hôpitaux métropolitains en prévision d'un désastre, à l'organisation de postes de premiers secours et à l'élaboration du plan d'organisation des services de morgue et d'inhumation. Des cours d'entraînement ont été organisés à l'intention des gardes civils, des infirmières du V.O.N. et des médecins.

10. Le Service de santé s'est aussi intéressé aux problèmes relatifs aux maladies de l'adulte et à la gérontologie. Il en a confié l'étude à des officiers supérieurs du Service. On s'est particulièrement intéressé aux maladies du cœur, au diabète...; sujets qui ont été l'objet de causeries et articles.

11. Dans le domaine de l'hygiène des milieux, les inspecteurs sanitaires et les médecins vétérinaires ont fait, au cours de 1952, 315 966 inspections dont 146 477 par les inspecteurs sanitaires de la division des aliments, relativement à la production et à la manipulation du lait et des viandes et aux établissements de produits alimentaires, et 169 489 par ceux de l'inspection sanitaire. Aux laboratoires municipaux, *72 951 analyses* bactériologiques et chimiques ont été faites pour aider au contrôle des aliments, du lait et de l'eau et pour faciliter le diagnostic précoce des maladies infectieuses.

12. Dans les neuf districts sanitaires de la ville, les infirmières ont fait un total de 113 004 visites à domicile; elles ont eu 82 471 entrevues avec les mamans et les titulaires de classe dans les consultations et les écoles. Dans ces dernières, elles ont procédé à 295 395 examens et ré-examens d'élèves; les médecins ont examiné 46 639 élèves et 2 592 instituteurs. 39 936 enfants d'âge préscolaire dont 20 369 nourrissons ont été surveillés médicalement dans les 62 consultations municipales. 19 561 enfants ont été immunisés contre la diphtérie et 19 564 contre la coqueluche; 21 545 personnes ont été vaccinées contre la variole. On a émis, en 1952, 52 000 cartes de santé à des manipulateurs d'aliments et autres individus pour qui elle est requise.

En terminant, je désire exprimer la reconnaissance du Service de santé aux administrateurs de la Cité, aux organisations professionnelles et sociales, officielles et volontaires et à la population en général pour leur généreuse et bienveillante collaboration. Aux postes de radio et à leurs dirigeants, aux journaux et aux chroniqueurs municipaux, j'exprime toute ma gratitude pour l'aide précieuse qu'ils nous ont apportée dans notre travail d'éducation et de propagande.

Un sentiment personnel que je crois devoir exprimer à cette occasion, c'est un merci sincère et cordial au personnel du Service de santé pour son dévouement et l'intérêt qu'il a pris à son travail.

LE TRAVAIL DE L'INFIRMIÈRE HYGIÉNISTE À L'ÉCOLE[1]

Mlle Louise OLIVIER,
Infirmière hygiéniste, Division des districts sanitaires,
Service de Santé de Montréal.

Les fonctions de l'infirmière du Service de santé sont nombreuses et variées. Ce soir, grâce encore à l'hospitalité du Poste CKAC et tout particulièrement à monsieur Claude Bourgeois, l'initiateur de ce programme, je soulignerai devant vous les grandes phases du travail de l'infirmière à l'école. Je vous parlerai tout particulièrement:

— de l'organisation de son travail;
— de l'entrevue titulaire-infirmière;
— de l'entrevue individuelle avec l'enfant;
— de l'entrevue avec les parents à l'école;
— et de la visite à domicile.

L'infirmière est assignée dans un district sanitaire à une ou plusieurs écoles, suivant le nombre d'enfants qui les fréquentent, les distances qu'elle doit parcourir et en plus, la responsabilité d'une consultation de nourrissons et pour enfants d'âge préscolaire. L'infirmière est présente à l'école, à des jours déterminés à l'avance connus de tout le personnel scolaire. Elle est à la disposition de l'autorité, des titulaires de classes, des parents, des élèves, pour toutes les questions relatives à la santé et au bien-être de l'enfant.

L'enfant qui commence à fréquenter l'école doit s'adapter au milieu scolaire, à un régime de vie plus réglé, à des activités plus grandes et à une certaine compétition avec ses camarades. Si l'enfant est en parfaite santé physique, mentale et émotionnelle, l'adaptation se fera aisément. S'il ne l'est pas, il ne pourra profiter pleinement de ses études et les problèmes se multiplieront. De là découle la nécessité d'une entière coopération entre les parents, les titulaires de classes, le médecin et l'infirmière pour découvrir et remédier si possible à tous défauts qui peuvent entraver le développement de l'enfant.

L'infirmière prépare pour chaque enfant qui entre à l'école, une fiche médicale d'après les renseignements fournis par les parents. Elle inscrit sur cette fiche les accidents et maladies antérieures, les immunisations, les vaccinations et tous les détails qui peuvent aider à donner une idée de l'état actuel de santé de l'enfant. C'est sur ce dossier médical qui suivra l'enfant que seront notés les résultats d'examens médicaux et tout ce qui a trait à la santé de l'enfant pendant son séjour à l'école.

Pour faire un travail productif, pour dépister les besoins des enfants, l'infirmière compte beaucoup sur la coopération des titulaires de classes. Car le titulaire, étant en contact journalier avec l'enfant, est le mieux placé pour déceler au plus tôt, tout signe de maladie ou tout changement dans son comportement.

Une initiative heureuse, datant déjà de quelques années, est l'entrevue titulaire-infirmière, dans la classe, pour discuter de la santé et du progrès de chaque élève. Ceci offre une occasion exceptionnelle pour faire le choix des enfants à suivre. La date et l'heure de l'entrevue titulaire-infirmière sont déterminées à l'avance. Les enfants, pendant l'entrevue, sont occupés à faire un travail personnel. Avec le titulaire, l'infirmière passe en revue la fiche médicale de chaque élève. Elle met le titulaire au courant des résultats de l'examen fait par le médecin et pour l'aider à mieux comprendre l'enfant, elle lui communique au besoin, des renseignements sur le milieu familial. De son côté, le titulaire apporte à l'entrevue, les observations qu'il a faites concernant la santé et le comportement de ses élèves. Titulaires et infirmières notent les renseignements échangés pour exercer une surveillance plus active.

Si l'infirmière a constaté dans cette classe un problème de santé relatif à plusieurs élèves,

1. Causerie prononcée à l'émission « Tribune des Conférenciers de CKAC — Quart d'heure de Concordia », le 24 novembre 1952, à 10.30 heures p.m.

elle profite de l'entrevue pour en discuter avec le titulaire et lui fournir toutes les publications d'hygiène qui peuvent l'intéresser et l'aider à améliorer cette condition.

L'infirmière pendant l'entrevue, observe le comportement des élèves, l'ambiance de la classe ainsi que les conditions sanitaires telles que aération, éclairage, etc. Le titulaire mis au courant de l'état de santé de ses élèves et des moyens de l'améliorer est un collaborateur précieux pour l'infirmière. S'il sait, par exemple, qu'un élève a une vision imparfaite, il le place près du tableau noir et voit à ce qu'il porte ses lunettes s'il en a. Celui qui n'entend pas très bien occupe un des premiers pupitres. Celui qui est sujet aux rhumes est éloigné de la fenêtre et surveillé pour qu'il ne soit pas vêtu trop chaudement dans la classe. Tous les enfants ont des bancs et des pupitres ajustés à leur taille pour éviter les mauvaises postures. Les vêtements de sortie des élèves sont toujours déposés en dehors de la classe. En résumé, le titulaire voit à placer ses élèves dans les meilleures conditions physiques pour protéger leur santé.

L'infirmière, à la suite de l'entrevue avec le titulaire, voit individuellement au bureau médical, les élèves que le titulaire lui a signalés comme présentant un problème de santé, ainsi que tous les élèves souffrant de défectuosités. Elle fait alors l'enseignement approprié et prépare l'enfant pour l'examen médical. Elle rassure le tout petit en lui expliquant comment se fera l'examen. Aux grands, elle démontre la nécessité d'une bonne alimentation, d'une bonne posture, des heures régulières de sommeil, du soin de leurs dents, de la protection de leur vision. Aux plus grands qui quitteront bientôt l'école, elle fait entrevoir, de plus, tous les avantages de l'examen périodique de santé.

Les nouveaux élèves qui n'ont pas subi, avant leur entrée à l'école, un examen complet par leur médecin de famille, sont examinés par le médecin de l'école. L'infirmière avertit l'enfant et envoie aux parents une invitation écrite pour assister à l'examen. Les parents présents à l'examen sont immédiatement renseignés sur l'état de santé de l'enfant et reçoivent du médecin ou de l'infirmière, les conseils appropriés. Si les parents sont empêchés d'être présents lors de l'examen médical de leur enfant, le médecin trouve sur la fiche médicale tous les renseignements que l'infirmière a obtenus, soit dans l'entrevue individuelle avec l'enfant, soit dans l'entrevue titulaire-infirmière, soit lors de la visite à domicile.

Les parents sont instamment priés de venir à l'école afin de discuter des problèmes de santé de leurs enfants. Ces entrevues à l'école présentent de grands avantages aux parents et à l'infirmière; notamment, la tranquillité que le bureau médical offre en comparaison avec le foyer où la maman est forcément distraite par mille occupations. L'infirmière a sous la main, la fiche médicale de l'enfant et tout le matériel d'enseignement nécessaire pour éclairer la mère et l'aider à résoudre les problèmes au fur et à mesure qu'ils se posent.

La direction de l'école peut au besoin, participer à l'entrevue et coopérer pour la santé de l'enfant.

Lors de l'examen médical, l'enfant trouvé défectueux ou suspect de défaut reçoit un avis qu'il doit remettre à ses parents. Dans les quelques jours qui suivent, l'infirmière se rend à domicile pour expliquer aux parents les raisons qui ont motivé l'avis de défectuosités qu'ils ont reçu et démontrer la nécessité de consulter le médecin de famille ou de se présenter au dispensaire d'un hôpital pour que l'enfant reçoive au plus tôt les soins voulus. Des visites subséquentes seront faites tant que l'on ne constatera pas une amélioration dans l'état de santé de l'enfant. L'infirmière visite aussi l'enfant retenu à domicile par maladie. Elle s'assure qu'il est sous les soins du médecin si son état le nécessite et aide la mère en faisant devant elle des démonstrations de soins, en la renseignant sur les aliments les plus nutritifs, sur la nécessité des heures de sommeil suivant l'âge et l'état de santé et en discutant avec elle des problèmes de santé de

toute la famille. Car l'infirmière qui pénètre dans un foyer s'intéresse non seulement à la santé de l'écolier, mais à celle de tous les membres de la famille.

L'infirmière exerce une surveillance étroite dans l'école au point de vue maladies contagieuses. Elle s'assure la coopération des titulaires en les renseignant sur les symptômes de ces maladies et en leur demandant de ne pas garder en classe des enfants malades ou suspects de maladie.

Lorsqu'un enfant souffre d'une maladie contagieuse, le titulaire en est informé et ne doit réadmettre l'enfant que sur présentation d'un certificat signé par le surintendant de la division des maladies contagieuses ou son représentant. Pour prévenir les maladies contagieuses, l'infirmière insiste dans ses visites à domicile pour que l'enfant reçoive, à l'âge de trois mois, le vaccin trivalent: diphtérie, coqueluche, tétanos, complété par deux doses additionnelles, l'une vers deux ans et l'autre avant l'entrée à l'école; qu'il soit vacciné contre la variole à un an et qu'il reçoive dès la naissance, le B.C.G.

Lorsqu'un enfant se blesse à l'école, l'infirmière, si elle est présente, donne elle-même les premiers soins. Elle s'assure qu'en son absence, une personne entraînée puisse le faire. Si l'accident est sérieux, les parents sont immédiatement avertis par la direction de l'école, pour que l'enfant soit conduit chez son médecin ou à l'hôpital. Seuls les pansements d'urgence sont faits à l'école.

L'infirmière de l'école coopère étroitement avec les autres divisions du Service de santé telles que la tuberculose, la salubrité et les sections hygiène mentale, hygiène dentaire et nutrition.

Elle accorde son entière collaboration à tous les organismes au service de l'enfance auxquels en retour, elle fait appel très fréquemment. Elle prête son concours dans l'école à la Ligue d'hygiène dentaire et à la Ligue antituberculeuse de Montréal, Inc. Elle aide aussi au choix des enfants devant bénéficier de la Cantine scolaire et des colonies de vacances.

L'infirmière du Service de santé, comme vous pouvez le constater, mesdames et messieurs, a une forte tâche à accomplir particulièrement dans les écoles. Vous pouvez compter sur elle, mais son travail sera fructueux et aidera vos enfants en autant qu'elle peut compter sur vous.

VARIÉTÉS

MÉDECINS OU ROBOTS[1]

Jean SAUCIER.

Il a fallu la persuasion astucieuse et l'argumentation oblique de votre aimable secrétaire Paul Dumas pour me décider à accepter la périlleuse et amicale provocation de vous parler ce soir. Cet engagement fut pris exactement le 27 décembre, sous l'œil de marbre de la statue du Sacré-Cœur qui se trouvait là par hasard de bon augure, dans le hall de l'Hôtel-Dieu, non loin du bureau d'admission où s'affairaient quelques médecins en quête de lits, dans ce hall qui en a entendu bien d'autres, ô mânes des Marien et des Damien Masson, ô lobbyistes de tous âges, vivants et disparus!

Au moment où tombaient mes dernières résistances passa le Dr Pépin qui me sourit candidement, de son air détaché habituel, comme s'il eût voulu à la fois ponctuer et atténuer par ce symbole de sympathie le malaise que venait de déposer au sein de ma quiétude l'endocrinologue déjà nommé.

Lorsque nous nous fûmes quittés je me souviens que ma première préoccupation ne fut pas tant le choix d'un sujet que l'angoisse d'affronter l'auditoire de ce soir à la suite de tant d'illustres prédécesseurs. Il faudrait bien un bon quart d'heure de précautions oratoires pour que j'arrive à me sentir artificiellement un peu à l'aise, mais celles-ci sont ou trop usées ou trop faibles pour me constituer un rempart suffisant. La meilleure est probablement la suivante: j'ai consacré à la mise en forme des pensées que je voulais méditer avec vous un temps dont je ne dispose pas, à une époque de l'année où le bruit est partout triomphant; j'ai pourtant trouvé ce temps et j'ai utilisé les précieuses minutes au maximum bien qu'elles fussent entrecoupées d'appels téléphoniques et d'interruptions fréquentes de tous ordres. Ce sont ces tronçons inégaux d'un temps trop court qui ont permis le recueillement insuffisant dont est sorti l'entretien de ce soir.

Je me garderai bien d'appeler ce que j'ai à vous dire d'un autre nom que de celui d'*entretien* car déjà ce mot est fort inquiétant. Il a, en tout cas, le mérite de ne pas évoquer de consonance prétentieuse. Le dictionnaire définit *entretien*: action d'entretenir, et *entretenir*: tenir en bon état! Voilà donc ce que, en définitive, je me propose: vous tenir en bon état! Si j'eusse voulu vous flatter pendant quelques minutes j'aurais choisi l'allocution. Pour vous ennuyer et vous réprimander, la harangue eût été indiquée. Aurais-je voulu exprimer les vœux de votre illustre groupe que mon texte se fut affublé de la solennité de l'adresse. Le morceau oratoire de choix qu'il eût fallu employer pour vous persuader de quelque dogme eut été un discours; enfin, si je m'étais proposé d'être médisant, railleur et ennuyeux mes propos se seraient appelés une homélie. Mais, à la réflexion, et à mesure que le temps passe, vous tenir en bon état me paraît une besogne d'une hardiesse à nulle autre comparable et si je plonge quand même c'est parce que, d'instinct, je me sens au propre et au figuré, dans un milieu hospitalier.

Après avoir fait accepter ma personne sous le couvert de précautions oratoires, surabondantes parce que nécessaires, me voici à peine toléré par vous, indéchriffrables confrères, qu'il va maintenant falloir vous faire déglutir, puis digérer le sujet de mon entretien. Cette partie, essentiellement orale, sera moins pénible à assimiler puisque je m'adresserai au-

1. Conférence prononcée à la Société Médicale de Montréal, le 20 janvier 1953.

tant à moi-même qu'à vous et que les portraits et descriptions que je ferai seront arbitrairement l'effet du hasard, la compilation composite d'observations diverses et anonymes, l'addition de nos irréflexions quotidiennes. Je voudrais que vous vissiez en moi un confrère sans spécialité, sans état civil et sans âge mais très épris de la médecine et passionnément intéressé aux malades, un camarade qui vous accompagnerait sans être vu, comme un sosie diaphane, au cours de votre travail de tous les jours, de façon à évoquer une sorte d'écho de vos consciences, — de la mienne comme de la vôtre, bien entendu —, pendant l'exercice de notre noble métier. Je vous préviens encore que, par déformation de mon esprit, il arrivera à maintes reprises que mes images, comparaisons, vocabulaire et métaphores s'inspireront de ma fréquentation des psychopathologistes. J'ai choisi ce vocable meyérien parce qu'encore plus comestible que *psychanalystes*.

Grâce à la magie de la sympathie qui opère déjà depuis quelques minutes, je voudrais vous dire avant de commencer, et tout en commençant, combien il m'a été agréable de rédiger, à vos intentions comme à la mienne, les pages qui vont suivre. Elles diffèrent de l'article de revue dans son élaboration et dans sa forme; elles se rapprochent du ton familier de la clinique; elles ne sont pas un monologue ni un sermon mais presque un dialogue dont vous seriez l'interlocuteur collectif, chuchotant et répondant avec vos yeux et avec les mouvements de votre corps; elles m'ont procuré un délassement, une joie et une occasion de réfléchir sur la signification d'une multitude de nos microcomportements automatiques qui ne sont pas toujours à notre plus grande gloire, et encore moins *ad majorem Dei gloriam*.

La médecine n'est pas exercée de façon uniforme. A tort ou à raison, elle représente aux yeux de certains observateurs un bien bizarre métier. On nous l'a appris, la médecine est une science mais elle est aussi un art; on nous l'a moins appris, elle est surtout, et notamment dans son expression clinique, un appel et une attirance vers le besoin de soulager. Science, art et appel. Comment concilier ces trois aspects de notre tâche en un tout cohérent lorsque la plupart d'entre nous n'ont de la science et de l'art que des apports inégaux et que beaucoup n'ont senti l'appel qu'en vertu de la sécurité qu'apporte la profession?

Sauf exceptions, voilà des faits indiscutables car il n'est pas douteux qu'il existe de savants médecins qui se comportent avec leurs malades comme des automates dont l'unique préoccupation est de stabiliser une formule chimique en déroute; d'autres font admirablement les gestes rituels mais n'ont conservé de leurs souvenirs d'hôpital qu'une vague habileté à soulager les symptômes. D'autres enfin, instruits ou non, voient le malade dans leur cœur comme un trouble-fête, comme un monsieur qui ferait mieux de ne pas les ennuyer ou comme une vieille dame qui va payer la télévision convoitée.

Les tenants de la science seule, aux dépens de l'art et de l'appel sont plus nombreux aujourd'hui qu'autrefois. Ils font déjà presque de la cybernétique à leur insu et ils en font parce qu'ils vivent à l'époque de la Technique. Bientôt, à la suite de Wiener, d'Ashby et de McCulloch ils diront, sans voir leurs malades: « Donnez-moi les données chimiques et électroniques du problème et j'en ai la solution! »[2]

On sait que Ashby croit en la possibilité de créer un cerveau artificiel. Il arrivera sans doute à construire un robot calculateur formidable et pourvu de certaines réactions élémentaires, mais réussira-t-il à produire un cerveau qui pense qu'il pense, ou mieux, pour employer la formule de Pascal, qui délibère de penser? Pourra-t-il tirer parti de l'expérience? Cela est moins probable, et ce qui l'est encore moins c'est que des circuits correcteurs toujours vigilants et des *feed-backs* réfléchis parviennent à intégrer dans les robots de l'avenir le courant de la fantaisie, de la poésie et de la restriction mentale, et pourquoi pas, la régulation des sept péchés capitaux.

Contrairement aux premiers, ceux qui font

2. P. Cossa: La Cybernétique. *Médecine de France*, **18**: 3-8, 1950.

de la médecine un art avant tout, ceux qui négligent l'aspect scientifique et qui n'ont jamais beaucoup songé à l'appel, ceux-là sont moins nombreux aujourd'hui qu'autrefois car, de nos jours, on ne s'en tire plus sans un minimum de savoir comme au temps où les médecins faisaient leurs visites gantés de soie, déguisés en magistrat, coiffés du huit-reflets et véhiculés en landau. Vous connaissez ces confrères aussi bien que moi et je ne m'attarderai pas à vous les décrire davantage. Ils existent aujourd'hui comme hier. Transposez leur costume et leur moyen de transport dans le décor moderne et vous retrouverez la même solennité provocante. Mon ami Roméo Boucher dont je ne cesse d'admirer la verve, le tonus et le talent vous en a parlé avec trop de rigoureuse exactitude et de saine ironie pour que j'en tente la pâle répétition. Permettez-moi en passant de distinguer ici l'ironie de la méchanceté. Les médecins de tradition française savent qu'il existe depuis Rabelais, en passant par Saint-Simon et LaBruyère, puis au XVIIIe siècle, par Voltaire, et enfin, plus près de nous, par Léon Daudet, Duhamel, Queneau et Prévert, une tradition de l'ironie. L'ironie, maniée avec mesure et bonté est une arme efficace contre la sottise et s'il fallait nous la défendre nous serions privés d'une franchise qui tuerait l'humour et qui appauvrirait rapidement notre esprit. L'ironie n'est-elle pas, selon l'expression de notre confrère Duhamel, ce grand protestataire que je continue d'estimer, la caricature vengeresse?

En somme, les savants exclusifs sont trop souvent des cybernéticiens et des techniciens à langage hermétique et glacial, et les artistes de la médecine sont pour la plupart des comédiens et des pitres, trop distraits par leur mise en scène perpétuellement entretenue et renouvelée et par leur incurable hédonisme pour concentrer leur esprit sur le cas qui leur est soumis, et encore moins sur la personne du malade.

J'ai connu un professeur célèbre qui faisait des cliniques magnifiques sur des malades qu'il n'avait ni interrogés ni examinés. J'en connais d'autres, au demeurant assez aimables et harmonieux de leurs gestes et de leur personne, des confrères qui ont ce que les Anglais appellent une bonne dose de *bed-side manners*, mais ils sont tellement absorbés dans leur éternel narcissisme qu'ils ne savent plus bientôt s'ils s'adressent à un épileptique ou à un hépatique, à un ministre ou à un électeur, au malade ou à la bonne; en fait, ils n'ont jamais cessé de s'adresser à l'auditoire mythique de leur enfance.

A observer attentivement ce qui se passe, il semble bien que seuls les appelés possèdent à la fois le savoir et le savoir-faire. Il faut dire qu'ils sont le petit nombre. Dans la vie courante il n'y a qu'à les voir et à parler avec eux quelques instants, — même d'autre chose que de médecine —, pour les identifier correctement et presque d'emblée. Quelques uns sont si rigoureusement authentiqués qu'il suffit de lire les œuvres et les propos paramédicaux de ces élus pour affirmer sans erreur possible qu'ils appartiennent à la classe des appelés, de ceux pour qui la vocation n'a jamais été mise en doute. Leur attitude et leur langage ont la transparence d'une page de Jean-Sébastien Bach et la sérénité d'une toile de Fra Angelico.

Mais c'est auprès des malades que l'on apprécie encore mieux la notion d'élection chez le médecin. On le sait fort bien, et on le sent encore davantage, c'est du rapport qui s'établira entre le médecin et son malade que dépendra en grande partie le succès thérapeutique, et, à défaut de succès tangible, la transformation de l'existence de l'individu souffrant.

Ce n'est, certes, pas un effet du hasard que l'école freudienne a accordé tant d'importance au transfert dans la cure psychanalytique mais il n'est pas nécessaire de faire de la psychiatrie officielle pour opérer un transfert. Il suffit d'une simple projection bilatérale de sympathie pour créer l'envoûtement désirable qui valorise réciproquement.

On ne peut pas parler longtemps de médecins et de médecine sans qu'il soit question

de malades. Je me suis déjà appliqué ailleurs[3] à décrire et à analyser ce qu'est le malade et ce qu'il représente aux yeux du médecin moyen. Vous m'excuserez d'y revenir un peu car, au cours de cet entretien, sa présence constante m'est indispensable. C'est à partir de lui que la médecine commence. C'est par lui que nous existons. C'est lui qui décidera, en dernière analyse si nous sommes des médecins ou des robots, des hommes ou des machines.

Il a fallu les médecins pour accueillir les malades; or, vous êtes-vous déjà dit qu'il faut aussi, à leur endroit, la commisération qui aimante en quelque sorte le contact. Mais cette commisération, il faut bien l'admettre, n'est pas un sentiment d'altruisme total car il confère à celui qui s'apitoie une certaine supériorité sur celui qui souffre, créant ainsi une certaine satisfaction liée à l'attitude secourable. Ce raffinement dans l'analyse d'un penchant altruiste démontre que la commisération est l'aboutissant de réactions instinctives qui nous portent à tirer parti de la pitié. Le criminologue de Greeff a bien analysé chez le délinquant et chez le normal la complexité de l'attitude compatissante. Ce grand élu de la médecine voit si nettement la situation qu'il n'hésite pas à sous-entendre que la pitié n'est après tout qu'un sentiment de demi-noblesse, assez fortement entaché d'orgueil. Mais, peu importe! Je n'ai voulu que signaler que la compassion correspondait à un instinct, et que nos instincts, même les plus recommandables, ne sont pas constitués de noblesse exclusive. Nous pouvons, cependant, en le sublimant, anoblir un mouvement primitivement instinctif. Il demeure certain que la connaissance d'autrui par la sympathie fait de cette connaissance une acquisition qui valorise et facilite l'accueil, un mode d'accession qui n'est pas négligeable. C'est le mode de connaissance que choisissent instinctivement, — c'est bien le cas de le dire —, les véritables élus de la médecine.

Il n'est pas sans intérêt de juxtaposer ici, en une courte digression pourtant immédiatement rattachable au texte, l'inverse de la perception de la souffrance chez autrui. Cette antithèse est la perception de la joie d'autrui. Vous me pardonnerez facilement cette fois, de citer textuellement trois paragraphes de mon illustre collègue de Greeff.[4] Vous m'en remercierez peut-être.

« La perception de la joie chez autrui, dit-il, confère à cet autrui une supériorité réelle, ressentie comme réelle, et nous accueillerons en nous un être plus heureux que nous: il nous portera à une certaine envie et nous sommes exposés à l'expulser bien vite. Un grand nombre de personnes, par ailleurs parfaites, ne supportent pas le bonheur des autres, refoulent bien plus les personnalités joyeuses que les tristes, et un grand nombre d'humains sont non seulement déshumanisés pour la joie, mais ne laissent jamais pénétrer la joie des autres jusqu'à eux. La joie a perdu droit de cité. Il n'existe pas de mot français qui serve à exprimer le partage de la joie. Pouvoir partager, au fond de son cœur, la joie d'un inconnu croisé sur la route, est une fleur de la vie morale; partager celle d'un ami c'est presque de la grande vertu.

« La politesse et le savoir-vivre exigent que nous dérobions au prochain le spectacle et le récit de nos malheurs parce qu'il est désobligeant de faire sentir à quelqu'un à quel point il serait peu disposé à se gêner et serait facilement amené à vous supprimer quelque peu en lui; et aussi parce que ce serait de toute façon s'humilier devant lui. Politesse et savoir-vivre exigent la même chose de nos joies; il est malséant, agressif et imprudent de les exprimer sans retenue et sans précautions.

« Quelques privilégiés seulement parviennent à vivre en communion avec les joies et les tristesses des hommes; ce n'est jamais que dans une certaine mesure; mais cela suffit pour que nous disions d'eux qu'ils sont capables de communier à l'humain. Ils vivent

3. On the Patient. *Can. Med. Ass. Journ.*, **63**: 392-395, 1950.

4. Etienne de Greeff: *Aux sources de l'humain.* Collection Présences. Plon, éditeur, pages 14-15.

parmi les hommes, se reconnaissent entre eux, les acceptent; on dit aussi qu'ils s'aiment. »

J'ai eu l'air de m'éloigner étrangement de mon sujet en vous lisant cette page magnifique mais vous avez tous senti qu'il n'en fut rien. Je l'ai fait à dessein, dans le but d'opposer les antithèses de nos attitudes à l'égard de la joie et de la souffrance des hommes et afin de souligner qu'en acceptant le contact avec autrui, mieux, en nous projetant en lui, nous posons un acte de charité, nous nous joignons à lui, bref, nous nous humanisons. En acceptant autrui, nous le comblons par ce contact, nous le sensibilisons, nous l'humanisons à son tour.

L'absence ou le refus du contact et de l'acceptation aboutit en dernière analyse à la négation d'autrui et à l'incohérence de tout ce qui nous entoure.

Notre comportement instinctif à l'égard de la joie et de la souffrance étant maintenant mieux apprécié, voyons un peu ce qui se passe dans nos relations avec nos malades, ces étranges individus à nos yeux divers d'hommes préoccupés et souvent bouleversés par nos propres difficultés et conflits. Imaginons si vous le voulez bien une assemblée composée d'une centaine de malades qui raconteraient leurs souvenirs d'hôpitaux. Interrogés à tour de rôle, ils diraient que quelques rares médecins bienveillants, et guidés par je ne sais quoi d'insolite, pensent encore à eux avec mansuétude. D'autres, et leur nombre est considérable, affirmeront qu'ils ont été une sorte d'éprouvette d'expérimentation, un instrument pour faire avancer la science, une source de revenus, un cobaye tombé du ciel pour éprouver la valeur d'un nouveau vaccin, un prétexte pour obtenir l'approbation des étudiants, un objet de moqueries et d'impertinences, un problème insoluble hâtivement résolu par une lobotomie, un souffre-douleur éconduit de la clinique parce qu'il était timide et embarrassé, un faible d'esprit ridiculisé, un luxé que l'on réduisit à froid, un scrupuleux angoissé que l'on interrogea en présence de dix personnes, un acnéique que l'on traita par le mépris, un choréique à qui l'on ordonna de ne plus bouger, un alcoolique que l'on fit arrêter, une jolie fille à qui l'on proposa autre chose qu'un laxatif, un vieillard que l'on traita avec une pitié trop criarde, et les remarques de ce genre pourraient se continuer indéfiniment. Les variations sont fonction de l'attitude et de la maladie du client, d'une part, et des dispositions affectives du médecin, de l'autre.

Le malade est pourtant une personne humaine, mais une personne qui a temporairement ou définitivement perdu ses moyens de défense, son agressivité réactionnelle et la vivacité de la réplique. A cause de la maladie il est devenu très malheureux car il a oublié ce qu'il faut demander et comment il faut répondre. Le malade est un personnage qui souffre dans son corps et dans son esprit, quand ce n'est pas dans les deux à la fois, d'où la nécessité et le devoir de l'envisager toujours dans la perspective holistique de son entité psychosomatique.

Très souvent il représente un problème dont la solution est difficile; il offre toujours une résistance, consciente ou inconsciente, qu'il s'agit de sentir puis de vaincre. Parfois, il faudra questionner à son sujet une foule d'autres personnes plus ou moins agréables et plus ou moins bien disposées, car la maladie est toujours en rapport avec des concomitances et des événements qui se sont déroulés dans le milieu du malade, dans son entourage plus ou moins immédiat, il y a plus ou moins longtemps. Qu'il crâne ou qu'il affecte la modestie, le malade est toujours inquiété par son état à des degrés divers. Il a pourtant droit de nous demander un peu d'apaisement, même le dimanche, même la nuit, et il s'attend aussi à un peu de condescendance, sinon à beaucoup de bienveillance.

Le malade est un citoyen qui se trouve dans l'étrange et humiliante situation de celui qui quête un soulagement. Pour bien comprendre ou plutôt, pour mieux sentir son embarras, rappelons-nous notre propre désarroi en présence de la maladie, car il arrive aussi que les médecins soient malades! A ma connaissance, il y a très peu de choses qui aient été écrites sur le thème du médecin malade.

C'est dommage, mais c'est aussi fort heureux car certains de nos malades hypermnésiques éprouveraient peut-être à cette lecture une félicité sadique. Il faudrait confier la rédaction délicate de ce troublant tableau à Boucher ou à Panneton, ces virtuoses de la satire bien dosée. Eux seuls, à mon sens, sauraient raconter comme il convient, et sans trop le faire déchoir, l'odyssée à la fois romancée et vécue du confrère aux prises avec la souffrance. Je serais le premier à acheter cet ouvrage qui m'instruirait. En attendant, il est plus que probable que le médecin qui a été malade sérieusement a acquis une expérience qui lui fait mieux saisir la détresse de ses propres malades.

Mais poursuivons notre enquête auprès du malade et voyons un peu la progression de ses infortunes. Hier encore, il pouvait être le possesseur exclusif de secrets accablants et aujourd'hui il faut qu'il les confie au médecin s'il veut que celui-ci y comprenne quelque chose dans le labyrinthe de ses conflits, et plus modestement, dans les méandres et anfractuosités de son anatomie.

Dans le froid cabinet d'examen, il laisse tomber ses masques un à un, il quitte sa façade et ses vêtements, il expose ouvertement ce qu'il avait pu jusqu'à ce moment recouvrir, il s'humilie profondément. Et que penser lorsqu'il s'agit d'une femme dont les artifices esthétiques avaient jusqu'alors réussi à faire accepter pour existants et même enviables des attributs minables ou absents? Comment ne pas compatir un peu quand un geste de routine, tout à fait neutre, et accompli dans le but de simple investigation vient annihiler des années d'astuce laborieuse à établir une géométrie mensongère?

Peu importe que l'on se place sur le plan de la médecine générale ou de la spécialité, il n'en demeure pas moins que dans tous les cas la maladie et son acceptation font toujours naître des réactions pénibles quand ce n'est pas l'angoisse d'emblée.

Beaucoup de malades inhibés et stupéfaits acceptent sans protester le verdict de l'omnipotent docteur quand celui-ci veut bien aller jusqu'à exprimer une opinion vulgarisée et ne se contente pas de couper court à l'attente du diagnostic par deux ou trois interjections anatomiques lapidaires telles que: uretère coudé, voilà! Côlon spastique, Madame! Eh! oui, goître basedowifié, M. l'abbé! D'autres voudraient bien insister pour obtenir quelques explications complémentaires mais le docteur est trop occupé, trop important et trop auréolé, trop lointain pour s'approcher et condescendre à des explications qui ne seraient pas comprises. On ose rarement discuter le pronostic mais certains risqueront de demander si la situation est sérieuse.

Les chirurgiens ont le goût du grégarisme J'allais dire du gargarisme, mais je laisse cette gymnastique rythmique aux laryngologistes, qui la recommandent.

Il arrive souvent que des malades soient opérés par deux chirurgiens à la fois, par exemple, l'un s'affairant à tailler une tige rigide dans un tibia tout neuf, l'autre besognant à confectionner la gouttière osseuse qui recevra l'os délogé. Chacun travaille dans le compartiment humain tandis que l'acolyte anesthésiste dispense l'endormissement. Le spectacle s'enrichit encore d'infirmières préposées aux transfusions, d'internes adjuvants ou contrariants, de vicariantes distributrices d'instruments de toutes sortes et de quelques surveillantes de l'ordre, enregistreuses du temps perdu et aspiratrices de tampons maculés.

Les chirurgiens qui s'occupent de réparer des ans l'irréparable outrage, — notamment à la face, pour demeurer sur le territoire le plus sérieux —, ont l'occasion de revoir quotidiennement leurs malades. Ils s'enorgueillissent très justement des transformations magnifiques qui sont dûes à leur labeur, à leur talent et à leur patience. Ils n'oublient jamais la malformation qu'ils ont transformée en masque joli. Il n'en est pas toujours ainsi, et il est notoire que certains malades ne revoient plus jamais leur chirurgien après l'opération. Un gynécologue ne connaissait ainsi de ses malades que leurs traits sous-pubiens, au demeurant, perspective assez monotone et uni-

forme. Ce chirurgien était, dit-on, fort embarrassé lorsqu'il retrouvait ses opérées dans le monde alors que les repères familiers étaient remplacés par le double menton de la cinquantaine.

D'autres malades sont saignés à blanc à la suite de tests hématologiques de plus en plus nombreux qui sont tous faits le même jour, puis sont remplis de nouveau à capacité par des liquides dits de substitution. Il y en a qui sont massés, douchés et remués systématiquement par des techniciens qui ne profèrent jamais une parole pendant l'accomplissement taciturne de leur mécanique vibratoire et scientifique. Je sais des malades qui ont été psychanalysés en public. Je tiens ce fait d'un psychiatre de mes amis en qui j'ai confiance. Cette technique sadique, a-t-il ajouté, amusait beaucoup l'analyste pervers mais n'a pas impressionné l'auditoire, justement dégoûté.

J'en ai vus qui furent examinés à la hâte parce qu'ils étaient laids, sales, difformes ou simplement vieux.

Il y a des malades qui parlent trop peu et d'autres qui parlent trop. Les sidérés, les momifiés en présence du mandataire de la Médecine sont à ce point enracinés dans leur croyance mythique qu'ils sont sous l'impression que le médecin doit tout connaître. A cause de cette conception archaïque du magistère mystérieux ils ne divulguent pas les manifestations embarrassantes ou cachées et lorsque le médecin n'a pas exploré certains territoires obscurs de leur être ils prennent pour acquit que tout est en ordre. Par ailleurs, si le médecin pose des questions indiscrètes, certains primaires lui répondront peut-être, comme je me le suis entendu dire: « Après tout, vous êtes docteur; vous devez le savoir! »

A côté du malade silencieux il y a le bavard qui ne vous laisse pas placer un mot, mais ici, il faut distinguer le bavard niais ou psychotique qui parle par automatisme, et le logorrhéique anxieux qui parle par réaction de défense contre sa timidité ou qui parle pour ne pas entendre les restrictions qui lui seront imposées. Il importe de reconnaître l'un et l'autre et de leur assigner le cadre respectif. Ce n'est habituellement pas difficile si on ne s'emporte pas soi-même.

*
* *

Le graphique polyvalent et pourtant fort incomplet que je viens de tracer de la population malade démontre abondamment que l'automate à forme humaine nommé robot, même fut-il pourvu de la science la plus éclatante ne fera jamais progresser la médecine si cette science n'est pas humanisée, parce que la médecine, cette science et cet art, est essentiellement humaine. Elle s'adresse à des hommes en détresse qui ne peuvent plus s'exprimer à l'échelle des communications normales. Il faut davantage pour combler l'horrible solitude que crée la maladie. Il faut bien la science et la manière de s'y prendre, d'accord; mais il faut aussi la sympathie, l'amour du métier et du malade. Il faut tous ces impondérables qui font naître chez le malade l'attirance et le sentiment d'appartenance et qui abolissent la défiance et l'hostilité.

*
* *

On a parlé et on parle encore d'humanisme de nos jours. On a même proposé un humanisme chrétien. Tout cela est fort bien, du moins, fait plaisir à entendre, mais un humanisme suppose une organisation de la sublimation des instincts, condition indispensable à l'épanouissement des attitudes sublimées et amenant une maturité qui est le fruit de la lutte entre les conflits de tous ordres et l'habitude des solutions humanisées. C'est cette maturité qui, en définitive, est créatrice de félicité, de fertilité, d'attitudes parfaitement adaptées, et enfin, d'existence totalement vécue. L'absence de maturité est l'infantilisme improductif, caduc, inquiet, homicide. Nous le retrouvons, hélas! dans toutes les professions. Il y a des médecins infantiles. A cause de cela il y a des malades qui quittent le

cabinet de celui qui doit guérir, plus malades qu'avant d'y avoir pénétré.

Professer l'humanisme, chrétien ou non, c'est accepter les racines biologiques de l'homme et consentir à y intégrer la vie instinctive, même dans les choses spirituelles, car la vie instinctive commence et se termine avec notre existence.

Le paradoxe qui unit la vie instinctive et le domaine spirituel ne devra pas surprendre ceux qui sont au courant de ce que le maître de Vienne a appelé la *sublimation* dont il a déjà été question, mais il ne faut pas croire à tout prix que les activités spirituelles, — disons simplement les activités supérieures — de l'homme sont toutes un équivalent sexuel non reconnu. Le mot *sublimation* a été créé par Freud mais l'idée de sublimation est très ancienne. Elle était déjà exprimé par saint Augustin. Pour ma part, je préfère la définition de *sublimation* que propose de Greeff et qui est la suivante: « *l'évolution consciente et volontaire à partir d'un mouvement initial instinctif.* »[5]

La part instinctive ne peut pas être niée et je ne vous apprendrai rien en vous disant que toutes nos pensées et actions sont régies en grande partie par les instincts fondamentaux de défense et de sympathie dont l'ambivalence est constante mais dont la prédominance de l'un ou de l'autre s'acquiert par l'éducation, l'exemple et le milieu.

L'instinct de défense aboutit à l'esprit de domination et d'agression. L'instinct de sympathie amène l'esprit de subordination et de valorisation, signes de sympathie et d'amour. L'homme est aux prises avec ces deux forces. L'humaniste a laissé dominer l'instinct de sympathie. L'homme-robot est dominé par l'instinct de défense et manifeste sa connaissance d'autrui par l'indifférence et l'agression, ces dispositions réductrices de l'amour et productrices de robots.

Mais j'oubliais encore mes malades. Les rites stéréotypés auxquels nous les soumettons sont parfois marqués au signe de l'indifférence absolue, sinon au signe de l'agression à peine dissimulée. Ils sont piqués, ponctionnés, endormis, coupés, ouverts, massés, mesurés, pesés, pendus par la tête ou les pieds, cathétérisés, évacués, suturés, saturés, intubés, radiographiés, cystoscopisés, choqués, insulinisés, et tout cela, sans explications, ou si peu. On leur parle vraiment très peu! Leur opinion et leur consentement font rarement l'objet d'une discussion. Pourquoi d'ailleurs? Il existe à cet effet des formules imprimées que l'on signe à l'admission et qui dégagent l'hôpital et le médecin d'explications, réduisant encore ainsi le contact ultérieur onéreux avec le malade.

Parfois, c'est le contraire, mais le cas est plus rare. C'est le médecin qui parle trop. En principe, c'est toujours alarmant quand il en est ainsi. Ce sont des questionnaires interminables et inutiles, des enquêtes qui ont une minutie de sacristain, des bavardages qui n'en finissent plus. Ces hypermétriques de la conversation se trouvent parfois devant un résultat inattendu: ils ont créé de nouveaux symptômes, le plus souvent des attitudes d'angoisse, de confusion ou de catatonie, à la suite de l'avalanche, que dis-je, du torrent de mots néfastes qu'ils avaient l'intention de faire servir à la thérapeutique.

Avez-vous remarqué la différence de notre attitude en face d'un malade aigu et en face d'un malade chronique? Le premier ne présente d'autres problèmes immédiats qu'un bon diagnostic et un traitement approprié. Il a déclenché en nous le réflexe de la charité conditionnée. L'acuité de la situation nous fait mobiliser toutes les ressources de l'hôpital et les choses en demeureront ainsi tant que la maladie sera aiguë parce que le stimulus qui conditionne est puissant, mais, dès que la convalescence s'amorce ou que le malade passe à la chronicité, le stimulus s'émousse et la réponse conditionnée se ralentit, puis se fait hésitante et moins efficace. Le deuxième, le chronique d'emblée ou le devenu-chronique ne possède pas le stimulus bruyant qui met en

5. Etienne de Greeff: *Notre destinée et nos instincts*. Collection Présences. Plon, éditeur, page 42.

branle le conditionnement thérapeutique, et pourtant, il est plus sensible à la commisération que le comateux, le fébrile, l'aigu; son état ne fait plus vibrer en nous de nouvelles émotions et n'inspire que de très médiocres échos compatissants. Les choses se passent comme si l'on se défendait contre lui, tant l'impression d'accueil est vague et peu spontanée. N'est-ce pas un peu souvent notre cas, humanistes que nous croyons être? Mais on a vu pire. Non, on ne l'a pas vu, et ce qu'il y a de pire c'est précisément qu'on ne l'aît pas vu. Il y a les malades chroniques que l'on déclare, tacitement ou explicitement, incurables. Il se passe alors le phénomène horrible, silencieux et inhumain de l'oubli *in vivo*. Lorsqu'il a passé quelques années à l'hospice, ce chronique, cet incurable a perdu jusqu'à son nom. On ne parle plus du boulanger Arthur Durand de Joliette; on parle du 52, le vieux Parkinson du cinquième!

Et les enfants malades, vous souvenez-vous de leur désarroi dans leur petit lit d'hôpital? Leur souffrance est indescriptible. Pour la plupart d'entre eux c'est le premier contact avec la douleur et l'angoisse majeure. A cause de cela peut-être, a-t-on tendance à les grouper dans de grandes salles de 8 ou de 12 lits. C'est probablement pour les distraire mais on ne peut s'empêcher d'évoquer l'idée de régimentation. Leurs dents, leurs amygdales sont enlevées en série. On les circoncis à la douzaine; on les baptise aussi à la douzaine; on les vaccine à la centaine. On ne leur dit pas quand ni pourquoi ces rites sont accomplis et pour les faire taire rien n'est plus expéditif et éloquent que le masque de l'anesthésiste. On leur donne des jeux uniformes et on leur sussure un langage sédatif impersonnel, et pourtant, tous ces petits ont aussi leurs problèmes qui sont d'autant plus énormes que leur inexpérience leur confère des proportions catastrophiques. Mais heureusement, les bonnes fées ont veillé sur eux et il existe maintenant des cliniques infantiles et des centres de puériculture qui sont en train de changer les choses et où les enfants apprendront à comprendre que toutes ces terribles obligations correspondent à des besoins bienfaisants.

De tous les malades dont il a été question, le plus malheureux et le plus pathétique est celui qui prête son corps à l'enseignement clinique. Il est atrocement isolé au milieu d'étudiants qui sont des indiscrets par nécessité car ils sont venus à l'hôpital pour extraire le maximum de connaissances du malade qui a été soumis à leur observation. Chez ces confrères de demain se dessinent déjà les traits des futurs appelés et des futurs robots. Ils posent des questions, ils palpent, ils percutent, ils ponctionnent, ils font l'apprentissage du sthétoscope, du cathéter et du spéculum et pendant ce temps l'examiné est sans défense et plus seul que jamais. Lorsqu'on oublie de le recouvrir il grelotte abominablement dans la désolation de son anonymat. Si on l'examine trop longtemps on s'en excuse rarement. On lui dit encore moins souvent un mot aimable. On ne le remercie jamais. Et cette scène se renouvelle tous les jours. Elle est devenue trop banale pour attirer l'attention et pour évoquer le moindre symbolisme. Parfois, le clinicien y ajoute son cynisme inconscient par des remarques sur le cinéma, sur la bourse ou sur la voiture qu'il vient de s'acheter, et pourtant, tout cela se passe loin de Buchenwald..., peut-être moins loin qu'on ne le croit, car les instincts sollicités et les instincts éteints sont pour le moins voisins. Que penser de ce patron qui disait à son jeune interne: « Jeune homme, viens voir le beau néo, et regarde cette rate magnifique! » Excellent clinicien peut-être mais médecin désanimé. A force d'entendre des remarques de cette naïveté et d'assister au spectacle de la grossièreté on finit par être surpris qu'il puisse exister des manifestations de charité. On finit par être surpris de la charité quand ce sentiment n'étonne même pas Dieu. Péguy nous l'a confié: [6]

6. Charles Péguy: *Le message français de Péguy*. Lect. pop., pp. 79-80.

« La charité, dit Dieu, ça ne m'étonne pas.
Ça n'est pas étonnant.
Ces pauvres créatures sont si malheureuses qu'à moins d'avoir un cœur de pierre, comment n'auraient-elles point charité les unes des autres.
Comment n'auraient-ils point charité de leurs frères.
Comment ne se retireraient-ils point le pain de la bouche, le pain de chaque jour, pour le donner à de malheureux enfants qui passent.
Et mon fils a eu d'eux une telle charité.
Mon fils leur frère.
Une si grande charité. »

*
* *

Et l'euthanasie? Assurément, elle ne se pratique pas ouvertement. On ne tue pas les malades mais je ne suis pas certain qu'on ne les aide pas à mourir, sous le couvert de l'altruisme, quand ce n'est pas pour libérer le lit convoité et inutilement occupé par un citoyen qui a vraiment négligé trop longtemps de... partir. Je connais des confrères, par ailleurs fort sympathiques, mais probablement médiocres chrétiens, qui, par altruisme sans doute, versent dans le sophisme de l'euthanasie discrète et libératrice. En recherchant la cause de cet anéantissement des valeurs et de cette confusion des aiguillages humains j'ai trouvé l'exemple de patrons respectés pour leur compétence mais dépourvus d'élévation de la pensée. Instinctivement, il me semble que nous devrons jusqu'à la fin des temps conserver la vie des malades que nous n'avons aucun espoir de guérir. Notre collègue, Georges Duhamel,[7] qui a écrit *Vie des Martyrs*, qui s'y entend en la matière et qui n'est, certes, pas un bigot, résume dans un paragraphe saisissant sa pensée d'humaniste et de médecin à ce sujet:

7. Georges Duhamel: *Manuel du protestataire.* Mercure de France.

« Alors, diront les hommes durs, les hommes du calcul strict et de l'intérêt immédiat, alors, nous faut-il aussi supporter, nourrir, maintenir en vie les monstres que nous n'avons aucun espoir de guérir? Eh bien! oui. La grandeur de l'homme fut toujours, est encore et sera jusqu'à la fin de notre temps de s'attaquer à des œuvres sans espoir, de porter des fardeaux sans aucune récompense, de soigner des vieillards dont on sait bien qu'ils sont condamnés, de baiser le lépreux au visage, de regarder en face tout ce qui peut nous rappeler au sentiment de l'humilité originelle. »

Le médecin qui cesse de s'intéresser à la vie n'est déjà plus tout à fait un médecin. Il met en œuvre la machine infernale. Il se désinsère de l'idéal hippocratique.

*
* *

On se demande parfois s'il existe en l'homme un minimum de dispositions affectives subsistant encore à l'âge adulte qui permette de participer à la vie affective d'autrui. Il faut à tout prix le croire à moins d'accepter la désanimation du monde à brève échéance comme un fait accompli. Il faut le croire car nous en avons encore parfois la preuve, si précaire et si éphémère soit-elle. Nous partageons avec l'animal supérieur la tendance grégaire et le besoin d'accord affectif, et, tant que nous n'avons pas dépassé l'enfance nous avons conservé l'aptitude à communiquer sympathiquement avec autrui, mais, à mesure que nous vieillissons, disons à l'âge où l'éducation nous apprend qu'autrui peut nous attaquer, d'autres tendances instinctives, réductrices celles-là, se font jour et la sympathie devient aux prises avec l'instinct de défense. Dès ce moment nos débordements de bienveillance se déploient avec moins d'amplitude, se rapetissent et parfois disparaissent. Autrement dit, notre éducation familiale et sociale nous apprend à nous méfier de notre bonté et elle remplace celle-ci par des attitudes de protection, de défense, puis d'agression éven-

tuelle, toutes suggérées et approuvées par la famille et la société.

C'est avec cette préparation asséchante et stérilisante que l'on nous prépare à faire entrer autrui dans notre vie et à entrer dans la sienne. Les médecins qui n'ont que la science et l'art n'y parviennent jamais; ils demeurent les machines servantes de leur science et les fantoches puérils de leur art. Ils ne peuvent parvenir à s'émouvoir s'ils n'ont conservé, malgré notre civilisation mécanique et égoïste, quelques dispositions positives de bienveillance envers autrui. Ceux-là seuls sont les appelés de la médecine. Habituellement les véritables élus ont reçu la science et l'art par surcroît.

Autant le médecin qui au lieu de se défendre contre autrui s'apprête à le défendre est à la hauteur de sa mission, autant le médecin qui a laissé s'étouffer en lui le souffle de l'amour d'autrui est petit, sec, et peut devenir le plus impitoyable bourreau. Des médecins nazis, desséchés par l'idéologie raciste ont tué scientifiquement et en pleine paix de l'esprit parce que leur instinct de bienveillance avait été précocement et systématiquement détruit.

La Croix-Rouge, les ligues anti-tuberculeuses et anti-cancéreuses et les hôpitaux sont-ils des œuvres suscitées par sympathie et par l'amour d'autrui pour autrui? Peut-être au temps de Jeanne Mance. On serait encore tenté de le croire aujourd'hui, mais en y réfléchissant bien, cela est beaucoup moins certain. En vérité, ce progrès, cet altruisme collectif s'adresse-t-il vraiment à quelqu'un en particulier pour qui nous aurions une mansuétude tout attendrie? C'est excessivement peu probable. Cet embrigadement scientifique et systématique ne s'adresse-t-il pas plutôt à l'homme moyen, à l'inconnu intégré à l'abstraction sociale? C'est dans ces mêmes hôpitaux censés humanitaires que l'on a stérilisé des femmes allemandes et polonaises. L'organisation remplaçait alors la bienveillance. La protection massive, anonyme et mécanique de l'homme malade est une force aveugle; elle peut aussi bien devenir un mal qu'un bienfait. Le salut est dans l'organisation et l'épanouissement de l'instinct de sympathie, d'abord chez l'individu, puis dans la famille et la collectivité, mais c'est presque s'illusionner que d'y accrocher un peu d'espoir car notre civilisation s'oriente davantage vers la méfiance que dans le sens de la bienveillance. La méfiance est contagieuse et la bienveillance n'est encore qu'individuelle.

*
* *

Messieurs, vous me rendrez cette justice qu'au cours de cet entretien j'ai soigneusement évité l'écueil du sermonneur et que si j'ai évoqué la conscience morale je ne l'ai fait que très indirectement et sans l'appeler par son nom. Je me suis simplement appliqué à colliger des observations vraies ou vraisemblables. Afin de maintenir l'intérêt, j'ai tantôt beaucoup exagéré les choses, mais tantôt aussi j'ai appliqué jusqu'au fond la pédale douce de l'omission. J'ai insisté à dessein sur la description de nos comportements instinctifs. Vous saviez bien d'ailleurs depuis longtemps que nos comportements que nous estimons les plus réfiéchis puisent eux aussi, que nous le veuillons ou non, leur source agissante dans nos instincts. Nous ne faisons, en somme, que sublimer avec plus ou moins de succès des forces élémentaires. Vous aurez sans doute senti le drame constamment renouvelé du dilemne quotidien de l'ambivalence où nous nous trouvons et du choix souvent, le plus souvent inconscient que nous faisons entre l'attitude agressive et l'attitude cordiale. C'est là l'explication fondamentale de la plupart de nos actes automatiques.

A la fin de cet entretien, je me demande si je vous ai tenus en bon état, comme je me l'étais proposé au début. Je commence à en douter un peu mais je veux quand même espérer. Ce dont je ne doute pas c'est que vous avez été un auditoire extrêmement tolérant. Les choses se passent comme si vous aviez sublimé votre impatience en mansuétude. En tout cas, j'ai la certitude que grâce à la complicité de cette tolérance tout em-

preinte de sympathie, vous aurez vite oublié les petits chocs que j'aurai pu faire à certaines de vos convictions et les ecchymoses mineures qui pourraient en résulter pour quelques heures. Ces chocs et ces ecchymoses je me les applique volontiers et je les partage entièrement avec vous. Comme vous et avec vous je comparais devant ce que j'ai pu faire de bien et de moins bien et je laisse les autres juger. Il y a une certaine coquetterie à faire quand même de bonne grâce ce qu'on ne peut éviter. Il y a une légitime satisfaction à comprendre pourquoi nous sommes jugés avec sévérité ou avec clémence.

BIBLIOTHÈQUES MÉDICALES D'HÔPITAUX

Raymond TANGHE (Montréal).

L'Association Canadienne des Bibliothécaires de Langue Française a tenu, le 1er mars, au pavillon des gardes-malades de l'hôpital Notre-Dame, une journée d'étude au cours de laquelle plusieurs colloques ont eu lieu. L'un de ceux-ci avait pour sujet l'organisation et le fonctionnement d'une bibliothèque médicale d'hôpital. Comme cette question intéresse les médecins attachés à nos hôpitaux, nous avons pensé que la publication du résumé de ces travaux pourrait leur être utile.

Une bibliothèque vaut par la qualité et l'extension de ses collections et par la compétence de ceux qui en ont charge. Le bibliothécaire d'un hôpital doit avoir une instruction générale assez étendue et l'on estime qu'il devrait avoir fait une année d'études prémédicales au moins. Du point de vue professionnel, il lui faut posséder un diplôme ou un baccalauréat en bibliothéconomie et avoir fait un stage d'au moins un an dans une bibliothèque médicale déjà organisée. Dans notre pays, ce bibliothécaire devra connaître l'anglais et le français à fond et pouvoir lire l'allemand. Il ne faut pas cependant que le bibliothécaire soit un transfuge qui, ayant échoué en d'autres sciences, s'occupe, faute de mieux, de la bibliothèque.

Etant en fonctions, ce bibliothécaire devra se familiariser avec la littérature médicale sous toutes ses formes, se tenir au courant des termes nouveaux, voire des acceptations nouvelles de termes anciens, car son rôle n'est pas seulement celui d'un gardien ou d'un surveillant, mais celui d'un collaborateur des médecins.

Dans plusieurs de nos hôpitaux, des religieuses accomplissent ces fonctions avec beaucoup de bonne volonté et, dans l'ensemble, rendent aux médecins les services que ceux-ci attendent. Cependant, avec une préparation plus poussée, des qualifications plus étendues, le bibliothécaire peut offrir une collaboration encore plus efficace, notamment dans le domaine des recherches bibliographiques. Il va de soi que, pour trouver des sujets bien qualifiés, il faudra non seulement leur offrir un traitement convenable, sans lésiner, mais encore les assurer d'une certaine sécurité dans leur emploi et d'un avancement normal. Les dépenses que ceci entraînera seront largement compensées par l'économie de temps, l'amplitude et la rapidité des informations que les usagers de la bibliothèque obtiendront.

Les services que l'on attend d'une bibliothèque médicale d'hôpital sont ceux de toute bibliothèque spécialisée. Les collections n'étant pas très considérables, on peut économiser sur le coût de la classification en adoptant des systèmes simples mais efficaces. Il im-

porte cependant de garder un ordre systématique de placement sur les rayons puisque ceux-ci doivent être accessibles aux clients de la bibliothèque. C'est ainsi que les revues spécialisées devraient se trouver placées auprès des volumes portant sur le même sujet plutôt que dans un ordre alphabétique difficile à justifier. (En effet bien peu de lecteurs connaissent très exactement les titres des revues et oubliant que ce titre commence par *Journal of, Annals of,* ou *Bulletin of,* etc., ne chercheraient pas à la bonne place). Le bibliothécaire doit s'attendre et se préparer à donner aux médecins tous les renseignements qu'ils désirent sur tel ou tel sujet. Pour y arriver plus facilement, il serait bon qu'il fasse le dépouillement des revues en insérant dans son catalogue autant de fiches-matières que l'article comporte des points essentiels d'intérêt. Opération onéreuse mais qui rend des services signalés au médecin qui veut se renseigner rapidement ou se tenir au courant de publications qui auraient pu passer inaperçues. Le bibliothécaire ira plus loin, il cherchera dans d'autres bibliothèques les informations, livres ou revues dont pourraient avoir besoin ses clients et qui manqueraient dans la bibliothèque. Il fera venir ces articles sur microfilm ou photostat au besoin.

Le catalogue sur fiches étant l'instrument fondamental d'une bibliothèque et l'économie de temps qu'il permet de réaliser dépendant du degré de perfection de sa composition, il importe que le bibliothécaire fasse un cataloguage aussi complet et aussi élaboré que possible. Il pourra consulter des médecins, des spécialistes pour le cataloguage de volumes ou articles portant sur des sujets très spéciaux.

Faut-il laisser la bibliothèque médicale accessible aux infirmières et gardes-malades? Cette question a été débattue sans qu'on puisse prétendre avoir trouvé une réponse satisfaisante. A mon sens les gardes-malades devraient pouvoir tout consulter dans la bibliothèque, au risque que certaines d'entre elles n'aient pas la préparation suffisante pour apprécier comme il faut leurs lectures; le bénéfice que les autres en retireront vaut la peine de tenter l'expérience. On a d'ailleurs fait remarquer que durant leurs études les infirmières n'avaient pas beaucoup de temps pour lire autre chose que les manuels spécifiques à leurs cours.

Une bibliothèque médicale doit bien entendu être toujours prête à collaborer avec d'autres bibliothèques médicales soit pour échanger des publications soit pour les lui prêter.

Que doit contenir une bibliothèque médicale d'hôpital? En premier lieu, un grand nombre de revues surtout dans les secteurs où l'hôpital se spécialise davantage. Plusieurs revues ont publié des listes de titres suggérés, notamment:

1 — « Bulletin of the Medical Library Association ». Nouv. série 25 — Fév. 1937. p. 172-188.

Jennie Gregory: *An Evaluation of Medical Periodicals.*

Cet article contient un choix basé sur la fréquence de citations d'articles contenus dans 230 revues. Le classement en est fait par sujets.

2 — « Library Quarterly ». Janv. 1937. Pages 121-140.

Judith W. Hunt: *Periodicals for the small bio-medical & clinical library.*

L'auteur s'est basé ici sur des statistiques de consultations.

3 — « Journal of the American Medical Association » v. 114 — Mars 1940, p. 1173-1174.

Hospital Medical Library Suggestions.

Cette liste se compose de 109 revues et 500 volumes fondamentaux et classés par sujets; elle donne en outre les adresses des principaux éditeurs.

4 — « Bulletin of the American College of Surgeons ». v. 26 — Avril 1041, p. 131-160.

The Hospital Medical Library.

Cette liste contient 114 journaux classés par sujets et titres et 500 volumes; elle donne aussi les adresses des éditeurs.

Une bibliothèque médicale doit avoir à la disposition de ses usagers des sources de renseignements bibliographiques autres que son propre catalogue. Le *Quarterly Cumulative Index Medicus,* malgré l'extrême lenteur de sa mise à jour, rend encore beaucoup de services. *Excerpta Medica,* publié à Amsterdam, a un caractère beaucoup plus universel, recense plus rapidement mais coûte cher. Il est possible toutefois de ne souscrire qu'à quelques-unes des 15 sections dont cet organe se compose.

Une bibliothèque d'hôpital ne doit pas chercher à être une bibliothèque universitaire; les besoins ne sont pas les mêmes. Ici l'aspect clinique a le pas sur les sciences pures ou la recherche et c'est pourquoi il est fort à souhaiter qu'il y ait une collaboration très étroite entre les universités et les hôpitaux d'une région. Cette collaboration sera parallèle à celle qu'exige l'établissement de cours cliniques et de stages d'internat.

La question a été discutée du sort à faire aux vieux volumes de médecine et aux anciennes collections de périodiques; plusieurs hôpitaux ont organisé des réserves où l'on trouve pêle-mêle des ouvrages non catalogués, des duplicata et des volumes mis au rancart. Cette réserve menace de grossir rapidement et d'avoir une utilité de plus en plus douteuse. Il a été suggéré que les hôpitaux s'entendent entre eux pour coordonner leurs réserves; si un hôpital a une collection complète de telle revue, l'autre hôpital pourra se dispenser de la garder. On pourrait même prévoir comme cela s'est fait dans d'autres villes que ces réserves soient consolidées dans un même entrepôt commun. Ailleurs cette fonction a été confiée à l'université la plus proche.

Toutes ces idées, pour se réaliser, exigent la compréhension bienveillante des administrateurs d'hôpitaux. Les crédits affectés aux postes de la bibliothèque sont en général très modestes, trop modestes, le local est parfois inadéquat comme aussi les facilités matérielles et le personnel trop réduit et insuffisamment payé. Ces constatations, les administrateurs les ont faites eux-mêmes sans doute, et c'est le manque de fonds qui les empêche d'apporter remède à ces déficiences. « Plaie d'argent n'est pas mortelle, encore faut-il qu'elle ne soit pas éternelle ». Pour mieux connaître les besoins exacts de la bibliothèque et pour que les argents votés soient dépensés judicieusement, tout hôpital devrait constituer un conseil de bibliothèque dans lequel prendraient place les chefs des principaux services ou leurs délégués, des représentants du conseil d'administration et le bibliothécaire.

Ce résumé trop succinct de cette journée d'étude ne rend peut-être pas justice à la qualité des observations auxquelles les différents points ont donné lieu; ceux qui y ont pris part avaient, outre leur expérience, une réelle bonne volonté pour chercher en commun des solutions et toutes les critiques que l'on a entendues avaient un caractère constructif qui fait honneur à ceux qui les ont émises.

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

QUELQUES NOTIONS PRATIQUES SUR L'ÉLECTROENCÉPHALOGRAPHIE [1]

Julio VASQUEZ [2] (Montréal).

L'EEG est une méthode d'examen qui étudie les oscillations de potentiels électriques du cerveau. Ces oscillations bio-électriques sont rythmiques, incessantes, pouvent être enregistrées sous la forme de tracée au moyen d'électrodes placées sur le cuir chevelu ou sur le cortex cérébral même. Etant donné que l'amplitude des ondes cérébrales est de l'ordre du microvolt (millionième de volt) il faut des appareils enregistreurs doués d'un pouvoir amplificateur considérable. Un grand développement s'est produit jusqu'à date dans la construction de ces appareils électriques rendant possible une grande fidélité dans l'aspect des décharges graphiques cérébrales.

Les rythmes électriques du cerveau sont la traduction de l'activité physico-chimique des cellules nerveuses. Nous savons que le système nerveux est composé par des milliards de cellules appelées neurones, du tissu de soutien, des vaisseaux et espaces nourriciers. La partie cellulaire du neurone (protoplasma, noyau) possède une activité métabolique plus forte que la membrane cellulaire et a une charge négative par rapport à l'extérieur de la cellule, c'est à dire qu'une différence de potentiel s'y trouve créée. Les unités neuronales en contact les unes avec les autres forment des circuits très complexes, quelques-uns en relation avec des noyaux sous corticaux. En vertu de ces relations intimes entre les neurones corticaux, chaque unité qui anatomiquement est indépendante, perd son individualité physiologique pour devenir une partie concourant avec les autres parties à organiser l'activité d'ensemble de tout le système cérébral.

Quand le sujet se trouve en état de relâchement psychique et physique et à l'abri des stimulus auditifs ou visuels, les cellules corticales ont tendance à synchroniser leur activité et à l'organiser sous l'aspect de battements électriques. Chaque battement ou onde graphique représente la somme des potentiels provenant de milliers de cellules et ces voltages développés à la superficie du cortex peuvent être décelés sur le scalp malgré le pouvoir de réduction et de dispersion des tissus de recouvrement encéphalique (méninges, os, cuir chevelu).

L'EEG a une utilité pratique et expérimentale incontestable mais il y a encore des points obscurs sur la nature intime et l'origine spécifique des différents types de potentiels observés. L'activité enregistrée sur le scalp est très similaire à celle enregistrée avec des électrodes en contact direct avec le tissu cérébral excepté que sur la surface crânienne les types d'ondes se localisent moins bien et sont d'une amplitude dix fois plus réduite.

L'activité rythmique cérébrale existe toujours et ceci, que le sujet soit éveillé ou endormi, dans le coma, ou en état d'excitation. L'amplitude et la forme des ondes varient dans ces diverses conditions mais l'activité est incessante et continue. Seules les conditions extrêmes de nutrition cérébrale déficiente ou l'état proche à l'anesthésie léthale abolissent tout signe d'activité corticale.

TECHNIQUE

Un minimum de huit électrodes sont collées de chaque côté de la tête avec du collodion liquide. Ce nombre permet de couvrir les

1. Service de neuro-psychiatrie de l'hôpital Notre-Dame sous la direction du docteur Roma Amyot.

2. En charge du laboratoire d'électroencéphalographie.

différents lobes des hémisphères cérébraux. Le malade est ensuite couché dans un lit à l'intérieur d'une cabine construite à l'abri des interférences électriques extérieures. Les électrodes sont insérées aux différents points de contact d'une boîte à connection de laquelle partent des nombreux fils électriques allant vers l'appareil. Celui-ci possède plusieurs cadrans que l'on manipule dans un sens ou dans l'autre selon les régions cérébrales que successivement l'on veut explorer. L'étude d'une région quelconque exige l'utilisation d'une dérivation de l'appareil, laquelle sera activée par deux électrodes dont l'une est positive et l'autre négative. Les oscillations de potentiel électrique entre ces deux points choisis vont provoquer des déplacements dans une plume du système inscripteur et ainsi se trouveront dessinées, sur un papier roulant à la vitesse de 3cm/seconde, les ondes cérébrales de la région soumise à l'investigation. Notre appareil possédant six dérivations (six plumes) il nous est possible d'explorer trois régions cérébrales simultanément, de chaque côté du crâne.

Le malade doit reposer, les yeux fermés, immobiles, et autant que possible en état de relâchement musculaire et psychique. Les mouvements des paupières, des globes oculaires, de déglutition feront apparaître, dans les tracés, des ondes « artefacts » qu'il faut savoir éliminer soigneusement au moment de l'interprétation. La durée totale de l'examen est très variable (1—3 heures) et cela dépend de la coopération du sujet, des études de localisation, des divers procédés d'activation tels que: hyperventilation pulmonaire, métrazol et études basales.

Une des fonctions importantes de l'EEG est de permettre de localiser un processus lésionnel en un point quelconque du cerveau et à cette fin on doit se servir de plusieurs méthodes d'enregistrement. Les connections d'électrodes appelées *bipolaires* utilisent deux électrodes adjacentes, toutes les deux, proches du tissu cérébral actif et allant vers un canal de l'appareil dont la plume correspondante inscrira les ondes de la région. Un appareil à six dérivations peut explorer simultanément trois régions différentes de chaque côté. Cette méthode bipolaire est très utile pour la localisation de lésions superficielles. La méthode *unipolaire* présuppose qu'une des électrodes est inactive. On a cru au début que les deux électrodes auriculaires de par leur éloignement étaient indifférents et leur association avec des électrodes scalpiennes permettait d'enregistrer seulement les potentiels émanant des électrodes sur le crâne. Ceci n'est pas toujours exact et quand il y a des lésions des lobes temporaux les électrodes auriculaires deviennent très actives. Les connections scalpe-oreilles deviennent alors bi-polaires.

Cette méthode unipolaire cependant permet d'obtenir avec un peu plus d'exactitude les anomalies venant de la profondeur du cerveau et des régions sous corticales. Une autre méthode de localisation très utile est celle de connections bipolaires jumelées permettant la réalisation de phases reversibles d'ondes pathologiques, et il faut signaler que ces connections bipolaires peuvent se faire non seulement entre les électrodes scalpiennes mais aussi en associant ces dernières avec les dérivations naso-basales. L'électrode basale est constituée par une tige d'argent qu'on introduit dans les fosses nasales pour être appliquée sur l'os sphénoïde. Elle donne des renseignements très utiles dans les lésions profondes de la base du crâne.

Ce souci de la localisation EEGraphique nous oblige à dire quelques mots sur la concordance entre foyer électrique et foyer anatomique: les lésions cérébrales tout d'abord sont inactives électriquement et l'activité pathologique décelée par l'EEG vient des tissus de voisinage rendus fonctionnellement anormaux (compression, œdème, hémorragie); le pneumogramme qui objective les altérations structurales donnera une localisation un peu différente. Mais cette différence est d'autant plus atténuée que la lésion est superficielle et non compliquée du point de vue électrique. Un des nombreux facteurs pouvant compliquer

le diagnostic d'un foyer EEGraphique est la tendance de certaines lésions à envahir les structures sous corticales et provoquer l'apparition de décharges rythmiques bilatérales.

Une localisation beaucoup plus précise peut être obtenue en salle d'opération avec des électrodes directement placées sur le cortex cérébral. Des zones épileptogènes aussi minimes que cinq millimètres ont pu être décelées.

L'EEG NORMAL

Ses caractéristiques ont été définies de par l'étude des tracés de plusieurs milliers de sujets normaux, à l'état de veille, avec une glycémie normale et non soumis à une thérapeutique sédative ou anticonvulsivante quelconque. Il y a des différences individuelles dans l'EEG des sujets normaux; la distribution générale des ondes de fréquence différente varie d'un sujet à l'autre, mais elle a tendance à être constante chez un même sujet au cours de plusieurs examens. On peut donc dire que chaque personne a une « physionomie » électrique cérébrale, toujours la même malgré les variations habituelles de la glycémie, de la T.A., et de l'équilibre des fluides. Une autre caractéristique importante de l'EEG adulte est sa stabilité au cours de l'hyperpnée et de l'injection lente de 500 mgms de métrazol. Ces épreuves peuvent cependant parfois chez certains individus normaux déclancher des décharges qui ne sont pas nécessairement indicatrices d'une lésion ou trouble épileptogène sans lésion anatomique.

Une certaine quantité d'ondes lentes infravoltées, sur les régions fronto-temporales peuvent se voir dans à peu près 15% de cas normaux, et ceci nous montre le caractère relatif du critérium de Normal.

Il faut signaler enfin le caractère fortement héréditaire de l'EEG normal surtout évident chez les enfants jumeaux. Ce trait est important dans la prédisposition vers l'épilepsie.

Le rythme ALPHA normal est le plus important: il est composé par des ondes régulières, maximales dans les régions pariéto-occipitales, dont la fréquence oscille entre 8-13 cycles/sec., et le voltage varie entre 20-100 mv. Elles s'atténuent considérablement avec la stimulation visuelle ou même avec un effort d'attention. Elles s'observent aussi sur les régions temporales et frontales mais ont une amplitude plus réduite.

Le rythme BETA normal est composé par des ondes plus petites (5-30 mv) plus rapides (18-30/sec.) plus irrégulières et maximales dans les régions fronto-temporales.

Les ondes DELTA sont des potentiels le plus souvent pathologiques dont la fréquence oscille entre moins d'un cycle par seconde jusqu'à 6 cycles par seconde. Elles apparaissent en quantité appréciable dans l'EEG des sujets normaux somnolents et endormis, mais elles disparaissent dès que le sujet se réveille.

L'EEG prend ses caractéristiques de développement complet vers 8-12 ans. A la naissance il n'y a presque pas d'activité électrique organisée. Un rythme régulier apparait dans les régions occipitales vers le 3e-4e mois. Vers la fin de la première année le rythme alpha occipital a une fréquence de 6-7/sec. et la fréquence adulte de 8-10/sec. est atteinte vers 6-7 ans.

On doit allouer aux enfants et adolescents normaux une quantité plus grande d'ondes lentes qu'aux adultes. Ils ont aussi une plus grande vulnérabilité à l'hyperpnée et au métrazol. La symétrie des tracés est un des meilleurs indices d'EEG normal chez les enfants et elle a une plus grande valeur si cette symétrie persiste au cours du sommeil et au cours de l'hyperpnée. En général il faut être très prudent chez les enfants avant de conclure qu'il s'agit d'un EEG pathologique. C'est toujours préférable de répéter les examens et de surveiller la tendance normale à la stabilisation des tracés.

L'EEG NORMAL

Le fonctionnement du tissu cérébral provoquera un état graphique dysrythmique dans

lequel la fréquence, l'amplitude et la forme des ondes seront troublées. La dysrythmie peut être définie selon qu'elle affecte l'un ou l'autre de ces aspects: lente ou rapide, irrégulière ou rythmique et paroxystique ou continuelle.

Dans la dysrythmie lente la fréquence des ondes peut varier entre 1 c/sec. et 6-7 cycles/sec. Elle sera localisée ou diffuse. Une lésion localisée, tumorale, vasculaire ou autre donnera un foyer delta. Le coma, l'œdème cérébral, le sommeil normal réaliseront une bradyrythmie diffuse, bilatérale.

La dysrythmie rapide ou tachyrythmie indique un état d'excitation corticale anormal. La fréquence des ondes varie entre 12-60 c/sec. (pointes rapides ou lentes). Quand l'amplitude devient très élevée une crise de *grand mal* peut s'installer.

Parallèlement à l'étude de la fréquence des ondes anormales il faut apprécier leur amplitude. Le vocable « hypersynchronie » signifie que peu importe la fréquence de l'onde, celle-ci a développé une amplitude anormalement élevée. Ces hypersynchronies sont presque toujours présentes au cours de crises comitiales (500-1000 mv), mais peuvent aussi survenir dans l'EEG sans manifestations cliniques; le voltage alors n'est pas aussi élevé. Ces décharges hypersynchrônes survenant dans l'intervalle des crises permettent souvent de reconnaître le type idiopathique ou symptômatique des crises du patient. Le point de départ de ces paroxysmes hypersynchrônes infracliniques peut se trouver dans une région quelconque du cortex, ou bien avoir une origine sous-corticale diencéphalique ou autre.

Les aspects d'ondes pathologiques couramment trouvées chez les épileptiques sont variables: elles peuvent apparaître de manière sporadique irrégulière ou bien sous l'aspect rythmique. Il y a trois aspects d'ondes irrégulières selon leur durée: les pointes, les ondes aiguës et les ondes lentes. *Les pointes* ont en général une durée de 0,020 sec. et une amplitude modérée ou élevée. Elles peuvent survenir en salves de plusieurs décharges séparées par des intervalles libres, ou bien elles sont isolées et sporadiques. Elles peuvent être produites par n'importe quelle région corticale. Quand elles augmentent d'amplitude, tendent à se reproduire de plus en plus souvent, et à se propager vers d'autres régions, elles indiquent le début d'une crise clinique localisée ou généralisée.

La localisation persistante d'un foyer de pointes dans une région cérébrale quelconque est le meilleur indice du siège de la lésion produisant les crises cliniques du malade. Celle-ci éventuellement pourra être extirpée chirurgicalement.

Les ondes aiguës apparaissent comme les pointes mais leur durée est plus prolongée. Leur origine est plus profonde dans le cortex cérébral. Ces ondes aiguës sporadiques localisées s'originent comme les pointes dans du tissu cérébral adjacent à la lésion corticale, mais plus profondément. Devant un foyer d'ondes aiguës on peut présumer la localisation lésionnelle cérébrale mais pas aussi exactement qu'avec les pointes.

Les ondes lentes ont une durée de plus de 15/100 de seconde. Elles constituent souvent l'activité de base sur laquelle se détachent les pointes ou ondes aiguës. La découverte d'un foyer d'ondes lentes isolées chez un épileptique ne permet pas d'affirmer qu'il s'agit d'une lésion épileptogène mais doit faire suspecter le voisinage immédiat de la lésion qui à l'occasion pourra extérioriser les pointes caractéristiques.

Les rythmes *bilatéraux synchrônes* apparaissent sous la forme de bouffées de haut voltage simultanément sur les deux hémisphères pouvant prédominer sur les régions frontales, temporales ou occipitales et disparaissant aussi soudainement. Elles indiquent un point de départ sous cortical et la décharge a un accès facile vers la corticalité des deux hémisphères. Les complexes pointes ondes à 3/sec., les ondes rythmiques à 3/sec. et même des ondes aiguës se présentent souvent de façon synchrônique des deux côtés. Ces ano-

malies sont souvent constatées dans les épilepsies diencéphaliques d'étiologie idiopathique.

Les décharges diffuses ne montrent pas de localisation corticale ou sous corticale unique. La désorganisation des rythmes est généralisée chez quelques épileptiques. On ne trouve pas chez eux un foyer pathologique unique et si parfois les anomalies sont plus accusées dans une région il y aura toujours une dysrythmie plus ou moins intense dans les autres régions corticales. Toutes les ondes anormales déjà décrites peuvent se voir et ce qui domine l'EEG c'est l'anarchie dans la régulation des fréquences et du voltage des ondes.

L'EEG DANS LES ÉPILEPSIES

Les crises de *petit mal* classique sont caractérisées par une absence plus ou moins longue, avec regard fixe, avec ou sans mouvements des paupières et des lèvres, et court arrêt respiratoire. L'EEG au cours de la crise montre les complexes pointe onde typique à 3/sec. englobant simultanément les deux hémisphères. L'origine de ces décharges se fait dans les centres diencéphaliques. Il y a aussi d'autres types des crises courtes dont l'origine se fait également dans les régions sous-corticales médianes: la pyknolepsie, les crises vasovagales, les crises akinétiques et les crises myocloniques.

Les crises psychomotrices sont plus complexes et font partie du vaste cadre d'épilepsies temporales dont les aspects cliniques sont très variables; il peut s'agir d'inconscience subite avec crise masticatrice, ou d'une bouffée confusionnelle avec agitation et fugue; parfois les automatismes moteurs dominent la crise et le malade dans un état de semi-conscience exécute des actes absurdes, irrationnels, desquels il ne conservera aucun souvenir; chez d'autres malades les phénomènes sont purement subjectifs sans altération notable de la lucidité et sans amnésie postcritique, et la crise consiste en un état de rêve avec impression d'irréalité, d'étrangeté, phénomène de « déjà vu », ou hallucinations auditives, olfactives, gustatives. Pendant les crises ou dans les intervalles des crises l'EEG montre des décharges irritatives et lentes apparaissant en bouffées sur les régions temporales unies ou bilatérales.

Les épilepsies de type convulsif sont le mieux connues. Les plus courtes ne s'accompagnent pas d'inconscience le plus souvent et le malade assiste au déroulement de phénomènes moteurs ou sensitifs dans un membre ou la face. Elles peuvent se propager vers d'autres membres du même côté (marche jacksonienne) et même se généraliser avec alors perte de conscience.

Les crises convulsives généralisées d'emblée ont un début bilatéral avec inconscience, cri initial, phénomènes toniques et cloniques des membres, morsure de la langue, cyanose, écume à la bouche et incontinence urinaire. Du point de vue EEGraphique au cours de la crise on observe une activité de pointes survoltées continuelles diffuses. Cette forme clinique peut être l'aboutissant final de n'importe quelle autre forme clinique de crise.

La quantité d'anomalies que l'on trouve dans l'EEG des épileptiques dans les intervalles des crises est très variable. Tout d'abord il est important de savoir que 15 à 20% des épileptiques francs ont des EEG normaux et que ces malades réagissent bien en général à la médication anticonvulsivante. Ce pourcentage peut être réduit à presque zéro si on active l'EEG avec du métrazol ou le sommeil.

Il n'y a pas de parallélisme entre la fréquence de crises cliniques et l'importance de décharges graphiques anormales. Certains épileptiques ont des EEG très anormaux et ne font pas de crises très souvent. D'autres tombent souvent et ont des tracés peu anormaux.

Le fait que la médication arrête les crises ne signifie pas que l'EEG devient normal mais quand ceci se produit on peut supposer que la protection est plus grande. L'aggravation de l'aspect EEGraphique (chez l'enfant surtout, mais aussi chez l'adulte) avec le passage du temps est d'un pronostic réservé ou grave.

L'EEG DANS LES MALADIES ORGANIQUES DU SYSTÈME NERVEUX

Les anomalies EEGraphiques rencontrées dans ces états ne sont pas spécifiques. Cet examen peut dire s'il y a des anomalies, leur caractère localisé ou diffus, leur topographie superficielle ou profonde.

Les examens répétés en série peuvent renseigner sur le caractère évolutif du processus lésionnel et dans ce sens apportent une aide appréciable à la clinique mais c'est à celle-ci de déterminer l'étiologie du trouble bio-électrique cérébral que l'EEG découvre.

1) Les traumatismes crâniens selon l'intensité et gravité du traumatisme donneront des anomalies localisées ou diffuses. L'amélioration graphique suit l'amélioration clinique mais plus lentement; quand les anomalies persistent malgré le rétablissement clinique il faut réserver le pronostic, répéter les examens et surveiller le ou les foyers des décharges persistantes. Les hématomes sous-duraux peuvent se traduire par une dépression d'amplitude des ondes d'une région cérébrale avec ou sans décharges lentes.

L'EEG est un très bon juge dans les problèmes médico-légaux des traumatisés du crâne. Selon le caractère normal ou anormal des tracés ou pourra évaluer l'étiologie organique ou fonctionnelle des plaintes du malade.

2) Lésions vasculaires. Des décharges plus ou moins sévères selon le type de lésion s'observent sur les tracés, mais avec la survie du malade il y a dans beaucoup de cas une tendance manifeste à la régression des anomalies et le retour vers la normalité. On peut même observer la disparition totale du foyer EEGraphique. Ceci ne se voit jamais dans les tumeurs cérébrales, ce qui constitue un bon élément de diagnostic dans des cas litigieux.

3) Dans les tumeurs et abcès du cerveau l'EEG est anormal dans 85% des cas et de l'expérience de l'interprète dépend l'exactitude de la localisation. Nous savons que les décharges lentes dans ces états s'originent non pas dans le tissu nécrosé électriquement mort mais dans la périphérie de celui-ci représentée par du tissu dont la nutrition est précaire. Au delà de cette zone le cortex étant normal, les tracés le seront aussi.

Quatre-vingt-dix pour cent des T.C. ont des EEG anormaux, et parmi ceux-ci dix à quinze pour cent ne permettent pas une latéralisation et localisation exactes. Un EEG normal est un argument sérieux contre le diagnostic de T.C. Les abcès cérébraux présentent les mêmes problèmes de localisation que les tumeurs.

4) Dans les encéphalites aiguës les aspects EEGraphiques sont moins caractéristiques. Les anomalies quand elles existent sont bilatérales. La persistance ou tendance à la regression de celles-ci avec des EEG en série permettent de formuler un pronostic. Les états d'intoxication quand ils modifient l'état psychique du malade peuvent provoquer l'apparition des décharges anormales dans les tracés. L'oxide de carbone tout particulièrement fait apparaître des modifications EEGraphiques importantes.

5) Les troubles métaboliques produisent parfois des variations dans la fréquence des ondes alpha. On a observé des malades avec un M.B. très diminué dont le taux des décharges alpha était de 7-8 cycles par seconde. Celui-ci aurait augmenté en même temps que le M.B. sous l'action de l'extrait thyroïdien.

Dans les troubles pituitaires variés l'EEG est normal excepté quand il s'agit d'une tumeur comprimant le cerveau sus-jacent. On observe alors des rythmes bilatéraux à 5-6-7/sec. dans les enregistrements obtenus avec l'électro de nasale.

L'EEG DANS LES MALADIES MENTALES

La valeur clinique de l'EEG dans les maladies mentales est moindre que dans les affections neurologiques. Malgré cela des travaux nombreux ont été publiés concernant les aspects EEGraphiques dans les affections psychiatriques. La quantité, la régularité et l'amplitude d'ondes alpha ont été étudiées et comparées au type de personnalité de certains sujets. Beaucoup de malades anxieux ont des tracés de type rapide et infravoltés mais on

ne décèle pas d'anomalies sérieuses chez les psychonévrotiques et leur EEG le plus souvent est classé dans des limites normales. Il faut faire cependant des réserves quand un psychonévrotique ou considéré comme tel décrit des crises en apparence bizarres ou se plaint d'évanouissements.

Il y a en effet un certain nombre d'épileptiques dont les crises sont caractérisées par des pertes de conscience très brèves sans convulsions ou tonisme du corps. Ces malades risqueraient d'être considérés comme des fonctionnels et c'est ici que l'EEG est d'une valeur considérable. Soit à l'examen de repos soit avec activation au métrazol on peut mettre en évidence des anomalies épileptogènes latentes diencéphaliques ou corticales. La même chose peut être dite d'un certain groupe de sujets présentant des crises d'allure pithiatique et où l'EEG parfois découvre les mêmes anomalies latentes, qui ajoutent un appoint comitial au tableau clinique d'aspect fonctionnel; le traitement anticonvulsivant les améliore parfois considérablement ces malades.

Une quantité très appréciable d'EEG pathologiques ont été constatés dans une assez forte proportion (40-50%) d'enfants problèmes. Les anomalies sont bilatérales et diffuses: ondes lentes de 4-7/sec. ayant parfois une allure épileptiforme et identique à celles observées chez les épileptiques. Cette identité d'aspect ne signifie pas cependant qu'il s'agit de comifialité au vrai sens clinique.

On aurait constaté des traits héréditaires marqués tels que épilepsie ou tares neurologiques chez les ascendants de ces enfants problèmes dont le comportement et les anomalies EEGraphiques sont favorablement influencés par la benzédrine et le gardénal.

Les mêmes anomalies diffuses déjà décrites auraient aussi été constatées chez les psychopathes déséquilibrés (personnalités psychopathiques) et parfois ces décharges sont plus accusées dans les régions temporales. Mais les résultats des différents investigateurs ne concordent pas. Les uns ont obtenu une forte proportion d'EEG anormaux, tandis que d'autres investigateurs n'ont pas trouvé plus que 20% de dysrythmies diffuses chez ces psychopathes. Ce chiffre se rapproche beaucoup de la moyenne de dysrythmies dans la population normale, ce qui diminue la valeur de ces constatations EEGraphiques.

Très peu de renseignements peuvent être tirés de l'examen EEGraphique des psychotiques. Qu'il s'agisse d'un état paranoïde, d'une schizophrénie, ou d'une psychose maniaco-dépressive, le plus souvent les tracés sont normaux. Certains auteurs ont déjà signalé des dysrythmies diffuses légères chez ces malades mais il est impossible d'affirmer qu'elles sont en relation directe avec ces affections. Beaucoup plus d'anomalies sont décelées naturellement dans les manifestations mentales ayant un substratum organique, infectieux ou toxique. Egalement il faut insister sur un groupe de malades porteurs d'un syndrôme mental isolé et dont l'EEG découvre un foyer delta indiquant une lésion cérébrale dégénérative importante que les autres explorations cliniques permettent de ramener à une étiologie traitements électriques.

Signalons en terminant l'intérêt d'avoir un tage et diffuses sont enregistrées chez tout malade ayant été soumis à la convulsivo-thérapie mais les tracés reprennent leur allure normale quelques semaines après la fin de ces traitements électriques.

Signalons en terminant l'intérêt d'avoir un EEG normal chez tout psychotique candidat à la lobotomie préfrontale et de l'importance d'examens post-opératoires répétés pendant une assez longue période de temps. Cela permet de suivre l'état électrique artificiellement perturbé des lobes frontaux sur lesquels rarement peut se développer une cicatrice épileptogène.

MÉNINGITE TUBERCULEUSE — TRAITEMENT

La méningite tuberculeuse est traitée maintenant selon un mode fondamental qui est constitué jusqu'à nouvel ordre par de la streptomycine par voie intramusculaire et intrathécale, par l'administration de l'acide para-amino-salicylique.

Mais deux formules nouvelles se sont ajoutées très récemment à cette thérapeutique de base. Elles consistent dans l'administration du PAS par voie parentérale, par voie veineuse, dans l'emploi de l'isoniazide par voie buccale et surtout par l'administration de cette substance (l'isoniazide) par voie intrathécale. Ce qui fait que maintenant on serait autorisé à traiter une méningite tuberculeuse avec plus de chances de succès par la technique suivante:

Streptomycine par voie intramusculaire en une ou deux injections quotidiennes — streptomycine par voie intrathécale en une injection quotidienne.

P A S en perfusion intraveineuse ou, si impossible, par voie sous-cutanée avec de l'hyalorunidase.

Isoniazide par voie orale (5 mg par kilo/jour).

Isoniazide par voie intrathécale administrée quotidiennement avec la streptomycine (à la dose d'environ 10 mg).

On obtiendrait de la sorte, des résultats très encourageants.

(Jean Fouquet et coll.: *Bull. Mem. Soc. Med. Hôp. Paris,* **68**: 1288, nos 34, 35, 36, 1952.)

DOULEURS DU COU ET DE L'ÉPAULE

La connaissance de l'anatomie de la région et plus particulièrement de son innervation est nécessaire à la compréhension et à la découverte des facteurs étiologiques et du mécanisme des algies qu'on y peut observer.

Enumérons brièvement les plus importantes de ces causes.

Tumeurs intrarachidiennes de la région cervicale.

Hernie et protusion discales de la région cervicale.

Tumeurs cancéreuses des vertèbres cervicales.

Infection aux vertèbres cervicales avec abcès intra-rachidien.

Compression de nature traumatique exercée pendant une certaine période sur le plexus brachial.

Syndrome du scalène antérieur avec ou sans côte cervicale.

Lésions d'arthrite de l'épaule.

Lésions de périarthrite de l'épaule: tendinite aiguë sans rupture ni calcification sous-acromiale; rupture du tendon du sus-épineux (début soudain à la suite d'un traumatisme plus ou moins violent — impossibilité d'abduction du bras.)

Ne pas oublier: douleurs projetées d'origine cardiaque; d'origine pulmonaire (tumeurs); zona; tumeurs osseuses de la région; douleurs causalgiques.

Cette sèche énumération montre le problème diagnostique parfois difficile d'un syndrome algique cervico-brachial. Elle démontre que l'on doit envisager la possibilité étiologique de multiples agents parmi lesquels la clinique et certaines épreuves complémentaires permettant de voir clair.

(Louis G. Howard: *The Med. Clinics of North America,* septembre 1952, page 1289.)

LES POLYNÉVRITES OU, MIEUX ENCORE, LES POLYNÉVROPATHIES

Groupe multiple d'affections si on s'en rapporte aux causes dont les unes sont bien connues et d'existence classiquement agréée. Mais d'autres, et nombreuses même, sont de connaissance plus récente et moins répandue. Voici une classification qui couvre à peu près tout ce qu'on admet actuellement dans l'étiologie des polynévropathies.

1° *Par nutrition déficiente*: (avitaminose), alcoolisme, béri-béri, pellagre, affection gastro-intestinale, cachexie, sénilité.

2° *Par infection; par allergie*: diphtérie; sarcoïdose; lèpre; maladies éruptives; mono-

nucléose infectieuse; maladie du sérum; syndrome de Guillain-Barré (allergie, infection à virus comme la mononucléose infectieuse).

3° *Origine vasculaire ou sanguine*: périartérite (noueuse de Kussmaul); anémie pernicieuse; occlusion artérielle; irradiation excessive; dyscrasies sanguines.

4° *Origine toxique et métabolique*: diabète; porphyrie aiguë; arsenic; plomb; mercure; thallium, phosphate de triorthocresyl, acide folique.

5° *Polynévropathies familiales*: atrophie musculaire péronière (Charcot-Marie-Tooth); névrite hypertrophique progressive (Déjerine-Sottas); névropathie radiculaire sensitive familiale (Denny-Brown).

Ces syndromes polynévritiques ont des caractères étiologico-cliniques particuliers et peuvent bien souvent être identifiés d'après leurs caractères symptomatologiques. Les uns sont à prédominance motrice, d'autres apportent surtout des déficits des sensibilités profondes, quelques-unes sont surtout douloureuses, certaines ont une marche extensive ou encore possèdent une électivité topographique particulière. Enfin, elles sont souvent couplées à d'autres symptômes ou signes qui permettent d'en identifier l'origine.

Le traitement doit s'adapter, bien entendu, à l'origine de chacune de ces névropathies mais toutes doivent bénéficier d'une bonne nutrition, d'un apport abondant en vitamine B, et de mesures hygiéniques, physiopathologiques et antialgiques appropriées.

(C. A. Kam — *The Medical Clinics of N. America*, septembre 1952, page 1357.)

ABLATIONS CORTICALES ET AFFECTIONS PAR LÉSIONS CÉRÉBRALES

Les épilepsies dites focales, par décharge épileptogène à partir de lésions cortico-sous-corticales circonscrites comme peuvent les déterminer des traumatismes crâniens, sont susceptibles d'être traitées efficacement par la neuro-chirurgie. Guidé par les indices de l'électro-corticographie, le chirurgien peut exciter toute la région du cortex cérébral d'où se déclanche l'influx nerveux épileptogène qui, lorsque la crise se généralise, embrase la totalité du cerveau. Cette chirurgie de l'épilepsie focale est actuellement bien individualisée, nous pouvons dire standardisée.

Mais, fait plus inédit, c'est que l'ablation des régions cortico-sous-corticales malades peut entraîner des améliorations appréciables dans le comportement et l'indice intellectuel de sujets dont les troubles mentaux étaient reliés aux lésions cérébrales. Il apparaît comme si ces dernières nuisaient au bon fonctionnement des autres territoires du cerveau et entravaient le jeu normal des fonctions intellectuelles et affectives.

Au surplus, on a remarqué que les séquelles neurologiques des lésions anciennement constituées, comme les accidents qu'on range sous la domination de la paralysie cérébrale infantile, pouvaient être améliorées par les excisions corticales portant sur les zones pathologiques. Il semble que ces dernières, à proximité des centres moteurs non entièrement détruits et à proximité de la région lésionnelle, constituent un obstacle à la reprise intégrale de la fonction motrice.

La neuro-chirurgie ouvre tous les jours des avenues vers de nouvelles explorations et d'inédites réalisations.

(Penfield: *Journ. Neurol., Neurosurgery and Psychiatry*, **15**: 73, 1952.)

AURÉOMYCINE ET CHLOROMYCÉTINE CONTRE L'INFECTION SYPHILITIQUE

Les conclusions résultent d'une observation portant sur une durée de 12 et 15 mois et sur un nombre de 100 sujets. Les résultats, en somme, sont comparables avec la chloromycétine et l'auréomycine, à la dose de 60 mg. par kilo et par jour pendant 6 à 8 jours, à ceux qu'on obtient avec la pénicilline administrée pendant 7 à 10 jours à la dose de 300 000 unités ou plus par jour.

En somme, l'auréomycine et la chloromycétine se montrent actives dans la syphilis aux différentes périodes de son évolution. La dose de 60 mg. par kilo/jour pendant 8 jours

se montre aussi efficace que la pénicilline intramusculaire pendant la même période.

A noter que l'auréomycine et la chloromycétine pourront être employées dans les cas d'allergie à la pénicilline et que ces antibiotiques se montrent actifs contre la chancroïde ou le chancre mou et le granulome inguinal auprès desquels la pénicilline ne montre aucune action et qu'associées éventuellement à la syphilis, ils pourraient être simultanément contrôlés par eux.

(S. R. Taggart et coll.: *Ann. J. Syph.-Gonor. and Ven. Dis.*, **36**: 175, mars 1952.)

TRAITEMENT CHIRURGICAL DES SYNDROMES EXTRAPYRAMIDAUX

Il s'agit des hyperkinésies comme l'athétose, de certains types de tremblement, des syndromes choréo-athétosiques, de la rigidité extrapyramidale et plus souvent encore des syndromes parkinsoniens. Plusieurs techniques ont été tentées partant de postulats différents concernant la physiopathologie de ces phénomènes extrapyramidaux.

Certaines d'entre elles s'attaquent au système pyramidal, soit au cortex, soit au niveau du pédoncule cérébral et même au segment cervical de la moelle épinière. L'excision ou la section des éléments de ce système entraînent une paralysie qui comporte l'arrêt des mouvements involontaires.

D'autres techniques s'adressent plus spécifiquement au système extrapyramidal, soit en excisant la zone précentrale immédiatement en avant des localisations motrices de la circonvolution frontale ascendante, soit en détruisant le bras antérieur de la capsule interne, soit en sectionnant la tête du noyau caudé.

Une méthode apparemment plus élective dans son postulat physiologique et dans les effets obtenus, serait d'opérer une électrocoagulation circonscrite à deux faisceaux de fibres nerveuses qui émergent du noyau lenticulaire: l'anse lenticulaire et le faisceau lenticulaire. Après répérage soigneux par des traits marqués sur la voûte crânienne, l'appareil est introduit par des points différents dont la voie antérieure transfrontale semble la meilleure, à une profondeur rigoureusement évaluée. Onze syndromes parkinsoniens opérés de la sorte sans mortalité opératoire et avec 72 pour cent de bons résultats.

(F. Fenelon: *La Semaine des Hôpitaux*, **28**: 7775 (18 déc.) 1952.)

TRAITEMENT ÉCONOMIQUE ET EFFICACE DE LA PNEUMONIE AIGUË BACTÉRIENNE NON TUBERCULEUSE

Selon l'expérience portant sur 74 cas de pneumonie aiguë dont 8 avec bactériémie ou septicémie, chez 29 desquels on décela le pneumocoque et chez les autres d'autres types de bactéries comme le streptocoque pyogène et des bacilles gram-négatifs, il appert que l'auréomycine administrée à la dose de 250 mg. à 8 heures a. m., 1 heures p. m., 5 heures p. m. et à 10 heures p. m. se montra opérante. En effet, aucun de ces cas n'est mort. Deux empyèmes, 3 épanchements pleuraux aseptiques, et 5 épaississements pleuraux furent les complications observées dans ce groupe de malades pneumoniques ainsi traités.

(L. V. NicVay et T. N. Stern: *Antibiotics and Chemotherapy*, **2**: 215 (avril) 1952.)

DOULEURS FULGURANTES DU TABÈS

On conseille de traiter ces algies si souvent tenaces et irréductibles du tabès par des injections intrathécales d'eau bi-distillée, 10 cc. environ. Ce même procédé pourra être également utile dans les crises gastriques compliquant la même affection et dans les névralgies d'origine zonateuse. Il ne serait pas également inutile, dans certains cas, d'injecter également dans l'espace sous-arachnoïdien de l'air ou de l'oxygène.

On ne peut fournir une explication catégorique de l'action très souvent favorable de cette thérapeutique, mais on croit que la réaction méningée aseptique provoquée par l'eau ou l'air favoriserait l'atténuation ou la disparition éventuelle des algies.

(R. A. Schwob et P. L. Sée: *Bull. et Mém. Société Médicale des Hôp. de Paris*, No **22**, 804, 1952.)

LAMINECTOMIE DANS LES TRAUMATISMES MÉDULLAIRES

Les fractures vertébrales dorso-lombaires amenant des troubles neurologiques aux membres inférieurs devraient être soumises systématiquement et de préférence précocément à une laminectomie.

Une telle intervention ne comporte pas une mortalité et même une morbidité élevées, elle est même anodine dans les conditions actuelles de la neuro-chirurgie. Il apparaîtrait comme si, dans l'ensemble, les malades opérés seraient moins spastiques, auraient moins de douleurs et récupéreraient plus avantageusement leurs fonctions sensitives et motrices. En plus, il est incontestable qu'une telle thérapeutique positive apporte au malade un atout psychologique indubitable.

Un programme de réhabilitation devra forcément être réalisé pour chaque cas après la laminectomie, soit simplement exploratrice, soit agissante en abolissant une compression, en libérant des adhérences arachnoïdiennes, etc.

(D. A. Covalt et coll.: *J. A. M. A.*, **151:** 89 (10 janvier) 1953.)

L'ÉTUDE DES JUMEAUX ET LA GÉNÈSE DE CERTAINES AFFECTIONS MENTALES

L'observation des jumeaux permet de recueillir des renseignements d'intérêt fondamental sur l'origine héréditaire ou génétique de certaines maladies. Et c'est peut-être dans le domaine de la psychiatrie que ces constats peuvent offrir l'enseignement le plus utile. En comparant le bilan vital des jumeaux monozygotiques ou univitellins à celui des jumeaux dizygotiques ou bivitellins on peut se rendre compte de l'influence génétique sur l'origine de certaines affections.

Ainsi pour ce qui est de la schizophrénie, la concordance pathogène est chez les jumeaux monozygotiques de 76 à 86 pour cent, alors qu'elle n'est que de 15 pour cent chez les dizygotiques, ce qui semble démontrer assez péremptoirement que l'hérédité ou l'origine génétique de l'affection possède une influence primordiale. A remarquer que la concordance des formes cliniques, sauf pour le type catatonique, est loin d'être absolue; cette dissemblance apporterait un argument plus convaincant en faveur de l'unité nosologique de la schizophrénie.

La concordance dans la maniaco-dépression est encore plus élevée, allant jusqu'à 96,7 pour cent et montrant par là l'influence indubitable de l'hérédité dans cette affection.

Les deux formes de la maladie mélancolique et maniaque, sont toujours représentées dans une paire de jumeaux.

En ce qui concerne les psychoses involutives, l'observation chez les jumeaux rapprocherait ces affections de la schizophrénie.

L'influence génétique paraît très importante dans l'oligophrénie chez laquelle on ne peut invoquer ou déceler une cause acquise.

Le mongolisme paraît être le produit pathologique combiné de facteurs héréditaires et acquis.

L'étude peut être portée sur une multitude d'autres problèmes psychiatriques, mais jusqu'à date les névroses, l'homosexualité, le suicide dit héréditaire, la criminalité n'offrent pas de données pouvant suggérer une influence héréditaire dans leur genèse.

(Th. Kammerer: *Ann. Med. Psychologiques*, **110:** 544 (novembre) 1952.(

CURE DE SOMMEIL EN PSYCHIATRIE

Cette méthode de traitement fut recommandée d'abord par Klaesi.

Mais les psychiatres russes l'ont développée abondamment et même l'appliquent à une multitude d'affections nerveuses et mentales. Le postulat de ce procédé thérapeutique repose, selon leur conception, sur le mécanisme des réflexes conditionnels de Pavlow. Le sommeil prolongé pendant plusieurs jours amènerait une inhibition des réflexes conditionnels qui sont éventuellement à la base d'affections névrotiques, psycho-somatiques et même psychiatriques.

Le sommeil artificiel provoqué par des substances hypnotiques, comme certains bar-

biturіques (tel l'Amytal sodique), produirait comme un déblaiement cortical, un désencombrement dans les aiguillages associatifs du cortex. Cette méthode serait maniable et inoffensive et mériterait de prendre rang dans l'arsénal thérapeutique de la psychiatrie.

L'indication de choix serait la névrose d'angoisse aiguë.

(V. Gachkel et C. Brisset: *Ann. Médico-psychologiques,* **110**: 565 (nov.) 1952.)

TRAITEMENT DE L'HYPOCONDRIE

En partant de constatations faites au cours d'électro-encéphalographies de 50 cas et de leur observation depuis trois ans, les auteurs croient que le traitement de l'hypocondrie par les amphétamines (telles la benzédrine, la dexédrine, la méthédrine, la desoxine, selon les différentes spécialités sur le marché) associées aux hydantoïnes (dont le prototype est le dilantin) peut apporter des résultats favorables dans 50 pour cent des cas.

(J. Faure et J. Rigal: *Ann. Médico-psychologiques,* **110**: 566 (novembre) 1952.)

L'ÉLECTRO-CHOC SOUS CURARE

On emploie le curare afin de dimniuer la vigueur des convulsions toniques de l'électrochoc et conséquemment le risque des fractures. Cependant, le curare ne doit pas être administré sans prudence; il comporte un risque réel. Cossa et Pesle, après avoir observé trois morts après électro-chocs pratiqués sous curare, avec toutes les précautions exigées et par un anesthésiste averti, sont décidés maintenant d'abandonner la technique de l'électrochoc sous curare. Leurs malades sont morts en syncope respiratoire malgré tous les soins de réanimation. Le danger de mort étant plus grand, à leur avis, que le risque de fracture, il abandonnent cette technique.

(Cossa et Pesle: *Ann. Médico-psychologiques,* **110**: 566 (nov.) 1952.)

Roma AMYOT.

ANALYSES

Dans le but d'uniformiser les indications bibliographiques qui accompagnent les analyses, afin de les rendre plus complètes et utilisables, on est prié de les inscrire dans l'ordre suivant adopté par le « Quarterly Cumulative Index Medicus » : nom de l'auteur, titre de l'article, nom du périodique, le volume, la page, le mois (le jour du mois si le périodique est hebdomadaire), l'année. Exemple : J. Beerens. — Tuberculose et démence précoce. « Ann. Med. Psychol. », **94**: 1 (juin) 1938.

MEDECINE

J. MARIE, G. TEE, E. ELIACHAR. — **Le traitement moderne de la coqueluche.** "La Semaine des Hôp. de Paris", **9:** 341 (2 février) 1952.

Durant ces dernières années, de nombreux médicaments sont venus enrichir l'arsenal thérapeutique de la coqueluche. C'est une maladie plutôt capricieuse puisqu'elle peut guérir spontanément en quelque vingt jours. Elle peut aussi se prolonger durant des semaines, même des mois.

Parmi ces nouvelles médications, les auteurs étudient les résultats obtenus par:

1) Le sérum hyperimmunisé,
2) la streptomycine,
3) l'auréomycine,
4) la chloromycétine.

Pour obtenir ce sérum hyperimmunisé, on renforce « le pouvoir antibactérien d'humains adultes en leur faisant subir une vaccination anticoquelucheuse ». Son principal inconvénient, c'est qu'il ne peut agir sur la coqueluche déclarée. Les résultats cliniques sont d'autant meilleurs que le malade est soumis plus tôt au traitement, soit à la période d'invasion (surtout lors de la première semaine des quintes).

La streptomycine est indiquée dans certaines formes de coqueluche (quintes asphyxiantes, pneumocoqueluche) chez les nourrissons de moins de deux ans.

L'auréomycine, bien qu'employée chez six malades seulement, paraît être, d'après nos auteurs, d'une efficacité très contestable.

Quant à la chloromycétine, si elle apporte des résultats vraiment extraordinaires à l'étranger, il n'en demeure pas moins que cette thérapeutique possède une action évidente dans le traitement moderne de la coqueluche.

Paul-René ARCHAMBAULT.

ANNOTATIONS. — **Réactions gastro-intestinales aux antibiotiques.** *(Gastro-intestinal reactions to antibiotics.)* "Lancet", **1:** 16 (février) 1952.

Il est bien connu que certains antibiotiques administrés par voie buccale tels l'auréomycine, la chloromycétine et la terramycine peuvent produire des lésions gastro-intestinales. Chez 110 patients traités pour brucellose, par l'auréomycine, ou la chloromycétine, Harris a noté qu'environ 2/3 des femmes et le 1/5 des hommes présentèrent nausées, vomissement, malaises épigastriques, pyroses ou diarrhée; et la diarrhée a quelquefois persisté plusieurs semaines après cessation de traitement. Des complications buccales survinrent chez plusieurs femmes, notamment une éruption vésiculo-papuleuse de la muqueuse du palais, des joues, du pharynx et des lèvres, une stomatite « angulaire » et une glossite. Une irritation vulvaire et anale était souvent présente.

Tomaszewski a noté des complications buccales dans 39% des 126 malades traités par l'auréomycine et la chloromycétine.

Manhéum a collectionné 100 cas, où il a pu observer des complications anao-rectales survenues une quinzaine de jours après le traitement par auréomycine et chloromycétine ou terramycine. Et dans chacun des cas, il y eut prurit anal, douleur, sensation de brûlure et saignement. Un examen a révélé un erythème, un épaississement et une excoritation périanale associés chez quelques-unes à des fissures superficielles multiples et dans

de rares cas à des ulcérations du rectum et du colon.

Toutefois le mécanisme de production de ces lésions n'est pas clairement établi. Il est évident qu'en éliminant une grande variété de bactéries sensibles, les antibiotiques modifient considérablement la flore intestinale, et il s'ensuit une production défectueuse du complexe vitaminique B, lequel on le sait, résulte de synthèses bactériennes. Comme d'autre part, les lésions buccales observées, ressemblent de très près à des lésions d'avitaminose B, on a cru avoir élucidé le mécanisme de production de ces complications. Mais il faut ajouter que ces lésions surviennent même chez des patients qui reçoivent des doses adéquates de vitamine B. Il existe donc sûrement d'autres facteurs en jeu.

Car il faut considérer que la disparition des microbes sensibles peut amener une prolifération exagérée de microbes résistants et particulièrement le fungi. Par exemple, on a isolé des candida albicans dans les lésions buccales et anales de patients sans traitements antibiotiques de même que dans les matières fécales de ces patients qui présentaient une diarrhée. Ce qui a conduit Harris à suggérer que les complications gastro-intestinales étaient peut-être causées par une croissance exagérée et une virulence accrue des candida albicans qui parviennent à léser une muqueuse qui se défend mal en raison d'une avitaminose B.

Il est donc recommandable de toujours administrer de la vitamine B, surtout par voie parentérale, aux patients qui reçoivent des antibiotiques par voie buccale. Une autre méthode de prévention consisterait à acidifier le tube digestif, soit en faisant ingérer du bactobacille sous forme de Yogourt, soit en faisant ingérer du lactose. Manheim a noté une amélioration importante des lésions ana-rectales à la suite de l'emploi du bactobacille.

Paul DIONNE.

Arthur M. MASTER, Isaac GOLDSTEIN et Max B. WALTER. — **Les nouvelles et anciennes définitions de la pression de sang normale. La signification clinique des limites nouvellement établies.** *(New and old Definitions of normal blood pressure. Clinical significance of the newly established limits.)* "Bulletin of the N. Y. Acad. of Medicine", **27:** 452 (juillet) 1952.

Les auteurs commencent par faire l'historique des appareils inventés et employés jusqu'à nos jours pour étudier la pression artérielle. Nous apprenons ainsi que Van Bash, un médecin viennois, est l'inventeur authentique du sphygmomanomètre et que Korotkow fut le premier à se servir de la méthode auscultatoire pour déterminer la pression artérielle.

Potain fut le premier dans son traité sur « La pression artérielle de l'homme » à établir certaines relations entre la P.A. et certains facteurs comme l'âge, le sexe, le poids, l'activité, l'altitude, etc.

Depuis 40 ans, les compagnies d'assurance ont établi des statistiques pour essayer d'établir des valeurs normales limites de la P.A. et ont fixé celles-ci à 131 mm. Hg. à 16 ans et 151 mm. Hg. à 65 ans. Symonds, faisant l'étude de P. A. chez 150 000 hommes apparemment en santé, en conclut que la pression systolique normale chez l'homme âgé de moins de 40 ans est en dessous de 140 mm. Hg. D'autres études faites par les compagnies d'assurance fixent à 150 mm. Hg. la pression systolique normale maxima. Cependant Bechgoard a suivi 1 000 patients ayant des pressions de 180/100 ou plus pendant des périodes variant de 4 à 11 ans. Quelques-uns avaient une pression de 240/130. Il en trouva la moitié en bonne santé et 25% symptomatiques après cette période d'observation. Il remarqua que l'excès de mortalité due à l'hypertension diminuait avec l'âge avancé.

Burgess a suivi 100 patients avec des pressions de 180/100 ou plus pendant au moins 8 ans. Il en conclut que même l'hypertension sévère, si elle est présente depuis 8 ans ou plus et si elle n'est pas associée à une maladie cardiaque ou rénale bien établie, ne com-

porte habituellement pas un pauvre pronostic. De fait, le patient peut vivre jusqu'à 4 ou 6 ans de la limite normale.

Ces résultats suggèrent que les limites acceptées sont trop basses et doivent être revisées. Cette assertion est confirmée par les travaux d'Alvarez qui a trouvé que 22% d'un groupe de 6 000 étudiants en bonne santé avaient une pression systolique supérieure à 140 et aussi par les travaux de Dichl et Sutherland qui ont constaté la même chose chez 11,5% d'un groupe de 5 100 étudiants.

Dans une étude publiée en 1928, Saller suggère très logiquement d'ailleurs que l'augmentation de la pression avec l'âge, doit être considérée comme faisant partie du processus de vieillissement de l'organisme et peut être comparé à d'autres changements comme ceux qui se produisent au niveau des cheveux, des dents, des yeux, de la libido, etc.

Le fait saillant qui ressort des études de Saller, c'est que la pression augmente graduellement après l'âge de 47 ans, de telle sorte qu'entre l'âge de 68 et 69 ans, la pression systolique chez le mâle varie de 86 mm. Hg. à 186 et chez la femme de 112 à 122. Saller ne prétend pas que toutes les pressions en deçà de ces limites sont normales. Il en conclut, toutefois, que si elles ne dépassent pas ces limites, personne ne peut affirmer qu'elle aura une influence sur la durée de la vie.

En 1943, Master, Marks et Dack publièrent les résultats de leur étude de la P.A. chez 15 000 personnes au-dessus de 40 ans. Considérant une pression de 150/100 ou plus comme hypertensive, ils trouvèrent que 1/3 de la population mâle et 2/5 de la gent féminine souffraient d'hypertension. Ces proportions augmentent rapidement avec l'âge de telle sorte que l'hypertension existe chez la majorité des hommes de 60 ans ou plus et chez les femmes, de 50 ans ou plus. Par conséquent, ils suggèrent une revision de la définition de l'hypertension.

Autrefois on attachait plus d'importance à la pression systolique que diastolique. Aujourd'hui, c'est le contraire. Dans l'article de Master, il est aussi démontré que la P. diastolique s'élève avec l'âge de telle sorte que entre 68 et 69 ans, plus d'un quart du groupe étudié avait une pression diastolique au-dessus de 95 mm. Hg. Cette pression diastolique avec l'âge est moindre que celle de la pression systolique et concorde avec le fait bien connu que la pression du pouls augmente avec l'âge. Il existe donc un besoin de réévaluer les limites normales de la pression systolique et diastolique.

Présentation des nouvelles limites.

Durant la 2e guerre mondiale, on fit une étude de la pression chez un groupe de 74 000 personnes, comprenant des directeurs de compagnies, des clercs et des journaliers, entraînés ou non, mâles et femelles, en bonne santé et capables de travailler régulièrement. En ce qui concerne l'exactitude des résultats obtenus, une correspondance élaborée avec de nombreux médecins aussi bien que notre observation personnelle nous ont convaincu que les résultats étaient fiables.

Dans le présent article, les résultats donnés couvrent un groupe de 16 000 personnes (8 000 hommes et 8 000 femmes) allant de 16 à 65 ans.

D'après ces résultats, on note que la limite de la P. systolique augmente avec l'âge. On remarque aussi que la limite de la P. systolique normale commence à un niveau légèrement inférieur chez la femme et qu'il en est ainsi jusqu'à l'âge de 40 ans où elle est égale chez les deux sexes. Après l'âge de 50 ans, elle est légèrement plus élevée chez la femme. Voici les limites données: à 16 ans, la limite inférieure de l'hypertension systolique est de 145 mm. Hg. chez l'homme et 140 mm. Hg. chez la femme, l'échelle normale allant de 105-135 chez l'homme et de 100-130 chez la femme.

De 55-59 ans, la limite inférieure de l'hypertension systolique est de 180 chez l'homme et de 185 chez la femme, l'échelle normale allant de 115 à 165 chez l'homme et de 110 à 170 chez la femme. Tous les cas compris entre la valeur maxima de l'échelle normale et la

limite inférieure de l'hypertension systolique sont considérés comme des cas limités pouvant être classés dans le groupe normal ou hypertensif selon leur statut clinique (histoire, examen psychique, hypertrophie cardiaque, atteinte rénale, etc.).

La même augmentation existe dans le cas de la P. diastolique, mais elle est moins marquée. A 16 ans, par conséquent, on considère 90 mm. Hg. comme étant la limite inférieure de l'hypertension diastolique et à 64 ans, 110 mm. Hg. est la limite acceptée. L'échelle normale varie de 60 à 86 mm. Hg. à 16 ans, et de 70 à 100 mm. Hg. à 64 ans.

Discussion.

Les limites existantes de la pression artérielle normale ont été faites en se basant largement sur le rapport existant entre la P.A. et le taux de mortalité. Les études faites sur ce rapport l'ont été en grande partie par des compagnies d'assurance. Nous avons montré qu'il était faux de se servir de taux de mortalité chez certains groupes particuliers pour analyser la signification de la P.A. dans un cas individuel. Souvent, les médecins ont attiré l'attention sur le danger qu'il y avait d'accepter ces limites précises et fixes pour délimiter le normal du pathologique.

Evidemment, ces nouvelles limites ne doivent pas être interprétées trop littéralement. La P.A. n'est qu'un facteur dans la détermination de l'état clinique du patient et doit être accompagné de tous les examens de routine.

L'acceptation de ces nouvelles limites pourra avoir un double effet. Tout d'abord, au point de vue médical, il faudra peut-être reviser nos conceptions concernant la relation qui existe entre l'hypertension modérée et certaines conditions telles que la maladie des autres coronaires et la thrombose coronarienne, l'hypertrophie cardiaque, l'artériosclérose et le diabète.

En pratique courante, les médecins voient souvent des patients qui sont troublés par une P.A. modérément hypertensive. En se basant sur les nouvelles limites, on pourra réassurer ces patients et on pourra peut-être aussi se dispenser d'une thérapeutique inutile pour essayer d'abaisser leur P.A.

Jean-Paul MILOT.

CHIRURGIE

J. P. WOODHALL. — **La gangrène consécutive à une sympathectomie lombaire pour des troubles vasculaires périphériques de nature artérioscléreuse.** *(Gangrene following lumbar sympathectomy for arteriosclerotic disease.)* "Surgery", **32:** 1014 (décembre) 1952.

L'apparition de gangrène peu après une sympathectomie serait, d'après certains auteurs, le résultat de l'ouverture des anastomoses artério-veineuses et de ce que le lit capillaire deviendrait ainsi dépourvu de sang au profit des veines. D'autres supposent que la chute de température dans les extrémités, souvent remarquée au cours des anesthésies à l'éther, serait encore plus accentuée dans les cas de sympathectomie.

L'auteur dit n'avoir vu que deux cas de gangrène sur les multiples sympathectomies dont il a été témoin. Dans le premier cas, la gangrène se développa dans le pied droit trois jours après sympathectomie droite et dans le pied gauche, plus d'un mois après une sympathectomie gauche. Dans le deuxième cas, la gangrène apparut cinq heures après la fin de l'opération. La cause immédiate de la gangrène, dans les deux cas, était une thrombose artérielle aiguë.

D'après l'étude anatomo-pathologique des membres amputés, l'auteur croit que la gravité de la maladie vasculaire telle qu'elle existe avant l'opération était et est le plus souvent suffisante à expliquer la complication gangréneuse. Il semblerait aussi que dans ces cas, déjà avant l'opération, il se produirait une thrombose artérielle aiguë et une circulation collatérale inadéquate.

D'autres facteurs peuvent aussi agraver la situation tel l'effet de la sensibilisation à l'adrénaline et à l'anesthésie à l'éther chez les sympatechtomisés; cette sensibilisation se ma-

nifestant par des changements de couleur, de la sudation et de la froideur du membre intéressé.

Lise FORTIER.

PHTISIOLOGIE

M. FOURESTIER, G. BAISSETTE, L. BERGERON et A. GONZALES. — **L'efficacité du B.C.G. sur les tuberculoses primaires et post-primaires de l'enfant et de l'adolescent : l'expérience de Montreuil.** "Revue de la Tuberculose", **15:** 1084, 1951.

De récents travaux en Scandinavie et en Suède ont démontré l'efficacité du B.C.G. dans les tuberculoses primaires et post-primaires des jeunes. Ces travaux prouvent que l'action du B.C.G. est évidente sur la morbidité par primo-infection; elle est indéniable chez les jeunes jusqu'à 20 ans dans la T.B. secondo-tertiaire.

Les auteurs, eux, rapportent les résultats de leur campagne faite à Montreuil, près de Paris. Sur une population de 70 000 habitants on note 17 600 de 0 à 19 ans et 5 468 sont vaccinés au B.C.G., soit 31,6 de la population de 0 à 19 ans.

A la suite de cette vaccination, que remarque-t-on? Une régression marquée de la morbidité par primo-infection telle que prouvée par les chiffres suivants:

	1948	13,15%
de 0 à 4 ans: 832 vaccinés (20,2)	1949	10,05%
	1950	8,96%
	1948	9,71%
de 5 à 14 ans: 4 368 vaccinés (48,51)	1949	3,72%
	1950	2,28%
	1948	1,11%
de 15 à 19 ans: 270 vaccinés (19,)	1949	1,92%
	1950	0,60%

La régression de la primo-infection semble proportionnelle au nombre des vaccinations pratiquées chez les divers groupes. Si l'on fait les comparaisons de la morbidité par primo-infection dans deux centres urbains de constitution sociale équivalente, les auteurs arrivent à ces chiffres:

	1948	6,71%	7,32%
De 0 à 14 ans:	1949	3,69%	7,51%
	1950	3,31%	14,93%
	1948	5,5 %	6,03%
De 0 à 19 ans:	1949	3,40%	6,23%
	1950	2,73%	14,08%

Que conclure? « Que le risque de la contamination grave (primo-infection maladie) est inversement proportionnel au nombre de vaccinations pratiquées... il convient alors de faire la vaccination en masse des sujets non allergiques de 0 à 19 ans. »

Malheureusement ces chiffres encourageants se gâtent après l'âge de 20 ans. L'incidence à Montreuil est en 1948 à 4,86 et en 1950 à 6,72. Or, pour la période correspondante dans la ville témoin le pourcentage est à 6,05 et à 6,59.

Pourquoi constate-t-on la même augmentation progressive du nombre des malades après 20 ans. Ces chiffres viennent démontrer l'action préventive du B.C.G. sur la primo-infection et ses suites graves (méningite, granulie, etc.). Ces faits prouvent aussi une action prophylactique efficace du B.C.G. sur la morbidité secondo-tertiaire mais jusqu'à l'âge de 20 ans, (l'effet prophylactique vaccinal s'étant arrêté à la vingtième année). Il ne faut pas perdre de vue que le sujet vacciné est devenu un allergique tuberculinique banal, soumis aux « possibilités interférentielles » résultant de multiples occasions de réinfection et du jeu complexe des moyens de défense du terrain propre à chacun de nous et cela durant toute notre vie. Il est bon que ces faits soient rapportés et étudiés sérieusement.

Paul-René ARCHAMBAULT.

CARDIOLOGIE

Alvin V. SHAPIRO et Eugene P. B. FERRIS. — **Les effets de l'administration intraveineuse de Veratrum Viride chez des sujets hypertendus et normaux.** *(The effects of intra veinously administered Veratrum Viride in hypertensive and normotensive subjects.)* "Annals of Int. Med.", **36:** 792 (mars) 1952.

Les effets de l'administration intraveineuse de veratrun viride sur la pression sanguine et le rythme cardiaque ont été étudiés chez 38 sujets hypertendus et 10 normaux. Dans les deux groupes, les auteurs ont noté une réponse hypotensive similaire. Il y a cependant une grande variabilité de la réponse dans chaque groupe. Plus la pression diastolique est élevée et moins le pourcentage de chute est grand. Des nausées et des vomissements furent notés chez un tiers des patients et n'étaient aucunement associés au pourcentage de chute de la pression artérielle ni à l'administration associée simultanée de sulfate d'atropine. Cependant l'atropine inhiba jusqu'à un certain point la bradycardie fréquente après injection de veratrun viride sans modifier le pourcentage de chiffres de la pression. Les injections répétées de veratrun viride ne montrent aucun signe de tolérance de la pression artérielle vis-à-vis ce médicament. Des études ou des doses progressivement croissantes qui étaient administrées ont toujours été interrompues par l'apparition de nausées et de vomissements. Cette étude montre que le veratrun viride peut produire une chute de la pression artérielle mais il est difficile de déterminer la réponse individuelle à ce médicament.

Paul DAVID.

Vincent N. DOWNEY et Benjamin A. STRICKLAND. — **Transport par avion de patients atteints d'une maladie cardiaque ou pulmonaire.** *(Air transportation of cardiac and pulmonary patients.)* "Annals of Int. Med.", **39:** 525 (février) 1952.

Cet article porte sur une analyse de mille sept cent soixante-dix-sept envolées de patients atteints d'une maladie cardiaque ou pulmonaire. Tous ces transports ont eu lieu en 1949. Des avions dont la pression n'était pas maintenue constante furent utilisés et 96,5% des envolées s'effectuèrent à une altitude inférieure à 10 000 pieds. L'auteur rapporte 464 envolées de patients atteints d'une maladie cardiaque, dont 49 patients avec une maladie cadiaque coronarienne. Un seul de ces patients qui était en convalescence à la suite d'une thrombose coronarienne éprouva de la dyspnée et un peu de douleurs précordiales qui furent soulagées par l'administration d'oxygène. Sur 60 cas d'hypertension essentielle sans atteinte cardiaque, deux eurent des symptômes de peu d'importance. Sur 73 cas d'hypertension artérielle avec lésions cardiaques aucun n'eut d'ennui pendant l'envolée. Chez 31 patients atteints d'une maladie cardiaque rhumatismale aucun patient n'eut d'ennui. Même résultat chez 132 patients qui au moment de l'envolée faisaient de la fièvre rhumatismale. Sur 6 cas de maladie cardiaque congénitale, un enfant était cyanotique au départ et pendant l'envolée la cyanose augmenta et s'accompagna d'une légère dyspnée qui fut soulagée par l'administration d'oxygène. Des autres cas observés: 9 de myocardite, 9 de péricardite, 3 d'endocardite bactérienne, 10 de lésion valvulaire diverse, aucun symptôme ne fut observé. En résumé, sur un total de 464 patients, 436 n'éprouvèrent aucun symptôme et 28 eurent des symptômes mais chez 24 ces symptômes n'étaient pas attribuables à la maladie de cœur tandis que chez 4, elle dépendait immédiatement de la maladie de cœur et dans ces 4 cas l'administration d'oxygène soulagea immédiatement les patients. L'auteur analysa 568 envolées de patients atteints d'une maladie pulmonaire autre que la tuberculose. 2,4% de ces patients éprouvèrent des symptômes relevant de leur maladie mais aggravés par le transport aérien. Sur 745 envolées de patients avec une tuberculose pulmonaire ou ses complications 2,7% eurent des symptômes très légers ou modérés. Dans la série totale de tous ces patients atteints d'une maladie cardiaque ou pulmonaire les envolées ne provoquèrent aucun décès.

En conclusion, l'auteur nous dit qu'il n'a observé aucune contre-indication au transport par voie aérienne de patients atteints d'une maladie cardiaque ou pulmonaire à une altitude de moins de 10 000 pieds. D'une façon générale, il semble que tout patient en état

d'être transporté sur terre puisse l'être par la voie des airs si l'altitude ne dépasse pas 10 000 pieds ou si la pression dans la cabine est maintenue à un niveau ne dépassant pas ce chiffre.

Paul DAVID.

W. J. BLOCK, Jr. et all.: **Pronostic de l'angine de poitrine. Observations de 6,882 cas.** *(Prognosis in angina pectoris. Observations in 6,882 cases.)* "J. A. M. A.", **150:** 259 (septembre) 1952.

Etude du taux de survie et des facteurs aggravants chez 6 882 patients de la Mayo Clinic, porteurs d'angine de poitrine, suivis pendant une période variant de 5 à 23 ans.

La mortalité a atteint le chiffre maximum au cours de la première année (15%) et elle a été d'environ 9% au cours des années suivantes. La survie après 10 ans a été de 37,1%. Le pronostic chez les femmes s'est avéré meilleur.

Les facteurs significatifs pour l'établissement d'un pronostic ont été: l'hypertrophie du cœur, l'infarctus du myocarde antérieur ou subséquent à l'angine et l'insuffisance cardiaque.

Les données électrocardiographiques se sont révélées suggestives. Dans leur ordre croissant d'importance les signes ECG défavorables furent les suivants: l'axe gauche, le bloc de la branche droite, l'inversion de T_1, l'inversion de T_1 et T_2 à la fois, le bloc de la branche gauche, enfin le bloc atrio-ventriculaire complet. En effet le pourcentage de survie dans les 5 ans a été de 50% chez les patients avec ECG normal, tandis qu'il fut de seulement 21,3% chez ceux qui présentèrent un T_1 négatif; ce pourcentage a été assez haut dans le bloc de branche droite (44,4%) et très bas dans le bloc de branche gauche (13,9%).

L'étude des associations avec d'autres états pathologiques montra que le diabète est en effet un facteur très défavorable (survie 21% après 5 ans) tandis que la lithiase biliaire, l'ulcère gastrique ou duodénal et l'hyperthyroïdie ne semblent pas influencer de beaucoup le pronostic. Les patients obèses ont montré rétrospectivement un pronostic meilleur, ce qui semble paradoxal.

B. CARASSO.

GASTRO-ENTEROLOGIE

Frank H. BETHELL. — **Les anémies consécutives à des troubles de la fonction gastro-intestinale.** *(Anemias resulting from disturbances of gastrointestinal function.)* "The Review of Gastroenterology", **19:** 890 (novembre) 1952.

Les troubles gastro-intestinaux entraînent des anémies hypocromes microcytaires et des anémies normochromes macrocytaires. Ces anémies sont la conséquence:

1) soit de pertes de sang et dans ces cas il faut toujours penser à la possibilité de télangiectasies, ou d'ulcérations du diverticule de Meckel ou d'une hernie diaphragmatique;

2) soit à des déficiences d'éléments essentiels à l'hémopoièse tels le fer, la vitamine B_{12}, la vitamine C, l'acide folique et les acides aminés essentiels comme la méthionine, l'isoleucine, le tryphtophane.

Ces aliments deviennent déficients le plus souvent par un manque d'utilisation qui est la cause la plus fréquente des anémies de nutrition sous nos climats tempérés. L'utilisation du fer dépendra en particulier:

a) de la sécrétion d'acide chlorydrique qui est déficiente dans les cas de gastrectomie, (N.B.: On a fréquemment des syndromes d'anémie pernicieuse post-gastrectomie.) de gastro-entérostomie, dans les troubles métaboliques, les inflammations et les néoplasies du tractus gastro-intestinal. Cette déficience d'acide chlorydrique cause une anémie hypochrome microcytaire qui cédera à l'ingestion d'aliments riches en fer ou de sulfate ferreux per os ou de saccharate ferrique en quantité basée sur le déficit en hémoglobine.

b) du mécanisme de vidange de l'estomac, du péristaltisme intestinal et de l'intégrité de la surface d'absorption. En effet, il faut que l'oxide ferrique contenu en bonne quantité

dans une diète normale soit ionisé par l'acide chlorhydrique avant d'être absorbé dans l'intestin surtout au niveau du duodénum. Cette absorption est fonction du besoin en fer de l'organisme.

Quant à la vitamine B_{12} et à l'acide folique, leur absorption est entravée par des troubles intestinaux chroniques comme la stéatorrhée idiopathique, l'iléite disséminée, l'obstruction intestinale partielle, la résection du petit intestin, toutes choses qui entraînent des anémies mégaloblastiques.

L'acide folique est présent dans les aliments sous forme conjuguée et demande à être transformé en un composé actif par l'action d'enzymes et de la vitamine C avant d'être utilisé.

Quant à la vitamine B_{12} ou cyanocobalamine qui est le facteur extrinsèque antianémique de Castle et l'élément actif de l'extrait de foie, il semble que sa synthèse soit possible dans l'intestin à partir de protéines.

La thérapeutique dans les cas d'anémies consécutives à des troubles gastro-intestinaux dépendra du type de cette anémie et consistera avant tout à éliminer la cause primaire, si la chose est possible.

Lise FORTIER.

UROLOGIE

Clyde L. DENNING. — **Les cancers rénaux.** *(Renal Neoplasm.)* "Journal of Urology", **69:** 1 (janvier) 1953.

L'auteur propose une classification simple:

1. *Néphrome* (Wilms) est la seule tumeur du rein qui contient tous les éléments rénaux. Il progresse rapidement et les métastases se font par voie sanguine ou invasion directe. On le rencontre dans l'enfance surtout, mais il peut exister chez l'adulte.

2. *Hypernéphrome* (origine surrénalienne). Il dérive de restes embryogéniques implantés dans du tissu rénal. C'est le néoplasme le plus fréquent rencontré chez la femme enceinte, ce qui suggère la possibilité d'une activité hormonale.

3. *Carcinome du cortex*: a) embryogénique; b) adulte; c) squirreux (bassinet).

Le type embryogénique origine du blastème rénal tandis que le type adulte origine surtout d'un adénome ou encore d'un tubule. Il progresse rapidement infiltrant localement et se propageant aux poumons par voie sanguine. Il se comporte de la même façon que les autres adénocarcinomes ailleurs dans l'organisme.

4. *Carcinome papillaire*: a) bassinet; b) cortex.

Ils ne sont pas encapsulés, saignent facilement et se répandent à l'uretère et la vessie.

5. *Carcinome neurogénique*: a) neuroblastome; b) ganglioneurome; c) medulloblastome; d) schwannome. Ils originent du tissu nerveux contournant le rein ou la surrénale. Ils causent une obstruction urétérale extrinsèque. Si la tumeur est à droite, les métastases se feront au foie; si c'est à gauche, l'ensemencement se fera au système lymphatique prévertébral, au squelette. Ceci est dû aux différences de drainage veineux des reins droit et gauche. Ils sont confondus avec les sarcomes assez souvent.

6. *Sarcomes*. Ils ne sont pas fréquents et sont assez bien encapsulés mais progressent rapidement et surtout par invasion directe. Les métastases des tumeurs rénales se font par ordre de fréquence aux poumons, aux os, au foie, aux ganglions régionaux, à la rate, aux surrénales, etc. La disparition spontanée de métastases ne fut rencontrée que dans l'hypernéphrome.

Les seules tumeurs sensibles à la radiation sont le néphrome, l'hypernéphrome, le carcinome embryogénique et le sarcome. Elle peut réduire le volume de la masse et arrêter l'hématurie, et aussi a un effet palliatif.

Le traitement de choix reste la néphrectomie soit par voie lombaire, thoracoabdominale, dorsolombaire avec résection subpériostée des 10ième, 11ième et 12ième côtes ou encore par voie transabdominale. La ligature précoce du pédicule est importante.

Si la tumeur est inopérable une biopsie doit être faite et l'urétère ligaturé chez les non infectés.

Les carcinomes papillaires doivent être enlevés de même que l'urétère et un segment de vessie. La dissection périaortique sera faite dans les adénocarcinomes, les cancers squirreux, les sarcomes et les cancers de type adulte.

La cure complète par néphrectomie, qui est actuellement de 9%, sera peut-être améliorée par un diagnostic plus précoce au moyen des isotopes radioactifs.

Paul-Marcel BELANGER.

GYNECOLOGIE

L. D. BONAR et R. L. GARBER. — **La radiothérapie dans les troubles menstruels et la stérilité.** ***(Radiation therapy in menstrual disorders and sterility.)*** "American Journal of Obstetrics and Gynecology", **64:** 1350 (décembre) 1952.

Les auteurs ont employé la radiothérapie à faible dose sur les ovaires dans les troubles menstruels, en s'appuyant sur le principe que les rayons X à faible dose ont une action stimulante.

D'après Mazer et Cheek, l'irradiation des ovaires et de l'hypophyse serait la méthode la moins coûteuse, la plus rapide et la plus efficace de restorer un cycle menstruel normal, et la fertilité.

Les auteurs ont étudié 39 patientes dont 8 se plaignaient d'irrégularités menstruelles et 31 de stérilité. Toutes les patientes eurent une biopsie endométriale suivie de radiothérapie de l'hypophyse et des ovaires.

Des patientes qui se plaignaient d'irrégularités, 7 eurent un cycle normal après irradiation.

Des 31 cas de stérilité, 19,4% seulement ne montrèrent aucun changement endométrial après la radiothérapie et 45,1% d'entre elles devinrent enceintes dont deux au cours du traitement radiothérapique. Ces deux dernières patientes accouchèrent à terme d'enfants normaux.

Lise FORTIER.

MEDECINE LEGALE

Keiter SIMPSON. — **Suicide, accident ou meurtre.** ***(Suicide, accident or murder.)*** "Brit. Med. Journal", 4732: 661-663 (septembre) 1951.

Quand un médecin est appelé auprès d'un patient apparemment décédé, il doit se demander les questions suivantes:

1. Est-il mort ou vivant?
2. Depuis combien de temps est-il mort?
3. Doit-il signer le certificat de décès ou mander le coroner?
4. S'agit-il d'un crime ou d'un accident?

1. *Est-il mort ou vivant?*

Il faut tout d'abord examiner le patient. Le seul moyen fiable à notre disposition est l'examen sthétacoustique du cœur. L'absence de battement cardiaque durant 5 minutes donnant une certitude qu'il n'y a pas de survie possible. En cas de doute, ou s'il y a trop de bruit pour ausculter, il faut pratiquer la respiration artificielle et faire transporter le corps dans un endroit où il peut l'ausculter.

Il donne l'exemple d'une femme dont le corps reposait dans la rue. Le médecin la fit transporter à la morgue après lui avoir touché et constaté que la peau était froide. Sur les tables de la morgue, il a remarqué qu'elle avalait et respirait. Elle mourut 8 heures après.

Le froid, « l'état de shock », l'hémorragie grave, immersion dans l'eau glacée, l'électrocution peuvent simuler la mort d'une façon quasi parfaite.

2. *Depuis combien de temps est-il mort?*

La rigidité cadavérique peut nous donner une idée affirmative. Elle apparaît à la fois à peu près 6 heures après la mort aux membres, et disparaît dans les 12 heures suivantes.

Un autre moyen est la température. La température rectale peut nous renseigner. Elle baisse à peu près de 2°F. par cause (pour un corps en plein air) et de 1°F. (pour un corps couvert sur un lit). Il faut se rappeler que le froid retarde la décomposition et que la chaleur l'accélère.

3. *Certificat ou coroner?*

Si un médecin a traité un patient durant sa dernière maladie (préférablement 14 jours) et connaît la cause du décès, il est justifié de signer le certificat.

Dans les autres cas, il doit référer au coroner ou à la police s'il y a mort violente.

4. *Crime ou accident?*

Le médecin n'est pas un détective et ce n'est pas à lui de déplacer le cadavre et faire des expériences pour voir s'il y a crime ou accident. Toutefois il est bien permis de noter les circonstances ayant entouré le décès, de questionner les spectateurs s'il y en a, et de remarquer si les objets entourant le cadavre sont déplacés ou montrent des traces de lutte. Il y a des détails bien simples qui peuvent le renseigner.

Ainsi les suicidés habituellement choisissent un endroit de leur corps justement accessible pour se blesser: au centre du front, au niveau des tempes, ou dans le palais mou, à la région cardiaque, de même le coup de poignard au niveau du cœur. Il est utile de remarquer si l'arme est présente ou non. Enfin la présence de marques de doigts au niveau du cou doit être notée. Et il cite l'exemple suivant.

Un médecin appelé auprès du cadavre d'une jeune fille dans un lit.

Il ne soulève même pas le drap qui la recouvre et il avertit à l'instant le coroner de la mort subite d'une patiente qu'il n'avait pas traitée lors de sa dernière maladie.

Un des assistants du coroner en faisant la visite de routine s'aperçut que la jeune fille avait été étranglée. En cherchant dans la maison, il trouva le cadavre de la mère de la jeune fille, elle aussi étranglée.

Les délais sont parfois nuisibles à la société en permettant à des criminels de se sauver un peu plus tôt.

Maurice DORAY.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

W. R. HYDE, J. E. WHITE et A. P. STOUT. — **Mésenchymome du mésentère.** *(Mesenchymoma of the mesentery.)* "Cancer", **3:** 653 (juillet) 1950.

Dans une récente communication A. P. Stout faisait une revue des mésenchymomes ou tumeurs mixtes du mésoderme. Ce sont des néoplasmes formés d'un mélange d'au moins deux dérivés mésenchymateux. Il faut cependant exclure les tumeurs dont l'un des deux éléments est fibroblastique car n'importe quel dérivé mésenchymateux est capable de produire du tissu conjonctif avec une tumeur maligne; il en est de même du sarcome synovial. Il faut aussi exclure les tumeurs d'un type unique de cellules produisant par métaplasie des tissus différenciés comme c'est le cas pour le liposarcome qui produit de l'os. Si l'on tient compte de ces exceptions, il reste encore des tumeurs tantôt malignes, plus rarement bénignes, composées d'une agglomération de cellules qui ne devraient généralement pas croître ensemble dans la même tumeur. La plupart des cas rencontrés dans le passé se sont comportés comme des tumeurs malignes lorsqu'ils se composaient d'éléments sarcomateux assortis. Il n'y a qu'une tumeur qui soit reconnue comme bénigne dans ce genre: c'est un mélange de graisse, de muscle lisse et de vaisseaux sanguins qu'on trouve le plus souvent dans les tissus sous-cutanés ou les muscles striés.

Récemment les auteurs ont eu l'occasion d'observer une bizarre tumeur du mésentère iléal qui semble appartenir à cette catégorie des tumeurs mixtes étant donné qu'elle se compose d'un mélange de kystes vasculaires, de muscle lisse différencié et de tissu myxomateux. Une telle tumeur n'a pas encore été rapportée en cet endroit du corps humain.

Cette tumeur semblerait occuper une position mitoyenne entre la bénignité et la malignité étant donné qu'elle se compose d'éléments bénins (vaisseaux sanguins et muscle lisse) et de tissu myxomateux qui, lorsqu'on le rencontre à l'état pur dans une tumeur tend, non pas à donner des métastases, mais à envahir les tissus environnants.

L'expérience prouve que le myxome pur de même que le liposarcome bien différencié peut récidiver localement même lorsqu'il paraît

avoir été enlevé complètement avec sa capsule. La possibilité de récidive locale doit donc être envisagée dans ce cas.

J.-Roger GAREAU.

ANESTHESIE

J. D. LAYCOCK. — **Les signes et les phases de l'anesthésie. Une conception nouvelle.** *(Signs and Stages of Anaesthesia. A Restatement.)* "Anaesthesia", **8:** 15 (janvier) 1953.

La classification des signes et des phases de l'anesthésie établie par Guedel demeure encore à l'heure actuelle un guide utile pour l'anesthésiologiste; mais certains de ses critères ont dû être modifiés ou remplacés par d'autres depuis l'introduction du cyclopropane, des barbiturates intraveineux et des curarisants.

Première phase

Cette période « dite d'analgésie » est escamotée si l'induction est pratiquée par voie veineuse au moyen d'un barbiturate soluble. En réalité, comme l'affirme l'auteur, les barbiturates sont des hypnotiques ayant une action minime contre la sensibilité douloureuse. Au contraire, avec le protoxyde d'azote il s'écoulera un laps de temps beaucoup plus long avant que le sujet ne perde conscience; ici l'analgésie est le phénomène dominant.

Selon l'auteur, les termes d'inconscience ou d'analgésie ne décrivent pas d'une façon satisfaisante le tableau de ce stage où le patient peut apprécier plus ou moins précisément un coup d'épingle, la pression profonde, la chaleur ou le froid car il est confus, présentant une sorte d'ivresse alcoolique. Cette période serait donc caractérisée par un état de conscience avec désorientation et analgésie.

Deuxième phase

Ce que Guedel appelle « délire » est aujourd'hui plus communément désigné sous le nom d' « excitation inconsciente ». Un signe fidèle de la perte de conscience est l'obstruction du pharynx causée par la chute de la langue; un ronflement est alors entendu ou un bruit guttural est perçu au niveau du larynx.

En ce moment, il y a absence du réflexe ciliaire, mais ce dernier n'a besoin que très rarement d'être mis en relief si l'on observe bien la respiration du patient.

A ce stage, la personne anesthésiée est totalement irresponsable et à la merci de l'anesthésiste; ses réflexes ne sont pas diminués, même ils peuvent être exagérés. D'après Guedel, c'est la période du rêve anesthésique.

L'auteur suggère plutôt la dénomination suivante: phase de l'inconscience avec activité réflexe.

Troisième phase

C'est la période chirurgicale de Guedel; ce titre qui est correct révèle peu de choses de sa véritable nature. Le caractère essentiel est en l'occurrence une dépression adéquate de l'activité réflexe qui rende possible l'opération proposée; un diagnostic de 3ième plan peut être posé chez un patient qui n'est pas convenablement anesthésié pour une appendicectomie, n'ayant reçu qu'une petite dose de pentothal suivi d'un mélange d'oxygène et de protoxyde d'azote.

L'auteur admet que les signes respiratoires de Guedel et les signes réflexes de Gillespie ont une valeur de bon aloi; toutefois il ne faut pas leur attacher trop d'importance. Ainsi durant une narcose au cyclopropane, la dilatation pupillaire pourrait être due non pas à cet agent mais à l'anoxie ou manque d'oxygène. C'est le changement des réflexes et de la respiration ou leur évolution progressive qui renseignent le mieux sur le niveau de l'anesthésie. La disparition graduelle des mouvements thoraciques ou la résolution croissante de la paroi abdominale qui était au début rigide sont des points de repère efficaces. L'anesthésiste doit avoir une idée nette des réflexes à déprimer ou à abolir pour tel genre d'intervention chez un malade dont il aura examiné l'état physique lors d'une visite préalable.

Ce sont les réflexes originant surtout du champ opératoire qui requièrent l'attention de l'anesthésiologiste, non pas seulement les réflexes oculaires, ceux de la déglutition et de la respiration, et certainement pas celui de

la toux, qu'il s'agisse de chirurgie orthopédique, gynécologique, abdominale ou thoracique; il faut les comprendre, les rechercher, les ménager et au besoin les laisser tranquilles, les atténuer ou les supprimer; ils servent de principes directeurs du commencement de l'anesthésie jusqu'au réveil de l'opéré.

Il est nécessaire de savoir à propos des anesthésiques qu'on utilise leur mode d'action sur la conscience, leur toxicité et leurs effets à l'égard des réflexes.

En somme, le troisième stage peut être intitulé la phase de l'inconscience avec dépression réflexe.

Quatrième phase

Cette période, telle que définie par Guedel, est celle de l'arrêt respiratoire causé par un surdosage anesthésique; mais il existe aussi une interprétation différente de celle-là.

Très souvent, de nos jours, aussitôt qu'un patient est devenu inconscient on le fait passer apparemment à la 4ième phase sous l'influence d'un curarisant; cependant il n'y a pas relation étroite entre la profondeur de la narcose et la dépression réflexe. En pratique, l'anesthésiste moderne qui produit un tel degré de curarisation ne parle pas de la quatrième période d'anesthésie; il veut signifier simplement une paralysie respiratoire, alors que l'opéré peut ne se trouver qu'au deuxième stage.

L'auteur, pour terminer, apporte quelques comparaisons entre certains anesthésiques et l'éther.

On sait que le cyclopropane et encore plus le pentothal pénètrent très vite dans la circulation sanguine pour atteindre les centres nerveux et altèrent facilement la respiration; aussi il est possible que le patient parvienne au troisième plan de la phase chirurgicale sans que la paroi de l'abdomen soit suffisamment relâchée. Néanmoins, une remarque intéressante s'impose pour le cyclopropane; si on a le soin de l'administrer lentement, les réflexes de la périphérie auront le temps d'être minimisés ou même abolis avant que le centre respiratoire ne soit indûment touché.

Par contraste, l'éther à cause de son action irritante n'entre pas rapidement dans le système circulatoire; il n'est pas *per se* un déprimant respiratoire. C'est pourquoi il s'établit une correspondance définie entre les signes de la respiration et ceux de la dépression périphérique — comme le relâchement des muscles abdominaux —. Avec cet agent, parce que c'est une question de réflexes, il est aisé de suivre d'une manière précise les diverses phases de la narcose.

René LEBEAU.

RADIOLOGIE

Donald P. SCHISSEL et Philip G. KEIL. — **La valeur diagnostique de l'angiographie pulmonaire dans le carcinome bronchogénique.** "The Amer. Journal of Roentgenology-Radium Therapy and Nuclear Med.", **67:** 51 (janvier) 1952.

Etude de 40 cas dont 10 cas où le diagnostic n'a été prouvé que par l'angiographie sur un total de 396 patients.

Techniques

a) Angiographie pulmonaire:

On place le patient pour un film postéro-aut. du thorax: 50 cc de diadrast à 70% sont injectés rapidement par une aiguille n° 13, dans la veine du pli du coude.

Des films sont pris 2, 4, 6, 8 secondes après la fin de l'injection. Ceux de 2 et 4 secondes montre le cœur droit, l'artère et les veines pulmonaires. Ceux de 6 et 8 montrent le cœur gauche, l'aorte et ses grosses branches.

Observations

37 des 40 cas ont démontré une déviation caractéristique du système vasculaire pulmonaire normal, constituée par une vascularité diminuée au niveau et à la partie distale du carcinome.

Sur les 3 angiographies négatives, 2 présentaient un cancer étendu aux deux bronches souches et à la carène avant l'apparition radiologique de masse; à l'autopsie peu d'atteinte parenchymateuse. L'autre cas présentait une petite lésion localisée postérieurement près de la plèvre; une lobectomie pratiquée montra un adénocarcinome papillaire.

10 des 40 cas sont d'intérêt particulier parce qu'à part l'angiographie, aucune méthode d'examen n'a pu démontrer l'existence d'un cancer.

7 des cas avaient des lésions périphériques.

2 des cas avaient des lésions périphériques hilaires provenant apparemment d'une petite bronche et exerçant une pression sur la bronche souche ou une bronche lobaire.

L'angiographie a démontré une vascularité diminuée du parenchyme pulmonaire distale à la lésion dans les 10 cas. Cette diminution vasculaire se manifeste radiologiquement par une réduction du nombre et du volume des vaisseaux dans une partie d'un poumon et par le remplissage retardé de plusieurs cas.

D'autres lésions pulmonaires vont donner une vascularité diminuée: les bulles emphysémateuses ont été les plus fréquentes; mais comme celles-ci ne sont pas associées avec une masse et sont souvent multiples il n'y a pas eu de difficulté à les distinguer du carcinome. Un abcès ne démontrera pas de vaisseaux dans sa variété, mais il y aura augmentation vasculaire dans la zone d'inflammation environnante et le parenchyme distal à l'abcès montrera une vascularité normale. L'emphysème sénile démontre une diminution bilatérale symétrique.

Dans l'atélectasie il y a engorgement des vaisseaux opacifiés mais pas d'obstruction ou de remplissage retardé.

Jean-Jacques LAURIER.

LABORATOIRE

R. GALLAND et J. MAILLET. — **Protection par la streptomycine, l'I.N.H. et le P.A.S. du cobaye tuberculisé par voie intradermique.** "Ann. Inst. Pasteur" **83:** 803 (décembre) 1952.

Dans le but d'apprécier l'activité tuberculostatique à court terme in vivo de différentes substances antibiotiques les auteurs ont: 1° tuberculisé des cobayes par voie intra-dermique avec une dose virulente forte; 2° institué un traitement immédiat et poursuivi pendant trois semaines; 3° établi au 22ème jour le bilan basé sur les données cutanées, ganglionnaires et spléniques macroscopiquement évidentes.

La voie intra-dermique d'inoculation a été utilisée en raison du caractère régulier des lésions expérimentales provoquées et appréciées selon le schéma suivant:

Peau..... { Pas d'ulcération, —
petit orifice fistuleux, +
chancre de 1 cm, ++

Ganglion..... { Pas de ganglion, —
petit ganglion, +
gros ganglion caséeux, ++

Rate..... { Aspect normal, —
hypertrophie sans nodules, +
hypertrophie avec nodules, ++

Les animaux témoins présentent toujours la triade maxima ++; le test de protection complète exige la triple négativité lésionnelle; le test de protection partielle est constitué par des lésions cutanées-ganglionnaires mineures avec intégrité de la rate.

Les résultats obtenus sont les suivants:

Streptomycine,
42mg/kg, (2 injections, 7 500 U)
protection complète
30mg/kg, (2 injections, 5 000 U)
protection partielle

P.A.S.
300mg/kg per os
protection partielle
400mg/kg injection
protection partielle

I.H.N.
1,7mg/kg per os
protection complète

Conclusions: L'I.N.H. produit une protection complète par suite de l'administration per os d'une dose extrêmement réduite (20 fois inférieure à streptomycine).

Le P.A.S. n'est tuberculostatique qu'avec une dose massive. La protection partielle obtenue correspond à celle produite par des doses moyennes étalons de streptomycine.

L'action de P.A.S. ne se manifeste pas d'emblée mais à partir du 15ème jour.

A. BERTRAND.

NOUVELLES

PROGRAMME DES JOURNÉES MÉDICALES 1953, TENUES LES 26, 27 et 28 MAI

Sous la présidence d'honneur de l'honorable J.-H.-A. Paquette et sous la présidence active du docteur J.-Henri Charbonneau

Première journée — mardi 26 mai 1953

HÔPITAL NOTRE-DAME (entrée rue Maisonneuve)

9 h. 15 — Inscription

SYMPOSIUM SUR LES NOUVEAUTÉS EN THÉRAPEUTIQUE

a) L'acide isonicotinique, traitement de la tuberculose.
Docteur RUBEN LAURIER

b) Les nouveaux antibiotes
Docteur ANDRE LEDUC

c) Les sulfamidés récents
Docteur ROGER DUFRESNE

d) Les nouveaux médicaments des maladies du tube digestif
Docteur ROLAND GAREAU

e) Les nouveaux antihistaminiques
Docteur GERARD CASGRAIN

f) Les facteurs lipotropiques
Docteur JACQUES BERNIER

g) Les médicaments hypotenseurs
Docteur GEORGES HEBERT

h) Les nouveaux médicaments du système nerveux
Docteur ROMA AMYOT

i) Les indications actuelles de l'ACTH et de la cortisone
Docteur A. CLEROUX

j) La gamma-globuline dans la protection contre la poliomyélite.
Docteur L.-J. GAUTHIER

N.B. — Les communications seront courtes: 5 à 7 minutes chacune.

La discussion générale sera ouverte par le docteur Charles-Emile Grignon.

Deuxième journée, mercredi 27 mai 1953

HÔPITAL SAINTE-JUSTINE

9 h. 15 — Inscription

SYMPOSIUM SUR LES HYPOTROPHIES STATURALES PONDÉRALES DE L'ENFANCE ET LEUR TRAITEMENT

a) Les hypotrophies chez le nouveau-né
Docteur RENE FOISY
En discussion: Docteur PAUL LETONDAL

b) Les hypotrophies chez le nourrisson
Docteur Raymond LABRECQUE
En discussion: Docteur DANIEL LONGPRE

c) Les hypotrophies d'origine endocrinienne
Docteur ALCIDE MARTEL
En discussion: Docteur PAUL-M. LARIVIERE

d) Les hypotrophies de l'âge scolaire
Docteur ALBERT GUILBEAULT
En discussion: Docteur CLAUDE LEONARD

Troisième journée, jeudi 28 mai 1953

HÔTEL-DIEU

9 h. 15 — Inscription

SYMPOSIUM SUR LES MALADIES DES CORONAIRES

a) Le diagnostic positif de la thrombose coronaire
Docteur GEORGES LACHAINE

b) Interprétation de l'électro-cardiogramme dans la thrombose coronaire
Docteur FERNAND SEGUIN

c) Les syndromes qui ressemblent à la thrombose coronaire
Docteur RODRIGUE LEFEBVRE

d) L'insuffisance coronaire.
Docteur REGINALD JOHNSON

e) Le syndrome de l'épaule douloureuse dans la maladie des coronaires.
Docteur DeGuise VAILLANCOURT

f) La physiopathologie des maladies coronariennes
Docteur PIERRE MARION

g) Les complications de la thrombose coronaire
Docteur GEORGES GARNEAU

h) Le traitement des maladies des coronaires — Traitement d'urgence et d'entretien.
Docteur ADELARD TETREAULT

N.B. — Les communications seront courtes: 8 à 10 minutes chacune.

La discussion générale sera ouverte par le Docteur Albert DeGuise.

* * *

Ces trois journées médicales seront suivies d'un déjeuner-causerie. Les conférenciers invités sont les docteurs Jean-Marie Roussel, L.-Philippe Bélisle et monsieur Gérard Filion.

Une soirée récréative clôturera ces assises au Cercle Universitaire, jeudi le 28 mai.

Pour détails et réservations de billets, s'adresser au Secrétariat de la Société Médicale de Montréal, 418 est, rue Sherbrooke, téléphone: MArquette 7334.

SOCIÉTÉ DES ANATOMO-PATHOLOGISTE DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

«La Société des Anatomo-Pathologistes de la Province de Québec a tenu son assemblée les 24 et 25 avril dernier à Ste-Adèle. Cette réunion groupait l'Association de la Province de Québec et la Société des Pathologistes Américains (Northeastern Region). Ceux-ci étaient sous la présidence du Dr. Kenneth Mallory et du Dr. Nathan Chandler Foot. L'Association de la Province de Québec était sous la présidence du Dr. F. W. Wiglesworth.

Des travaux d'une haute teneur scientifique ont été présentés tant par la Société québécoise que par la Société américaine. Le conférencier d'honneur était le Dr. Wilder Penfield, professeur de Neuro-chirurgie à l'Université McGill, qui a traité des lésions pathologiques de l'épilepsie du lobe temporal.

Les membres de l'exécutif de l'Association de Québec qui ont été élus pour l'année 53-54 sont le Dr. Carlton Auger, président; le Dr. Joseph-Luc Riopelle, vice-président et le Dr. Simon Lauzé, secrétaire-trésorier.»

BOURSE OCTROYÉE AU DOCTEUR JEAN-JACQUES LAURIER

L'Association canadienne antituberculeuse vient de choisir le docteur Jean-Jacques Laurier, assistant-directeur médical de l'hôpital du Sacré-Cœur de Cartierville comme boursier de l'Association nationale pour la prévention de la tuberculose en Grande-Bretagne. Il s'agit d'un échange de boursiers. Le docteur Laurier passera cinq mois en Europe à parcourir les centres antituberculeux de Grande-Bretagne, de France, de Suisse et d'Italie.

OCTROI DE RECHERCHES À L'HÔTEL-DIEU DE MONTRÉAL

Le fonds de recherches médicales des compagnies d'assurance-vie vient d'accorder un octroi de $10 800 à l'Hôtel-Dieu de Montréal pour le travail poursuivi par le docteur Jacques Genest sur les maladies du cœur et l'hypertension artérielle.

ELECTIONS À L'HÔTEL-DIEU DE SAINT-HYACINTHE

Le bureau médical de l'Hôtel-Dieu de Saint-Hyacinthe a procédé récemment à l'élection de ses officiers. Le docteur Ovila Desmarais a été réélu président; les docteurs Léo Benoît, Hervé Gagnon et Marc Bergeron ont été nommés respectivement vice-président, secrétaire et directeur médical.

INAUGURATION OFFICIELLE DU PAVILLON DE BULLION

Dimanche, le 17 mai 1953, aura lieu la bénédiction solennelle du pavillon de Bullion de l'Hôtel-Dieu de Montréal par S. E. le cardinal Paul-Emile Léger. Cette cérémonie marquera l'inauguration officielle de ce pavillon qui comprend, outre le département de l'arthritisme, les services de radiologie, de laboratoire, les salles d'opération, le centre de recherches, les bureaux de l'administration, la bibliothèque médicale et les archives, ainsi que les services auxiliaires.

SÉANCE SCIENTIFIQUE À L'HÔPITAL SAINTE-JUSTINE

Le 25 avril 1953, à l'amphithéâtre des cliniques de l'hôpital Sainte-Justine, eut lieu une séance scientifique avec présentation de malades. Le programme était le suivant: Un cas d'érythroblastose fœtale par le docteur Albert Royer; un cas de méningo-encéphalite par les docteurs R. Voisard et Paul-M. Larivière; l'anesthésie: hier et aujourd'hui, par le docteur Edouard Lortie.

RÉUNION CLINIQUE DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE D'ARTHRITISME

Samedi, le 25 avril 1953, eut lieu à l'Hôtel-Dieu de Montréal une réunion clinique de la division de Québec de la Société canadienne d'arthritisme et du rhumatisme. La séance fut organisée et présidée par le docteur Roland Dussault. Il y eut présentation de malades et explications par les docteurs Dussault, Léopold Long, J.-A. Blais, Roger Gariépy, J.-M. Lessard et de G. Vaillancourt.

CONFÉRENCE PAR LE DOCTEUR GARNEAU

Le club des anciens de Sainte-Marie a terminé ses réunions le 30 mars 1953 par une conférence intitulée: Choses du cœur, donnée par le docteur Georges Garneau, cardiologue de l'hôpital Sainte-Jeanne-d'Arc. Le docteur Raymond Larichellière et le docteur Pierre Marion ont présenté et remercié le

conférencier. Avant la conférence, le docteur Paul Bourgeois, professeur titulaire d'urologie à l'université de Montréal et chef du service d'urologie de l'hôpital Notre-Dame a été élu président du club pour 1953-1954.

CONFÉRENCE DU DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE D'EDIMBOURG

Les membres du bureau médical du *Montreal General Hospital* ont organisé une conférence qui sera donnée à la mémoire de Francis Shepherd au Moyse Hall de l'université McGill le 1er mai 1953. Le conférencier sera Sir Sydney Smith, doyen de la Faculté de médecine de l'université d'Edimbourg.

L'HÔPITAL SAINT-LUC S'ADRESSE AUX INTERNES

L'hôpital Saint-Luc de Montréal, capacité de 451 lits, est actuellement à considérer les applications pour internat ou résidence dans tous les services trouvés dans un hôpital général et tout spécialement dans les services suivants dont l'enseignement médical est approuvé par l'*American College of Surgeons*: chirurgie, médecine, obstétrique, oto-rhino-laryngo-ophtalmologie, pathologie et radiologie.

Les applications pourront être adressées au docteur H.-I. Tétreault, surintendant médical.

SOCIÉTÉ CANADIENNE D'OPHTALMO-OTO-LARYNGOLOGIE

La 24ième réunion de la Société Canadienne d'ophtalmo-oto-laryngologie aura lieu à l'hôpital Saint-Luc de Montréal, samedi le 9 mai 1953, sous la présidence du docteur Marcel Ostiguy. Il y aura à 8.30 a.m. présentation de malades, puis un certain nombre de communications dont voici le programme:

9.00 a.m. — « Deux cas de tumeurs » par le docteur J.-R. Lavoie, Québec.

9.15 a.m. — « Un cas de syndrome de Marfan » par le docteur J.-R. Poirier, Montréal.

9.30 a.m. — « Responsabilité inconnue » par le docteur Claude Dubé, Campbellton, N.B.

9.45 a.m. — « Extraction intracapsulaire de la cataracte avec pupille ronde » par le docteur Michel Mathieu, Montréal.

10.00 a.m. — « Traitement du cancer du larynx », « Nouveau traitement du tic douloureux » par le docteur Marcel Ostiguy, Montréal.

10.15 a.m. — « Epitaxis: étiologie, traitement » par le docteur S. E. Klemchuck, Montréal.

10.30 a.m. — Film sur le glaucome « Echec à la nuit » (I.N.C.A.) présenté par le docteur Jules Brault, Montréal.

11.00 a.m. — *Séance plénière* — Président: Docteur Paul Painchaud, Québec.

a) Confirmation des procès-verbaux;
b) Liste actuelle des adhésions;
c) Election d'un nouvel exécutif de la S.C.O.O.

11.30 a.m. — Film exposant toute « La chirurgie de la mastoïde par voie endaurale », gracieuseté du docteur Howard P. House, Los Angeles.

1.00 p.m. — Déjeuner traditionnel au Cercle Universitaire de Montréal.

ELECTIONS À LA SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE DE QUÉBEC

On nous informe qu'à la suite des élections de la Société de Pédiatrie de Québec, les nouveaux officiers élus pour 1953 sont les suivants:

Président, le docteur Euclide Déchêne;
Secrétaire-trésorier, le docteur Antoine LaRue;
Directeur, le docteur Roland Thibaudeau.

LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE MONTRÉAL

La Société de Chirurgie de Montréal a tenu sa séance mensuelle à l'amphithéâtre de clinique de l'hôpital Sainte-Justine, sous la présidence du docteur Calixte Favreau, mercredi, le 15 avril dernier, à 5 heures p.m. précises.

Ordre du jour:

1. Lecture des minutes de la dernière assemblée.
2. Communications:

1) *Diverticules de l'urètre*: docteur Jean-Paul Legault.

2) *Endartériectomie*: docteur Georges-E. Cartier.

LE DOCTEUR GREEN, CONFÉRENCIER CLAUDE BERNARD

L'Institut de médecine et de chirurgie expérimentales de l'université de Montréal a invité le docteur D. M. Green de l'*University of Southern California*, en qualité de conférencier Claude Bernard, à donner deux conférences.

La premières conférence eut lieu mardi le 24 mars et la seconde jeudi le 26 mars, à 10.30 a.m. à l'Institut de médecine expérimentale.

Le docteur Green, bien connu pour ses travaux sur l'hypertension expérimentale, traita des sujets suivants: 1) « The role of the kidney in hypertension » et 2) « The changing pattern of sodium metabolism in the development and progression of hypertensive disease ». Une discussion suivit les conférences.

LE DOCTEUR J.-A. ROULEAU RÉÉLU À LA PRÉSIDENCE

Lors de la 72e assemblée générale annuelle des gouverneurs de l'hôpital Notre-Dame, le docteur J.-A. Rouleau a été réélu président du bureau d'administration.

Parmi les membres du bureau d'administration, on remarque les noms des docteurs Paul Bourgeois, délégué du conseil médical, Roland Décarie, Charles-E. Hébert, C.-E. Grignon et Léon Gérin-Lajoie, délégués du bureau médical.

NOUVEAU DIRECTEUR MÉDICAL À LA CROIX-ROUGE

Un communiqué récent nous fait connaître la nomination du docteur L. Gratton comme directeur médical adjoint de la Banque de Sang ou service de la transfusion de la Croix-Rouge canadienne. Ce service dessert maintenant près de 80 hôpitaux de la province de Québec.

ELECTIONS À L'HÔPITAL NOTRE-DAME DE L'ESPÉRANCE DE QUÉBEC

On nous informe que les élections du bureau médical de l'hôpital Notre-Dame de l'Espérance de Québec ont eu lieu récemment. En voici le résultat: Président: le docteur Georges-Henri Courchesne; vice-président: le docteur Armand Rioux; secrétaire: le docteur Conrad Nadeau; représentant du bureau médical au comité administratif: le docteur Euclide Faucher.

OCTROI RENOUVELÉ À L'INSTITUT DU CANCER DE MONTRÉAL

Le *Damon Runyon Cancer Fund* de New-York annonce le renouvellement de l'octroi de $5 000 à l'Institut du Cancer de Montréal, installé à l'hôpital Notre-Dame pour les travaux de recherches dirigés par le docteur Antonio Cantero et entrepris par Messieurs Roger Daoust et Gaston De Lamirande de Montréal, Hugo Faris et Ernani Costa de Rio de Janeiro, Brésil.

CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE CHIRURGIE

Le XVe Congrès de la Société internationale de Chirurgie se tiendra au Portugal à Lisbonne du 14 au 19 septembre 1953. Il sera sous la présidence du professeur Raynaldo dos Santos.

On peut s'inscrire au secrétariat: 141 rue Belliard, Bruxelles, Belgique.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE, GENÈVE

26 au 31 juillet 1954

Programme scientifique — Thème général du Congrès: *La prophylaxie en gynécologie et en obstétrique.*

a) La prophylaxie des tumeurs génitales.

b) La protection de l'enfant au cours de la grossesse et de l'accouchement.

Les rapporteurs seront désignés sur proposition des Sociétés nationales de gynécologie et d'obstétrique.

Sont prévues, en outre, des conférences magistrales (sans discussion), données par des savants de renom, sur des sujets se rapportant au thème général du Congrès, en chimie, physiologie, anatomo-pathologie, médecine expérimentale, génétique, etc.

A l'occasion du Congrès auront lieu une exposition scientifique, la projection de films scientifiques et une exposition technique (littérature médicale, produits pharmaceutiques et diététiques, appareils et instruments, équipements d'hôpitaux, etc.).

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat du Congrès, Maternité de Genève, et aux comités des Sociétés nationales de gynécologie et d'obstétrique.

Le président: professeur de Watteville;

Le secrétaire général: docteur Geisendorf.

N.B. — Avant le Congrès de Genève, aura lieu, du 20 au 24 juillet 1954, à Bâle, Suisse, une conférence internationale sur les thromboses et embolies.

COURS POST-SCOLAIRE EN GASTRO-ENTÉROLOGIE

La *National Gastro-enterological Association* annonce la tenue de son 5e cours annuel post-scolaire

de gastro-entérologie. Les leçons se donneront à l'hôtel Biltmore, à Los Angeles, Calif., les 15, 16 et 17 octobre 1953.

On s'inscrit au secrétariat de la Société, Département G.S.J., 1819 Broadway, New-York 23.

ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR DE PATHOLOGIE DIGESTIVE

Sous l'égide de la Faculté de médecine de Paris et de la Société nationale française de gastro-entérologie.

Le professeur Etienne Chabrol et les docteurs François Moutier et André Busson ont organisé une série de conférences et de démonstrations pratiques qui auront lieu entre le 27 mai et le 4 juillet 1953. Elles seront réparties en trois sections:

1° Foie et pancréas (27 mai au 6 juin inclus);

2° Œsophage, estomac et duodénum (9 juin au 22 juin inclus);

3° Intestin, rectum, anus (23 juin au 4 juillet inclus).

Cours théoriques: de 9 h. à 10 h. dans les hôpitaux et de 16 h. 30 à 19 h. à la Faculté de médecine.

Démonstrations pratiques: de 10 h. à 12 h. dans les hôpitaux.

Le droit d'inscription est de 4 000 frs par section, 12 000 frs pour la totalité de l'enseignement.

Un programme détaillé sera envoyé sur simple demande faite aux secrétaires généraux. Les inscriptions devront leur être adressées.

ASSOCIATION DES BUREAUX MÉDICAUX DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

Dernièrement, au Cercle Universitaire de Montréal, eut lieu une assemblée régulière du Comité exécutif de l'Association des Bureaux médicaux des hôpitaux de la Province de Québec.

Présidée par le docteur Rolland Blais, président de l'Association, l'assemblée a été consacrée à l'étude de quelques problèmes de la santé publique en relation avec le praticien et le personnel médical des hôpitaux. Ce sont des questions relatives à l'assurance-maladie; au paiement par les sociétés de protection d'honoraires aux médecins chargés de préparer les patients pour la chirurgie; au service des gardes-malades dans les hôpitaux et aux problèmes suscités par la pénurie de gardes-malades; aux formules de certificats exigés par les compagnies d'assurance pour leur gouverne en fonction des paiements à leurs assurés; à l'assistance-publique en relation avec le paiement par l'Etat de la prime des indigents et le coût de la maladie en général; au nouveau tarif d'honoraires médicaux et chirurgicaux du Collège des Médecins et Chirurgiens.

Matières d'intérêt plus particulier au personnel médical des hôpitaux, l'assemblée a accepté un système d'assurance-automobile collective et elle a avancé l'étude de l'établissement par les hôpitaux d'un système d'assurance-pension pour leur personnel médical.

La prochaine assemblée a été fixée au samedi 6 juin 1953.

PRÈS DE 200 000 LIVRES D'ALIMENTS IMPROPRES À LA CONSOMMATION CONFISQUÉES EN 1952

Au cours de l'année 1952, les inspecteurs sanitaires du ministère de la Santé de la province de Québec ont confisqué, dans les différentes régions desservies par nos unités sanitaires, 194 278 livres d'aliments impropres à la consommation. Pendant cette même période, ils ont visité 62 299 établissements de denrées alimentaires dont 2 002 boulangeries, 19 188 épiceries, 9 593 restaurants, 29 499 boucheries et 2 017 marchés publics. En outre, l'inspection des produits laitiers a nécessité la visite de 16 722 établissements de cette nature répartis comme suit: 331 beurreries et fromageries; 2 587 laiteries publiques, 3 578 usines de pasteurisation, 10 226 vacheries et laiteries du producteur. L'approbation des emplacements de beurreries et fromageries, d'écoles, d'hôtelleries, de chalets, de restaurants, campements pour touristes, de camps et colonies de vacances, de cimetières relève également des inspecteurs sanitaires. Au cours de 1952, ils ont émis de ce chef 1 228 permis. Par ailleurs, ils ont répondu à 11 327 appels relatifs à des nuisances. Les autres établissements publics où ils ont procédé à des inspections sanitaires se répartissent comme suit: 4 107 écoles, 2 241 salons de coiffure, 863 salles publiques, 1 054 hôtels et tavernes, 298 plages et bains publics. Répétons-le encore une fois: il est souverainement important pour la santé publique générale de surveiller avec soin la production, la manipulation, la conservation et la livraison des denrées alimentaires; il l'est également d'assurer au public des établissements dont la construction et l'entretien respectent les prescriptions de l'hygiène et de la salubrité. La propreté les renferme tous! Qu'elle préside donc toujours à chacun de nos actes. Exigeons-en le respect de tous nos fournisseurs et de tous les établissements que nous fréquentons. C'est un droit strict. Les inspecteurs du ministère de la Santé de la province de Québec que dirige l'honorable Albiny Paquette, m.d., exercent une surveillance active sur tous ces établissements. Il faut collaborer avec eux.

XVIIème CONGRÈS INTERNATIONAL D'OPHTALMOLOGIE

Le XVIIe Congrès International d'Ophtalmologie se tiendra à l'hôtel Waldorf-Astoria, à New-York City, du 12 au 17 septembre 1954. Le docteur Bernard Samuels, de New-York, sera président, le docteur John H. Dunnington, de New-York, vice-président, et le docteur William L. Benedict, de Rochester, Minnesota, secrétaire-général. Le docteur Derrick Vail, de Chicago, sera président du comité exécutif. Les sujets principaux de discussion seront: 1) les glaucomes primaires: étiologie et considérations générales, par le docteur Derrick Vail, de Chicago, U.S.A.; traitement médical, par le docteur R. Thiel, de Francfort a.Main, Allemagne; traitement chirurgical, par le docteur G.-P. Sourdille, de Nantes, France; 2) l'étiologie de l'uvéite: considérations générales, par le docteur Alan C. Woods, de Baltimore, U.S.A.; facteurs allergiques, par le docteur Norman Ashton, de Londres, Angleterre; le rôle des virus, par le docteur V. Cavara, de Rome, Italie. D'autres auteurs présenteront également divers mémoires sur un sujet de leur choix. L'anglais, le français et l'espagnol seront les langues administratives du Congrès, mais les mémoires pourront être lus en toutes langues. Les mémoires originaux devront être envoyés au secrétaire-général avant le 1er janvier 1954 au plus tard. Le nombre de mémoires reçus pouvant dépasser le nombre qui pourra être accepté, le Comité du programme scientifique se réserve le droit de choisir.

Un programme cinématographique formera une partie importante du Congrès. Les techniques les plus reconnues de diagnostic et de traitement des maladies oculaires seront présentées, ainsi que des méthodes modernes d'instruction audio-visuelle, au moyen d'instruments électroniques de projection, de radio et de télévision. Il y aura d'importantes expositions scientifiques et techniques dans les diverses salles de réunion de l'hôtel.

Tous les médecins praticiens ont le droit d'assister au Congrès. Les personnes, non médecins praticiens, mais qui s'occupent de travaux scientifiques ayant rapport à l'ophtalmologie, pourront s'inscrire comme membres scientifiques associés, et les parents et amis des membres comme membres associés.

Les prix d'inscription, fixés par le Conseil international, sont les suivants: membres pléniers des pays nord-américains: $25.00; des autres pays: $15.00; membres scientifiques associés des pays nord-américains: $10.00; des autres pays: $5.00; membres associés des pays nord-américains: $10.00; des autres pays: $5.00.

L'American Express Company a été désignée agent de voyages officiel pour le Congrès et aidera à obtenir toutes les facilités de voyage. Afin d'apporter la plus grande assistance possible dans la recherche de logements, un bureau spécial a été créé. Des dispositions ont également été prises pour des logements peu coûteux dans les maisons d'étudiants de l'Université de Columbia.

NOUVEL HÔPITAL À SWEETSBURG, P. Q.

L'honorable Paul Martin, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, annonce aujourd'hui que le nouvel hôpital que l'on construira à Sweetsburg, dans les Cantons de l'est de la province de Québec, recevra une subvention fédérale de $104 000, qui le défraiera d'une partie de ses travaux de construction. M. Martin ajoute que le nouvel immeuble, dont la construction doit être terminée l'an prochain, remplacera un petit hôpital bâti en 1830.

Le nouvel hôpital mettra 89 lits à la disposition des malades relevant des services de la médecine, de la chirurgie et de l'obstétrique; des services de radiographie et de chirurgie, ainsi qu'un centre sanitaire.

L'approbation de cette subvention porte à plus de 12 000 le nombre des nouveaux lits que l'assistance financière fédérale a permis aux hôpitaux de la province de Québec d'installer, depuis l'inauguration, en 1948, du programme fédéral de santé.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LES HORMONES DE CROISSANCE

Les laboratoires de recherche médicale Connaught, de Toronto, travaillent à établir, avec l'aide de subventions fédérales à la recherche, des méthodes perfectionnées pour produire une hormone de croissance, tirée des glandes pituitaires de bestiaux, annonce aujourd'hui l'honorable Paul Martin, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social. C'est là le prolongement indispensable du travail déjà entrepris avec tant de succès par les laboratoires Connaught afin de fabriquer de grandes quantités d'ACTH pour fins de recherche, continue le ministre.

Cette hormone de croissance, que les savants appellent STH (hormone somatotrophique) a une activité contraire de celle d'ACTH et, admet-on, a des rapports avec quelques genres de diabète. Mais on n'est pas certain de toutes ses conséquences. Physiologistes et cliniciens tiennent à rechercher quelle est sa valeur au point de vue médical dès qu'on pourra la fabriquer sous une forme assez pure et en quantités assez grandes pour faire des expériences cliniques satisfaisantes.

Le docteur James Campbell, du département de physiologie de l'université de Toronto, a fabriqué, il y a quelque temps, de petites quantités de cette

hormone. Mais, vu que l'on doit extraire et purifier cette hormone à des températures très basses, divers problèmes de production se posent si l'on veut en fabriquer en grandes quantités. Les recherches se font sous la direction du docteur R. D. Defries, directeur des laboratoires Connaught, avec l'aide du docteur H. D. Bett et du docteur G. A. McVicar, adjoints de recherche à service intermittent, de madame J. Giles et de mademoiselle A. Lewis, techniciennes à service intermittent.

C'est le Conseil national des recherches qui a commandité les premières recherches sur la production de STH. Au cours de la présente année financière, les travaux se poursuivent avec l'assistance financière commune du Conseil national des recherches, de l'Institut national du cancer du Canada, de la Commission des recherches pour la défense, du ministère fédéral de la Santé et des laboratoires Connaught. On estime l'ensemble du coût à plus de $22 400, dont plus de $13 000 représentent la part du ministère fédéral de la Santé.

SUBVENTIONS FÉDÉRALES POUR LE SOIN DES BÉBÉS PRÉMATURÉS

L'honorable Paul Martin, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, annonce aujourd'hui que des subventions fédérales à l'hygiène aideront l'hôpital Pasteur de Montréal et le *Joyce Memorial Hospital* de Shawinigan Falls, Qué., à se procurer du matériel supplémentaire en vue des soins à donner aux bébés prématurés.

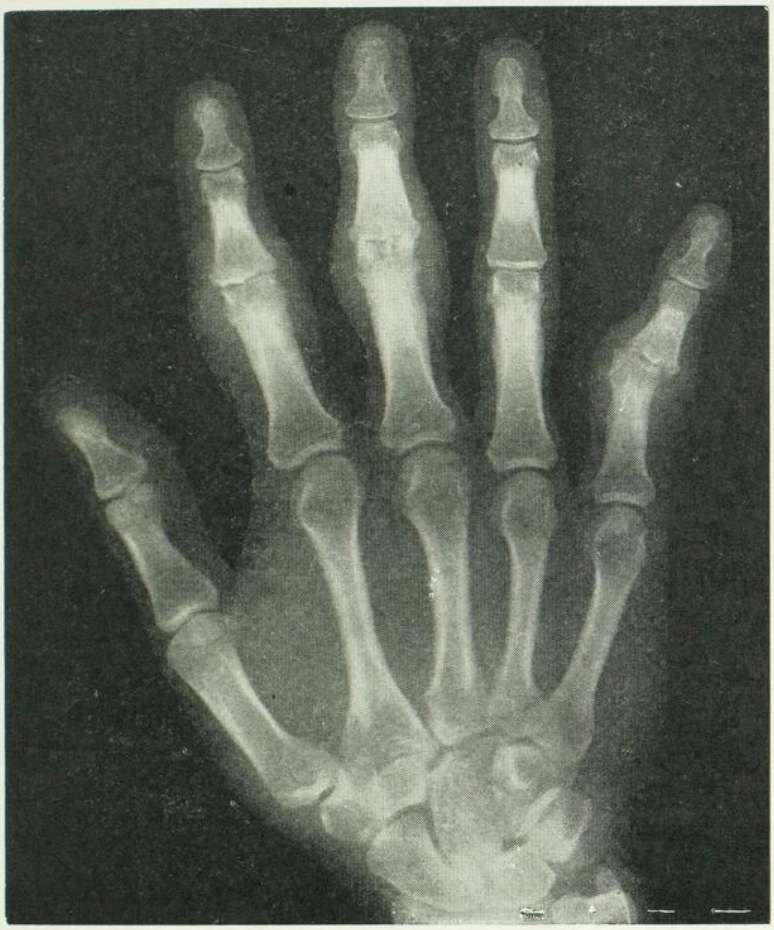
Les bébés prématurés sont particulièrement prédisposés au refroidissement, à la suffocation et à l'infection, déclarent les autorités en hygiène publique; mais des soins spécialisés et l'utilisation, dans les pouponnières, de matériel moderne, peuvent sensiblement en réduire le taux de mortalité.

L'hôpital de Montréal se procurera trois nouveaux incubateurs et celui de Shawinigan Falls en achètera deux. On estime le coût global à $1 500.

252 125 FAMILLES BÉNÉFICIENT DES UNITÉS SANITAIRES AU COURS DE 1952

L'argent ne fait pas le bonheur. Que sert à l'homme d'être riche s'il n'a pas une excellente santé. Une vie féconde, heureuse et bien remplie, n'a pas de prix. L'hygiène publique existe depuis toujours. Trop peu de gens s'en soucient véritablement. On ne s'aperçoit de l'avantage de rester bien portant que quand on tombe malade. C'est pourquoi les unités sanitaires de la province de Québec s'efforcent d'indiquer à la population les grands préceptes de l'hygiène et de la médecine préventive. Par exemple, au cours de 1952, les hygiénistes du ministère provincial de la Santé, que dirige l'honorable Albiny Paquette, m.d., ont visité 252 125 familles, dans les comtés pourvus d'unités sanitaires. L'hygiène maternelle à elle seule, a donné lieu à 20 890 démonstrations à domicile et à 18 683 visites prénatales durant ce mois. Il y a eu en outre 10 545 cliniques de puériculture avec examen de 190 402 nourrissons et 134 833 enfants d'âge pré-scolaire. A domicile, 175 633 nourrissons et 245 592 moins de six ans ont bénéficié des visites et des conseils des hygiénistes du département. Quant aux écoliers, plus de 330 000 ont profité des conférences d'hygiène et plus de 176 191 ont subi l'examen physique ou médical. Il faut préserver sa santé, car on ne saurait rester bien portant si l'on manque aux préceptes de la prévention et du régime. Les adultes veillent sur la santé de leurs enfants, mais ils ne doivent pas oublier que la leur est également précieuse. Comme le prescrivent les hygiénistes, « faisons l'inventaire périodique de tout ce qui peut nous aider à résister à la maladie. Ainsi nous pourrons adopter un train de vie qui n'exige pas plus que nos forces ne nous permettent de faire. »

GENTISOL



combat le rhumatisme et l'arthrite

*possède **tous** les avantages du salicylate et aucun de ses inconvénients*

posologie:

Cas graves: 6 à 9 dragées par jour. Une fois la douleur soulagée, réduire à 3 dragées par jour et poursuivre la médication aussi longtemps que le besoin s'en fait sentir.

Cas moins graves: 3 à 4 dragées par jour.

formule:

Gentisate de sodium	*300 mg.*
Acide p-aminobenzoïque	*200 mg.*
Vitamine B_1	*1 mg.*
Vitamine C	*40 mg.*

- **aucune intolérance digestive**
- **aucun trouble visuel ou auditif**
- **aucune altération de la fonction rénale**
- *en flacons de 50 et 100 dragées*

*Réf.: Lancet, 257: 473, 1949.
Lièvre, J. A., et coll.: La Presse Méd., 1951, 59, 197-199.
Camelin et coll.: La Presse Méd., 1950, 58, 889-890; 1950, 51, 899.

ANGLO-FRENCH DRUG CIE LTÉE - Montréal 18

REVUE DES LIVRES

Les cahiers de l'Hôtel-Dieu, Québec. Chroniques médico-hospitalières, sixième année, 1951.

Pour la sixième année, sont publiés « Les Cahiers de l'Hôtel-Dieu de Québec » aussi volumineux, sinon plus, que ceux des années précédentes, aussi remplis d'une matière médico-chirurgicale qui témoigne de l'excellence de la publication des médecins et chirurgiens de cette maison. A remarquer, que de plus en plus, sont reproduits dans ces Cahiers des travaux qui ont paru en dehors de nos journaux locaux, soit dans des revues européennes et américaines renommées pour leur haut niveau scientifique. Cette constatation ne relève pas d'un ébahissement systématique pour tout ce qui se publie dans les journaux étrangers, mais pour signaler l'effort que nos collègues de Québec s'imposent pour rediger des travaux bien construits et instructifs, et faire connaître en dehors de notre groupe médical, la valeur des recherches et des observations cliniques que l'on effectue dans nos facultés et nos hôpitaux.

Ce volume de publications est en somme imposant par sa quantité et sa qualité et venant d'un personnel médical d'un seul hôpital, il ne manque sûrement pas d'impressionner très favorablement. L'iconographie y est riche et abondante; certains travaux font preuve non seulement d'un labeur méritoire, mais exposent des sujets qui se placent à l'avant-poste des recherches médicales les plus récentes.

Une fois de plus, nos félicitations aux Révérendes Mères Augustines Hospitalières et aux médecins de l'Hôtel-Dieu de Québec.

Roma AMYOT

Michel POLONOVSKI, directeur, et MM. P. CARTIER, E.-B. CHAIN, J.-E. COURTOIS, Ch. DE DUVE, M.-F. JAYLE, F. LEUTHARDT et E. TESTA, A. DE MURALT, F. TAYEAU, R. WOLFF et Ch. WUNDERLY. — **Exposés annuels de biochimie médicale.** Quatorzième série. Un vol. de 283 pages, avec 64 figures et 34 tableaux. — Masson et Cie, édit., Paris, 1952.

Depuis 1938, date de la fondation de cette remarquable Collection de monographies de biochimie médicale, quatorze volumes ont vu le jour, apportant chacun, à son heure, des articles détaillés et précis sur les questions les plus actuelles.

Le directeur de cette production, le professeur Polonovski, n'a pas voulu limiter l'audience de ces exposés à un public trop spécialisé. Il s'est interdit de laisser transformer chacune des revues générales publiées en une énumération aride de données expérimentales ou de « digest » plus ou moins bien cimentés et coordonnés, à l'image de certaines publications étrangères. L'intérêt bibliographique de ces dernières reste évident et incontestable pour ceux qui les consultent, mais leur lecture intégrale, sans attrait ni charme, ne serait guère concevable pour un public éclairé! Même pour un public désireux de s'instruire des progrès d'une discipline dont la répercussion sur l'évolution des sciences médicales de la clinique et de la thérapeutique est aujourd'hui si considérable.

Au contraire, l'élégance de la forme, le souci du style et de la présentation, la clarté de l'exposition, la logique des développements, la solidité des bases expérimentales, la recherche du fait nouveau, l'inédit d'une étude originale ou d'une conception neuve, se retrouvent dans tous les volumes déjà parus des « Exposés annuels » et en rendent l'abord séduisant et l'usage facile.

Les comprimés

"DAINITE"

soulagent

jour et nuit

PROTECTION CONTINUE CONTRE

L'ASTHME

FORMULE DES COMPRIMÉS DAINITE

Pour le jour:		*Pour la nuit:*	
Pentobarbital de sodium	¼ gr.	Phénobarbital	⅜ gr.
Aminophylline	3 gr.	Pentobarbital de sodium	½ gr.
Ephédrine HCl	¼ gr.	Aminophylline	4 gr.
Benzocaïne	¼ gr.	Benzocaïne	¼ gr.
Hydroxide d'alumine	2½ gr.	Hydroxide d'alumine	2½ gr.

POSOLOGIE: La dose moyenne est de un ou deux comprimés de jour "Dainite" trois fois par jour avant les repas et de un ou deux comprimés du soir à 10 heures p. m.

PRÉSENTATION: Boîte de 36 comprimés pour le jour et de 12 comprimés pour le soir.

Documentation et échantillon envoyé sur demande.

DAINITE

Une spécialité Irwin, Neisler & Co., U.S.A.

Représentants exclusifs au Canada:

HERDT & CHARTON, INC.

2027, Avenue du Collège McGill, Montréal.

Chaque question est mise à la portée du lecteur non spécialisé, quelle que soit sa formation de base, physiologique, chimique ou clinique.

Nul médecin, nul biologiste, nul esprit scientifique éclairé ne se trouvera donc rebuté par ces aperçus biochimiques: beaucoup de ces derniers sont d'ailleurs signés des noms les plus illustres de la biochimie française et étrangère.

Cette Collection a sa place dans toutes les bibliothèques, dans tous les laboratoires de recherches et auprès de tous ceux qui, sans avoir la possibilité de suivre dans le détail la marche si rapide des progrès biochimiques, désirent cependant en connaître l'essentiel et l'incidence possible sur leur activité propre.

Chapitres de la 14e *série*

Progrès récents dans le domaine du métabolisme des glucides (E.-B. Chain). — Le métabolisme du fructose (F. Leuthardt et E. Testa). — La séparation des constituants cellulaires par centrifugation fractionnée (C. de DUVE). — Mécanisme enzymatique de l'ossification (P. Cartier). — Données récentes sur la vitamine B_{12} (R. Wolff). — La réaction de précipitation antigène-anticorps (F. Tayeau). — La méthode d'électrophorèse sur papier et ses limitations (Ch. WUNDERLY). — Biogénèse et métabolisme intermédiaire de la folliculine (M.-F. Jayle). — La conduction nerveuse. Aspects physico-chimiques (A. de Muralt). — Quelques récentes données sur le rôle du phosphore en biochimie (J.-E. Courtois).

P. MACQUET et L. WEMEAU. — **La chirurgie du rein en fer à cheval.** (Travail du Service de Clinique Urologique Universitaire de Lille.) Un vol. de 102 pages, avec 39 figu. Masson et Cie, édit., Paris, 1952.

La malfaçon désignée sous le nom de rein en fer à cheval, ou reins soudés ou reins siamois, est connue de très longue date, anatomiquement tout au moins. Rappelons qu'il s'agit d'une anomalie par fusion, dans laquelle les deux reins, au lieu d'évoluer séparément, et à peu près symétriquement de part et d'autre du rachis, s'unissent, à un stade très précoce de la vie embryonnaire, en un organe unique, la coalescence se réalisant le plus souvent par « fusion » des pôles inférieurs.

Or, n'est-il pas étrange de constater qu'une telle malformation congénitale — l'une des plus fréquentes et des plus graves — si bien décrite depuis la plus haute antiquité par les anatomistes, soit demeurée jusqu'à ces dernières années presque toujours méconnue sur le plan clinique?

Toutes les descriptions des premières années du siècle reposent sur des découvertes opératoires fortuites: jamais, jusque dans un passé récent, le diagnostic pré-opératoire ne fut solidement établi. Or, il tombe sous le sens que cette chirurgie ne saurait être utilement entreprise sans une préconnaissance parfaite des lésions. Comment aborder ce champ opératoire complexe, cet organe dont l'anatomie normale est bouleversée, dont la vascularisation, dans chaque cas, répond à un dispositif particulier, sans une connaissance préalable et suffisante du « théâtre d'opération » ?

Les progrès de la radiologie permettent aujourd'hui cette connaissance. L'urographie a permis de soupçonner la malfaçon, puis par la suite de l'identifier avec une semi-certitude, de codifier différents tests réputés constants et d'aboutir souvent au diagnostic opératoirement confirmé. Ces progrès sont en cours et s'affirment chaque jour. Aussi les auteurs ont-ils pensé qu'en cette matière le cheminement lent, méthodique et finalement victorieux du diagnostic méritait d'être mis en valeur dans un travail d'ensemble.

L'intérêt du problème, c'est que — la pratique l'enseigne, — la symphyse rénale est une malformation beaucoup plus fréquente qu'on le pensait autrefois. Il convient, d'autre part, d'insister sur l'intérêt d'un diagnostic précoce. Dans une première phase, la symphyse rénale évolue sans bruit. Elle ne se révèle qu'à l'âge adulte par un syndrome douloureux dont la pathogénie demeure obscure la plupart du temps — c'est à ce stade qu'il faut faire le diagnostic et opérer. Plus tard, l'évolution se poursuit insidieusement et les complications apparaissent — toutes ou presque — imputables à la malfaçon initiale. Car

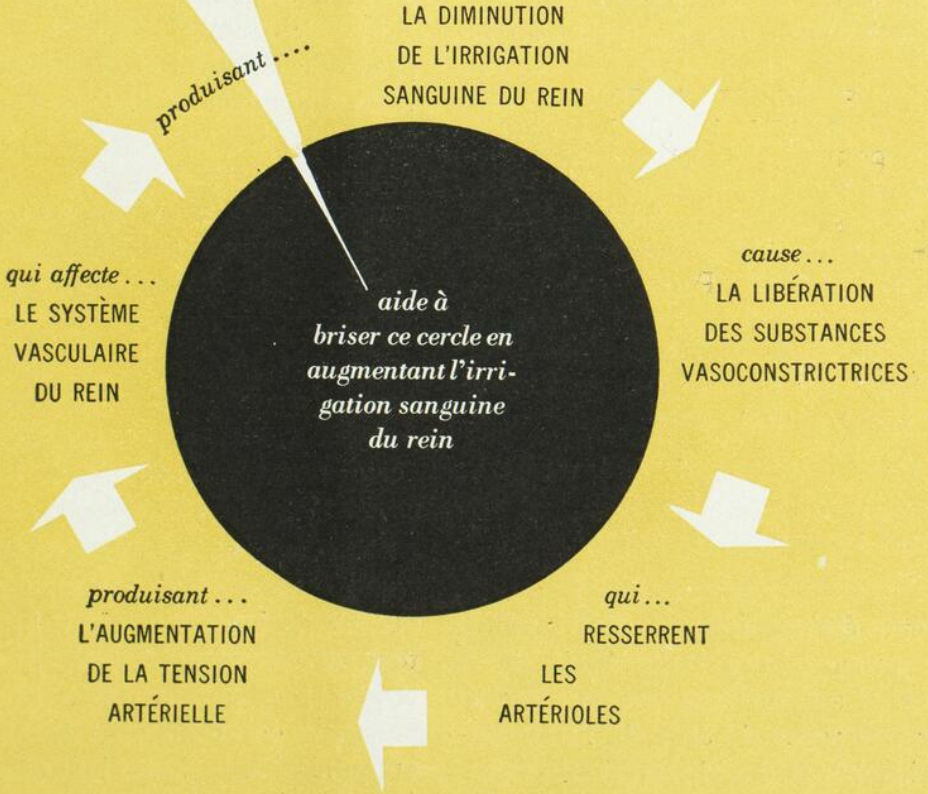
Aprésoline

NOM DÉPOSÉ

pour le contrôle de l'hypertension

L'Aprésoline est un nouvel agent antihypertensif qui produit souvent des effets salutaires—et dans bien des cas permet de tenir le mal sous contrôle. L'Aprésoline est unique du fait de sa double faculté d'abaisser la tension artérielle quand elle est trop élevée et d'augmenter l'irrigation sanguine du rein. La valeur de l'Aprésoline est accrue par sa tendance à diminuer la tonicité vasculaire cérébrale chez les hypertendus et par son efficacité par voie orale et parentérale.

Ciba



il faut admettre que la pyélonéphrite, l'hydronéphrose, la lithiase à n'en pas douter — et peut-être, pour une part, la tuberculose et le cancer — sont provoqués par l'anomalie congénitale. Quoiqu'il en soit, le fait brutal enregistré par divers auteurs, c'est que le rein en fer à cheval méconnu ou abandonné à son sort, conduit presque toujours à la mort avant l'âge de 40 ou 45 ans.

Les auteurs ont surtout voulu, dans cette monographie, éclairer le double problème du diagnostic et du traitement en se fondant sur les enseignements que leur ont apportés 11 observations recueillies dans les services de la clinique urologique universitaire de Lille.

Divisions de l'ouvrage

Etude anatomique. — Etude clinique et diagnostic. Le rein en fer à cheval non pathologique mais douloureux. Les moyens cliniques. Le diagnostic radiologique (radiographie simple, urographie intraveineuse, urographie intraveineuse ou pyélographie rétrograde). — Le rein en fer à cheval pathologique. — Le traitement. Le rein en fer à cheval non pathologique mais douloureux (voies d'abord, symphyséotomie, interventions complémentaires, résultats). Le rein en fer à cheval pathologique (hydronéphrose, lithiase, tuberculose). — Conclusion. — Bibliographie.

J. PARAF, J. FOUQUET, P. ZIVY, J. DESBORDES, A. ABAZA, J. BORY, Et. FOURNIER, E. PERETZ, Madeleine PARAF et L. LEVY. — **Traitement de la tuberculose par l'acide para-amino-salicylique — P. A. S.** Un vol. de 404 pages, avec 29 fig. Masson et Cie, édit., Paris, 1952.

Les recherches de Bernheim, Rosdahl et surtout J. Lehman ont apporté avec le P. A. S. un nouvel agent antituberculeux.

On sait que les travaux de J. Paraf et de ses collaborateurs ont permis d'en élargir considérablement les possibilités grâce à la technique des perfusions veineuses.

Ces auteurs étaient donc les plus qualifiés pour nous proposer une large étude de ce médicament. Leur ouvrage est complet et s'étage sur une revue de toute la littérature, sur des recherches et des observations personnelles.

Sous la plume de J. Desbordes, A. Abaza, Bory et Fournier, c'est d'abord une étude chimique, physiologique, expérimentale et pharmacologique, portant notamment sur l'incidence hématologique et enzymatique de la P. A. S. thérapie, sur la mesure du taux de P. A. S. humoral si intimement lié à l'efficacité du produit, sur son action conservatrice quant à la sensibilité du germe aux autres antibiotiques (streptomycine).

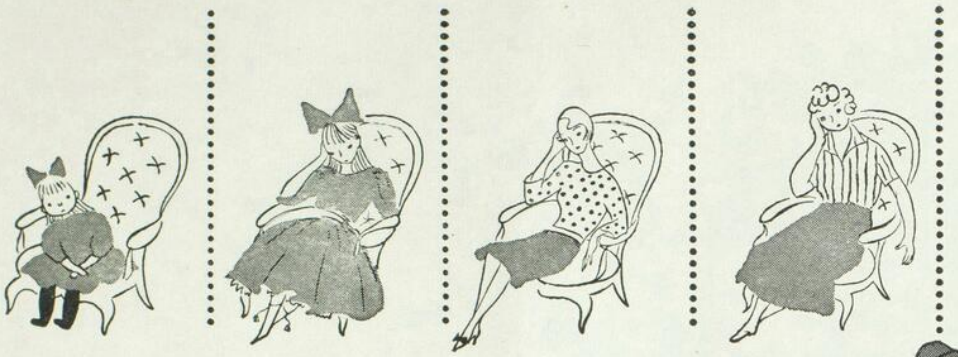
Une large étude pratique est consacrée par P. Zivy au traitement de la tuberculose pulmonaire. Elle s'appuie sur de nombreux faits observés depuis quatre ans à l'hôpital Bichat, et démontre l'échec relatif de la voie orale et l'efficacité remarquable des voies veineuses et sous-cutanées. Cette nouvelle méthode thérapeutique est appelée à modifier le schéma thérapeutique classique: parfois suffisante avec le repos pour amener la guérison, plus souvent étayant considérablement la collapsothérapie, elle permet d'écourter le temps de maladie et de mener à une guérison plus solide, dont le mécanisme est étudié avec un soin particulier.

Madeleine Paraf démontre l'amélioration du pronostic lésionnel et fonctionnel de la pleurésie, que donne le P. A. S. par voie générale et locale.

A la lumière de nombreuses observations personnelles, J. Paraf apporte une grande amélioration du pronostic de la méningite tuberculeuse grâce à une technique thérapeutique nuancée.

J. Fouquet procède à une étude de la P. A. S. thérapie infantile. Les diverses localisations tuberculeuses, les affections non tuberculeuses, les incidents de traitement sont envisagés par Peretz, Abaza, L. Lévy.

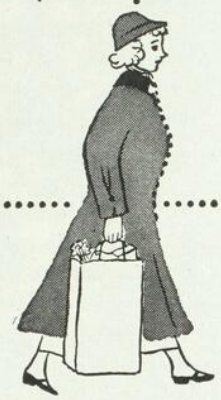
Cette mise au point, qui vient à son heure, apporte au biologiste et au phtisiologue une documentation riche, solide et vivante; surtout, elle servira le médecin qui se trouve chaque jour devant des tuberculeux: en lui précisant des techniques thérapeutiques efficaces ainsi que leurs indications, et en lui facilitant la conduite pratique du traitement.



des années d'une constipation

causée par un manque de volume

qui s'amende en quelques jours



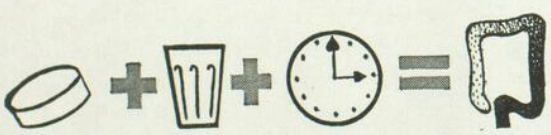
Bargen rapporte "que l'état d'un grand nombre de patients" [1] affectés d'une constipation opiniâtre s'est amendé de façon heureuse grâce au Cellothyl.

> "Ces patients ne souffraient d'aucune forme ordinaire de constipation, car ils avaient pris de grandes quantités de toutes sortes de laxatifs. Les résultats sont d'autant plus remarquables que ces patients en étaient venus à penser qu'il n'existait plus aucun espoir de se débarrasser de leur constipation opiniâtre."

Dans les cas de "constipation opiniâtre de longue durée" [1] — même lorsqu'elle durait depuis la plus tendre enfance — l'administration de Cellothyl a provoqué une amélioration remarquable.

Cellothyl agit d'une façon physiologique: De la bouche au rectum, le Cellothyl passe par toutes les étapes successives normales et fournit du volume là où il en faut, c'est-à-dire dans le côlon. Bargen a démontré que le Cellothyl passe dans l'estomac à l'état de liquide, puis dans les intestins sous forme d'un liquide plus visqueux pour enfin arriver dans le côlon à l'état de masse humide et molle.

1. "A Method of Improving Function of the Bowel": J. Arnold Bargen, M.D., Division of Medicine, Mayo Clinic, Rochester, Minnesota, in Gastroenterology, 13:275 (Oct.) 1949.



Cellothyl®

(marque de méthylcellulose)

PRÉPARÉ DE FAÇON SPÉCIALE

WARNER-CHILCOTT

Laboratories

Division of William R. Warner & Co. Ltd.

727 King St. W., Toronto, Ont.

ACCEPTED COUNCIL ON PHARMACY AND CHEMISTRY AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION

Divisions de l'ouvrage

I. *Etude expérimentale* (Chimie, bactériologie, pharmacologie et posologie). — Chimie et biochimie du P. A. S. — Activité antituberculeuse expérimentale du P. A. S. — P. A. S.-résistance. — Pharmacologie et posologie du P. A. S.

II. *Etudes cliniques* (Tuberculose pulmonaire commune. Pleurésie tuberculeuse). — Evolution de la P. A. S. thérapie dans la tuberculose pulmonaire. — Administration du P. A. S. dans le traitement de la tuberculose pulmonaire commune. Intérêt des dosages sanguins. — Action du P. A. S. buccal sur les signes classiques et radiologiques de la tuberculose pulmonaire. — P. A. S. buccal dans les lésions trachéo-bronchiques et laryngées tuberculeuses. — P. A. S. buccal dans le traitement des cavernes tuberculeuses. — P. A. S. dans le traitement local des cavernes tuberculeuses. — Mécanisme d'action du P. A. S. dans la tuberculose pulmonaire commune. Qualité et solidité des résultats. — P. A. S. et agents thérapeutiques divers. — P. A. S. résistance et ses conséquences pratiques. — Modalités thérapeutiques diverses. — Etudes sur le P. A. S. dans le traitement de la tuberculose commune pulmonaire. — L'acide para-amino-salicylique dans le traitement de la tuberculose pulmonaire commune — Traitement de la tuberculose pleurale.

III. *Tuberculose infantile.* — Le P. A. S. dans la tuberculose infantile.

IV. *Méningites, miliaires et tuberculoses extrapulmonaires.* — Traitement de la méningite tuberculeuse et des miliaires. — Tuberculoses intestinales et péritonéales. — Le P. A. S. dans la tuberculose rénale uro-génitale et surrénale. — Tuberculoses diverses: cutanées, ganglionnaires, ophtalmologie et oto-rhino-laryngologie.

V. *Le P. A. S. en dehors de la maladie tuberculeuse.*

VI. *Incidents et accidents.*

P. DELAFONTAINE et J. BALMADIER. — **Manuel de l'élève-infirmière.** Les Editions Médicales Flammarion, édit., Paris, 1953.

La rédaction d'un manuel destiné aux élèves-infirmières est une tâche difficile. Elle doit s'efforcer d'éviter deux écueils: celui de se borner à un sec exposé des gestes « professionnels » et celui d'être une « caricature » d'un livre de médecine.

La tendance apparemment légitime, en réalité simpliste, de tout enseignement professionnel est d'être « pratique », mais les conceptions actuelles et les progrès récents tendent de plus en plus à faire de l'infirmière une vraie collaboratrice du médecin. L'infirmière ne peut bien remplir ce rôle qu'en comprenant ce qu'elle fait et non en appliquant d'une façon passive et automatique les prescriptions médicales. Une base « théorique », simple mais solide, est donc indispensable à l'élève-infirmière tant pour subir avec succès les épreuves des examens que pour exercer sa profession avec efficience.

Pour tenter de répondre à ces exigences le nouveau « Manuel de l'élève-infirmière », qui prend place dans la collection des manuels d'enseignement de la C.R.F., a été rédigé conjointement par une monitrice ayant une longue expérience de la préparation aux examens des élèves « Croix-Rouge » et par un médecin alliant à la pratique hospitalière celle de l'enseignement destiné aux élèves-infirmières. Clair, précis, intelligemment illustré, cet ouvrage est le guide précieux et irremplaçable de l'élève-infirmière, comme de l'infirmière déjà diplômée.

Résumé de la table des matières

Première partie

Notions d'anatomie et de physiologie

Cellules et tissus. — Appareil de soutien et de locomotion. — Appareil de revêtement. — Appareil digestif. — Appareil respiratoire. — Appareil circulatoire. — Appareil urinaire. — Appareil génital. — Système nerveux. — Organes des sens. — Glandes à sécrétion interne.

Deuxième partie

Soins à donner aux malades

Notions essentielles et généralités.

Troisième partie

Les médicaments

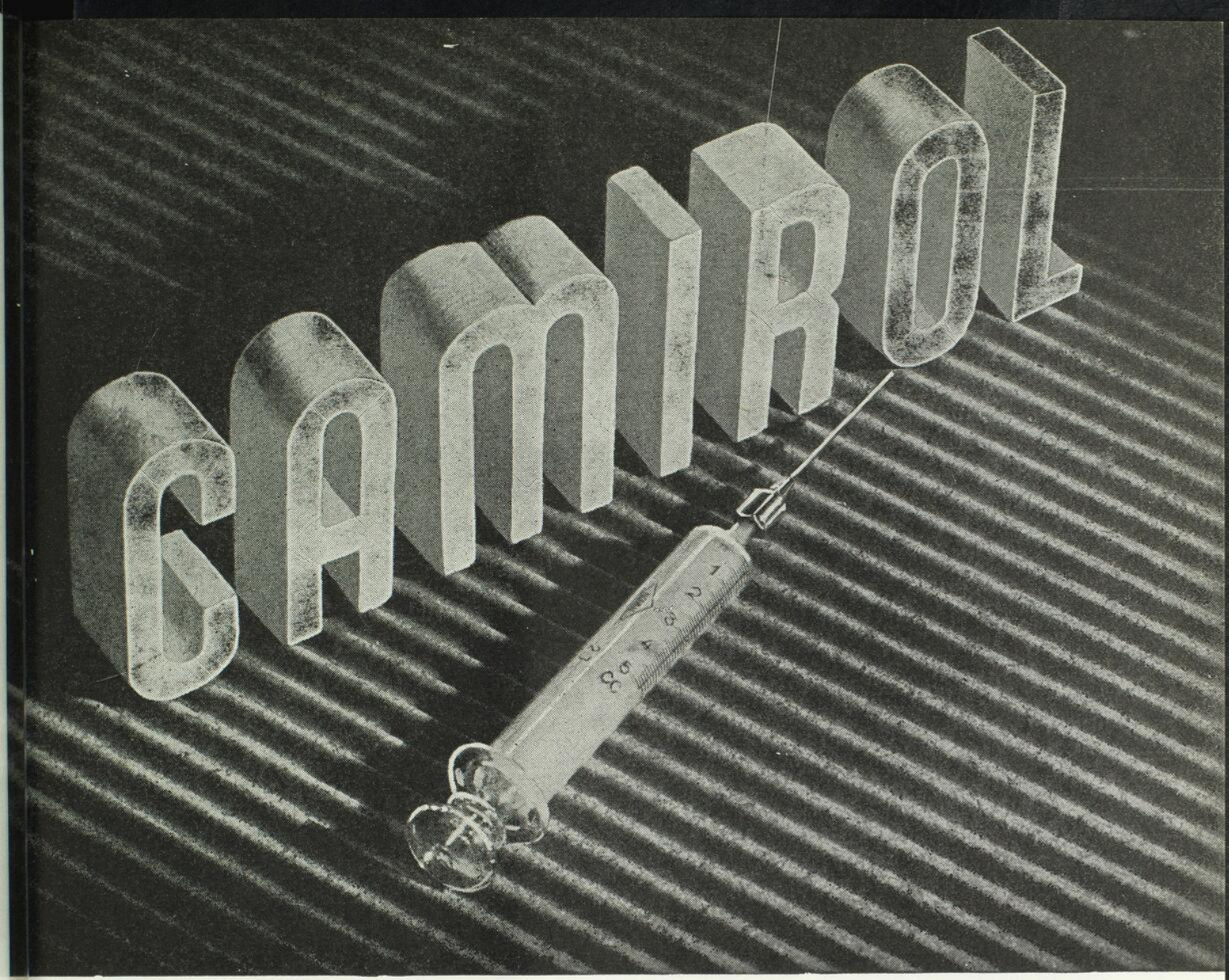
Eléments de pharmacie. — Modes d'administration des médicaments. — Principes actifs de quelques médicaments. — Classification thérapeutique.

Quatrième partie

Concernant les maladies des différents appareils

Maladies de l'appareil digestif. — Maladies de l'appareil respiratoire. — Maladies de l'appareil circulatoire. — Maladies de l'appareil urinaire. — Maladies de l'appareil génital de la femme. — Maladies de l'appareil génital masculin. — Maladies du système nerveux. — Maladies des organes des sens. — Maladies des glandes endocrines. — Maladies de la nutrition. — Maladies de l'appareil tégumentaire.

Le second volume qui paraîtra prochainement comprendra: Eléments de microbiologie. Maladies infectieuses et parasitaires. Tuberculose. Maladies véné-



Médication de choix

pour la sinusite et les infections des voies respiratoires

Injection Intramusculaire

FORMULE

Iodoforme — Menthol
Iodures — Camphre

Ampoule de 1 cc.

(En solution huileuse de faible acidité)

Documentation complète et échantillon sur demande

REPRÉSENTANTS POUR LE CANADA

HERDT & CHARTON, INC.

"MEDICAMENTS DE MARQUE"

2027, AVENUE DU COLLÈGE McGILL, MONTRÉAL

riennes. Alcoolisme et intoxications diverses. Soins aux malades de chirurgie. Obstétrique. Puériculture et médecine infantile. Hygiène et prophylaxie des maladies contagieuses.

Paul HAUDUROY, professeur (Lausanne) et coll. — **Dictionnaire des bactéries pathogènes pour l'homme, les animaux et les plantes.** Suivi de la liste des êtres microscopiques conservés dans les collections de cultures types. Deuxième édition complètement refondue. Un vol. de 756 pages, 2 tableaux. Masson et Cie, édit., Paris, 1952.

La première édition du « Dictionnaire des Bactéries pathogènes pour l'homme, les animaux et les plantes », a paru avant la deuxième guerre mondiale et a été rapidement épuisée. En voici une seconde édition, complètement transformée, considérablement augmentée et qui constitue — à vrai dire — un livre nouveau.

On connaît la formule de l'ouvrage, classique aujourd'hui. Toutes les bactéries pathogènes pour l'homme, les animaux et les plantes sont décrites selon un plan uniforme étudiant tour à tour la morphologie, la colorabilité, les caractères culturaux, biochimiques, la structure antigénique s'il y a lieu, le pouvoir pathogène naturel et expérimental, les méthodes de vaccination ou de sérothérapie lorsqu'elles existent. Les auteurs utilisent un style aussi simple que possible et évitent toute phrase inutile.

Les descriptions sont toujours très complètes et très précises et l'on peut dire qu'aucune qualité essentielle de chaque bactérie décrite n'a été omise. Pour certains microbes, particulièrement importants, l'énumération de leurs qualités occupent plusieurs pages de l'ouvrage.

Il existe à l'heure actuelle plusieurs systèmes de nomenclature proposés par différents savants, mais les microbiologistes n'en ont encore adopté aucun officiellement. De telle sorte que les définitions des classes, genres, ordres, familles, etc., varient suivant les pays, et un germe s'appelant *bacillus* ici peut s'appeler *bacterium* ailleurs, pour ne prendre qu'un exemple simple. Le bactériologiste non spécialisé a souvent quelque peine à se retrouver au milieu de ces définitions diverses. Les auteurs ont adopté le système français de classification (celui de A. R. Prévot), mais ils ont eu soin de donner aussi les classifications anglaises et américaines, ainsi que les définitions correspondantes de chaque famille, genre, etc.

La synonymie extrêmement abondante dans les dénominations des germes est une conséquence directe des variétés des systèmes de nomenclature. Dans cette nouvelle édition (contrairement à ce qui avait été fait dans la précédente) les synonymes ont pris place à leur ordre alphabétique et le livre ne comporte aucune table des matières; c'est un dictionnaire véritable. Quel que soit le nom sous lequel on connaisse une bactérie, il est possible de la retrouver immédiatement.

La structure antigénique des bactéries d'une part, leurs propriétés biochimiques d'autre part, prenant une place de plus en plus importante dans les méthodes de détermination, les auteurs ont établi des tableaux extrêmement complets et précis (en particulier pour les *salmonella*, les *shigella* et les *eberthella*), permettant de retrouver rapidement les qualités particulières d'un germe.

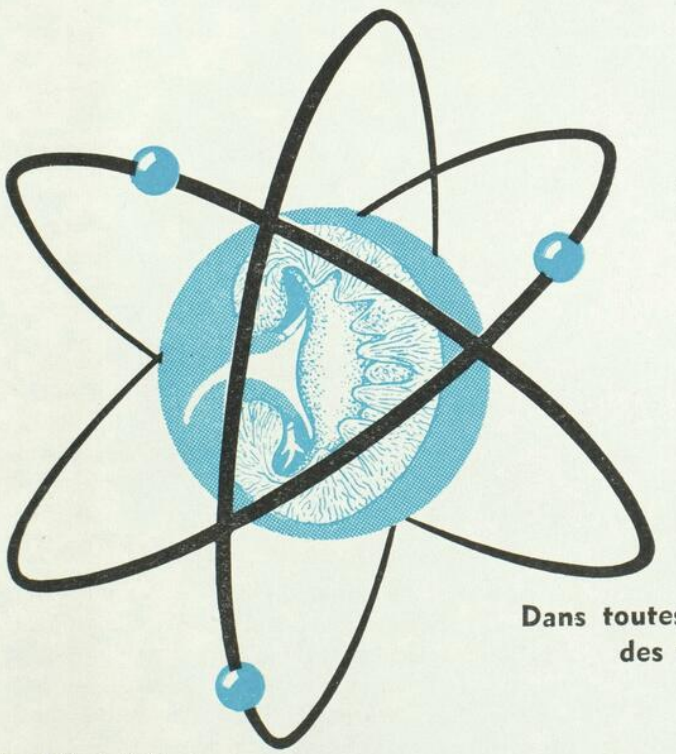
Chaque nom de bactérie est suivi de l'une ou de l'autre des deux indications suivantes: C ou N C. Ce qui veut dire que le germe en question se trouve (collection) ou ne se trouve pas (N C) dans une collection de types microbiens se sont développées et il est possible été décrits à une époque où personne ne pouvait ou ne se souciait d'en conserver un exemplaire: nombre d'entre eux ont été malheureusement perdus et ne peuvent — sauf exception rarissime — être retrouvés. Depuis quelques années par contre — sous l'influence de l'Académie Suisse des Sciences Médicales et de l'UNESCO — les collections de types microbiens. Nombre de microbes en effet ont maintenant de trouver des exemplaires-types.

Les travailleurs utilisant le « Dictionnaire

UROPRAZINE

Avec

SOUFRE COLLOÏDAL



DISSOUT
et
ÉLIMINE
L'ACIDE
URIQUE

RHUMATISME

ARTHRITE

GOUTTE

GRAVELLE

et

Dans toutes les affections des voies Urinaires.

FORMULE :

Hexamethylenetetramine
Benz. de lithine, Bic. Soude
PIPÉRAZINE
SOUFRE COLLOÏDAL

PRÉSENTATION : Flacons de 120 et 240 gr.

POSOLOGIE : Une à deux cuillerées à thé dans un demi-verre d'eau tiède, 2 à 4 fois par jour

---

HERDT & CHARTON, INC., 2027, McGill College, Montréal, P. Q.

des Bactéries pathogènes » savent immédiatement s'ils peuvent ou s'ils ne peuvent pas se procurer une bactérie décrite.

Les auteurs enfin, pour faciliter la tâche des chercheurs, ont adjoint à l'ouvrage une « Liste des êtres microscopiques conservés dans les collections de cultures-types ». Dix mille d'entre eux environ sont énumérés par ordre alphabétique avec l'indication des collections où ils sont conservés.

Tel qu'il est conçu et réalisé, le « Dictionnaire des bactéries pathogènes » constitue certainement l'ouvrage de travail actuel le plus complet et le plus précis, indispensable à tous les hommes de laboratoire, qu'ils soient médecins, vétérinaires ou phyto-pathologistes.

"L'Union Médicale du Canada" en 1884

La falsification des médicaments.

Mai 1884

M. le Dr LeSage, député de Dorchester à la Chambre des Communes, a prononcé, à la séance du 27 mars dernier, un remarquable discours dans lequel il a attiré l'attention de la Chambre sur les falsifications de plus en plus nombreuses auxquelles sont soumis les aliments et les médicaments. Ce discours, qu'un de nos journaux politiques a reproduit en entier, produira-t-il l'effet désiré? Fera-t-il enfin ouvrir les yeux sur un état de choses que chacun peut constater par lui-même, et auquel l'on n'a, jusqu'à aujourd'hui, apporté que peu ou pas de remède? Nous l'espérons, et c'est avec cet espoir que nous croyons devoir appuyer les remarques judicieuses de M. le Dr LeSage.

Quant à la falsification des substances alimentaires, la *Société d'Hygiène* sera bientôt appelée à se prononcer là-dessus, et son organe officiel, le futur journal d'hygiène, fera sans doute entrer cette importante question dans son programme. Pour nous médecins, la falsification des drogues et médicaments nous intéresse plus directement.

Cette fraude ne date pas d'hier, à coup sûr, mais il est avéré qu'elle augmente tous les jours d'une manière alarmante. L'opium, la morphine, le quinquina, la quinine, la rhubarbe, le séné, la podophylline, l'ipecacuanha, le chloroforme, l'ergot, le bromure et l'iodure de potassium, etc., etc., sont aujourd'hui falsifiés sur une très haute échelle, et malheureusement il est presque impossible, bien souvent, de remonter à la véritable source du mal. Dans un rapport soumis au Bureau de Santé de l'état de New-York, en 1882, il a été démontré que sur 75 échantillons de médicaments soumis à l'analyse, 32 étaient adultérés. La rhubarbe l'était dans une proportion de 4 sur 9. La *racine* d'ipéca, 4 sur 7, le jalap, 1 sur 3, la moutarde, 4 sur 6, le sulfate de quinine, 1 sur 4, le soufre précipité, 7 sur 13. Nos échanges d'Europe nous mettent aujourd'hui en garde contre le tartre émétique fabriqué en Allemagne. Ce sel serait adultéré au moyen d'une assez forte proportion d'acide oxalique. Et que d'autres exemples ne pourrions-nous pas apporter!

Après cela, on comprendra facilement pourquoi les médicaments que nous prescrivons, et en particulier ceux qui sont à l'état de poudre restent parfois sans aucun effet. On pourrait peut-être trouver ici la cause de quelques-uns de nos insuccès thérapeutiques.

Il faut aussi rapprocher de la falsification proprement dite le fait que un bon nombre de préparations pharmaceutiques n'ont pas le degré de force ou de concentration exigé par la pharmacopée. Beaucoup de teintures et d'extraits fluides actuellement sur le marché sont dans ce cas.

Il n'y aurait, selon nous, qu'un moyen de remédier à cet état de choses. Ce serait l'établissement d'un laboratoire spécial où serait confié à des analystes compétents l'examen minutieux de toutes les drogues en vente dans nos pharmacies. De la sorte nous pourrions savoir la valeur réelle de ce que nous prescrivons et rapporter à leur véritable source quelques-unes des déceptions si fréquentes que nous réserve le traitement des maladies.

codophen E.B.S.

SÉDATIF ANALGÉSIQUE

pour petits patients

pour patients adultes

couleur distinctive
saveur distinctive

*** CODOPHEN PÉDIATRIQUE**
C.T. No 259

Chaque comprimé contient:

Acide Acétylsalicylique .... 7/8 gr.
Phénacétine ..... 5/8 gr.
Citrate de Caféine.....1/8 gr.
Phosphate de Codéine .....1/16 gr.

*** CODOPHEN C.T. No 260**

Chaque comprimé contient:

Acide Acétylsalicylique ..... 3 gr.
Phénacétine ..... 2 gr.
Citrate de Caféine.....¼ gr.
Phosphate de Codéine .....¼ gr.

*** CODOPHEN PLUS FORT**
C.T. No 260A

Chaque comprimé contient:

Acide Acétylsalicylique ..... 3 gr.
Phénacétine ..... 2 gr.
Citrate de Caféine.....¼ gr.
Phosphate de Codéine .....½ gr.

* *Commande spéciale pour Narcotiques Exigée. Les comprimés Codophen sont de couleur orange, sans aucune autre marque d'identification.*

THE E.B.S. HUTTLEWORTH CHEMICAL CO. LTD., TORONTO, CANADA

Représentants:
M. J.-L. Vallerand, 1055, Mont Saint-Denis, Wolfesfield Park, Québec, P. Q.
M. G. Lamontagne, 2317, av. Regent, NDG Montréal, P. Q. — M. P.-E. Thibaudeau, 2425, boul. Girouard, St-Hyacinthe, P. Q.
M. M. Quesnel, appartement 3, 917 est, boul. Saint-Joseph, Montréal, P. Q.
M. Phil Bilodeau, 52, des Ormes, Saint-Pierre de Charlesbourg, Québec, P. Q.
M. F. L. Upton, 318, 19ème Avenue, Saint-Eustache-sur-le-Lac, P. Q.

NOUVELLES PHARMACEUTIQUES

MISE AU POINT D'UNE NOUVELLE MÉDICATION ANTI-TUBERCULEUSE: UN COMBINÉ DE STREPTOMYCINE ET D'ISONIAZIDE

Les deux médicaments les plus puissants contre la tuberculose, la streptomycine et l'isoniazide (I.N.H.), viennent d'être, pour la première fois, combinés chimiquement en une seule médication.

Les premiers essais effectués avec la nouvelle médication — appelée « strepto-hydrazide » — permettent de penser que celle-ci pourrait devenir une arme puissante entre les mains des phtisiologues du fait de son action contre les bacilles de Koch qui sont réfractaires à l'action de la streptomycine ou de l'isoniazide administrées séparément.

Ces deux éléments ont été liés ensemble chimiquement aux laboratoires Chas. Pfizer & Co., de Brooklyn, de telle sorte qu'un gramme de streptomycine et 236 milligrammes d'isoniazide puissent être administrés en une seule injection. Un certain nombre de rapport médicaux[1] ont récemment donné à penser que la streptomycine et l'isoniazide combinés sont probablement la médication capable des meilleurs résultats dont dispose le corps médical dans la lutte contre la tuberculose. Cette manière de voir est partagée par la Commission d'étude de la chimiothérapie de la tuberculose du Conseil britannique de recherches médicales, lequel a récemment recommandé le dosage suivant d'isoniazide-streptomycine à être administré journellement: 200 mmg. d'izoniazide et un gramme de streptomycine[2].

La streptomycine est maintenant l'arme courante contre la tuberculose, mais l'isoniazide, dont la découverte a été annoncée l'an dernier, a rapidement pris une place importante dans ce domaine en tant que thérapeutique supplémentaire.

Pfizer fabrique tant l'isoniazide (sous le nom de cotinazine) que la streptomycine; il produit également les antibiotiques antituberculeux la viomycine et la dihydrostreptomycine.

1. Dye, William, rapport présenté à une réunion de la Société Trudeau du Colorado, en septembre 1952, et Mount, F. W., et Ferrebee, S. H., article publié dans *American Review of Tuberculosis* **67**: 108, 1953.

2. *British Medical Journal,* page 4809, 7 mars 1953.

LA TERRAMYCINE ET LA MAGNAMYCINE DANS LE TRAITEMENT DES INFECTIONS DES VOIES URINAIRES

Un nombre important de maladies des voies urinaires, y compris l'une d'elles dont la cause n'a pas encore été trouvée, répondent au traitement avec l'antibiotique la terramycine, selon les expériences cliniques approfondies qui en ont été faites. Des cas particulièrement difficiles sont enrayés, de leur côté, par la magnamycine, l'une des dernières venues parmi les médications tirées des moisissures du sol.

Dans le traitement de 871 malades atteints d'urétrite non-définie, inflammation des voies urinaires dont la cause est inconnue, une solution de terramycine appliquée localement a donné des résultats concluants dans plus de 97 pour cent des cas. Pour 75 pour cent d'entre ceux-ci, selon le docteur Charles Ferguson et ses adjoints de l'hôpital des services américains de la santé publique, à Staten Island (New-York) qui ont effectué les expériences en question, trois applications seulement des antibiotiques se sont avérées nécessaires.

Outre le succès remporté dans cette série d'expériences grâce à l'emploi de la terramycine, le docteur Ferguson a rapporté la guérison de huit sur neuf malades qui avaient été traitées sans aucun résultat avec un autre antibiotique. Un rapport de ces travaux figure dans un numéro récent de la publication *The Military Surgeon.*

Par ailleurs, le docteur Howard M. Trafton et ses adjoints de l'hôpital Brooks, à Brookline (Massachusetts), ont rapporté que 13 malades sur 15, atteints d'infections des voies urinaires, qu'ils avaient traités et qui avaient été réfractaires à tout autre traitement préalable avaient réagi favorablement à l'un des plus nouveaux des antibiotiques, la magnamycine. La magnamycine a une portée anti-microbienne semblable à celle de la pénicilline, mais se montre particulièrement utile dans la lutte contre les microbes qui ont acquis un pouvoir de résistance aux antibiotiques plus anciens. Les études du docteur Trafton à ce sujet ont été publiées dans un numéro récent de *Antibiotics and Chemotherapy.*

LA VIOMYCINE, NOUVEL ANTIBIOTIQUE ENGAGÉE DANS LA LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE

Un nouvel antibiotique, la viomycine, a fait ses preuves dans le traitement des cas de tuberculose

Pour une documentation cinématographique d'excellente qualité

obtenue avec facilité et commodité . . .

La gamme complète des Produits Photographiques Kodak pour le Corps Médical comprend: cameras et projecteurs pour photos et vues animées; film—couleurs et noir-et-blanc (y compris l'infra-rouge); papiers, produits chimiques pour tirage; microfilm et équipement pour microfilmer.

Maintenant, avec le Ciné-Kodak Royal, vous pouvez tourner de superbes films en noir-et-blanc ou en couleurs aussi facilement que s'il s'agissait d'instantanés ordinaires. Et le Royal convient pour une variété d'effets, s'adapte à une grande diversité de situations.

Considérez ces faits: Le Ciné-Kodak Royal utilise les cartouches de film, se charge en 3 secondes. Son levier de pose à 3 temps permet une prise de vues normale et peut être bloqué en position de fonctionnement ou réglé pour pose image-par-image pour animation, titres spéciaux, etc. Trois vitesses, y compris le vrai ralenti. Le viseur optique encastré comporte des indicateurs de la parallaxe pour indiquer le champ d'ouverture obtenu avec l'objectif standard, l'objectif à grande ouverture ou n'importe lequel des huit téléobjectifs qui amplifient les sujets jusqu'à six fois—vous laissent voir de près les sujets difficiles.

Les accessoires comprennent un viseur focal qui permet de voir le sujet à travers l'objectif pour une composition ultra-précise; des Ampliviseurs pour Objectifs Ciné-Kodak, pour agrandissement considérable des images des sujets même si ceux-ci n'ont que ½ pouce.

Deux modèles: avec Objectif Ciné-Kodak Ektanon *f*/2.8, $173.50; avec Objectif Ciné-Kodak Ektar *f*/1.9, $208.00. Les prix sont ceux du tarif courant et sont sujets à changement sans préavis.

Pour de plus amples renseignements, voyez votre marchand Kodak, ou écrivez à:

CANADIAN KODAK CO., LIMITED, Toronto 9, Ontario

Contribuant au progrès de la médecine par la Photographie et la Radiographie

Kodak

MARQUE DÉPOSÉE

rendus réfractaires à l'action de la streptomycine, selon les déclarations faites devant le Cinquième Congrès National de la Tuberculose et de la Silicose par le docteur Howard Payne, professeur à la faculté de médecine de l'Université Howard, à Washington.

Dans un rapport sur le traitement, par une combinaison de viomycine et de P.A.S. (acide para-aminosalicylique), de 35 cas de tuberculose pulmonaire, le docteur Payne a souligné devant le congrès en question, réuni par la Société Mexicaine d'Etudes sur la Tuberculose, les éléments suivants: « Les organismes qui ont acquis une résistance contre la streptomycine sont atteints par la viomycine, et les malades chez qui logent ces organismes voient leur état s'améliorer par un traitement intermittent à la viomycine. » Il est à noter que sept des malades soignés par le docteur Payne s'étaient montrés préalablement réfractaires à la thérapie avec la streptomycine. Même dans le cas ou aucune résistance à la streptomycine ne se manifeste, le médecin a trouvé la nouvelle médication nettement efficace. Ses effets toxiques peuvent, selon lui, être considérés comme négligeables aux doses employées.

Afin d'établir un élément de contrôle au cours des expériences faites sur ces 35 malades, le docteur Payne a traité 24 autres personnes avec la combinaison très en usage de P.A.S. et dihydrostreptomycine. Après avoir mis en observation les deux groupes pendant une période s'étendant de six à dix mois, il a tiré la conclusion que, bien que l'amélioration soit plus marquée chez les malades traités avec la combinaison streptomycine-P.A.S., « les effets de la viomycine-P.A.S. sont certains et peuvent être aisément prouvés ». Ce fait, a noté le médecin, était particulièrement frappant dans les sept cas où une résistance à la streptomycine s'était manifestée.

Ce développement de résistance à la streptomycine par les bacilles de la tuberculose est l'un des obstacles principaux qui entravent les progrès des recherches thérapeutiques de la maladie. La streptomycine, considérée pendant des années comme la médication la plus efficace contre la tuberculose, a partagé au cours de l'année passée son succès avec l'isoniazide (I.N.H.), plus récemment mise au point.

Le docteur Payne n'a pas noté de résistance, à un degré qui vaille la peine d'être noté, à la viomycine au cours de ses expériences. Sous ce rapport, les spécialistes pensent que la résistance à la viomycine peut éventuellement se développer plus lentement que la résistance à la streptomycine.

Le rapport du docteur Payne appuie les conclusions auxquelles étaient parvenus deux médecins militaires américains, le colonel C. W. Tempel et le capitaine F. W. Pitts, conclusions que ceux-ci avaient présentées en décembre dernier à la Société Américaine pour l'Avancement des Sciences à Saint-Louis, aux Etats-Unis. Ayant fait un exposé sur le traitement de 834 cas de tuberculose pulmonaire, ces médecins militaires avaient conclu que les résultats obtenus grâce à l'emploi de la viomycine et de la terramycine, combinées avec de la streptomycine, étaient presque équivalents à ceux d'un traitement à la streptomycine-P.A.S. et, de plus, que ces médications arrêtaient avec un succès certain le développement des bacilles de Koch résistant à la streptomycine.

L'utilisation clinique de la viomycine — qui est à l'étude depuis plus de quatre ans aux laboratoires Chas. Pfizer & Co., à Brooklyn, New-York — est considérée par le docteur Payne comme étant « possible en présence d'organismes résistant à la streptomycine ou dans les cas de sensibilité allergique à la streptomycine. Son utilisation concurremment avec les plus nouvelles parmi les médications antimicrobiennes, a conclu le médecin, mérite d'être étudiée ».

"AEROSPORINE" SOLUTION OTIQUE STÉRILE ANTIBACTÉRIENNE DÉSHYDRATÉ

La solution itique stérile d'ærosporine renferme 0,1 pour cent (10 000 unités par cc) d' « ærosporine » dans du propylène glycol acidifié, qui est fortement hygroscopique et possède une faible tension superficielle. Elle est remarquable par la rapidité de son action bactéricide sur les organismes gram négatifs, surtout pseudomonas æruginosa (bacillus pyocyaneus), organisme qui se montre généralement résistant aux agents chimiothérapeutiques.

Il est maintenant nettement établi que les bacilles gram négatifs et plus particulièrement pseudomonas æruginosa, se rencontrent couramment comme organismes causals de l'otite moyenne. L' « ærosporine », l'agent le plus efficace actuellement connu contre les infections dues à pseudomonas, est donc le médicament de choix dans bien des cas d'otite. Certains faits sembleraient indiquer que l'ærosporine exerce également une action fongicide sur certains dermaphytes. Des souches résistantes ne se développent que rarement au cours de l'emploi clinique de l'ærosporine sous quelque forme que ce soit, et même au laboratoire ne peuvent être obtenues que difficilement. La sensibilisation a l'ærosporine est apparemment extrêmement rare.

La solution otique d'ærosporine est également bactéricide pour les organismes gram positifs, y compris les staphylocoques et les streptocoques, et elle détruit certains champignons.

La solution est fortement hygroscopique et sa faible tension superficielle lui permet de s'étendre rapidement sur toutes les surfaces environnantes. La solution est acidifiée avec 1 pour cent d'acide acétique afin de lui donner le PH le plus désirable pour l'épiderme auriculaire.

BAS ÉLASTIQUE

RÉCEMMENT INTRODUIT

RETIENT L'ATTENTION DES MÉDECINS

Quelque 950 médecins canadiens ont récemment manifesté beaucoup d'intérêt et ont demandé des renseignements complets sur le Bas Elastique Lastonet récemment introduit sur le marché. Ces nombreuses demandes de renseignements attestent le besoin qui se faisait sentir depuis longtemps de bas élastiques mieux ajustés et Lastonet, qui depuis bien des années est le choix des médecins en Angleterre, est bien ajusté aux mesures individuelles de chaque malade.

Fabriqué d'un tulle de Nylon fin et élastique, le Lastonet fournit un soutien multilatéral aux tissus; le tulle s'étire et se rétrécit, effectuant ainsi un massage doux du membre, qui est nettement bénéfique pour la paroi vasculaire... simule l'élasticité naturelle de la peau. Les mailles sont assez ouvertes pour permettre une ventilation libre, facteur des plus importants pour la régulation du tonus et de la température du membre. D'une couleur neutre et discrète, le Lastonet se voit à peine sous des bas ordinaires. Pour les sujets allergiques au Nylon on peut prescrire du coton.

On peut se procurer le Lastonet chez les principaux fournisseurs d'articles pour chirurgie ou dans les pharmacies autorisées à distribuer les produits Lastonet. Des échantillons de Lastonet, avec tableau donnant les informations nécessaires pour le prescrire et les nom et adresse du distributeur le plus proche seront envoyés sur demande. Ecrivez dès aujourd'hui !

Lastonet

Fabriqué en Angleterre par Lastonet Products Limited
Carn Brae, Redruth, Cornwall

Concessionnaires pour le Canada

JOHN A. HUSTON CO. LTD.
36-48 Caledonia Rd.
Toronto 10

Indications. — A cause de ses propriétés antibactériennes et déshydratantes et de son pH acide, la solution otique d'ærosporine est indiquée dans le traitement de l'otite externe et de l'otite moyenne.

Fabriqué par: Burroughs Wellcome & Co. (The Wellcome Foundation Ltd.), Montréal, Qué.

"VASOXYL" INTRANASAL

Le principe actif. — La vaso-constriction périphérique est l'effet spécifique du chlorhydrate de méthoxamine marque « Vasoxyl », une amine sympathicomimétique. Une solution à 0,25 pour cent appliquée sur la muqueuse nasale tuméfiée fait rapidement disparaître l'hypérémie et l'œdème, contractant ainsi les tissus et dégageant les passages.

La solution. — Le vasoxyl intranasal contient 0,25 pour cent de chlorhydrate de méthoxamine dans une solution isotonique. Son pH de 5,5 à 6,0, qui favorise l'activité ciliaire, est maintenu par l'addition d'un tampon.

Durée d'action. — Le soulagement de l'engorgement nasal survient en 1 à 10 minutes et l'effet se prolonge pendant plusieurs heures.

Absence d'effets secondaires. — Pas d'insomnie. L'absence de stimulation centrale est un avantage marqué du vasoxyl intranasal; il n'occasionne jamais de nervosité et peut être employé au coucher sans provoquer d'insomnie.

Pas d'inhibition ciliaire. Il a été démontré que la solution n'altère pas l'épithélium respiratoire, même après application intensive pendant plusieurs semaines.

Le vasoxyl intranasal convient pour les nourrissons, les enfants et les adultes.

Fabriqué par: Burroughs Wellcome & Co. (The Wellcome Foundation Ltd.), Montréal, Qué.

NOUVELLES SUTURES "SUTUPAK" ETHICON

La division des sutures Ethicon de Johnson & Johnson Limited a mis récemment sur le marché une nouvelle marque de commerce, sous le nom de « *Sutupak* ». Ce nom désigne une soie chirurgicale aseptique, sèche, présentée en bouts de 18 pouces de long et contenue, par 17 bouts, dans un tube scellé. Jusqu'à présent, la méthode d'emballage classique de la soie aseptique consistait à l'immerger dans une solution. Cette méthode comportait cependant des inconvénients: la suture effectuée au moyen de cette soie ne donnait pas les résultats escomptés. Faute de mieux, on se voyait cependant forcé d'accepter ce genre d'empaquetage. Désormais, grâce à *Sutupak*, on dispose d'une soie coupée d'avance à bonne longueur, prête à l'emploi immédiat dans la salle d'opération et qui possède les propriétés physiques requises, au moment où on l'utilise. A noter que la soie sèche a une résistance de 30% supérieure à celle de la soie humide. Malgré l'économie notable de temps et de travail qu'elle représente, la suture *Sutupak* se vend à peu près au même prix que les soies non stérilisées. On a l'intention, très prochainement, d'appliquer la méthode d'empaquetage *Sutupak* à d'autres sutures de textiles, et notamment au coton chirurgical.

UN NOUVEAU MODIFICATEUR DU SYSTÈME NERVEUX À EFFETS "NEUROPLÉGIQUES" LE 4560 R. P. (LARGACTIL)

HISTORIQUE

Depuis une dizaine d'années, les Laboratoires de Recherches Rhône-Poulenc-Specia ont consacré une partie importante de leur activité à l'étude de nombreuses amines dérivées de la phénothiazine. Le fruit de ces recherches s'est traduit par l'introduction en thérapeutique de médicaments originaux dont la prescription est aujourd'hui universellement répandue: le phénergan (3277 R.P.), le diparcol (2987 R.P.), le parsitan (3356 R.P.) et le multergan (3354 R.P.)*. Il s 'avéra en outre qu'aux propriétés pharmacodynamiques spécifiques de ces corps s'ajoutaient des effets secondaires susceptibles eux aussi d'applications cliniques du plus haut intérêt.

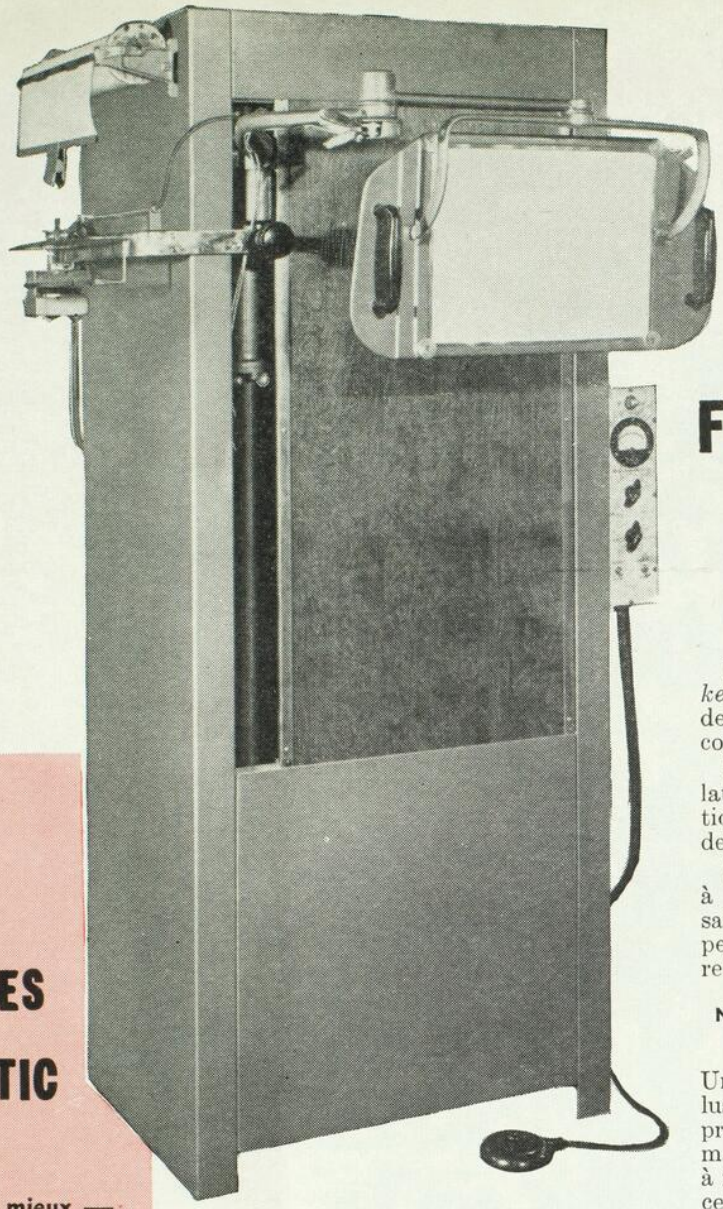
Pareilles constatations incitèrent Laborit à faire appel au phénergan et au diparcol, en vue de renforcer, de « potentialiser » l'action des anesthésiques généraux. Ainsi naquit l'anesthésie potentialisée. Poursuivant leurs travaux sur les dérivés de la phénothiazine, les Services scientifiques Rhône-Poulenc s'efforcèrent de mettre au point des corps toujours plus actifs. Le résultat de ces recherches fut la découverte du 4560 R.P. ou chlorhydrate de chloro-3-(diméthylamino-3' propyl)-10-phénothiazine. Ce corps se comporte à la fois comme un *sympathicolytique*, un *vagolytique*, un *spasmolytique* et un *sédatif*; il accroît la réceptivité de l'organisme vis-à-vis des agents neuro-dépresseurs tout en étant capable de restaurer l'équilibre des tonus nerveux perturbés.

PHARMACODYNAMIE

Le 4560 R.P. ou largactil est doué d'activités expérimentales multiples et variées parmi lesquelles celles qui ont trait au système autonome et au système nerveux central méritent particulièrement de retenir l'attention.

* Le multergan n'a pas été commercialisé au Canada.

Notez
la compacité de
l'attachement pour
l'orthodiagraphie



FLUOROSCOPE VERTICAL KELEKET

L'écran de cet appareil *Keleket* donne une entière liberté de mouvement à l'opérateur comme au patient.

La fluoroscopie en décubitus latéral est rendue facile et pratique par le mode de suspension de l'écran à point unique.

Cet écran exclusif de *Keleket* à point de suspension unique sauve plus de 25% d'espace et permet la disposition de l'appareil dans un coin ou une alcôve.

Notez la compacité de l'attachement pour l'orthodiagraphie

Une description complète et illustrée de ces appareils sera promptement expédiée sur demande. Ecrivez ou téléphonez à n'importe quelle succursale de cette Compagnie pour toute information additionnelle.

AIDES ESSENTIELLES AU DIAGNOSTIC

Voyez plus — faites mieux — avec ces deux unités efficaces

VISO-CARDIETTE SANBORN

Obtenez des électrocardiogrammes **précis** d'apparence standard et acceptée partout. Le Viso-Cardiette est simple, fiable, facile à opérer, et supérieur par sa facilité de manipulation.

- Coordonnées rectangulaires vraies.
- Aucune incurvation des complexes ni de la ligne de temps.
- Chronographe synchrone indépendant.
- Vérification de la vitesse du papier sur demande.
- Galvanomètre plus rapide.
- Stabilité accrue de la ligne de base malgré les variations du voltage.
- Ajustement de la pression du stylet.

Distributeurs exclusifs pour les appareils électro-chirurgicaux et diathermiques Liebel-Flarsheim et des appareils de diagnostic Keleket X-Ray Corp. Sanborn Co.

X-ray AND Radium INDUSTRIES LIMITED

261, Davenport Road, — Toronto-5

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

1) *Action sur le système neuro-végétatif*

Vis-à-vis du système parasympathique, le largactil possède une activité ganglioplégique réelle, mais moins marquée toutefois que celle du diparcol ou du parsitan. En ce qui concerne le système sympathique, il convient de noter qu'à l'encontre de certains dérivés de la dibenzoparathiazine dont l'activité antisynaptique intéresse surtout le parasympathique, le 4560 R.P. est un *sympathicolytique* et un *adrénolytique* très puissant.

2) *Action sur le système nerveux central*

Le largactil possède vis-à-vis des centres nerveux de nombreuses propriétés intrinsèques qui ont été largement mises à profit en thérapeutique. Il se comporte comme un *antipyrétique*, un *hypothermisant*, un *anti-émétique* et est *susceptible de modifier les réflexes conditionnels*. Son *action hypnotique et sédative* est manifeste.

Au point de vue potentialisation, les recherches ont surtout porté sur les anesthésiques généraux, les hypnotiques et les analgésiques où les résultats se sont montrés extrêmement intéressants.

Une vaste expérimentation et de nombreuses publications accordent également au 4560 R.P. une action *antispasmodique* qui fait cesser le spasme intestinal déclenché par le chlorure de baryum, l'acétylcholine et l'ésérine; on a prouvé également qu'il exerce une *action anesthésique locale remarquablement efficace sur les terminaisons nerveuses, une activité anti-choc spécifique, une action anti-histaminique réelle* — bien que moins marquée que celle du phénergan — et enfin une *action sur les principales fonctions de l'organisme.*

Circulation dans l'organisme et toxicité

Après administration de largactil, on ne retrouve que de faibles quantités de produit dans le sang et les urines. Il semble donc que le 4560 R.P. subisse une dégradation profonde dans l'organisme. L'examen des animaux soumis à la dose léthal (50 à 60 mg. pour les souris) et morts d'intoxication aiguë, ne montre qu'une légère congestion rénale; il n'y a aucune atteinte du parenchyme hépatique. Aux doses habituellement utilisées en thérapeutique, le 4560 R.P. ne témoigne d'aucune agressivité pour les parenchymes viscéraux.

Les lignes qu'on vient de lire ne représentent qu'un aperçu des activités physiologiques du 4560 R.P. (largactil). Néanmoins, en révélant la richesse pharmacodynamique de ce produit, elles laissent entrevoir l'étendue de son champ d'action et la variété de ses applications dans le domaine thérapeutique.

LIVRES REÇUS

Pédiatrie. Tomes I et II. Robert Debré et Marcel Lelong. — Les Editions Médicales Flammarion, 22, rue Vaugirard, Paris, 1952.

Clinique Médicale Pratique. Tomes I, II et III. Charles Matei. — Masson & Cie Ltée, Paris, 1952.

Les Cahiers de l'Hôtel-Dieu, Québec. Volume VI.

La différenciation sexuelle humaine. Jean Vague. — Masson & Cie., édit., Paris, 1953.

Occlusion intestinale. Jean Quénu. — G. Doin & Cie, édit., Paris, 1953.

Manuel de l'Elève-Infirmière. P. Delafontaine et J. Balmadier. — Editions Médicales Flammarion, Paris, 1952.

Dictionnaire des bactéries pathogènes. Professeur Paul Hauduroy et docteur Ehringer, docteur G. Guillot, professeur Magrou, docteur A.-R. Prévot, docteur Rosset, professeur Urbain. — Masson & Cie, édit., Paris, 1953.

Manuel pratique de l'infirmière soignante, assistante-médicale. M.-L. Nappée. — Masson & Cie, édit., Paris, 1953.

Réaction organique à l'agression et choc. H. Laborit. — Masson & Cie, édit, Paris, 1953.

La chirurgie du rein en fer à cheval. P. Macquet — L. Wemeau. — Masson et Cie, édit., Paris, 1952.

Traitement de la tuberculose par le P.A.S. Ouvrage publié sous la direction de Jean Paraf et Jean Fouquet. — Masson & Cie, édit., Paris, 1952.

nouvelle pénicilline orale

PGA 500

Concentration sanguine initiale élevée

Lorsqu'une dose suffisante de pénicilline
est administrée par la bouche,
la concentration s'élève rapidement dans le sérum,
atteignant un sommet en une heure.
Le niveau thérapeutique est maintenu
au moins six heures.

Pas d'effets secondaires

La pénicilline orale cause
rarement des réactions d'hypersensibilité.
Les graves réactions qui ont été rapportées
ont toujours été causées par
l'administration intramusculaire, et l'on
en a jamais observé à la suite
d'administration orale en doses adéquates.

Babione et al: U. S. Armed Forces Medical
Journal, 3: 1952, page 973.

COMMODE • ÉCONOMIQUE • EFFICACE

P G A 500 contient 500,000 u. i. de pénicilline G
ammoniacale par comprimé.

Présentée en flacons de 12 et de 100 comprimés.

THE
BRITISH DRUG
HOUSES

Stress. 2ème édition 1952. Selye et Horava. — Acta, Inc., Montréal.

Syndromes viscéro-digestifs. Adolphe Bernard. — G. Doin & Cie, Paris, 1952.

La typologie et ses applications thérapeutiques. Docteur Léon Vannier. — G. Doin & Cie, édit., Paris, 1952.

Thrombo-phlébites cérébrales. Raymond Garcin et Maurice Pestel. — Masson & Cie, édit. Paris, 1949.

Précis de génétique médicale. Maurice Lamy. — G. Doin & Cie, édit., Paris, 1952.

Chirurgie plastique cutanée. J. Francillon-P. Truchet. — G. Doin & Cie, 1953.

La peau. Paul Blum. — Presses Universitaires de France, Paris, 1953.

Les hémorragies intracrâniennes. Guy Lazorthes. — Masson & Cie, édit., Paris, 1952.

L'amibiase intestinale. François Dalencour. — G. Doin & Cie, édit., Paris, 1952.

Précis de séméiologie chirurgicale élémentaire. 2ème édit. revisée. Y. Bourde. — G. Doin & Cie, édit., Paris, 1953.

Les bandages en pratique hospitalière. M.-L. Nappée. — Masson & Cie, édit., Paris, 1952.

L'ictère nucléaire. I. Bertrand, M. Bessis et J.-M. Segarra-Obiol. — Masson & Cie, édit., Paris, 1952.

ON DEMANDE UN MÉDECIN

L'Association des Médecins de Langue Française du Canada recevait, ces jours derniers, la demande d'un médecin pour la région de Témiscamingue.

Voici les renseignements qui nous sont fournis par le curé de Moffet, M. Richard Stampfler. Les trois endroits suivants, situés en bordure du Lac-des-Quinze : Laforce, Moffet et Latulipe représentent respectivement 108, 142 et 150 familles. Ce qui voudrait dire environ 1,500 à 2,000 de population.

Le jeune confrère qui voudra s'y installer trouvera à sa disposition, à Moffet, une maison neuve (extérieur et intérieur), voisine de l'église, avec garage, électricité, eau courante, un accueil chaleureux et . . . un loyer gratuit.

De plus, comme l'atteste une lettre dont nous avons pris connaissance et qui est signée par le sous-ministre, le docteur Jean Grégoire, le ministre de la Santé de la province de Québec, M. le docteur J.-A. Paquette, "est prêt à accorder à un médecin qui s'établirait à Moffet une allocation de cent dollars par mois pendant deux ans".

Tout médecin qu'une telle proposition intéressera est prié de s'adresser directement à M. le curé Richard Stampfler, de Moffet, comté de Témiscamingue, ou à l'Association des Médecins de Langue Française du Canada, 326 est, boul. Saint-Joseph, Montréal 14.

N. B. — Il s'agit ici, bien entendu, d'une demande adressée à un sujet naturalisé du Canada.

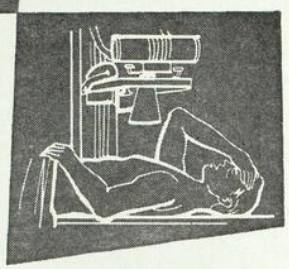
Maintenant... un traitement plus efficace des nausées et des vomissements dans...

LA GROSSESSE

LA CINÉPATHIE

LA PHASE POST-ANESTHÉSIQUE

LES MALAISES CAUSÉS PAR LES RADIATIONS



APOLAMINE®

Il est prouvé que les substances anti-vomitives ont une efficacité plus grande lorsqu'on les administre en groupes.

L'Apolamine réunit des agents anti-vomitifs reconnus en une association parfaitement équilibrée, permettant ainsi un traitement plus rationnel des réflexes qui gouvernent les nausées et les vomissements.

APOLAMINE

FREINE LE CENTRE MOTEUR RESPONSABLE DES VOMISSEMENTS

Grâce à une sédation légère qui calme le vomissement considéré comme réflexe et apaise le malade.

ANNULE L'EXCÈS DE STIMULATION PARASYMPATHIQUE

Qui provoque de la salivation, de l'hypersécrétion gastrique et partant, le vomissement.

CONTRIBUE AU RÉTABLISSEMENT D'UN MEILLEUR ÉQUILIBRE DU MÉTABOLISME

En fournissant les vitamines du complexe B qui tendent à prévenir la nausée et le vomissement.

CONTRÔLE L'IRRITATION GASTRIQUE LOCALE

Il réduit au minimum les réflexes de nausée causés par divers aliments en diminuant la sensibilité de la muqueuse stomacale.

Chaque comprimé contient 15 mg. (¼ grain) Luminal(R), 0.1 mg. (1/600 grain) sulfate d'atropine, 0.2 mg. (1/300 grain) bromhydrate de scopolamine, 0.1 gm. (1½ grain) benzocaïne, 4 mg. riboflavine, 2.5 mg. chlorhydrate de pyridoxine et 25 mg. nicotinamide.

Apolamine s'obtient en flacons de 100 comprimés.

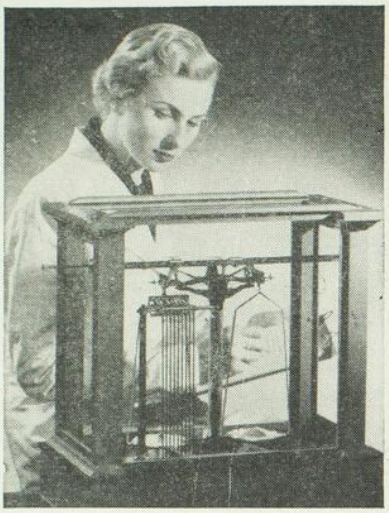
Luminal est une marque de phénobarbital dont le nom a été déposé aux E.-U. et au Canada.

Winthrop-Stearns OF CANADA, LTD.
WINDSOR, ONTARIO

443 Sandwich Street West, Windsor, Ontario

Rien de ce que vous prescrivez n'est fait plus soigneusement que l'Aspirin

"Aspirin" est, au Canada, la marque déposée de The Bayer Company Limited



Malgré son activité thérapeutique fabuleuse, la vitamine B_{12} est pratiquement atoxique. Chow rapporte qu'"expérimentalement, une quantité 100,000,000 de fois plus élevée que la dose efficace minimum ne produit pas d'effets toxiques."[3]

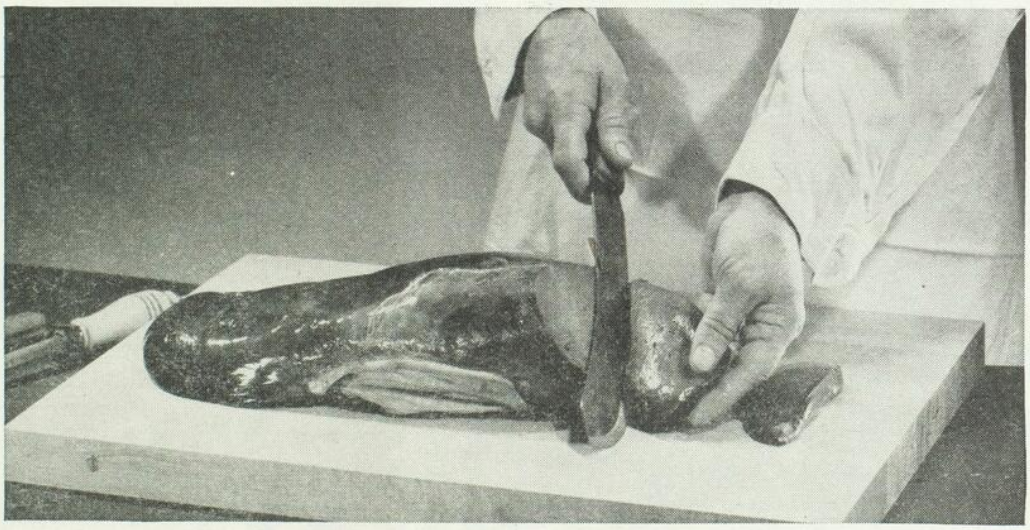
L'utilité thérapeutique de la vitamine B_{12} s'étend sans cesse. En plus de sa valeur dans le traitement de l'anémie pernicieuse et des anémies macrocytiques de nutrition et comme stimulant de l'appétit, on possède maintenant des données indiquant que la vitamine B_{12} est un agent important dans le traitement de l'hépatite virale.[4] "Les malades (atteints d'hépatite) qui ont reçu de la vitamine B_{12} ont plus rapidement recouvré leur appétit normal, et le foie est revenu plus rapidement à sa grosseur normale . . ."[4] que chez ceux qui n'ont pas reçu de supplément de vitamine B_{12}.

Présentation: Comprimés Solubles de REDISOL, 25 mcg. de vitamine B_{12} cristallisée; fioles de 36, flacons de 100; 50 mcg., fioles de 36. Elixir de REDISOL, 5 mcg. de vitamine B_{12} par 5 cc., en flacons de 16 onces et en winchesters. REDISOL Injectable, 30 mcg. de vitamine B_{12} par cc., en fioles de 10 cc.; 100 mcg. par cc., en fioles de 10 cc.

Sharp & Dohme Canada Ltd., Toronto 13, Ont.

1. Spies, T.: Conférence Internationale sur les Vitamines et les Hormones, La Havane, Cuba, 1952.
2. Chow, B. F.: Southern Med. J., *45*:604, 1952.
3. Conley, C. L., Green, T. W., Hartman, R. C., et Krevans, J. R.: Am. J. Med., *13*:284, 1952.
4. Campbell, R. R., et Pruitt, F. W.: Am. J. Med. Sci., *224*:252, 1952.

"...La thérapeutique nutritive la plus active qui soit connue"[1]



La vitamine B_{12} supplante rapidement l'extrait de foie comme thérapeutique injectable parce qu'elle occasionne moins de malaise au point d'injection, ne donne pas lieu à des réactions fâcheuses et coûte moins cher que le foie."[2]

Redisol

SHARP & DOHME

VITAMINE B_{12}

COMPRIMÉS ELIXIR INJECTABLE

AMINOPHYL EDDÉ

Dragées glutinisées dosées à 0 Gm. 10 d'Aminophylline

Médicament de fonds chez les Cardio-rénaux

AMINOBAÏNE

Insuffisances cardiaques

Association d'Aminophylline (5 cg.) et de Ouabaïne (1 mg.)
par dragée glutinisée de 0 Gm. 30 et
par Suppositoire — boîte de 10

AMINO-PAPAVÉRINE

Suppositoires de 2 Gm. (Aminophylline 5 cg. et Papavérine 2 cg.)

Anti-spasmodique vasculaire

SEDAMINOPHYL EDDÉ

Dragées glutinisées Aminophylline 0 Gm. 10 et Phénobarbital 0 Gm. 01

Sédatif Cardio-pulmonaire

DESANXYL

dragées

MÉDICATION RÉGULATRICE DU TONUS VAGO-SYMPATHIQUE

d'une efficacité remarquable dans le traitement des

ÉTATS SPASMODIQUES ET ANXIEUX

2 à 6 dragées par jour avant les repas.

ARTICHOBYL

pilules

EXTRAIT ALCOOLIQUE DE FEUILLES D'ARTICHAUT

L'Artichobyl se caractérise par l'extrême douceur de son action. Il n'a pas de contre-indication, et les hépatiques, pourtant si sensibles aux médicaments, peuvent en ingérer des doses élevées sans inconvénient.

4 à 12 par jour, réparties sur la journée.

J. EDDÉ Limitée — MONTRÉAL

Hydergine

MÉTHANE-SULFONATE DE DIHYDROERGOCORNINE, DE DIHYDROERGOCRISTINE ET DE DIHYDROERGOKRYPTINE, EN PARTIES ÉGALES

Les trois alcaloides hydrogénés de l'ergot, qui composent l'Hydergine, se prêtent particulièrement au traitement des troubles vasculaires provoqués par une dysrégulation et un état de prédisposition à la vasoconstriction.

L'Hydergine possède 2 actions principales:

1. une action sur le système nerveux central abaissant le tonus vasculaire, renforcée par un effet vasodilatateur à point d'attaque périphérique, et accompagnée d'une action sédative centrale;

2. une action périphérique adréno-sympatholytique s'exerçant sur les organes effecteurs et protégeant l'organisme contre les influx sympathico-adrénergiques.

L'Hydergine exerce une action hypotensive et dilate les vaisseaux périphériques, effets favorables dans le traitement de l'hypertension et des troubles circulatoires périphériques. A doses thérapeutiques, l'Hydergine n'inhibe que les mécanismes sympathiques vasoconstricteurs à l'exclusion des vasodilatateurs. Elle n'empêche pas non plus les effets stimulants de l'adrénaline sur la contractilité cardiaque.

Par une action centrale, l'Hydergine abaisse le rythme cardiaque, favorisant le remplissage diastolique, ce qui assure au coeur un rendement plus économique.

Indications: Hypertension; maladie de Raynaud, l'acrocyanose, engelures; maladie de Buerger, thromboangéite et artériosclérose oblitérantes.

L'Hydergine peut être obtenue en *ampoules de* 1 ml. (0.3 mg.) pour administration parentérale, ou en *tablettes sublinguales* pour administration per os.

Boîtes de 6, 20 et 50 ampoules de 1 ml.

Flacons de 30, 150 et 500 tablettes sublinguales.

Pour plus de détails concernant les applications cliniques de l'Hydergine, demandez notre brochure intitulée: "Traitement des affections circulatoires par l'Hydergine".

SANDOZ PHARMACEUTICALS
Division de SANDOZ (CANADA) Limited
286 ouest rue St. Paul, Montréal, P.Q.

AGENT ANTIFONGIQUE EFFICACE

"pied d'athlète", teigne de la peau, du cuir chevelu et des ongles

Teinture d'Astérol, à 5%, flacons de 2 onces.

Onguent d'Astérol, à 5%, tubes de 1 once.

Poudre d'Astérol, à 5%, boîtes de 1½ once.

NOUVEAU

L'Astérol est tout à fait différent des autres agents antifongiques. C'est un benzothiazole, non un acide gras ou un salicylate.

EFFICACE

Même en solution très étendue (1:10,000), l'Astérol est doué d'une action puissante contre les microorganismes responsables de la teigne de la peau, du cuir chevelu et des ongles.

PUISSANT

Contre : Infections fongiques de la peau, du cuir chevelu et des ongles; teigne tondante, teigne du corps et des cuisses (teigne de la peau glabre), teigne du pied (pied d'athlète).

ASTÉROL 'ROCHE'

HOFFMANN - LA ROCHE LIMITÉE, Montréal

Introduction de

Deux nouveaux produits Dencotar*
contenant du goudron de charbon spécialement préparé

Onguent Dencotar
2 oz.

UN PROCÉDÉ SPÉCIAL

1. Elimine les substances irritantes à poids moléculaire peu élevé
2. Supprime la masse noirâtre inactive
3. Associe le goudron à une huile végétale dans laquelle se forment des ozonides.

Shampooing Dencotar
4 oz.

Onguent Dencotar

Un *nouvel* onguent de goudron qui ne salit pas et dont l'usage ne présente aucun inconvénient. Il renferme du goudron de charbon brut spécialement préparé et dispersé dans un excipient cosmétique nouveau genre qui contient de l'amidon. Il ne tache ni la peau ni le linge. *Il ne graisse pas.* Grâce à l'excipient spécial et à la méthode de préparation du goudron, on obtient un maximum d'effets thérapeutiques avec un minimum de goudron. *Le nouvel onguent Dencotar est sûr, propre et plus efficace que les préparations ordinaires de goudron de charbon brut.*

Indications: Toutes les affections cutanées qui requièrent du goudron: Eczéma — subaigu ou chronique — eczéma nummulaire, psoriasis, dermatite atopique, neurodermatite, dermatite séborrhéique et toutes les dermatoses chroniques accompagnées ou non de démangeaisons.

Formule: Menthol, .125%; soufre précipité, 1%; goudron de charbon brut spécialement préparé, 1.5%; amidon, 5%; excipient non gras et miscible à l'eau, q.s.

* * *

Shampooing Dencotar

Le shampooing idéal pour nettoyer les cheveux et le cuir chevelu ainsi que pour détruire les pellicules. On peut l'employer sur des cheveux et un cuir chevelu gras ou secs. Le Shampooing Dencotar renferme du goudron de charbon brut spécialement préparé et dispersé dans un excipient spécial à base de savon de castille.

Dans la séborrhée du cuir chevelu, on suggère d'employer le Shampooing Dencotar en conjonction avec l'Onguent Dencotar.

*Marque déposée

Références: Fanburg, S. J.: Journal of the Medical Society of New Jersey, Vol. 49, p. 56, février 1952.

Préparés par les fabricants de l'Antiphlogistine.

Echantillons et documentation sur demande.

THE DENVER CHEMICAL MFG. CO.

Dépt. No DB 53, 286 ouest, rue Saint-Paul, Montréal, P.Q.

DOCTEUR

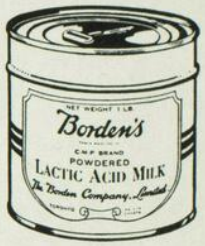
Voici les solutions de certains problèmes communs de l'alimentation infantile

Mull-Soy

Cet aliment émulsifié à base de fève de soya, a été employé avec succès pour remplacer le lait dans les cas d'allergie au lait chez les bébés, les enfants et les adultes. Il a un goût agréable, est bien toléré et est facile à digérer. Mull-Soy dilué avec une quantité égale d'eau a toutes les propriétés nutritives essentielles du lait de vache ordinaire.

Lait à l'Acide Lactique C.M.P.

Un lait pasteurisé déshydraté par pulvérisation, inoculé avec une culture de bacille d'acide lactique, et incubé jusqu'à ce qu'il ait le degré d'acidité voulu. Le Lait à l'Acide Lactique C.M.P. possède toutes les excellentes qualités du produit fraîchement préparé, et, de plus, est uniforme et stable. On le reliquéfie vite et facilement pour emploi immédiat.

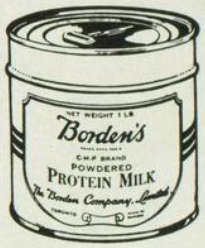


Lait Evaporé Borden's

C'est du lait complet, pur et frais, évaporé jusqu'à double concentration, et homogénéisé pour être plus lisse et de digestion plus facile dans les formules d'alimentation pour bébés. Enrichi de Vitamine D.

Lait Protéiné C.M.P.

Dans les cas de diarrhée chez les bébés élevés au biberon, de dyspepsie, de dénutrition due à des troubles gastro-intestinaux, de maladie coeliaque et comme nourriture pour les prématurés lorsque l'on ne peut pas se procurer de lait de femme, le Lait Protéiné C.M.P. a souvent été la solution. Ce produit Borden est un lait acidifié riche en protéines, appauvri en matières grasses et *pauvre* en hydrates de carbone.

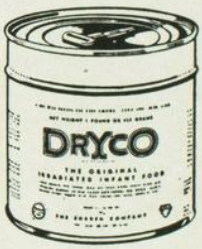


Starlac

Le Starlac facile à employer est particulièrement utile pour fournir, d'une manière agréable, des protéines supplémentaires dans l'alimentation des bébés et des femmes enceintes et qui allaitent. Avec une teneur en protéines de 36.5%, le Starlac rend possible une alimentation extrêmement riche en protéines naturelles. D'un goût agréable, il peut être mélangé à d'autres aliments, liquides ou solides, sans en augmenter le volume. Contient *tous* les amino-acides essentiels.

Dryco

Pour activer la reprise du poids à la naissance et pour fournir la meilleure nutrition pendant les premiers mois de la vie où la croissance est la plus rapide, de nombreux médecins prescrivent cet aliment de digestion facile, enrichi de vitamines, pour les bébés. Grâce à sa teneur élevée en protéines, faible en matières grasses et modérée en hydrates de carbone, Dryco vous permet d'ordonner une formule qu'il est très facile de varier dans les cas d'alimentation *spéciale* comme dans les cas d'alimentation normale.



Nutrilac — Lait Partiellement Ecrémé

Contient 4% de matières grasses avant dilution, 32 calories par once. Pour emploi lorsque une alimentation appauvrie en matières grasses est requise. Nutrilac a été enrichi de Vitamine D jusqu'à 480 U. I. par pinte reconstituée.

Documentation professionnelle sur demande.
Envois franco à tout médecin au Canada.

THE BORDEN COMPANY, LIMITED.

Division des Aliments pour Formules

Spadina Crescent, Toronto 4, Ontario.

Si c'est du Borden's, il faut que ce soit bon!

Bonne combinaison pour s'assurer du diagnostic

Sur un échiquier, chaque pièce a son importance, mais elle n'atteint vraiment son but qu'en entrant dans une combinaison. Il en va de même pour les instruments de diagnostic. La précision, la perfection et la rapidité du diagnostic, voilà ce que l'on obtient avec des instruments dont chacun a un usage distinct mais qui ont été fabriqués en vue d'un travail d'équipe.

Ainsi, par exemple, tous les instruments Welch Allyn ci-dessus ont été créés en vue d'une fonction bien déterminée, ce qui ne les empêche pas de s'adapter indistinctement et instantanément sur une seule et même poignée à batteries. Cette caractéristique peut à elle seule épargner beaucoup de temps au médecin et réduire ses frais d'instrumentation en lui évitant l'achat d'une poignée pour chaque instrument.

Votre fournisseur se fera un plaisir de vous procurer un catalogue complet des produits Welch Allyn ou de vous faire une démonstration de tout instrument de diagnostic qui peut vous intéresser. Welch Allyn, Inc., Skaneateles Falls, N.Y.

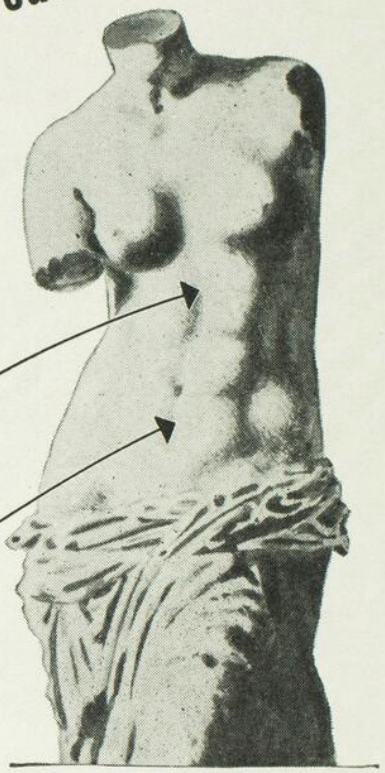
WELCH ALLYN

J. F. HARTZ CO., LIMITED
Toronto Montréal Halifax

THE STEVENS COMPANIES
Toronto Winnipeg Calgary Vancouver

CASGRAIN & CHARBONNEAU, LIMITÉE
Montréal Ottawa Québec

Médicament qui a fait ses preuves contre



HYPERACIDITÉ

CONSTIPATION

Depuis plus de 75 ans, le Lait de Magnésie Phillips' est accepté d'une façon générale par le corps médical comme agent thérapeutique standard pour soulager la constipation et l'hyperacidité de l'estomac.

Comme laxatif—Le Lait de Magnésie Phillips', quoique très efficace, est doux et sans danger pour les adultes et les enfants.

Comme antiacide— Le Lait de Magnésie Phillips' soulage rapidement et efficacement. Ne contient pas de carbonates; pour cette raison, il n'occasionne pas de malaises dus à la flatulence.

DOSE: { **Laxatif: 2 à 4 cuillerées à soupe**
Antiacide: 1 à 4 cuillerées à thé, ou 1 à 4 tablettes

LAIT DE MAGNÉSIE PHILLIPS'

Préparé exclusivement par
STERLING DRUG MFG LTD., 1019 Elliott Street West, Windsor, Ont.

HEMOSTYL

ROUSSEL

NUTRITIONS DÉFICIENTES

ASTHÉNIES ET HYPOTENSIONS

MOINDRE RÉSISTANCE AUX INFECTIONS

- ACCÉLÉRATION DES ÉCHANGES
- RESTAURATION DE L'ÉNERGIE
- LE STIMULANT " de SÉCURITÉ "

les 10 amino-acides indispensables

le principe vaso-constricteur de GREENE, RAPPORT et PAGE.

les globulines-γ

AMPOULES BUVABLES DE 10 cc.
2 à 4 par jour

SIROP

LES LABORATOIRES ROUSSEL
INSTITUT DE SÉROTHÉRAPIE HÉMOPOÏÉTIQUE
97, Rue de Vaugirard, PARIS (6e) - Littré 68-22
J. Eddé Ltée - 1154 Beaver Hall, MONTRÉAL, P. Q.

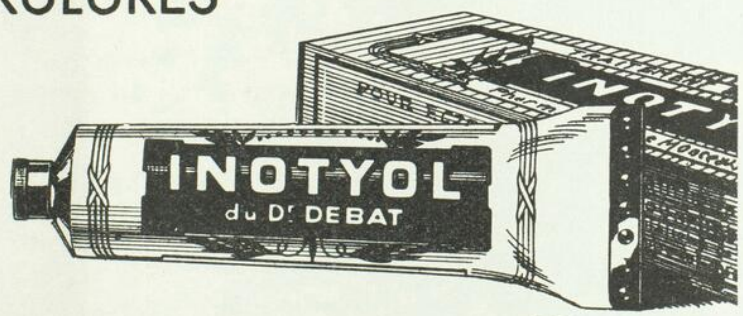
136

ECZÉMAS

ULCÈRES - BRÛLURES

Agent Général
J. EDDÉ Ltée
MONTRÉAL

Lésions et
Irritations
de la Peau



Pommade INOTYOL

J. EDDÉ Limitée, 1154, Beaver Hall Sq., Montréal, Agents pour le Canada.

si vous spécifiez

LE GERMICIDE A L'ALDEHYDE FORMIQUE (formol) DE BARD-PARKER

Contenant HEXACHLOROPHENE (G-11*)

. . . parce qu'il atteint le niveau le plus élevé parmi les solutions employées pour la désinfection chimique des instruments de chirurgie. Il détruit les bactéries et les sporozoaires en 5 minutes, et les spores elles-mêmes en 3 heures. (Voyez le tableau ci-dessous). De plus, il est économique de l'employer, puisque l'immersion prolongée d'instruments d'acier n'amènera pas de rouille et n'endommagera pas les surfaces tranchantes. La solution conserve longtemps son pouvoir de désinfection si elle n'est pas diluée ni souillée. * Nom déposé de Sindar Corp.

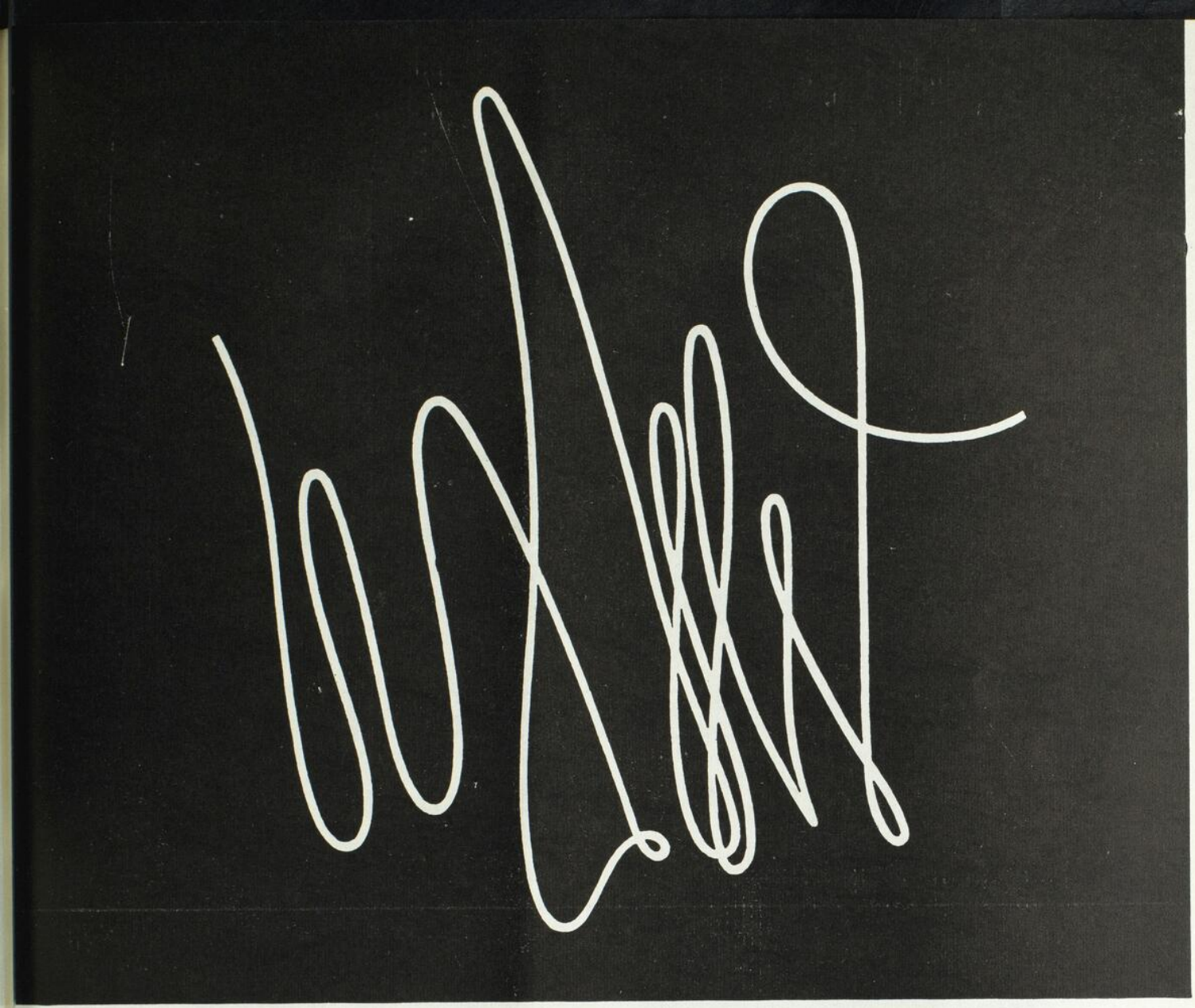
Nous vous suggérons le choix de bocaux B-P, conçus pour être utilisés avec la solution.

Voyez ces chiffres pour apprécier le pouvoir du nouveau germicide.

SPOROZOAIRES	50% DE SANG DESSÉCHÉ.	PAS DE SANG.
Cl. tetani	3 heures	3 heures
Cl. welchii	2 heures	2 heures
B. anthracis	1½ heures	1½ heures
BACTERIES		
Staphylocoque doré	5 min.	15 sec.
E. coli	3 min.	15 sec.
Strept. hémolytique	2 min.	15 sec.

Renseignez-vous auprès de notre vendeur.

PARKER, WHITE & HEYL, INC. • Danbury, Connecticut



un indice qui ne trompe jamais . . .

Le filament dépistable aux rayons X qui se trouve dans les éponges RAY-TEC laisse sur la plaque de rayons X, quel que soit l'angle sous lequel est prise la photo, un tracé qui ne trompe pas. Le radiologue connaît cet indice et le distinguera facilement, d'autant plus que le filament RAY-TEC couvre une grande partie de la plaque de rayons X. Le filament, doux et non-abrasif, a une forme bien distincte et ne peut être confondu avec les os ou des taches sur la plaque radiographique.

COMPRESSES

dépistables aux rayons X

RAY-TEC

MARQUE DÉPOSÉE

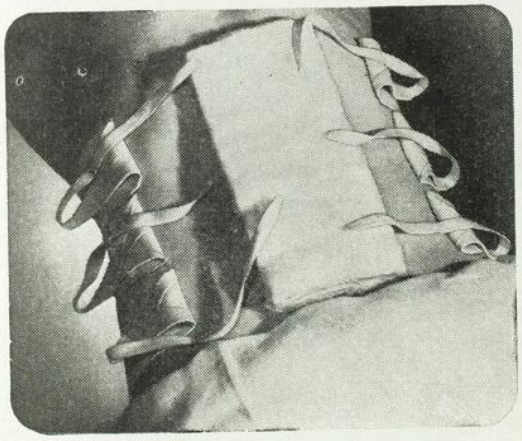
Pour obtenir des échantillons, écrire à

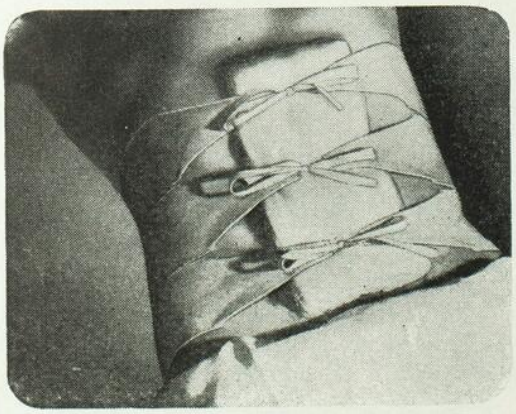
Johnson & Johnson
LIMITED MONTREAL

Elastoplast

MARQUE DÉPOSÉE

BANDAGE À BRIDES MULTIPLES





Quand il faut remplacer fréquemment les pansements, on peut employer Elastoplast de la manière suivante pour constituer un bandage abdominal à brides multiples.

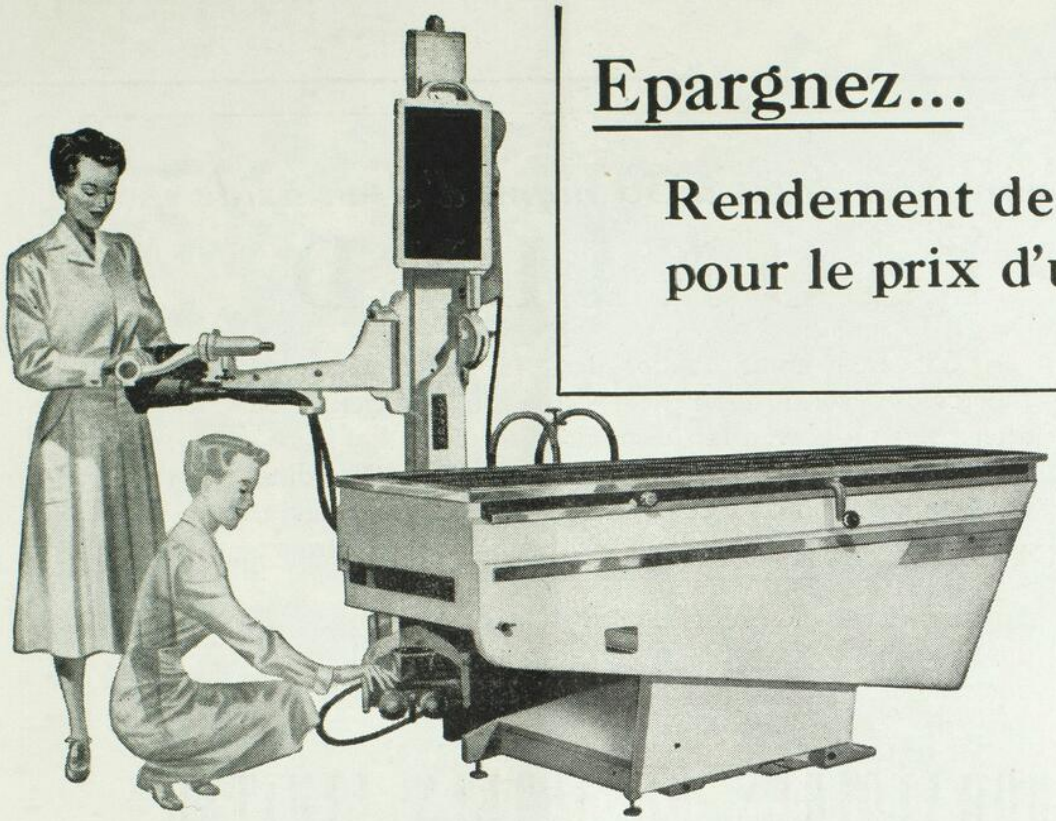
Six bandes, d'environ 12 pouces de long chacune, sont coupées dans un bandage Elastoplast large de 3 pouces. On y attache les brides et on applique les pièces de chaque côté du corps (fig. 1). On noue les brides sur le pansement qui couvre la plaie (fig. 2). Le bandage peut être appliqué par une seule personne sans déranger le patient. Il est facile à confectionner, soutient convenablement le malade et reste bien en place.

La méthode ci-dessus est confortable pour le malade puisqu'il n'est pas obligé de porter des étriers à l'aine pour maintenir le pansement en place, ou de se coucher sur un bandage qui se fronce sous lui, désavantage généralement associé aux bandages à brides multiples en flanellette.

SMITH & NEPHEW LIMITED

2285, avenue Papineau, Montréal 24, P. Q.

"Hors du Commonwealth britannique, Elastoplast est connu sous le nom de Tensoplast"



Epargnez...

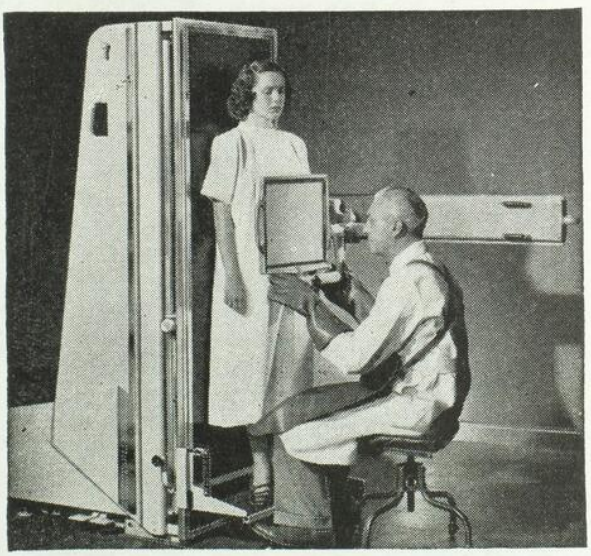
Rendement de 2 tubes pour le prix d'un seul!

Maxicon ASC vous offre une table oscillante montée de deux tubes de position facile, compacte et économique

L'Appareil Maxicon ASC de General Electric est l'élément de choix quand il s'agit d'obtenir le maximum de souplesse et de sécurité en radiographie et fluoroscopie. Nulle part ailleurs pourriez-vous obtenir un rendement supérieur à un prix aussi raisonnable.

La conversion de scopie à graphie ne prend que quelques secondes. L'excursion en ligne droite du tube parfaitement contre-balancée permet un mouvement vertical instantané d'une distance focale à l'autre... jusqu'à 40 pouces. D'autre part, la suspension de l'ensemble est d'une douceur exceptionnelle grâce à un équilibre très étudié dont les roulements sont d'une extrême sensibilité. Pouvant fonctionner avec des générateurs de 100 et 200 milliampères, Maxicon ASC est entièrement compact et peut s'installer dans une chambre de petites dimensions.

Voyez comment le Maxicon ASC peut vous épargner du temps dans l'exécution de votre travail. Téléphonez ou écrivez au bureau le plus rapproché de General Electric X-Ray Corporation, Ltd, Montréal, Toronto, Vancouver, Winnipeg.



Maxicon ASC vous permet de fluoroscoper aisément la table en toutes positions. La manipulation des diaphragmes et de l'écran se fait d'une seule main.

Vous pouvez avoir confiance en

GENERAL ELECTRIC

"Comprimés dosés à 50 mgm. d'Isoniazide"

ISONILYD

Suggéré comme adjoint dans le traitement de la tuberculose, concurremment avec la Streptomycine, ou alternativement avec la Passodine.

Son emploi est sans toxicité, comme la Passodine, et, bien que moins spécifiquement efficace, est indiqué aux patients qui développent une intolérance gastro-entérique à cette dernière.

Se basant sur des expérimentations cliniques, la dose moyenne suggérée est de 2½ à 5 mgm/kgm de poids, équivalant pour un adulte à 150-300 mgm. par jour, soit 3 à 6 comprimés de 50 mgm.

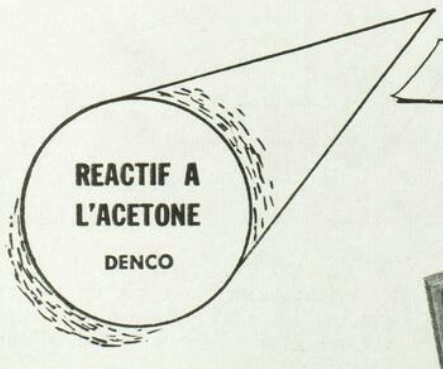
LABORATOIRES DESAUTELS LIMITÉE

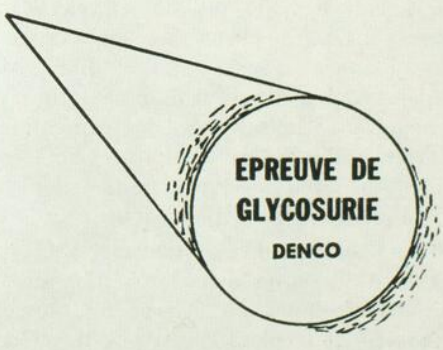
200 ouest, RUE CRAIG, MONTREAL

ÉPREUVES "ÉCLAIR" DENCO

Réactif à l'acétone Denco pour déceler rapidement l'acétone dans l'urine ou le sérum sanguin.

Epreuve de glycosurie (Poudre Galatest) pour déceler rapidement le sucre dans l'urine.





Préparé par les fabricants de l'Antiphlogistine.

Ecrivez et demandez notre documentation écrite.

NÉCESSAIRE COMBINÉ

Au bureau — Dans la trousse du médecin.

Pour le diabétique.

The DENVER CHEMICAL Mfg. Co., Dépt. CM-35, 286 ouest, rue St-Paul, Montréal, P. Q.

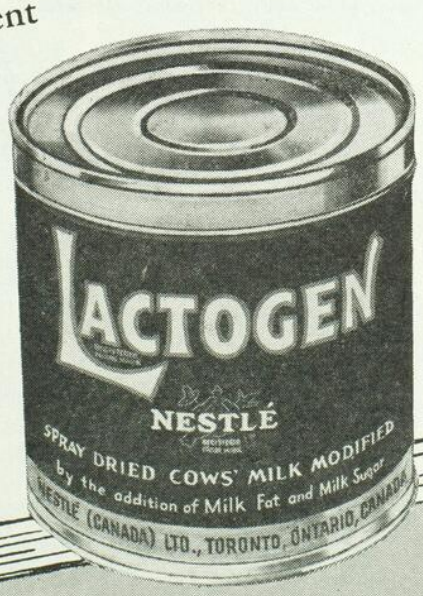
LACTOGEN

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.

Photographie de la nouvelle bâtisse du Laboratoire Bio-Chimique, Inc.

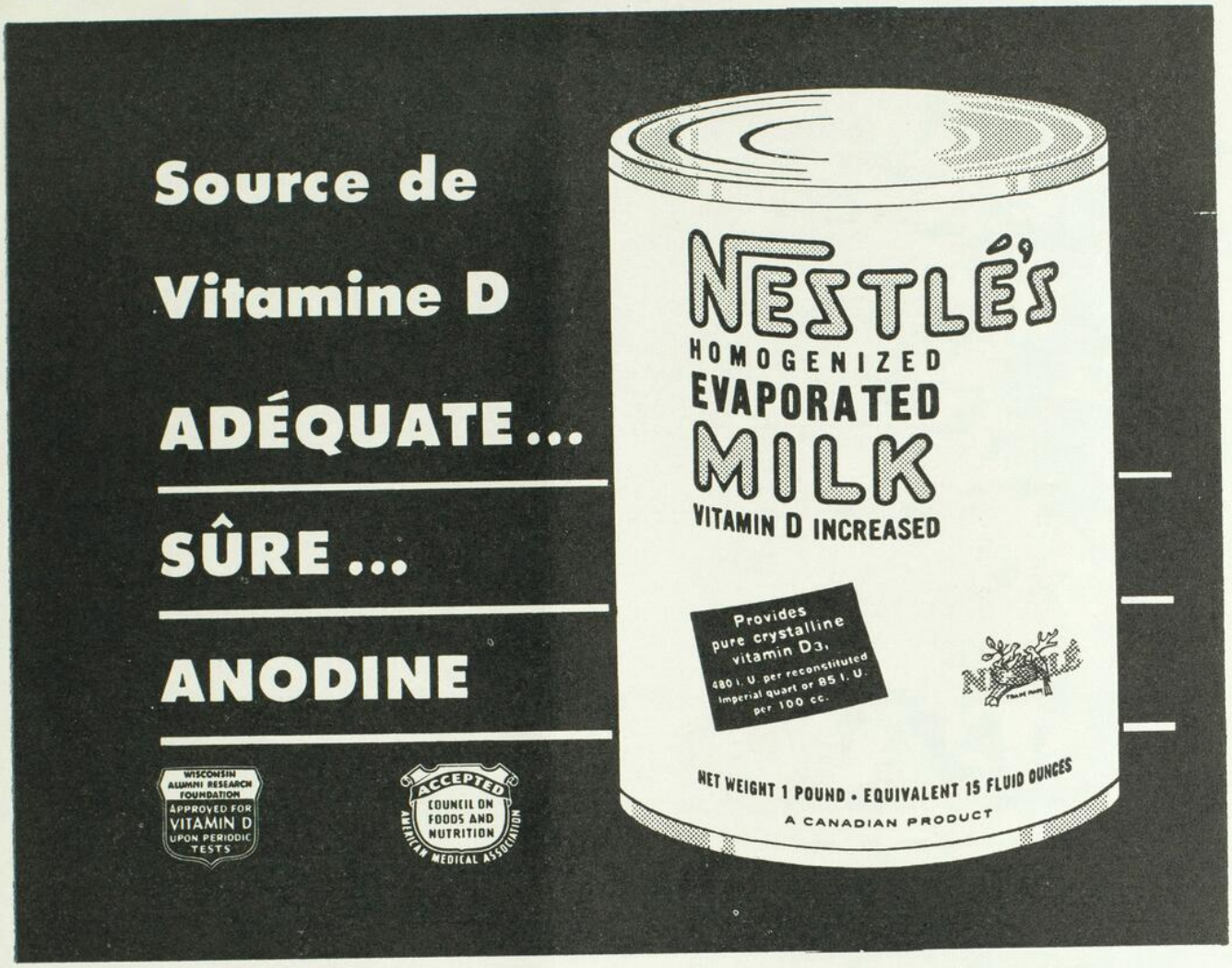
Petit poisson devenu grand...

grâce à la fidélité du Corps Médical aux produits du

LABORATOIRE BIO-CHIMIQUE, INC.

Dans le court laps de temps de six années, c'est-à-dire depuis son incorporation le 2 octobre 1947, cette firme essentiellement canadienne-française, s'est vu obligée d'agrandir par trois fois ses locaux devenus trop exigus pour répondre aux prescriptions sans cesse croissantes. Son fondateur, Président et Directeur-Gérant, Monsieur J. R. Adam, pharmacien, n'a pas hésité une nouvelle fois à répondre à la confiance dont les médecins voulaient bien l'honorer et, le 15 décembre 1952, inaugurait l'édifice illustré ci-dessus. Il tient à exprimer ici à ses nombreux prescripteurs ses plus vifs remerciements.

Lait évaporé amélioré pour l'alimentation du nourrisson



LE NOUVEAU LAIT ÉVAPORÉ NESTLÉ

contient 480 unités de vitamine D_3 par chopine impériale*

Depuis des années, les marques de lait évaporé Nestlé ont permis à d'innombrables bébés de commencer leur vie de la bonne façon. *Aujourd'hui*, un nouveau lait, pourvu de toutes les propriétés propres à Nestlé, renferme désormais un principe nouveau qui en fait l'aliment idéal pour les bébés.

*On a incorporé à chaque once liquide de ce lait 24 unités internationales de vitamine D_3 pure et cristallisée. Une fois reconstituée, une chopine impériale renferme 480 unités de vitamine D . . . type de vitamine D engendrée dans l'organisme par les rayons solaires et reconnue comme étant la principale vitamine D naturelle présente dans l'huile de foie de morue.

L'enrichissement en vitamine D_3 ne modifie en rien la saveur du lait et laisse intactes toutes ses vitamines naturelles.

En ordonnant le lait Nestlé—vous assurez un apport adéquat de vitamine D, sous une forme sûre et anodine...et vous savez que le lait Nestlé est économique, d'emploi facile et digne de confiance.

Nous ne donnons pas aux profanes d'indications sur l'alimentation des bébés.

NESTLÉ'S MILK PRODUCTS (CANADA) LIMITED

SÉDATION ET EUPHORIE
POUR LES PATIENTS
NERVEUX ET IRRITABLES

par l'usage de

VALERIANETS-DISPERT

Chaque comprimé, enrobé de chocolat, contient: extrait de valériane (de concentration élevée), 0.05 gm., finement divisé afin d'obtenir un maximum d'efficacité.

SÉDATIF SANS GOÛT, SANS ODEUR, NON-DÉPRIMANT et CALMANT.

VALERIANETS-DISPERT est indiqué dans les cas de troubles émotifs et d'épuisement, l'anxiété, état de dépression, névrose cardiaque et gastro-intestinale, molimen ménopausique et menstruel, insomnie.

Posologie: 1 à 2 comprimés t. i. d. — Flacons de 50 et 100 comprimés.
Dans toutes les pharmacies d'ordonnance.

Canadian Distributor: LYSTER CHEMICALS, LTD., 222 Hospital St., Montreal 1, Canada

STANDARD PHARMACEUTICAL CO., INC., • 253 West 26th St., N. Y.

Dans les troubles intestinaux
EUCARBON®
Chaque comprimé contient: Extrait de rhubarbe, séné, soufre précipité, huile de menthe poivrée, huile de fenouil, dans un excipient de charbon de saule suractivé.

Pour préparer la Solution de Burow U.S.P. XIV
PANSEMENT HUMIDE, employez
PRESTO-BORO®
(Sulfate d'aluminium et acétate de calcium)
POUDRE EN ENVELOPPES — COMPRIMÉS —
Pour le traitement de tuméfactions, inflammations, entorses.

Dans les affections pulmonaires
QUINOPULMIN®
Solution de quinine à 3% avec camphre à 2½%, pour injection intramusculaire.

PAVERAL

reste toujours un médicament de choix pour le traitement scientifique de la

• • COQUELUCHE • •

est journellement prescrit avec succès pour les cas de coqueluche et des toux Coqueluchoïdes. — Ne cause ni intolérance ni complication.

•

Littérature sur demande

AGENTS CANADA DRUG.CO. MONTREAL

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 listes pour les examens de 1953 sont maintenant fermées, mais on acceptera les demandes pour les examens de 1954 jusqu'au **30 avril 1954.**

Les règlements et les conditions régissant les examens, listes des hôpitaux canadiens approuvés, et des formules de demande peuvent être obtenus du :

Secrétaire Honoraire,
Le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada,
150, rue Metcalfe, Ottawa, Canada.

Les raisons en faveur de l'alimentation carnée précoce...

TENEUR FAIBLE EN MATIÈRES GRASSES, ÉLEVÉE EN PROTÉINES. Once pour once, aucun autre aliment pour bébés ne fournit plus de protéines complètes, de qualité supérieure, dont les bébés ont besoin pour leur croissance rapide, que les Viandes Swift's pour Bébés. Ces viandes sont aussi une excellente source de vitamines B naturelles et de fer alimentaire.

VARIÉTÉ DE 7 SORTES—PASSÉES AU TAMIS ET HACHÉES. Pour aider les bébés à aimer une grande variété de viandes salutaires, Swift prépare 7 différents produits tout viande ainsi que le Saumon Passé au Tamis! Les Viandes Swift's pour Bébés sont molles, lisses—faciles à mélanger à la formule. Les Viandes Swift's Hachées pour Enfants fournissent des morceaux de viande tendres qui encouragent la mastication.

ÉCONOMIQUES—FACILES À SERVIR—Les mamans apprécient les Viandes Swift's pour Bébés pour leur économie et la facilité avec laquelle on les sert. Vous pouvez être sûr de leur qualité supérieure invariable, de leur préparation experte—et d'une rétention maximum des éléments nutritifs. Recommandez les Viandes Swift's pour Bébés.

De plus en plus de bébés profitent actuellement des avantages de la viande de bonne heure—sur la recommandation de leur médecin. Au cours des sept années qui se sont écoulées depuis la mise au point des viandes spécialement préparées pour bébés par Swift Canadian, l'âge habituel de commencer à donner de la viande aux bébés est passé de 7 ou 8 mois à 2 ou 3 mois, d'après les renseignements pris auprès des pédiatres et des médecins dans tout le pays. Certains médecins sont en faveur de donner de la viande à partir de 2 semaines, dans la formule.

Les avantages des Viandes Swift's pour Bébés ont été amplement démontrés! Swift Canadian Co., Limited.

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.

...les résultats de plus de 7 ans d'expériences cliniques avec les Viandes Swift's pour Bébés

1. Digestibilité éprouvée: Les plus jeunes bébés—prématurés même d'une semaine—tolèrent et digèrent les éléments nutritifs des Viandes Swift's pour Bébés aussi bien que ceux du lait! *Sisson, Emmel et Filer, "Meat in the Diet of Prematures," Pediatrics*, 7, 89, (1951).

2. Utilisation éprouvée: Les protéines et les matières grasses des Viandes Swift's pour Bébés sont aussi bien utilisées que celles du lait par les bébés prématurés. *Sisson, Emmel et Filer, "Meat in the Diet of Prematures," Pediatrics*, 7, 89, (1951).

3. Avantages éprouvés: Une augmentation de 25% des protéines absorbées, due à l'addition de Viandes Swift's pour Bébés à la formule favorisa la teneur en hémoglobine et la formation de globules rouges. *Leverton et Clark, "Meat in the Diet of Young Infants," J.A.M.A., 134, 1215, (1947).*

4. Formules éprouvées: Les Viandes Swift's pour Bébés enrichies de sels minéraux, de matières grasses et d'hydrates de carbone offrent un succédané du lait pour bébés allergiques aux protéines du lait. *McQuarrie et Ziegler, "Nutritive Value of Mineral-Enriched Meat and Milk," Pediatrics*, 5, 210, (1950).

Les Viandes **SWIFT'S** *pour Bébés sont tout viande!*

L'égal des meilleurs du monde ...il coûte pourtant moins cher!

FORMULE NOUVELLE Curity MARQUE DÉPOSÉE

OSTIC MARQUE DÉPOSÉE Chiffre 23 BANDAGES DE PLÂTRE

Le nouveau bandage de plâtre Ostic donne la sensation du velours humide . . . s'applique facilement . . . se travaille sans effort . . . se tasse solidement . . . sans rugosités.

NOTEZ CES AVANTAGES DU NOUVEL OSTIC, CHIFFRE 23:

- √ VELOUTÉ AU TOUCHER
- √ PRESQUE AUCUNE PERTE DE PLÂTRE
- √ TEMPS DE PRISE UNIFORME
- √ SOLIDITÉ PLUS GRANDE DU PLÂTRE
- √ FUSION COMPLÈTE DES COUCHES
- √ AUCUNE AUGMENTATION DE PRIX

SE VEND EN:

BANDAGES À PRISE RAPIDE—3″ x 3 verges, 4″ x 5 verges, 5″ x 5 verges, 6″ x 5 verges.

ÉCLISSES

3″ x 15″, 4″ x 15″, 5″ x 30″.

Il faut employer l'Ostic Curity, chiffre 23, pour apprécier vraiment ses nombreuses qualités par rapport à l'ancien bandage. Vous verrez qu'il se manie bien.

PRODUIT EXCLUSIF DE BAUER & BLACK

Curity MARQUE DÉPOSÉE

Division de Kendall Co. (Canada) Ltd.
Curity Ave., Toronto 13

TABLE DES ANNONCEURS

Pages

Abbott Laboratories (Sulestrex) — (Selsun) .... XLI - XLII
Ames Company of Canada Limited (Decholin avec Belladone) XXIII
Anglo-French Drug Company (Gentisol) XLIII
Ayerst, McKenna & Harrison Limitée (Prémarine) — (Mediatric) ..... XXI - XXII
Barnes Company, Limited, A. C. (Argyrol) XXXIX
Bauer & Black (Curity) — (Ostic) LXXV
Bayer Company Limited, The (Aspirin) LV
Becton, Dickinson and Company (Aiguilles B-D) XXIX
Bell, Craig Limited (Proderm, crème) LXXVII
Berex Pharmacals Company (Ostéoarthrite) XXVII
Borden Company Limited, The (Laits) LXI
British Drug Houses (Canada) Limited, The (P G A 500) LIII
Canada Drug Company (Betagen) — (Bicalgen D) — (Tri-sulfa) — (Somenal) XXVI
Burroughs Wellcome & Company (Digoxine) XXXIV
Canada Drug Company (Paveral) LXXIII
Canadian Kodak Company Limited (Documentation cinématographique) L
Casgrain et Charbonneau Limitée (Welch Allyn) LXII
Ciba Limitée (Aprésoline) XLV
Coronet Drug Company (Sulfosalyl — Entrosalyl) — Hormantoxone) XVIII
Denver Chemical Mfg. Company Limited (Denco) LXIX
Denver Chemical Mfg. Company Limited (Onguent-Shampooing) LX
Dohow Chemical Company, Limited (O-tos-mo-san) XXXVII
Eddé, J., Limitée (Hémostyl) — (Inotyol) LXIV
Eddé, J., Limitée (Aminophyl Eddé) — (Aminobaïne) — (Amino-papavérine) — (Sedaminophyl Eddé) — (Desanxyl) (Artichobyl) LVII
Fellows Medical Mfg. Company Limited (Sirop Fellows) XIX
Frosst, Charles E. & Company ("Twin-barb") — ("Noctinal") ..... VII - VIII - IX - X
Frosst, Charles E. & Company ("Ferro catalytic") IV
General Electric X-Ray Corporation Limited (Maxicon ASC) LXVIII
Herdt & Charton, Inc. (Uroprazine) XLVIII
Herdt & Charton, Inc. (Dainite) XLIV
Herdt & Charton, Inc. (Gamirol) XLVI
Herdt & Charton, Inc. (Vichy Célestins) II
Hoffmann - La Roche Limitée (Astérol "Roche") LIX
Huston Company Limited, John A. (Bas élastique Lastonet) LI
Johnson & Johnson Limited (Ray-Tec) LXVI
Laboratoire Bio-Chimique Inc. (Cholibile Fort) XL

Pages

Laboratoire Bio-Chimique Inc. (Nouvelle bâtisse) LXXI
Laboratoires Désautels Limitée (Isonilyd) LXIX
Laboratoires Desbergers Limitée (B-Totum) — (Nouricol) ..... Quatrième page de la couverture
Laboratoires Jean Olive (Amide Salycilique Egger) XXVIII
Laboratoires Jean Olive (Hémo Cobaltone) XIV
Laboratoires Jean Olive (Revitalose) — (Neuro Solène) XXX
Laboratoires Jean Olive (Normogastryl) XVI
Lederle Laboratories (Auréomycine) ..... XXXI - XXXII
Librairie Beauchemin Limitée XXXVI
Lilly and Company (Canada) Limited, Eli (Ilotycin) XXXVIII
Mead Johnson & Company of Canada Limited (Mulcin) ..... Troisième page de la couverture
Merck & Company Limited (Mandelamine) XXXV
Merck & Company Limited (Cortone) III
Merrell (Bentylol) XXV
Millet, Roux & Compagnie (Glandoplex) XI
Nestlé (Canada) Limited (Lactogen) LXX
Nestlé (Canada) Limited (Lait évaporé) LXXII
Parker, White & Heyl, Inc. (Germicide à l'aldéhyde formique) LXV
Pfizer Canada, Limited (Terramycine) XIII
Poulenc Limitée (Largactil) XII
Poulenc Limitée (Néo-antergan) ..... Deuxième page de la couverture
Rougier Frères (Nitrinose) — (Phénitrinose) V
Rougier Frères (Eupnogène — Eupnophylline) ..... Première page de la couverture
Sandoz Pharmaceuticals (Hydergine) LVIII
Searle & Company, G. D. (Pro-Banthine) XXXIII
Sharp & Dohme (Canada) Limited (Redisol) LVI
Shuttleworth Chemical Company Limited, The E. B. (Codophen) XLIX
Smith, Kline & French Inter-American Corp. (Trophite) XV
Smith & Nephew Limited (Elastoplast) LXVII
Standard Pharmaceutical Company, Inc. (Valerianets-Dispert) LXXIII
Sterling Drug Mfg. Limited (Lait de magnésie Phillips') LXIII
Swift's Canadian Co. Limited (Viandes pour bébés) LXXIV
Vinant Limitée (Proveinase Midy) — (Valerianate Pierlot) XXIV
Vinant Limitée (Caréna) — (Lipiodol) XX
Warner-Chilcot Laboratories (Cellothyl) XLVII
Winthrop-Stearns Inc. (Apolamine) LIV
Wyeth & Bros. (Canada) Limited, John (Wychol) I
Wyeth & Bros. (Canada) Limited, John (Petrolagar) XVII
X-Ray and Radium Industries Limited (Fluoroscope Viso Cardiette) LII

protecteur, cicatrisant, antiseptique

Proderm associe les éléments protecteurs et médicamenteux de l'huile de fois de morue (additonnée des vitamines A & D), les propriétés antiseptiques et légèrement astringentes de l'oxyde de zinc, le pouvoir germicide de l'hexachlorophene les propriétés imperméables du silicon et le facteur émolient de la lanoline et de l'huile minérale.

PRODERM est tout indiqué pour le soin de l'enfant. Il est particulièrement recommandé dans les cas d'érythème fessier pour la rapidité de son action cicatrisante. PRODERM forme un film superficiel légèrement imperméable, lavable à l'eau et savon, mais non affecté par l'urine et les féces. Il protège ainsi la peau la plus sensible. PRODERM a donc des attributs d'une très grande valeur prophylactique, et pour ce, son emploi est tout désigné comme mesure préventive pour diminuer les irritations de la peau de l'enfant.

L'huile de Foie de Morue

L'Oxyde de Zinc

L'Hexachlorophene

Le Silicon

Proderm

CRÈME

Présenté en: tubes de 2 onces et pots de 8 onces.

INDICATIONS:

1. Soin de la peau du nourrisson. Dans les cas de rougeole, varicelle, certaines dermatites, éruption papuleuse, échauffaisons et irritations cutanées.
2. Soin du mammelon pendant la période de lactation.
3. Ulcères (de décubitus, variqueux, diabétiques ou traumatiques.
4. Plaies et coupures.
5. Frottements et déchirements.
6. Dermatites professionnelles non spécifiques.
7. Brûlures (non infectées) ; brûlures causées par le vent ou par insolation.
8. Irritations et fissures anales.
9. Hémorroïdectomie.

Echantillons et documentation sur demande.

BELL-CRAIG *Limited*

4-53 F

Mulcin

...met un sourire dans la cuillerée de vitamines

Chaque cuillerée à thé de MULCIN fournit:

Vitamine A	3000 unités
Vitamine D	1000 unités
Acide ascorbique	50 mg.
Thiamine	1 mg.
Riboflavine	1.2 mg.
Niacinamide	8 mg.

Présentée en flacons de 4 onces et 8 onces.

C'est le goût de Mulcin* que tous les enfants aiment . . . sa rafraichissante et authentique saveur d'orange. C'est l'empressement avec lequel Mulcin est reçue que toutes les mères apprécient . . . plus besoin de cajoler même les enfants les plus difficiles.

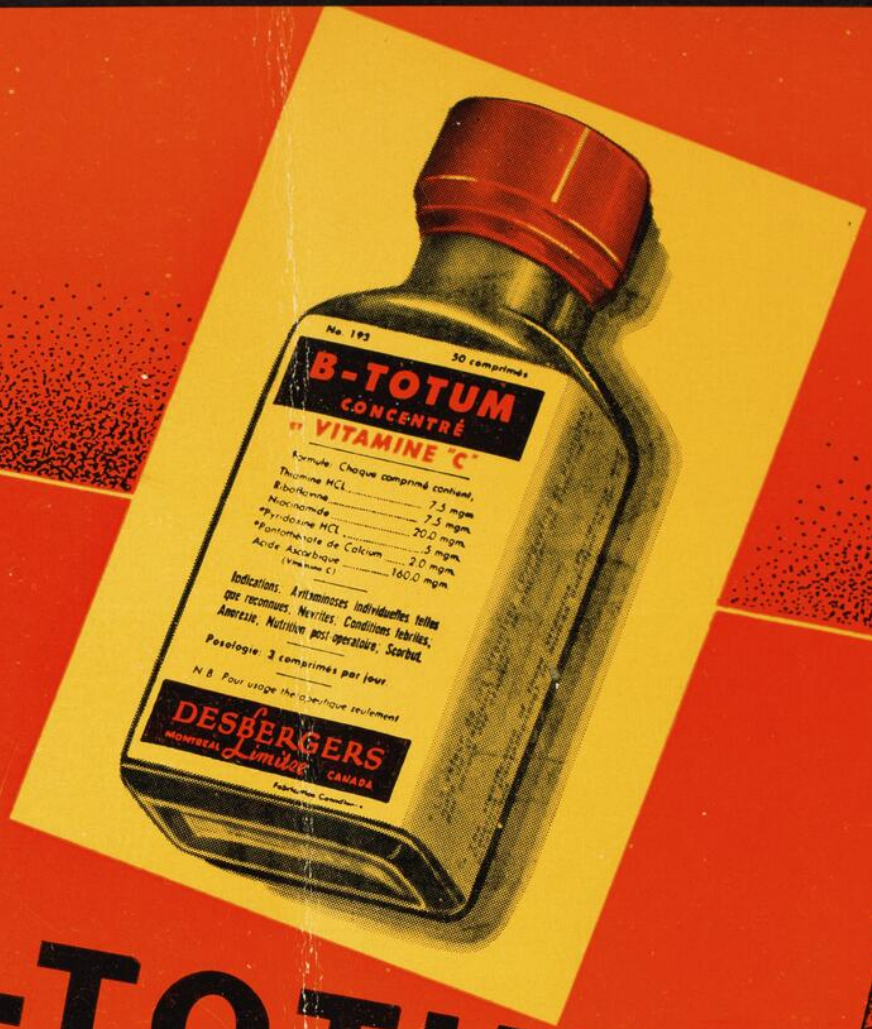
D'une consistance claire et unie, cette émulsion vitaminique est facile à verser. De plus, Mulcin n'a pas besoin d'être réfrigérée; même à la température de la pièce, sa stabilité est garantie.

*Marque déposée

Mulcin

MEAD

MEAD JOHNSON & CO.
of Canada, Ltd., Belleville, Ontario



B-TOTUM

CONCENTRÉ

avec 160 mgm. de Vitamine "C" par dragée

FORMULE :

Mononitrate de Thiamine	7.5 mgm.
Riboflavine	7.5 mgm.
Niacinamide	20.0 mgm.
Chlorure de Pyridoxine	.5 mgm.
d-Pantothénate de Calcium	2.0 mgm.
Acide Ascorbique (VITAMINE C)	160.0 mgm.

INDICATIONS :

Toutes les manifestations nerveuses, digestives, cutanées, imputables directement ou indirectement à la déficience des vitamines B et C, telles que névrites, perte d'appétit et de poids, nutrition post-opératoire.

CONDITIONNEMENT :
Flacons de 50 dragées.

POSOLOGIE :
2 ou 3 dragées par jour selon le cas.

DESBERGERS LIMITÉE

Montréal **Canada**

NOURICOL

GOUTTES VITAMINÉES pour ENFANTS