



**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.

**XXIV<sup>e</sup> CONGRES DE L'A.M.L.F.C.**

**OTTAWA-HULL les 27, 28, 29 et 30 SEPTEMBRE 1954**

**au CHÂTEAU LAURIER**

*de Nativelle . . .*

**UN SÉDATIF**

*Nouveau — Efficace — Bien toléré*

## **NATISÉDINE**

*Comprimés à 0.10 gm. de Phényléthylbarbiturate de Quinidine*

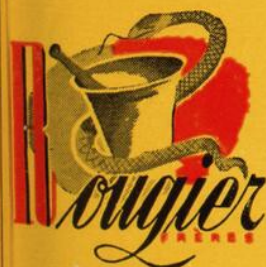
**Anxiété — Insomnies —angoisses — Palpitations — Extrasystoles**

**Cas rebelles aux autres sédatifs.**

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

Flacons de 20, 100 et 500 comprimés.

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



**MONTRÉAL**

QUAND IL EST MIDI À MONTRÉAL IL EST 5 HEURES À PARIS

*Cependant,*

d'un côté et de l'autre de l'Atlantique,  
les milieux médicaux s'intéressent au

**LARGACTIL**

CHLORPROMAZINE 4560 R.P.

Nouveau modificateur du système  
nerveux à effets neuroplégiques. Echantillons et  
renseignements sur demande adressée à

**POULENC LIMITÉE**

204 Place Youville, Montréal





un nouveau diurétique oral

**Diamox**\*

Acétazolamide Lederle

---

**POUR LE TRAITEMENT À LONGUE ÉCHÉANCE DE L'ŒDÈME CARDIAQUE**

**Atoxique, n'est pas un dérivé mercuriel ou xanthique**

Présenté en comprimés rainurés (250 mg.)

POSOLOGIE : 1 à 1½ comprimé tous les matins  
ou tous les deux matins, selon le poids.

**LEDERLE LABORATORIES DIVISION**

*North American Cyanamid Limited*

5550, avenue Royalmount, Ville Mont-Royal

Montréal, Québec RIverside 4-2881

\*Marque déposée

# SOMMAIRE

## BULLETIN

Edouard DESJARDINS	
Initiation à la connaissance scientifique .....	239
Le Secrétaire-trésorier général de l'A.M.L.F.C.	
Congrès de l'A.M.L.F.C. à Ottawa-Hull en septembre 1954 .....	240

Richard LESSARD	
ACTH, cortisone et hydrocortisone en thérapeutique .....	242
Carlton AUGER	
A propos de l'âge du cancer .....	252
Yves DESROCHERS et Réginald JOHNSON	
Pronestyl et intoxication digitalique .....	255

## RECUEIL DE FAITS

Antonio LECOURE	
A propos d'une tumeur du médiastin .....	267
Marcel LAMOUREUX	
Considérations sur les nodules intra-hépatiques rencontrés au cours de laparotomie pour cancers intra-abdominaux .....	270
Laurent ARCHAMBAULT et Armand TREPANIER	
Diverticulose appendiculaire. Présentation d'un cas .....	273
M. CARON	
Opacité radiologique à type de tuberculome spontanément regressée au cours de la primo-infection, chez un enfant esquimau sous traitement par rimifon et streptomycine ..	275

## MOUVEMENT MÉDICAL

François FRANÇON	
Nos connaissances actuelles sur les calcifications du nucléus pulposus (C.N.P.) .....	278
Philippe CHEDID, M. TABET et N. KHALIL	
La dominance surrénalienne dans la toxicose digestive et la cachexie (athrepsie) du nourrisson .....	281

### 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



au secours  
des  
bronchitiques

PULMORECTAL

SUPPOSITOIRES

*Laboratoires National Ltée*

DISTRIBUTEURS EXCLUSIFS

MILLET, ROUX & CIE LIMITÉE

MONTREAL



CANADA

# SOMMAIRE

(Suite)

## ÉDITORIAL

Edouard DESJARDINS L'équilibre humoral et liquidien en chirurgie abdominale d'urgence .....	284
Jean-Paul BOURQUE Quand guérira-t-on les cancers de la prostate? .....	285
Roma AMYOT Le soixantième anniversaire de la fondation de "La Presse Médicale" .....	287

## HYGIÈNE ET MÉDECINE SOCIALE

Ad. GROULX Le bilan-santé à Montréal en 1953 .....	288
J.-A. BRIEN Causes et prévention des empoisonnements alimentaires .....	291
B. L. FRANK De l'importance d'une alimentation appropriée dans la grossesse et la lactation, dans la croissance et le développement des enfants, et dans les états débilitants et la sénilité ....	294

## VARIÉTÉS

Chas. L. GASS Le Collège de Pratique de la Médecine Générale .....	303
Roma AMYOT Rapport du rédacteur en chef .....	305

## CONGRÈS

Deuxième Congrès International de la médecine hippocratique .....	310
---	-----

## MEDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

Recherches et découvertes médicales .....	313
---	-----

# Le SÉDATIF À DOUBLE ACTION "TWIN-BARB"

Marque d'un composé de Pentobarbital-"Noctinal"

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

"TWIN-BARB"

S.C.T. N° 445 *Frosst*

Chaque tablette renferme:

\*Noctinal (dans le noyau intérieur) 50 mg. ( $\frac{3}{4}$  de gr.)

\*butabarbital sodique N.N.R.

pentobarbital sodique (dans l'enveloppe extérieure).....65 mg. (1 gr.)

**POSOLOGIE:** une tablette avant le coucher.

**PRÉSENTATION:** flacons de 100 tablettes.

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

### COMPOSITION DE LA TABLETTE

Une enveloppe extérieure rapidement soluble.

Du pentobarbital sodique qui produit une prompte sédation.

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

Le "Noctinal" prolonge la sédation.



Charles E. Frosst & Co.  
MONTREAL CANADA



# 4

## *Affirmations Catégoriques\**

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

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

C'est la **DIGITALINE  
NATIVELE**



Tous ces énoncés sont pleinement prouvés et expliqués dans la brochure "Vie active et insuffisance cardiaque" qui vous a été envoyée par la poste en octobre dernier. Si par hasard votre exemplaire a été égaré, avertissez-nous. Nous en avons encore quelques uns en réserve.



**Rougier Frères**

350 LE MOYNE — MONTREAL 1

**Bibliographie:**

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

# SOMMAIRE

(Suite)

## ANALYSES

### MEDECINE :

Traitement du rhumatisme articulaire aigu par l'ACTH (corticotropine). Les petites doses d'ACTH dans la maladie de Bouillaud (317). Nouveau traitement local des brûlures (318).

### PHTISIOLOGIE :

Le pneumopéritoine dans le traitement de la tuberculose pulmonaire (318). Le traitement précoce de la tuberculose pulmonaire (319).

### CARDIOLOGIE :

Dynamique du complexe d'Eisenmenger (319). Fermeture chirurgicale d'un défaut septal aortique (320). Utilisation de visamine cristallisée dans le traitement de l'angine de poitrine (320). Estimation de la thérapeutique anticoagulante dans le traitement de l'infarctus myocardique aigu (322).

### GASTRO-ENTEROLOGIE :

Rapport entre l'ulcère bénin et le carcinome gastriques. Communication sur huit cas de transformation maligne (323). Evaluation clinique du prolapsus de la muqueuse gastrique dans le duodénum (324).

### PEDIATRIE :

Maladie du glycogène (325). La glomérulo-néphrite aiguë de l'enfance (326).

### NEURO-PSYCHIATRIE :

Rôle de l'allergie alimentaire dans la sclérose multiple (326).

### BACTERIOLOGIE :

Le virus de Coxackie en Californie méridionale. Isolation d'une souche dans les selles d'un malade (328).

NÉCROLOGIE .....	329
NOUVELLES .....	333
REVUE DES LIVRES .....	356
"L'Union Médicale du Canada" en 1885 .....	360
LIVRES REÇUS .....	362
NOUVELLES PHARMACEUTIQUES .....	357

## CONDITIONS DE PUBLICATION

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

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

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

**Les manuscrits** doivent être dactylographiés avec double interligne.

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

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

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

**Publicité** : Le texte des annonces doit aller sous presse quinze jours avant la date de publication. Le barème des annonces est fourni sur demande par Jaques-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.

Les vitamines du groupe B sous une formule incomparable... à prix moyen

# Les tablettes "Beforte"

*Pour la Prévention d'Insuffisances  
d'Origine Nutritive et le Traitement  
Intense de Carences Vitaminiques*

Les vitamines sont présentement ou virtuellement insuffisantes dans le régime des états suivants et il faut donc les compléter —

### *Durant les Périodes de Restriction Diététique*

comme dans le traitement de l'ulcère peptique, la colite, le diabète sucré, l'alcoolisme chronique, les régimes irrationnels, l'anorexie nerveuse, la cardiopathie, la néphrite et la sénilité.

### *Étant donné l'Absorption Insuffisante*

conséquence à la colite, la maladie coeliaque, la dysenterie, la cardiopathie avancée.

### *Afin de Pourvoir aux Besoins Extraordinaires*

qui procèdent de l'hyperthyroïdie, des infections aiguës, de la grossesse, de la lactation et des maladies débilitantes (tuberculose, arthrite, asthme chronique, etc.).

## Les tablettes "Beforte" (les vitamines du groupe B additionnées de C et de D)

Tablette N° 360 "Frosst"

Levure de bière concentrée.....	150 mg.
Chlorhydrate de thiamine.....	5 mg.
Riboflavine.....	3 mg.
Niacinamide.....	12.5 mg.
Chlorhydrate de pyridoxine.....	1 mg.
<b>Vitamine B<sub>12</sub></b> .....	<b>1 mcg.</b>
Acide ascorbique.....	35 mg.
Vitamine D.....	500 U.I.

**POSOLOGIE:** Dose prophylactique: 1 à 2 tablettes par jour.  
Dose thérapeutique: 1 à 2 tablettes trois fois par jour.

**PRÉSENTATION:** Flacons de 30 et de 100.



Charles E. Frosst & Co. MONTRÉAL • CANADA

# EFFICACES . . .

# ÉCONOMIQUES . . .

# SAVOUREUSES

## LES GOUTTES VITAMINIQUES AQUEUSES

*"Frosst"*

*procurent un moyen  
commode et profitable  
d'administrer des vitamines aux  
bébés et aux enfants d'une  
façon qui leur est agréable.*

### EFFICACITÉ ACCRUE

Les éléments alimentaires accessoires s'absorbent et s'utilisent plus efficacement sous forme aqueuse que huileuse.

### SAVEUR AGRÉABLE

Qu'on les instille directement sur la langue ou qu'on les mélange à leurs boires, à des jus de fruits ou d'autres liquides, les enfants de tout âge prennent avec plaisir ces gouttes agréablement aromatisées, libres de goût et d'odeur de poisson.

### DES PLUS ÉCONOMIQUE

Le compte-gouttes de précision qui est facile à lire permet une dose exacte et évite la perte. Dose pour dose, ces gouttes vitaminiques *"Frosst"* coûtent moins cher au patient.

### STABILITÉ INHÉRENTE

L'emploi méticuleux de mesures de contrôle garantit leur force vitaminique en tout temps.



**Charles E. Frosst & Co.**  
MONTRÉAL CANADA

## UNE FORMULE POUR CHAQUE BESOIN

### PRODUIT MULTI- VITAMINIQUE



Flacons de 8, 15 et 30 cc. munis  
d'un compte-gouttes gradué.

### Les GOUTTES d' "Ostoco"

CHAQUE DOSE QUOTIDIENNE DE 5 GOUTTES (0.25 cc.) RENFERME:

Vitamine A, palmitate de.....	2,000 unités int.
Vitamine D.....	1,000 unités int.
Vitamine B <sub>1</sub> .....	1 mg.
*Phosphate de riboflavine sodique.....	1 mg.
Niacinamide.....	2.5 mg.
Vitamine C.....	30 mg.
Iodure de sodium.....	0.04 mg.

\*L'addition de riboflavine à la formule des Gouttes d'"Ostoco" en augmente la valeur mais peut, toutefois, occasionner une coloration plus intense de l'urine et des selles.

NE COÛTE QUE 3½ à 4½ CENTS PAR  
JOUR SELON LE FORMAT EMPLOYÉ.

### LES VITAMINES A, D et C



Flacons de 8, 15 et 30 cc. munis  
d'un compte-gouttes gradué.

### "Ostogen-A" additionné de "C"

CHAQUE DOSE QUOTIDIENNE DE 5 GOUTTES (0.25 cc.) RENFERME:

Vitamine A, palmitate de.....	2,000 unités int.
Vitamine D.....	1,000 unités int.
Vitamine C.....	30 mg.

NE COÛTE QUE 2½ à 3 CENTS PAR  
JOUR SELON LE FORMAT EMPLOYÉ.

### LES VITAMINES A et D



Flacons de 6 et de 15 cc. munis  
d'un compte-gouttes de précision.

### "OSTOGEN-A"

CHAQUE DOSE QUOTIDIENNE DE 2 GOUTTES RENFERME:

Vitamine A, palmitate de.....	2,000 unités int.
Vitamine D.....	1,000 unités int.

NE COÛTE QUE 1½ à 2 CENTS PAR  
JOUR SELON LE FORMAT EMPLOYÉ.

### LA VITAMINE D



Flacons de 6 et de 15 cc. munis  
d'un compte-gouttes de précision.

### "OSTOGEN"

CHAQUE DOSE QUOTIDIENNE DE 1 GOUTTE RENFERME:

Vitamine D.....	1,000 unités int.
-----------------	-------------------

NE COÛTE QUE ½ à ¾ DE CENT PAR  
JOUR SELON LE FORMAT EMPLOYÉ.

# L'INFESTATION PAR LES OXYURES

GUÉRIE DANS ENVIRON **90 p.c.** DES CAS

## LES TABLETTES "VERMILET"

TABLETTES DE VIOLET DE GENTIANE À ENROBAGE ENTÉRIQUE

Le traitement LE PLUS EFFICACE qui ait été conçu jusqu'à date pour le contrôle des oxyures (*enterobius vermicularis*) consiste en l'administration de violet de gentiane sous forme d'une tablette spécialement préparée de façon à traverser l'estomac intacte pour se dissoudre dans la partie inférieure du tractus intestinal.

### Les TABLETTES "VERMILET"

Tablette No 409 "Frosst" 3/20<sup>e</sup> de gr. (10 mg.)  
Tablette No 410 "Frosst" 1/2 gr. (32 mg.)

### PRÉSENTATION

Flacons de 200 tablettes.

### POSOLOGIE

**ENFANTS** — jusqu'à 10 ans: 3/20<sup>e</sup> de gr. (10 mg.) par jour, par année d'âge. Fractionner cette dose et la prendre avant les repas.

**ENFANTS** — de 10 à 16 ans, 1/2 gr. (32 mg.) trois fois par jour, avant les repas.

**ADULTES** — deux tablettes de 1/2 gr. (32 mg.) trois fois par jour, avant les repas.

Répéter cette dose tous les jours durant 8 jours, puis repos d'une semaine. Reprendre ensuite la même dose pendant 8 autres jours. Aucun patient ne doit être jugé guéri à moins que l'examen de trois ou quatre prélèvements de l'anus, faits avec des bâtonnets à intervalles d'une semaine, indique l'absence d'oeufs.

### N.B.

Il y a contre-indication pour l'emploi du violet de gentiane chez les sujets souffrant d'affections hépatiques et rénales, de gastro-entérite, dans les cas de grossesse et en présence de maladies fébriles ou débilitantes.

Charles E. Frosst & Co.

MONTRÉAL

CANADA



# LÉVO-DROMORAN 'ROCHE'

*soulagement durable des douleurs intenses*

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

Ampoules de 1 cc. à 2 mg.

Comprimés rainurés à 2 mg.

Flacons de 10 cc. à 2 mg. au cc.

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

*Pour vaincre la douleur —*

# NISENTIL 'ROCHE'

*action rapide et brève*

- Narco-analgésique synthétique d'action rapide.
- Soulagement obtenu en 5 à 10 minutes.
- Anesthésie persistant entre 1 ½ et 2 heures.
- Action sur le centre respiratoire moins prononcée que celle de la morphine.
- Indiqué dans tous les cas nécessitant une analgésie immédiate bien que de courte durée, e.g. obstétrique, interventions mineures.

Ampoules de 1 cc. à 60 mg.

Flacons de 10 cc. à 60 mg. au cc.

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

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

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

# L'Union Médicale du Canada

## DIRECTION SCIENTIFIQUE

### MEMBRES D'HONNEUR

Messieurs les Professeurs:  
Maurice Roch (Genève),  
Pasteur Vallery-Radot (Paris),  
Albert LeSage,  
Wilbrod Bonin, doyen,  
Faculté de Médecine, Université de Montréal;  
Charles Vézina, doyen,  
Faculté de Médecine, Université Laval, Québec;

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

Rédacteur en chef émérite: **Albert LeSAGE**

### BUREAU DE DIRECTION

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

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

### BUREAU DE REDACTION

Rédacteur en chef: **Roma AMYOT**

Assistant-rédacteur en chef:  
**Edouard Desjardins**

Secrétaire de la Rédaction:  
**Roger-R. Dufresne**

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

### BUREAU DE COLLABORATION

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

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

pour  
le soulagement rapide  
de la demangeaison...

crème **EURAX**

ne sensibilise pas  
n'irrite pas...

Crème EURAX (marque de crotamiton).  
Tubes de 20 Gm. et bocaux de 1 lb.

**PRODUITS PHARMACEUTIQUES GEIGY**

Division de Geigy (Canada) Limited

286 ouest, rue Saint-Paul

Montréal 1, Qué.



## Le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada

### AVIS CONCERNANT LES EXAMENS

On fait maintenant passer les examens pour le diplôme d'Associé (Fellow) en médecine et en chirurgie, et pour le certificat des spécialités médicales et chirurgicales approuvées.

Les demandes d'admission aux examens de 1954 seront acceptées jusqu'au **30 avril 1954**.

Les règlements et les conditions régissant les examens, tels que révisés en mai 1951, la liste des hôpitaux canadiens approuvés, des formules de demande d'admission aux examens, de même que des formules de demande d'évaluation, peuvent être obtenus du:

Secrétaire Honoraire,  
Le Collège Royal des Médecins  
et Chirurgiens du Canada,  
150, rue Metcalfe,  
Ottawa 4, Canada.



**ESKABARB\***

**SPANSULE†**

d'administration orale S.K.F.  
assure la sédation  
continue et égale du  
**PHÉNOBARBITAL**  
pendant une période  
de temps prolongée

Les capsules '**Eskabarb**' **Spansule** sont l'application logique—au phénobarbital—du nouveau principe d'administration orale de S.K.F.—ce même principe dont l'usage s'est tellement répandu pour la **Benzedrine\*** **Spansule** et la **Dexedrine\*** **Spansule**.

Contrairement aux barbituriques administrés sous d'autres formes, les capsules '**Eskabarb**' **Spansule** vous offrent les avantages suivants:

1. Sédation égale et continue pendant toute la durée du jour ou de la nuit avec une seule dose.
2. Pas de somnolence excessive: action uniforme, sans solution de continuité.
3. Commodité d'une seule dose par jour.

**PRÉSENTATION:** les capsules '**Eskabarb**' **Spansule** sont présentées en flacons de 30 en deux dosages différents. Bien spécifier le dosage sur l'ordonnance. Capsules de 1 grain (remplacent le phénobarbital en 4 doses de  $\frac{1}{4}$  de grain). Capsules de 1 grain  $\frac{1}{2}$  (remplacent le phénobarbital en 3 doses de  $\frac{1}{2}$  grain)

**SMITH KLINE & FRENCH • Montréal 9**

\* Marque déposée au Canada

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

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

# L'Union Médicale du Canada

## ADMINISTRATION

### OFFICIERS

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

### COMITÉ EXÉCUTIF

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

### COMITÉ DE PUBLICITÉ

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

### CORRESPONDANTS

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

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

ADMINISTRATION et SECRÉTARIAT  
PUBLICITÉ: Jacques D. Clerk

} 326 est, boulevard Saint-Joseph, Montréal  
Téléphone: L'Ancaster 9888

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



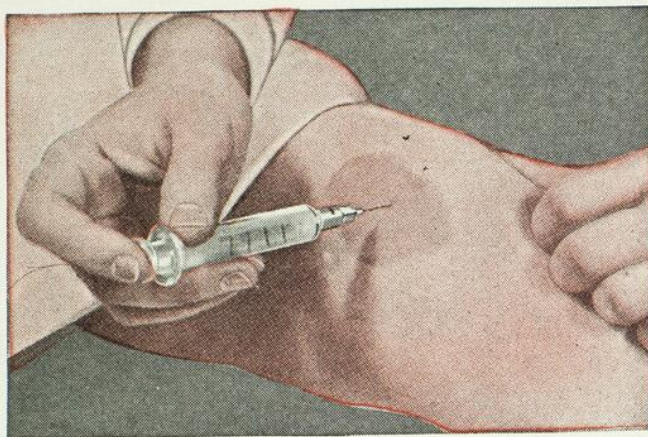
**ARGÉDRINE**

III A IV GOUTTES, INSTILLATIONS  
PLUSIEURS FOIS PAR JOUR

DÉSINFECTION  
VOIES NATALES  
GOUTTES INCOLORES

Laboratoires Jean OLIVE, 200 Rue Vallée, MONTRÉAL

*Pour le traitement local des articulations affectées  
par les douleurs rhumatismales ou l'ostéoarthrite —*



## **Injection intra-articulaire de suspension saline**

D'ACÉTATE

# *d'HydroCortone*

(ACÉTATE D'HYDROCORTISONE MERCK)

Brown et ses collaborateurs,<sup>1</sup> ont administré 3,487 injections intra-articulaires d'Acétate d'HYDROCORTONE\* à 480 patients souffrant de douleurs rhumatismales ou d'ostéoarthrite. Chez certains de ces patients, l'HYDROCORTONE employée en même temps que d'autres mesures thérapeutiques a démontré son efficacité comme adjuvant. L'amélioration fut observée dans 87 pour cent des cas. Un soulagement local fut rapidement obtenu sans effets systémiques.

*Documentation sur demande*

1. Brown, E. M., Frain, J. B., Udell, L., et Hollander, J. L.: Communication présentée à la réunion annuelle de l'American Rheumatism Association, Chicago, Ill., le 6 juin 1952.

\*L'HYDROCORTONE est la marque déposée de Merck & Co. Limited pour leur préparation d'hydrocortisone. Cette substance a été donnée au monde grâce aux recherches et à la production de Merck.



**MERCK & CO. LIMITED**

*Chimistes fabricants*

**MONTREAL • TORONTO • VANCOUVER • VALLEYFIELD**

---

---

# OFFICIERS

DE

## **l'Association des Médecins de Langue Française du Canada**

Fondée à Québec en 1902

•

### DIRECTEURS GÉNÉRAUX HONORAIRES

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

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

### DIRECTEUR GÉNÉRAL

**Emile BLAIN,**  
444 est, rue Sherbrooke, Montréal.

### EXÉCUTIF DE L'ASSOCIATION

### SECRÉTAIRE-TRÉSORIER GÉNÉRAL

**Hermile TRUDEL,**  
1990 est, rue Rachel, Montréal.

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

### SECRÉTAIRE ADJOINT

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

**SECRETARIAT:** 326 est, boul. Saint-Joseph,  
Montréal.

Téléphone: HArbour 8076

---

---



# EGOSALYL

**RHUMATISME  
TRAITEMENT  
D'ATTAQUE**

### AMIDE SALICYLIQUE EGGER

(0.45 gm. par comprimé)

Seul dérivé salicylé bien toléré  
associé à:

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

•

DOSE NORMALE :  
4 à 8 comprimés par jour.

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

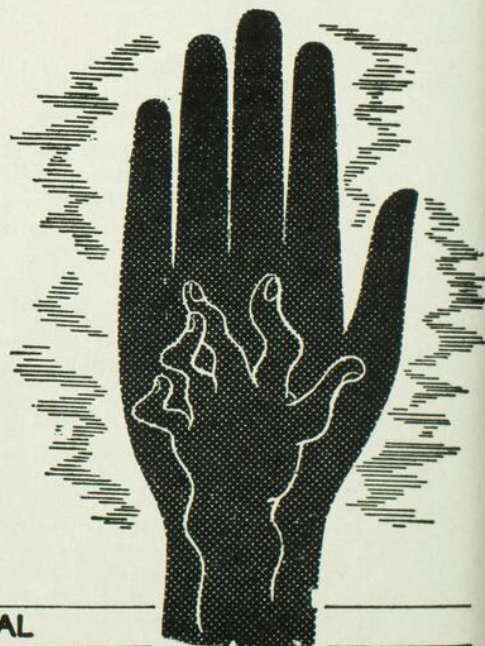
•

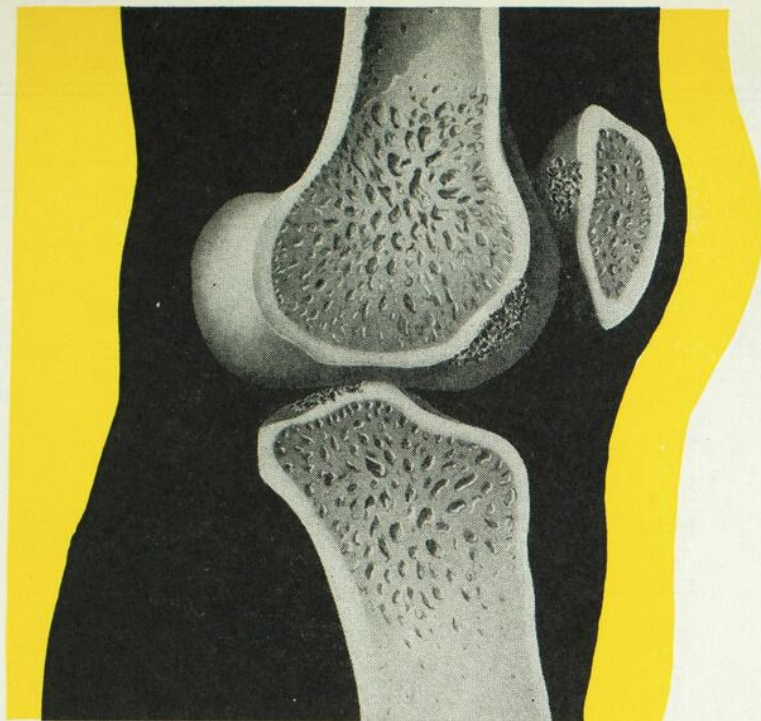
Documentation et bibliographie envoyées sur demande

---

**EGGER (CANADA) LTD. — MONTRÉAL**

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





pour le soulagement de

## L'ARTHRITE

et des troubles s'y rattachant

# BUTAZOLIDINE

(marque de phénylbutazone)

NOUVEAU SYNTHÉTIQUE NON-HORMONAL

Un concept tout à fait nouveau pour les troubles rhumatismaux, le traitement avec BUTAZOLIDINE offre une combinaison d'avantages cliniques que ne partage aucun autre agent.

Soulage la douleur dans approximativement 3 sur 4 cas quelques jours après le commencement du traitement

Produit une amélioration fonctionnelle dans bien des cas en diminuant l'inflammation et le spasme, et en augmentant la mobilité

A un effet favorable dans virtuellement toutes les formes d'arthrite et plusieurs variétés de troubles musculo-squelettiques douloureux

Maintient son efficacité aussi longtemps que le traitement est continué

Efficace par voie orale, ainsi bien adapté à l'usage courant, chez les malades alités ou ambulants

**En vue d'obtenir les meilleurs résultats, et pour éviter toute réaction fâcheuse, on conseille aux médecins de se procurer la brochure: "Principaux éléments cliniques concernant BUTAZOLIDINE" et autre littérature instructive.**

BUTAZOLIDINE (marque de phénylbutazone) est présenté sous forme de dragées rouges de 100 mg.

### Une sélection de la bibliographie sur BUTAZOLIDINE...

- (1) Hemming, A., and Kuzell, W.C.: Antibiotics and Chemotherapy, vol. 3, No. 6, June 1953. (2) Kuzell, W. C.; Schaffarzik, R. W.; Brown, B., and Mankle, E. A.: J.A.M.A. 149:729, (June 21) 1952. (3) Byron, C. M., and Orenstein, N. B.: New York State J. Med., 53:676-670, 1953. (4) Gutman, A. B.: Am. J. Med. 13:744, 1952. (5) Rowe, A., Jr.; Tuft, R. W.; Mechanick, P. G., and Rowe, A. H.: Am. Pract. & Digest Treat., 4:390-394, 1953. (6) Kidd, E. G.; Boyce, K. C., and Freyberg, R. H.: Clinical Studies of Phenylbutazone (Butazolidin) and Butapyrin in Rheumatoid Arthritis, Rheumatoid Spondylitis and Gout., Ann. Rheumat. Dis. 12:20, 1953. (7) Steinbrocker, O., and others: J.A.M.A. 150:1087 (Nov. 15) 1952. (8) Currie, J. P.: Lancet 2:15 (July 5) 1952. (9) Patterson, R. M.; Benson, J. F., and Schoenberg, P. L.: U. S. Armed Forces M. J. 4:109, 1953. (10) Stephens, C.A.L., Jr., and others: J.A.M.A. 150:1084 (Nov. 15) 1952. (11) Smith, C. H., and Kunz, H. G.: J.M. Soc. New Jersey 49:306, 1952. (12) Davies, H. R.; Barter, R. W.; Gee, A., and Hirson, C.: Brit. M.J. 2:1392 (Dec. 27) 1952. (13) Kuzell, W. C., and Schaffarzik, R. W.: California Med. 77:319, 1952. (14) Granirer, L. W.: J.A.M.A. 150:1332 (Nov. 29) 1952. (15) Steinbrocker, O.: J.A.M.A. 151:143 (Jan. 10) 1953. (16) Hinz, C.; Lamont-Havers, R. W.; Cominsky, B., and Gaines, L.M.: J.A.M.A. 151:38 (Jan. 3) 1953. (17) Stifel, J. L., and Burnheimer, J. C.: J.A.M.A. 151:555 (Feb. 14) 1953. (18) Bershof, E., and Oxman, A. C.: J.A.M.A. 151:557 (Feb. 14) 1953.



LES PRODUITS PHARMACEUTIQUES GEIGY

Division de Geigy (Canada) Limited,

286 ouest, rue Saint-Paul, Montréal 1, Qué.

## COMITÉ DU XXIV<sup>e</sup> CONGRÈS

Jean-Marie LAFRAMBOISE, président.

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

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

SECRETARIAT DU CONGRÈS:  
222, avenue Daly, Ottawa, Ont.

### ANCIENS PRÉSIDENTS

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

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

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

### MEMBRES DU CONSEIL

ARCHAMBAULT, Gérard, 472, av. Laurier, St-Jean, P.Q. 1956  
BIBAUD, Barthélemy, 65, Nicholson, Valleyfield, P.Q. 1956  
BLANCHET, Roméo, 54, avenue Laurier, Québec, P.Q. 1956  
BONIN, Wilbrod, 575, av. Davaar, Outremont, P.Q. 1954  
BROUSSEAU, L.-Philippe, Malartic, P.Q. 1954  
CHOLETTE, A.-M., 1451 est, boul. St-Joseph, Montréal 1954  
COUTURIER, Alphonse, Rivière-du-Loup, P.Q. 1954  
D'ARGENCOURT, Guy, Drummondville, P.Q. 1954  
DECARIE, Roland, 524 est, Sherbrooke, Montréal, P.Q. 1956  
DOMINGUE, Albert, Granby, P.Q. 1956  
GAUTHIER, Henri-E., Woonsocket, R.I. 1954  
GAUTHIER, J.-D., Shippegan, N.-B. 1954  
HURTUBISE, Sénateur Raoul, Ottawa, Ont. 1954  
JOANNETTE, Albert, Sainte-Agathe-des-Monts, P.Q. 1956  
JOBIN, Pierre, 91 1/2, avenue d'Auteuil, Québec, P.Q. 1954  
LEBLOND, Sylvio, Hôtel-Dieu St-Vallier, Chicoutimi, P.Q. 1956

LECOURS, J.-A., 538, av. King-Edward, Ottawa, Ont. 1956  
LEMIEUX, J.-R., Hôpital du St-Sacrement, Québec, P.Q. 1956  
MERCILLE, Jean, 316, parc G.-E.-Cartier, Montréal, P.Q. 1956  
MILOT, J.-D., 1017 Stafford Road, Fall River, Mass. 1956  
MORISSET, Pierre, Saint-Georges-de-Beauce, P.Q. 1956  
PERRAS, J.-Ephrem, 192, rue Principale, Hull, P.Q. 1956  
PERRON, Jos., 2, rue Mercier, Shawinigan, P.Q. 1954  
PIETTE, Edmond, Joliette, P.Q. 1954  
PILON, J.-L., 389 est, boul. St-Joseph, Montréal, P.Q. 1954  
POULIOT, Antoine, 68, rue Sainte-Ursule, Québec, P.Q. 1956  
RIOUX, J.-Emile, Sainte-Anne-des-Monts (Gaspé), P.Q. 1954  
ROULEAU, J.-Maurice, Saint-Grégoire (Nicolet), P.Q. 1956  
SMITH, Pierre, 300, carré Saint-Louis, Montréal, P.Q. 1954  
TETREAULT, Ad., 411, boul. Laviolette, T.-Rivières, P.Q. 1954  
THIBAUT, Eugène, 4070, boul. Lasalle, Verdun, P.Q. 1954  
VIAU, Horace, 467, rue Rideau, Ottawa, Ont. 1954

pour  
le soulagement rapide  
de la demangeaison...

crème **EURAX**

ne sensibilise pas  
n'irrite pas...

Crème EURAX (marque de crotamiton).  
Tubes de 20 Gm. et bocaux de 1 lb.

PRODUITS PHARMACEUTIQUES GEIGY

Division de Geigy (Canada) Limited

286 ouest, rue Saint-Paul

Montréal 1, Qué.



### CHANGEMENT D'ADRESSE

Messieurs les médecins qui changent  
de domicile sont priés de donner leur  
nouvelle adresse sans retard au secré-  
tariat: 326 est, boulevard Saint-Joseph  
— LANcaster 9888, afin de faciliter  
l'exactitude de la liste d'inscription.

# Sirop

COMPOSÉ

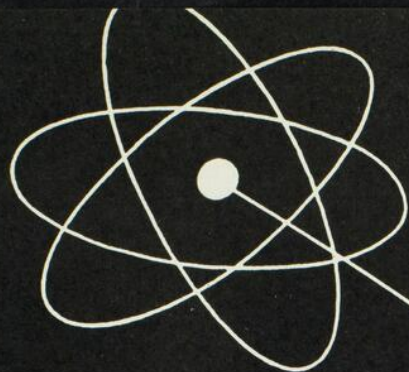
# Fellows

—  
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***

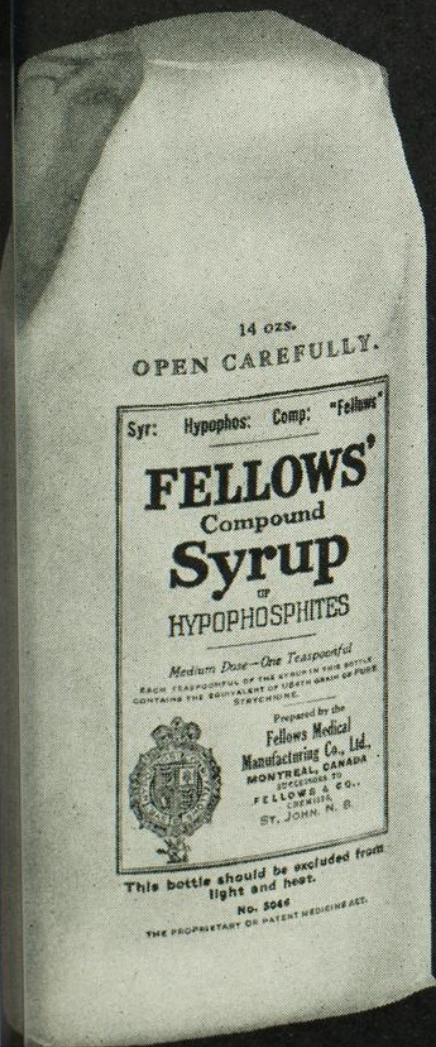


Chaque cuillerée à thé (4 cc.) renferme :

- 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

386 ouest, rue St-Paul  
Montréal, Canada.

fabricants de produits  
pharmaceutiques depuis 1866



**HEPAX**  
STIMULANT HÉPATO-BILIAIRE ET RÉNAL

STIMULANTS HÉPATO-BILIAIRES  
ARTICHAUT — BOLDO  
COMBRETUM — POLYPODE

DIURÉTIQUES CARDIO-RÉNAUX  
ADONIS — AUBÉPINE

DÉSENSIBILISANTS  
PEPTONES - chlor. Mg.

CHOLÉMIQUES  
INSUFFISANTS  
HÉPATIQUES  
AZOTÉMIES  
HYPERCHOLESTÉROLÉMIE  
CURES DE DIURÈSE  
DERMATOSES

*Une à deux cuillères à thé  
matin et soir dans un verre d'eau*

LABORATOIRES U.P.S.A. AGEN (France)  
CANADA, 200 Rue Vallée. MONTRÉAL



# NEURO SOLÈNE

SÉDATIF DU VAGUE  
SYNERGIE DES DOSES THÉRAPEUTIQUES FAIBLES

EXTRAIT JUSQUIAME  
EXTRAIT VALÉRIANE  
OXYDE DE ZINC  
BARBITAL  
0. 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**

# "Prémarine"

## dans le traitement du syndrome de la ménopause

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

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



*Ayerst*

**Prémariné**

substances oestrogènes conjuguées (équines) ]

inodore . . . ne transmet aucune odeur

voie buccale et injectable

*Ayerst, McKenna & Harrison Limitée*  
Montréal, Canada

pour hâter  
la convalescence



# "Béminal" Fortis Vitaminé **C** (N° 817)

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

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

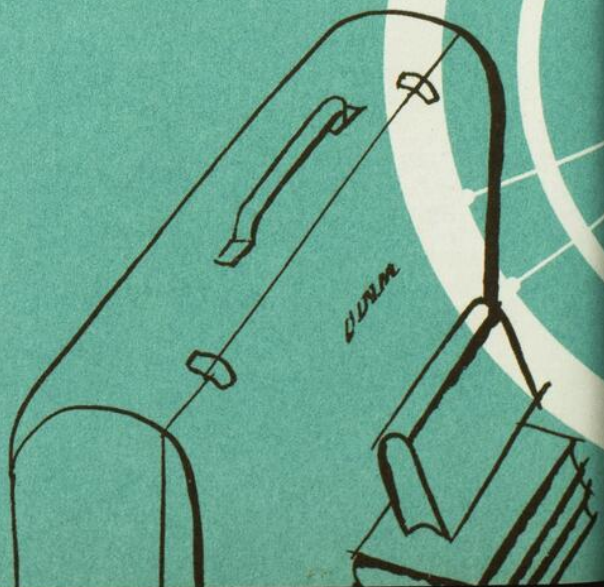
pour abrégé la convalescence après une grippe  
ou toute autre maladie débilitante

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

*Chaque capsule contient:*

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

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



**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

### spasmodyse assurée

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

### amélioration de la fonction hépatique

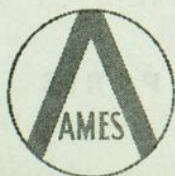
L'acide déhydrocholique (*Decholin*), le plus puissant hydrocholérique connu, fait circuler dans les voies biliaires une bile plus abondante et plus claire en même temps qu'il provoque un relâchement intestinal léger sans action cathartique.

#### POSOLOGIE

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

#### COMPOSITION

Chaque comprimé *Decholin/Belladone* contient  $3\frac{3}{4}$  grs de *Decholin* (marque d'acide déhydrocholique) et  $\frac{1}{8}$  gr. d'extrait de belladone (équivalant à 7 minimes de teinture de belladone).  
Flacons de 100.



AMES Company of Canada, Ltd., Toronto

DB-1

# Spartoval

*Isovalérianate Neutre de Spartéine*

**SEDATIF CARDIO - VASCULAIRE ANTISPASMODIQUE**

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

# Sparto-Camphre

*Campho-Sulfonate de Spartéine et Campho-Sulfonate de Sodium*

**VERITABLE SYNERGIE CARDIOTONIQUE**

*Diurétique et Cardiotonique d'Entretien*

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

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

# Génistéнал

*Ethylphénylbarbiturate Neutre de Spartéine*

**NEURO-SEDATIF & HYPNOGENE «EQUILIBRANT»**

*du Système nerveux végétatif*

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

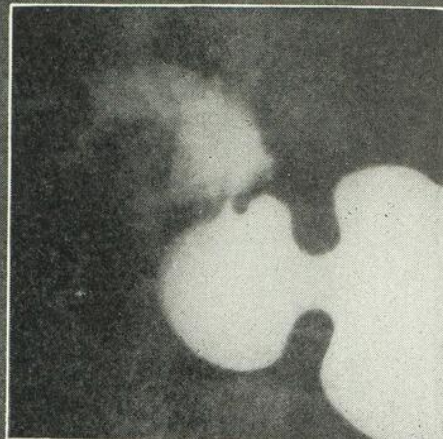
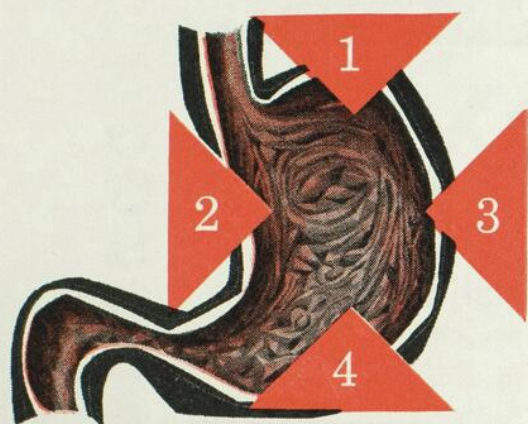
Adultes: 1 à 6 dragées par jour.

— Enfants: ½ à 4

**LABORATOIRES CLIN, COMAR & CIE, PARIS**

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

seul Kolantyl offre  
ce quadruple soulagement  
de l'ulcère peptique.



Aspect d'un ulcère duodénal actif après 12 semaines de traitement ambulatoire avec régime et Kolantyl; l'amélioration clinique est marquée.<sup>1</sup>

Prescrivez Kolantyl pour le prompt soulagement de l'ulcère peptique, de la gastrite et de l'hyperacidité.

**action:**

**Antiacide** (oxyde de magnésium, hydrate d'aluminium) pour soulagement presque immédiat, et neutralisation prolongée de l'acide sans contre-coup.

**Antipeptique** (laurylsulfate de sodium) qui inhibe l'action nérosique de la pepsine et de la lysozyme.

**Antispasmodique** (Bentylol) qui soulage agréablement le spasme douloureux; supérieur à l'atropine.<sup>2</sup>

**Emollient** (méthylcellulose) qui forme un revêtement protecteur sur la région ulcérée.

**composition:**

Une tablette ou 10 cc. de Gel Kolantyl contiennent:

Chlorhydrate de Bentylol . . . 5 mg.  
Gel d'hydrate d'aluminium . . . 400 mg.  
Oxyde de Magnésium . . . . . 200 mg.  
Laurylsulfate de sodium . . . . . 25 mg.  
Méthylcellulose . . . . . 100 mg.

**posologie:**

Prescrivez deux à quatre cuillerées à thé de Gel Kolantyl ou deux tablettes (mastiquées pour action plus rapide) toutes les 3 heures, ou selon le besoin pour procurer du soulagement.

Le Gel est présenté en bouteilles de 12 onces—Les Tablettes, en flacons de 100 et de 500.

1. HUFFORD, A. R.: MICH. STATE MED. SOC. 49:1308, 1950. 2. MC HARDY, G. ET BROWNE, D.: SOU. MED. J. 45:1139, 1952.

\*KOLANTYL, "BENTYLOL" MARQUES DE FABRIQUE.

Comparez la quadruple action de Kolantyl avec votre ordonnance pour l'ulcère peptique

		Kolantyl	Votre ordonnance
1	Antiacide	✓	
2	Antipeptique	✓	
3	Antispasmodique*	✓	
4	Emollient-Antilysozyme	✓	

\*Bentylol—l'antispasmodique Merrell distinctif qui est plus efficace que l'atropine—et dépourvu des "réactions dues à la belladone."

Tous les patients qui vous consultent pour un ulcère peptique veulent du SOULAGEMENT—un soulagement prompt. Seul Kolantyl offre cette quadruple action thérapeutique contre l'ulcère peptique: antiacide, antipeptique, antispasmodique et émollient-antilysozyme.

Assurez à votre prochain patient atteint d'ulcère peptique ce quadruple soulagement économique... prescrivez-lui Kolantyl au goût agréable.

# Kolantyl

New York  
ST. THOMAS, ONTARIO  
Cincinnati



THE WM. S. MERRELL COMPANY . . . Pionnier de la Médecine depuis 125 ans

# 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

# POMMADE MIDY

## SUPPOSITOIRES MIDY

EPINEPHRINE  
STOVAINE  
ANESTHÉSINE  
EX' DE MARRONS  
D'INDE PRAIS STABILISÉ



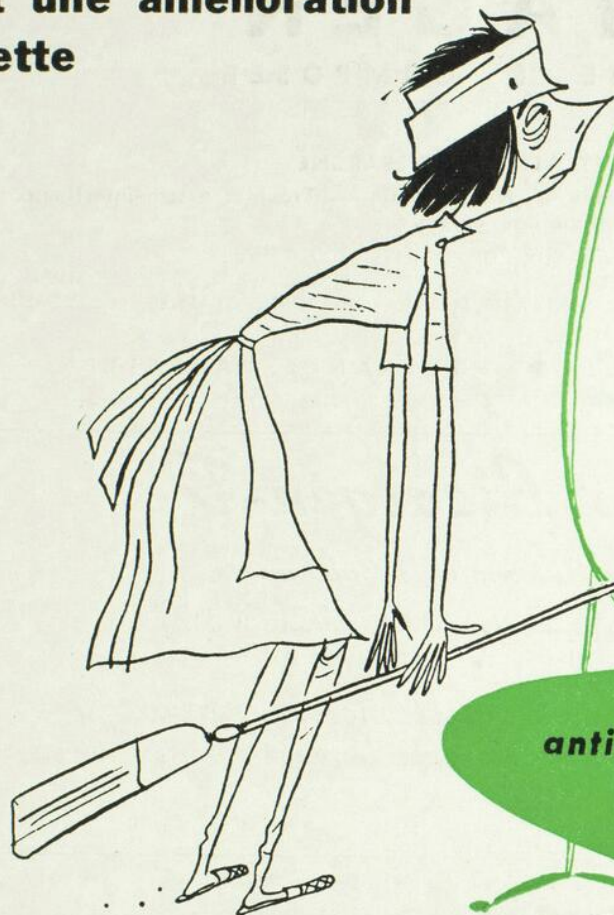
4  
PRINCIPES  
ACTIFS

# HÉMORROÏDES

LABORATOIRES MIDY, 67 AVENUE DE WAGRAM, PARIS, (France)

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

**Vos malades reflèteront...  
une réaction vigoureuse  
et une amélioration  
nette**



**thérapeutique  
antianémique complète  
dans une seule  
capsulette**

# ***armatinic activé***

**vitamine B<sub>12</sub> contient le facteur intrinsèque**

Dans l'Armatinic activé, les facteurs hémopoïétiques s'activent et se renforcent mutuellement pour produire de concert des globules rouges complets.

**A** **THE ARMOUR  
LABORATORIES**

DIVISION DE ARMOUR AND COMPANY  
Distributeur canadien: LAURENTIAN AGENCIES, LTD.  
429, RUE SAINT-JEAN-BAPTISTE,  
MONTREAL 1, QUEBEC, CANADA

Chaque capsulette  
d'ARMATINIC ACTIVÉ renferme:

Sulfate de fer,  
sec . . . . . 200 mg.  
Vitamine B<sub>12</sub> cristalline 10 mcg.  
Acide folique . . . . . 1 mg.  
Vitamine C . . . . . 50 mg.  
Liver fraction II (N.F.) avec duo-  
dénium desséché (contient le Facteur  
Intrinsèque) . . . . . 350 mg.  
Flacons de 100 et de 1000.

**Autre présentation:** Armatinic liquide, en  
flacons de 8 oz. et 16 oz.



# 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<sub>1</sub> — RIBOFLAVINE — PYRIDOXINE — ACIDE NICOTINIQUE — ACIDE PANTOTHÉNIQUE  
LÉCITHINE — AVÉNINE — GLYCÉROPHOSPHATES DE SODIUM, CALCIUM, POTASSIUM, STRYCHNINE

(1/160 gr. à l'once)

SAVEUR AGRÉABLE • TOLÉRANCE PARFAITE

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

## Comprimés Bicalgen-D

*A base de Gluconate de Calcium*

INOSITOPHOSPHATE DE CALCIUM ET MAGNÉSIUM

CÉRIUM OXALATE • VITAMINE D

*Grossesse, Lactation, Vomissements gravidiques*

LE BICALGEN-D, COMPRIMÉ NON AROMATISÉ, PRESQUE INSIPIDE, ENTIÈREMENT SOLUBLE,

EST LE MÉDICAMENT DE CHOIX POUR LA FEMME GRAVIDE.

Dose: Trois à six comprimés par jour.

## \* TRI-SULFA

**Amélioré**

NOUVELLE ASSOCIATION SULFAMIDÉE PERMETTANT DES DOSAGES ADÉQUATS  
SANS DANGER DE CRISTALLURIE

**SULFAMÉTHAZINE,**

**SULFADIAZINE,**

**SULFAMÉRAZINE**

37%

37%

26%

COMPRIMÉS, ADULTES  
à 0.50 gramme du mélange  
par comprimé.

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

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

\*Marque déposée.

DOSE : SELON L'AVIS DU MÉDECIN

## Somenal

COMPRIMÉS À 12 CENTIGRAMMES

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

COMPRIMÉS À 15 MILLIGRAMMES

Butobarbital 7½ mg. }  
Phénobarbital 7½ mg. } par comprimé

NOUVELLE SYNERGIE BARBITURIQUE

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

ÉMOTIVITÉ - INSOMNIE - SPASMES - PHOBIE - ANXIÉTÉ

La Cie  
CANADA DRUG CO.  
Montreal

11 raisons  
pour prescrire  
MANDELAMINE  
dans les infections  
des voies urinaires

**1** Maîtrise la plupart des infections ordinaires en 3 à 14 jours.<sup>1,2,3</sup>

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

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

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

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

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

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

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

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

**10** Les diètes solides ou liquides ne sont pas nécessaires.

**11** Peu coûteux.

*Posologie*

ADULTES: 3 ou 4 comprimés t.i.d.

ENFANTS: proportionnellement.

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

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

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

NEPERA CHEMICAL CO., INC.

Chimistes Fabricants

MERCK & CO. LIMITED

Seuls Distributeurs

MONTRÉAL • TORONTO • VANCOUVER • VALLEYFIELD

## Le traitement à l'ACTH marque un très important progrès...

# DURACTON

ACTH-Carboxymethylcellulose

L'action de l'ACTH

se prolonge

— plus de 36 heures

Des recherches très poussées, s'étendant sur plusieurs mois, ont eu comme résultat la mise au point du DURACTON, un composé dont il est permis de croire qu'il soit la forme d'ACTH à action la plus étendue que l'on ait encore découverte.

Pour obtenir une action à peu près identique à celle que donne l'ACTH pendant 2 jours,

1 injection de DURACTON, 40 U.I. = 6 injections de 20 U.I. d'ACTH ordinaire.

AVANTAGES ÉVIDENTS DU TRAITEMENT AU DURACTON :—

Action soutenue — Une stimulation surrénale prolongée donne une réponse clinique douce et égale.

Economie — En permettant de diminuer le nombre des injections tout en augmentant de beaucoup l'utilisation de l'ACTH, cette forme de thérapie devient accessible à tous et facilite le traitement à domicile ou au bureau.

Sûreté — Le DURACTON est composé d'ACTON X (ACTH-Nordic) hautement purifié. La pureté du produit et les doses plus minimales réduisent à un minimum les réactions secondaires.

Manipulation facile — Le DURACTON est une solution stable, prête à être injectée. Il n'exige ni chaleur ni méthodes spéciales d'administration.

DISPONIBLE EN VIALS : 5 c.c. Multidose 20 U.I. par c.c.

NORDIC BIOCHEMICALS LIMITED

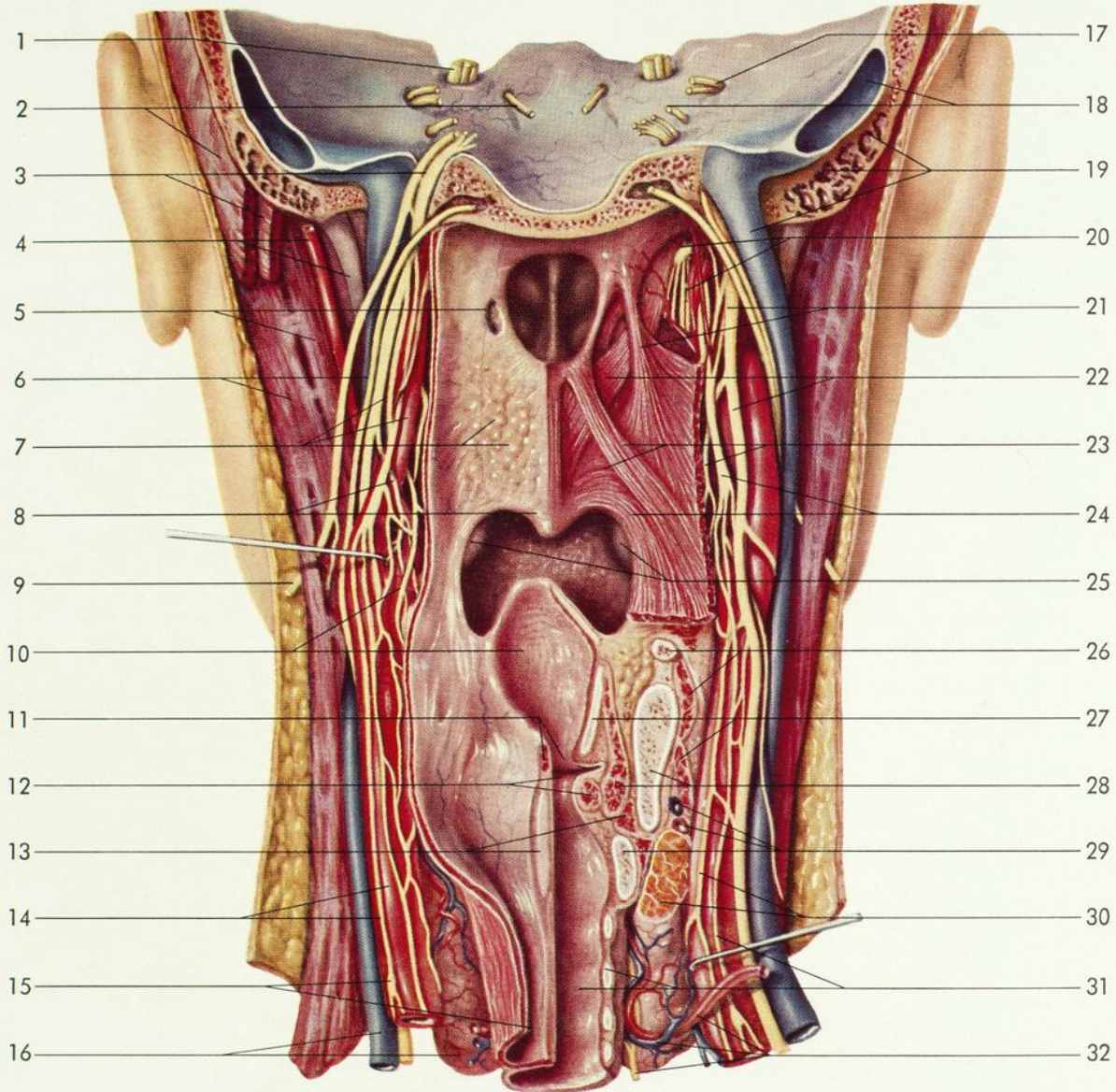
4324, boulevard Saint-Laurent,  
MONTRÉAL, P. Q. Téléphone: PL. 7624

Affilié avec FREDRIKSBERG LABORATORIES LTD., Copenhagen, Danemark.

Dans les Provinces de l'Ouest :  
THE STEVENS COMPANIES  
WINNIPEG • CALGARY • VANCOUVER

Ontario et Maritimes :  
ANGLO-CANADIAN DRUG CO. LTD.  
OSHAWA, ONT.

# La Région Laryngo-Pharyngienne



- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| 1 Nerf trijumeau   | 8 Nerf laryngé supérieur; luette                         | 17 Nerfs facial et acoustique                                    | 26 Grandes cornes de l'os hyoïde; muscle thyro-hyoïdien              |
| 2 Muscle splénius de la tête; nerf moteur oculaire externe                         | 9 Nerf accessoire  | 18 Nerf glosso-pharyngien; portion sigmoïdienne du sinus latéral | 27 Membrane quadrangulaire; muscle sterno-thyroïdien                 |
| 3 Muscle petit complexe; ganglion intra-crânien du pneumogastrique                 | 10 Branche pharyngienne du pneumogastrique; épiglote     | 19 Cellules mastoïdiennes; veine jugulaire interne               | 28 Muscle thyro-aryténoïdien; cartilage thyroïdien                   |
| 4 Artère occipitale; apophyse styloïde   | 11 Muscle aryténoïdien; repli ventriculaire              | 20 Ganglion d'Arnold; artère pharyngée inférieure                | 29 Cartilage cricoïde; artère et veine thyroïdiennes supérieures     |
| 5 Muscle digastrique; orifice pharyngien de la trompe d'eustache                   | 12 Cordes vocales; muscle vocal                          | 21 Muscle salpingo-pharyngien; ganglion plexiforme               | 30 Glande thyroïde (coupe); nerf cardiaque supérieur                 |
| 6 Sternocléidomastoïdien; grand hypoglosse   | 13 Cartilage cricoïde; muscle crico-aryténoïdien latéral | 22 Muscle élévateur du voile du palais; nerf pneumogastrique     | 31 Trachée et cartilage trachéal; tronc sympathique                  |
| 7 Artère carotide interne et nerf carotidien interne; glandes muqueuses du pharynx | 14 Tronc sympathique; artère carotide primitive          | 23 Muscle pharyngo-palatin; nerf laryngé supérieur               | 32 Artère et veine thyroïdiennes inférieures; nerf laryngé récurrent |
|  | 15 Ganglion cervical moyen; œsophage                     | 24 Muscle stylo-pharyngien; ganglion cervical supérieur          |  |
|  | 16 Veine jugulaire interne; glande thyroïde              | 25 Amygdales palatines   |  |

Cette illustration est la reproduction de l'un d'une série de tableaux dus à Paul Peck, illustrant l'anatomie des organes et des tissus le plus souvent atteints par l'infection, dans le traitement desquels l'auréomycine est susceptible de s'avérer utile.

# Auréomycine\*

CHLOROTÉTRACYCLINE

*efficace dans  
les infections des voies respiratoires  
supérieures dues aux  
streptocoques hémolytiques et  
autres organismes.*

PAR VOIE ORALE: Capsules - Sirop - Gouttes

PAR VOIE PARENTÉRALE: Solutions

## LEDERLE LABORATORIES DIVISION

*North American Cyanamid Limited*

5550 AVENUE ROYALMOUNT, VILLE MONT ROYAL

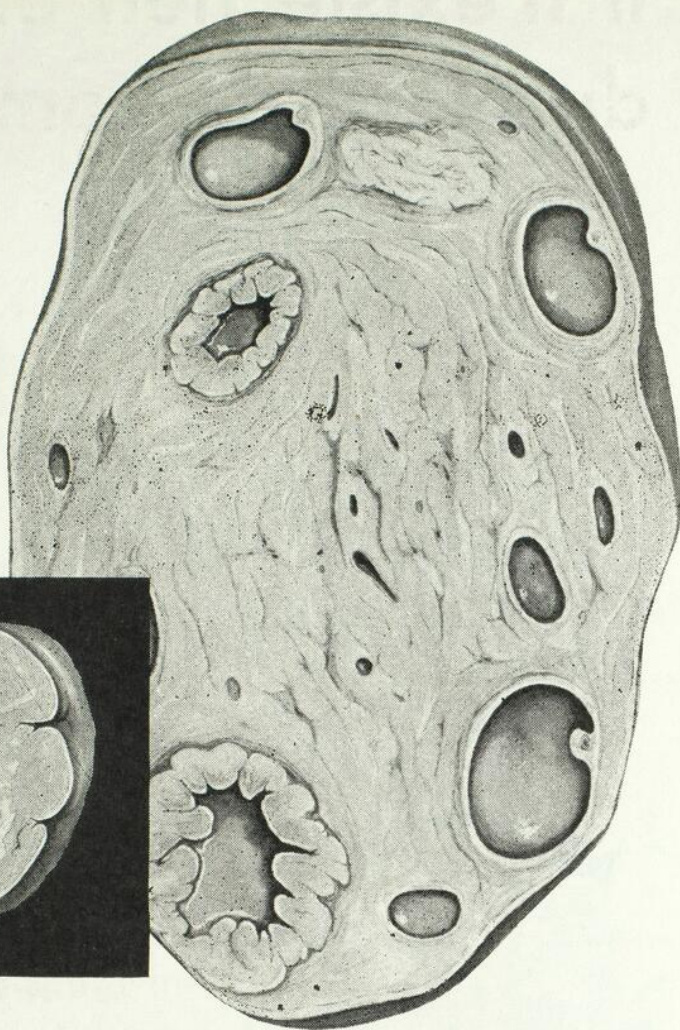
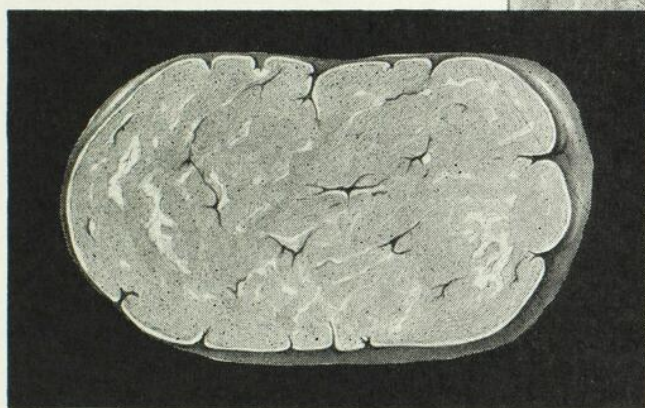
MONTRÉAL, QUÉBEC. Riverside 4-2881

\*Marque Déposée

Imprimé aux États-Unis

*A droite — Ovaire fonctionnel  
chez une femme en puissance  
de fécondité.*

*Ci-dessous —  
Ovaire post-ménopausique,  
constitué surtout par du tissu  
fibreuse et scléreux.*



## La thérapie par le Vallestil<sup>R</sup> à "cible précise"

Le Vallestil peut se décrire ainsi parce qu'il avive une activité estrogénique puissante *dans certains organes seulement.*

Le Vallestil agit fortement sur la muqueuse vaginale mais très peu sur l'endomètre ou l'utérus.

Cette action distincte, *sélective*, aide à comprendre l'incidence exceptionnellement basse des hémorragies utérines, telles que rapportées dans des études récentes, soigneusement contrôlées. Pour cette seule raison, Vallestil est l'indication de choix pour le traitement du syndrome de la ménopause.

Vallestil "contrôle rapidement<sup>1</sup> les symptômes de la ménopause,..." L'effet bienfaisant de la médication est apparu dans les trois ou

quatre premiers jours après son institution, chez la plupart des malades ménopausées. Il y a aussi évidence que la patiente peut être maintenue asymptomatique par une dose quotidienne faible, une fois que les symptômes de la ménopause ont été contrôlés."

La posologie dans la ménopause est de un comprimé (3 mg.) deux ou trois fois par jour; puis de un à deux comprimés par jour aussi longtemps que nécessaire.

1. Sturnick, M. I., and Gargill, S. L.: Clinical Assay of a New Synthetic Estrogen: Vallestil, New England J. Med. 247:829 (Nov. 27) 1952.

SEARLE — *La Recherche au Service de la Médecine.*

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

Il n'existe rien en Amérique  
du Nord de comparable au

*Lastonet...*

MINIMUM DE POIDS

MAXIMUM DE SUPPORT

PRESSION UNIFORME



ÉLASTICITÉ DANS  
TOUS LES SENS



**LIBRE CIRCULATION  
D'AIR  
SUR LA PEAU**

**FABRIQUÉ EN  
ANGLETERRE**

**... Bandes élastiques en coton ...**

**... Bas élastiques en nylon**

S'obtiennent par l'entremise des maisons de produits chirurgicaux les plus importantes et les principales pharmacies au Canada. Écrivez-nous aujourd'hui même et nous vous indiquerons le nom du fournisseur le plus rapproché.

*Distributeurs canadiens:*

**JOHN A. HUSTON COMPANY LIMITED**

**36 - 48 Caledonia Road  
Toronto 10, Ont.**

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

Posologie sédatrice:

1 ou 2 dragées, 2 à 3 fois par  
jour.

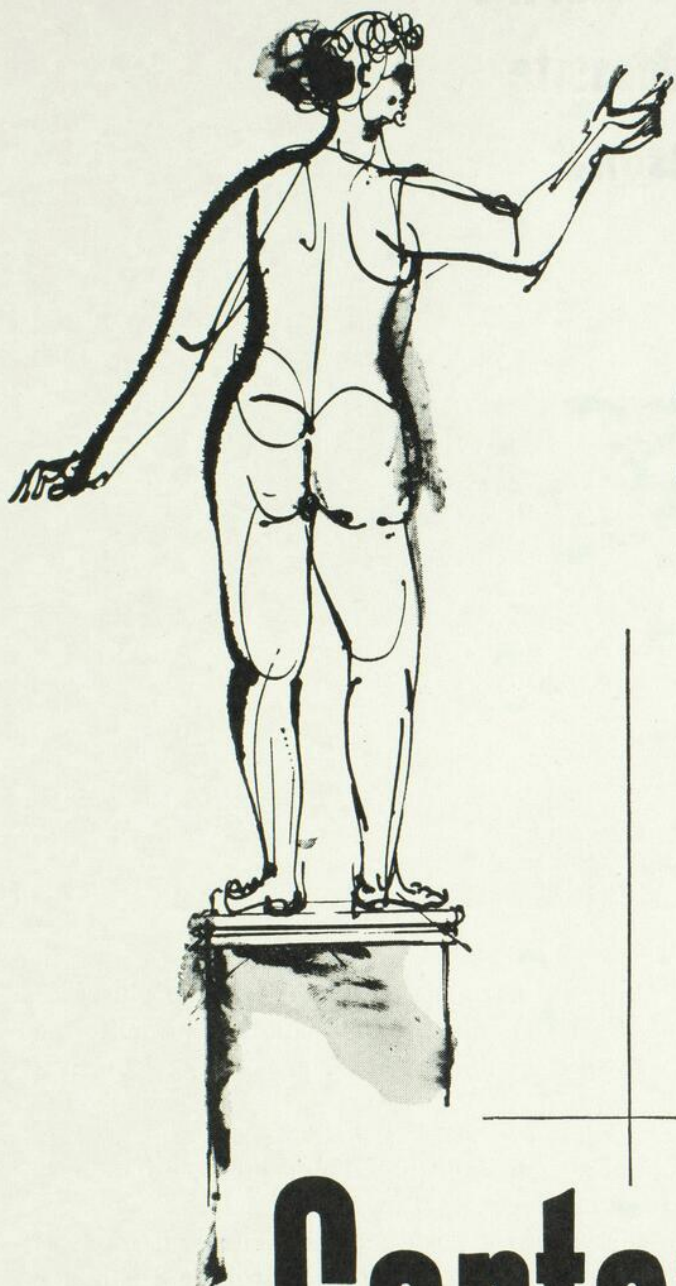
Posologie hypnotique:

1 à 3 dragées au coucher.

**SANDOZ**  
PHARMACEUTICALS

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





**dans les conditions  
dermatologiques  
courantes**

dermatites séborrhéiques  
névrodermatites  
dermatites de contact  
prurit anal et vulvaire  
dermatites atopiques  
(eczémas allergiques)

*maîtrise  
rapide*

*avec* **Cortef**<sup>\*</sup>  
nom de  
l'hydrocortisone  
(composé F)

*Onguent à l'Acétate de Cortef en tubes de 5 g  
Concentrations de 2,5% (25 mg par gramme)  
et de 1,0% (10 mg par gramme)  
Documentation sur demande*

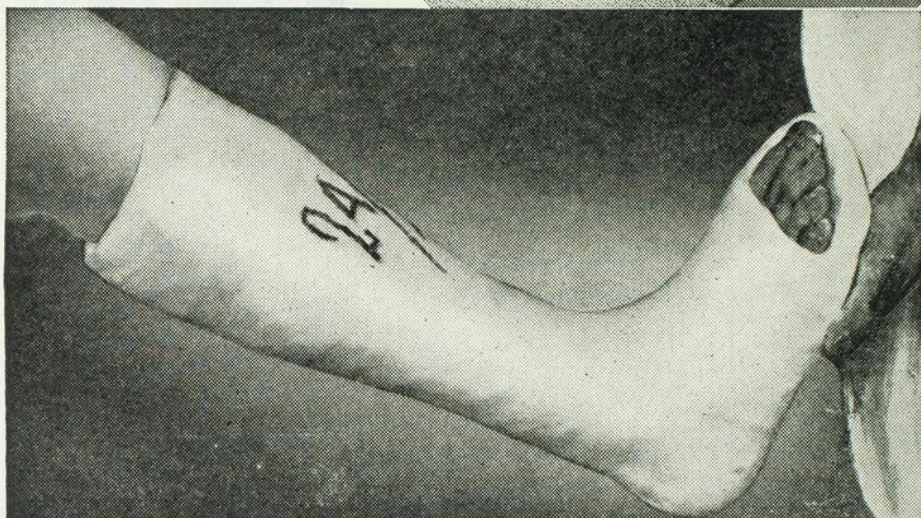
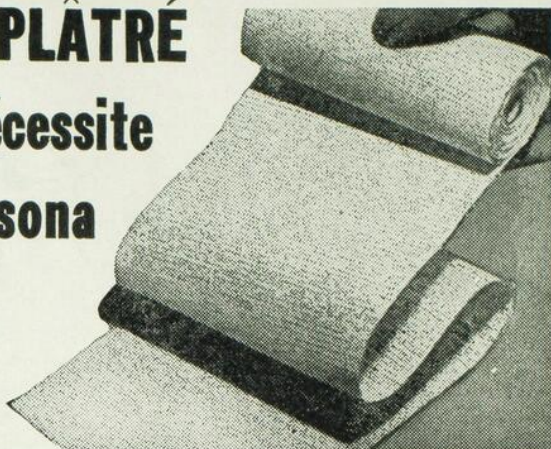
\*MARQUE DE FABRIQUE

**Upjohn**

*Produits Pharmaceutiques Supérieurs Depuis 1886*

THE UPJOHN COMPANY OF CANADA, 384 Adelaide Street, West, Toronto

**Cet APPAREIL PLÂTRÉ  
pour la jambe nécessite  
6 bandages Gypsona**



Grâce à sa haute teneur en plâtre, le Bandage GYPSONA est le plus économique des bandages au plâtre de Paris. De plus, chaque bandage est uniforme et il est possible de déterminer d'avance combien de bandages sont nécessaires pour préparer un appareil plâtré.

Cet appareil plâtré pour la jambe a été exécuté à l'aide de trois bandages Gypsona de 6" x 3 verges et de trois bandages de 4" x 3 verges. Deux bandages de 6" ont été réunis et appliqués sur la partie postérieure du membre et passés sous la plante du pied. Pour compléter l'appareil plâtré, le troisième bandage de 6" a été enroulé autour de sa partie supérieure et les bandages de 4" enroulés autour du mollet, de la cheville et du pied.

**Gypsona**  
Marque déposée

**BANDAGES  
AU PLÂTRE DE PARIS**

**SMITH & NEPHEW LTD.**

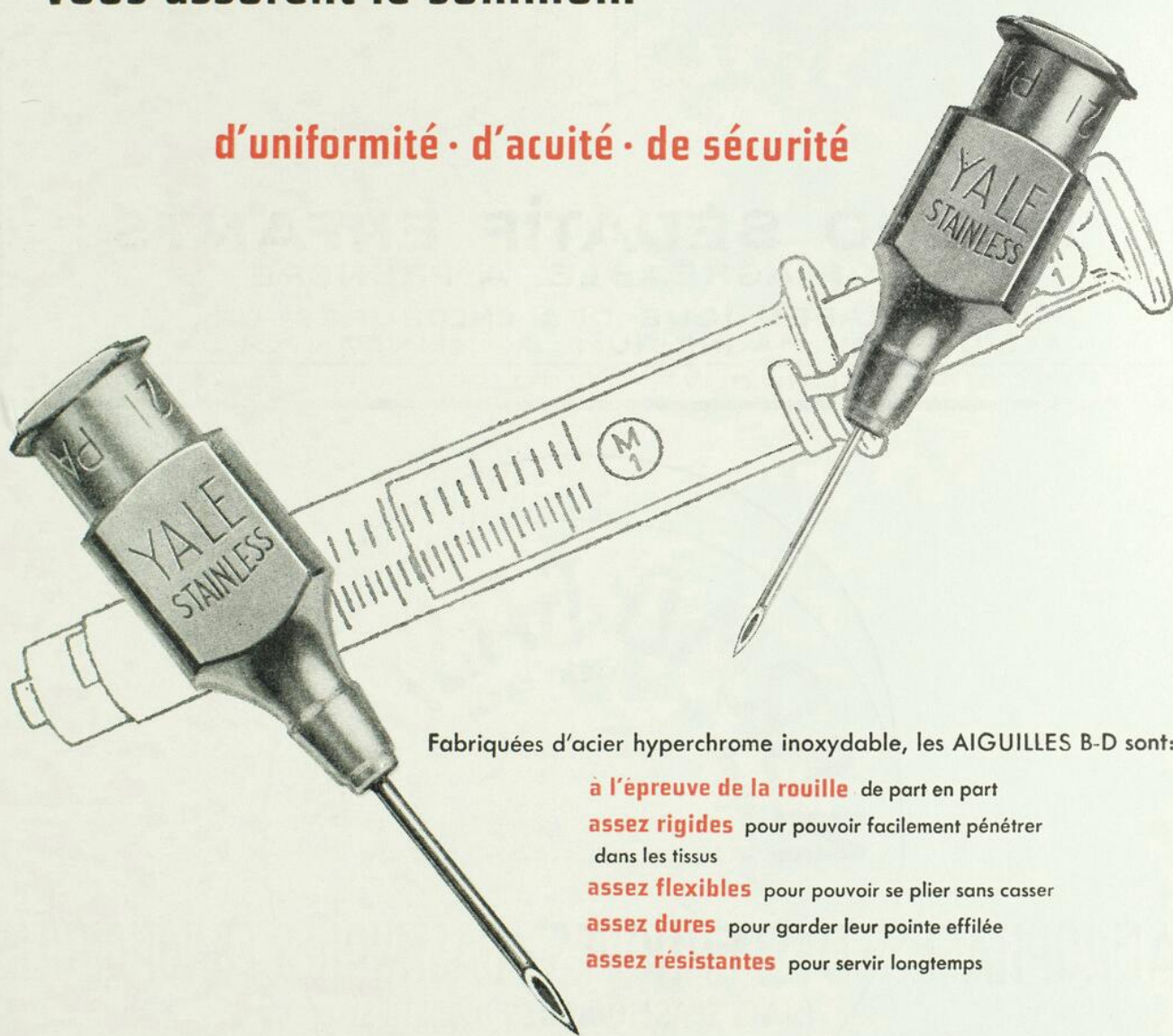
2285, avenue Papineau, Montréal 24, P. Q.

quel que soit le point de vue...

# **B-D** les AIGUILLES

vous assurent le summum

d'uniformité · d'acuité · de sécurité



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

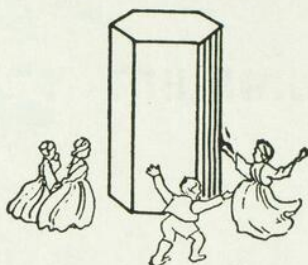
**BECTON, DICKINSON AND COMPANY**

RUTHERFORD, N. J.



B-D EST LA MARQUE DÉPOSÉE PAR BECTON, DICKINSON AND COMPANY

# CALCIUM JOL



## NEURO SÉDATIF ENFANTS

SIROP AGRÉABLE A PRENDRE

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

LABORATOIRES JEAN OLIVE — 200, RUE VALLÉE — MONTRÉAL

**NORMO GASTRYL**

UN COMPRIMÉ CONTIENT EN SELS DE SODIUM

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

**AÉROPHAGES · DYSPEPTIQUES · GASTRIQUES FONCTIONNELS**  
ÉTATS SPASMODIQUES DIGESTIFS

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

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

Laboratoires U.P.S.A. AGEN (France)

Canada : Laboratoires JEAN OLIVE - MONTRÉAL -

**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

*Dans le traitement de l'arthrite, du rhumatisme..*

# **BEREX\***

## **DEUX PRODUITS**

*est indiqué*



*dans les affections arthritiques et rhumatismales opiniâtres et profondes, y compris l'ostéo-arthrite, l'arthrite rhumatoïde, le rhumatisme articulaire aigu, la névrite arthritique.*

*Au cours de 1952, plus de onze cents médecins ont, par tout le Canada, approuvé personnellement la valeur du traitement buccal Berex dans des cas opiniâtres d'affections arthritiques et rhumatismales.*

*Ces expériences en pratique générale ont donné les résultats suivants:*

Ostéo-arthrite... amélioration très prononcée des symptômes dans 85.7 pour cent des cas.

Arthrite rhumatoïde... une amélioration remarquable chez 86 des 108 cas à l'essai... donc 80 pour cent.

Rhumatisme articulaire aigu... on a rapporté des résultats très satisfaisants.

Au milieu de l'abondance des preuves accumulées qui établissent l'analogie des résultats fournis par la salicylothérapie et le traitement à l'ACTH-Cortisone<sup>1</sup>, les salicylates et, plus particulièrement, les succinate-salicylates, s'imposent comme étant le traitement préféré dans les affections arthritiques et rhumatismales. Les résultats convaincants exposés dans la colonne de gauche proviennent en majorité de doses massives et continues de Berex (20 comprimés par jour). Vu la présence du succinate de calcium dans la formule Berex, le traitement buccal Berex se prête particulièrement bien à une administration prolongée en ne provoquant qu'un minimum d'effets secondaires.

*Prouvez-vous à vous-même que le traitement Berex qui s'administre si facilement par voie buccale constitue un moyen sûr et économique de maîtriser les symptômes.*

- (1) Bach, F., Freedman, A., Bernstock, L., Br. Med. Jr., Sept. 13, 1952, pp. 582-86.
- (2) Ichniowski, C. T. and Hueper, W. C., Sc. Ed., J. Am. Pharm. Assn., Vol. XXV, No. 8, pp. 225-30, Aug. 1946.
- (3) Wieland, O., Med. Klin. 44: 1530-32, Dec. 2, 1949.
- (4) Hart, R. E., Bull. Fed. Amer. Soc. Exp. Biol., Vol. 5, p. 182 1946.

**THE PAN PHAR**  
TORONTO

\*  
BEREX PHARMACAL COMPANY DIVISION

pour vaincre la douleur

**PROUVÉS**

*lorsqu'on veut obtenir une action analgésique immédiate et puissante contre les douleurs occasionnées par les affections arthritiques et rhumatismales aiguës, et tout particulièrement dans le traitement des bursites, névrites, fibrosites, sinusites aiguës; pré- et post-opératoirement en chirurgie dentaire et dans tous les cas de douleurs ayant une courte durée et une étiologie fonctionnelle.*

# AMBERMIDE



*est indiqué*

L'ingrédient actif principal d'Ambermide est la salicylamide à laquelle on a ajouté du succinate de calcium en une association bien équilibrée; ce dernier sel est un catalyseur physiologique qui exerce une action stimulante marquée sur le métabolisme tissulaire. L'amide de l'acide salicylique exerce une action déprimante qui est modérément plus rapide et plus profonde que l'acide acétylsalicylique seul<sup>2</sup>, en outre, au point de vue tolérance, cette amide vient en tête de tout le groupe<sup>3</sup>. Si l'on représente l'activité analgésique de l'acide acétylsalicylique par le chiffre 1, celle de la salicylamide exigera le nombre 7.5<sup>4</sup>.

*Par conséquent, il est évident que lorsqu'il s'agit d'un traitement par voie buccale et de courte durée, là où l'on désire une bonne tolérance vs des doses massives et une grande activité analgésique, Ambermide fournira d'excellents résultats.*

*Après avoir été sérieusement éprouvé par quelque quatre cents médecins canadiens, le traitement à l'Ambermide a suscité les commentaires suivants:*

*"a donné des résultats précieux — beaucoup mieux que d'autres médications mises à l'essai"*

*"a rapidement soulagé la douleur"*

*"bien toléré à fortes doses"*

*"aucun effet secondaire et le soulagement se produisit plus rapidement"*

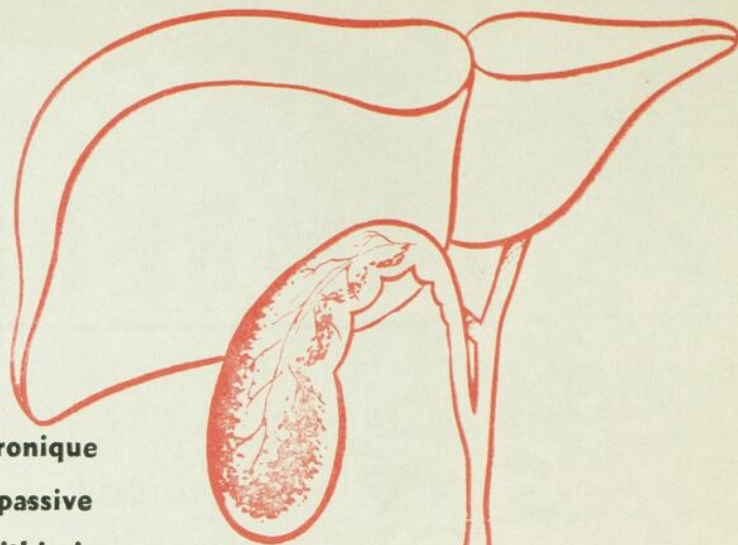
*"supérieur"*

*"moins de réactions gastriques qu'avec les autres traitements"*

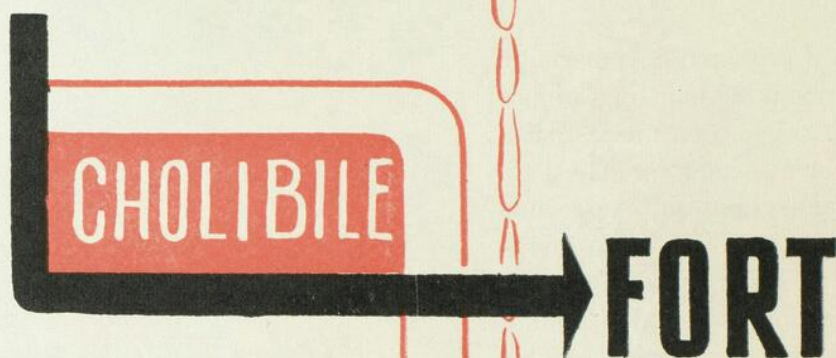
*"des résultats beaucoup plus satisfaisants"*

**CALS LIMITED**

Ambermide s'ingère rapidement. Cette formule est maintenant offerte en comprimés de 2 et de 5 grains... spécifiez la force désirée.



**Cholécystite chronique**  
**Stase biliaire passive**  
**Angiocholite nonlithiasique**  
relèvent de



**FAIBLE**

**FORT**

**Chaque dragée renferme:**

Ac. Déhydrocholique 0.10 Gm.

Cascara Sagrada .... 0.02 Gm.

Chlor. de Thiamine .. 2.00 Mg.

**HYDROCHOLÉRÉTIQUE**  
**PUISSANT**

Laxatif doux

**Chaque dragée renferme:**

Ac. Déhydrocholique 0.25 Gm.

Cascara Sagrada .... 0.05 Gm.

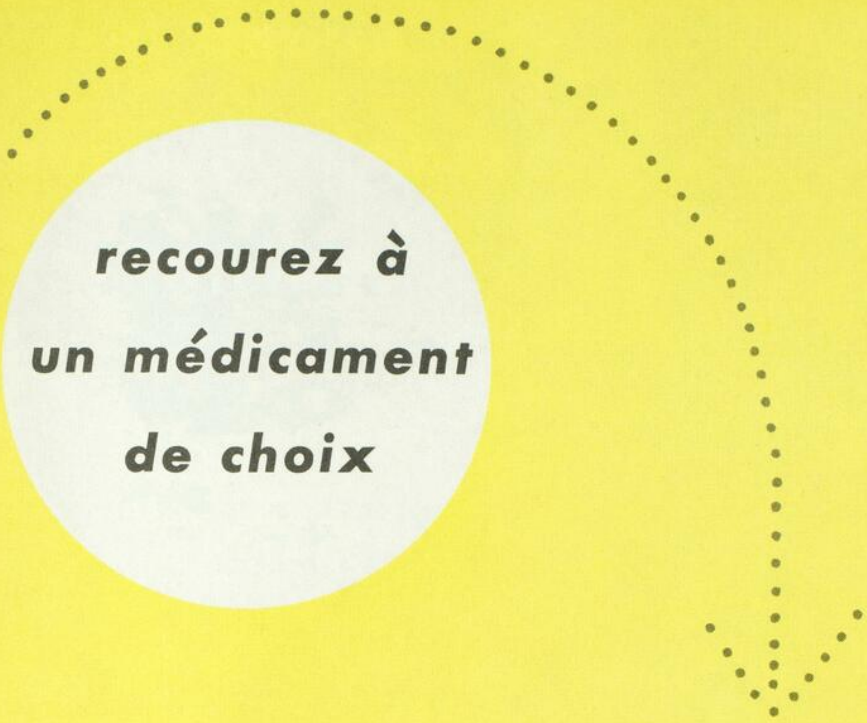
Chlor. de Thiamine .. 5.00 Mg.

**LABORATOIRE BIO-CHIMIQUE, INC.**

**950, avenue Ogilvy, Montréal 15**

quand les  
**staphylocoques**  
résistent





**recourez à  
un médicament  
de choix**

# ERYTHROCIN

MARQUE DE COMMERCE

(Erythromycine Abbott)

*"L'Erythromycine est un antibiotique qui agit bien per os.*

*C'est actuellement l'antibiotique de choix pour traiter les  
infections relevant de souches de staphylocoques résistantes"*<sup>1</sup>

**L'ERYTHROCIN, TRES ACTIVE** contre les staphylocoques, ne l'est pas moins à l'égard des streptocoques et des pneumocoques. Elle risque moins de modifier la flore intestinale normale que les autres antibiotiques donnés per os. Les troubles gastro-intestinaux sont rares et l'on n'a pas signalé d'effets secondaires graves.

**DOSE MOYENNE DE L'ADULTE:** 200 mg. toutes les quatre à six heures. Dragées d'ERYTHROCIN, à l'enrobage spécial, (dosées à 100 et à 200 mg.) offertes en flacons de 25 et de 100 dragées.

**SPECIALEMENT CONCU POUR L'ENFANT:** Suspension d'ERYTHROCIN infantile, agréable au goût, stable.

1. Grigsby, M. E. et al. : Antibiot. & Chemoth., Vol. 10:1029, octobre 1953.

## BULLETIN

---

### INITIATION À LA CONNAISSANCE SCIENTIFIQUE

Le chapitre des nouvelles de la livraison présente de l'Union Médicale du Canada, comporte une riche documentation sur les activités prochaines de nos sociétés scientifiques. Il ne faudrait pas que les efforts énormes déployés par les différents comités d'organisation pour intéresser le médecin, portent à faux et que l'assistance à ces séances soit réduite à un minimum. La meilleure récompense de ceux qui se dévouent à l'œuvre ingrate et inconnue de la préparation de ces réunions est la satisfaction d'avoir fait acte utile et d'avoir su conquérir l'intérêt.

D'ici le Congrès d'Ottawa qui s'annonce déjà comme une manifestation scientifique de première grandeur, il y aura sous peu trois congrès dont le programme déborde les normes habituelles et qui tous trois veulent participer à la diffusion des vérités premières et à la meilleure connaissance de certaines nouveautés diagnostiques et thérapeutiques.

L'*American College of Surgeons* a l'ambition de faire de son congrès de Montréal, celui du 31 mars, des 1 et 2 avril, une manifestation scientifique qui puisse approcher de très près la haute valeur de ses conventions cliniques annuelles.

Les directeurs de cette Association n'ont pas craint d'affirmer qu'ils voulaient faire de la réunion régionale de Montréal l'assemblée de l'année, celle qui ferait époque. Ils se sont chargés, à cet effet, de convoquer pour les conférences publiques les professeurs les plus réputés des Etats-Unis et les auditeurs canadiens pourront ainsi entendre ces maîtres d'outre-frontière qu'ils connaissent déjà par leurs écrits.

Bien que le but premier de cette convention soit d'atteindre et d'intéresser le chirurgien il n'en est pas moins convenu que le médecin puisse y trouver matière, d'autant plus qu'il est devenu le collaborateur indispensable du chirurgien.

La Société Médicale de Montréal, dont les Journées médicales sont depuis 1940 une des manifestations scientifiques les plus fructueuses, prépare pour les 4, 5 et 6 mai 1954 trois journées cliniques dont l'intérêt pratique sera marqué par le choix des thèmes qui y seront développés; urgences abdominales, nouveautés thérapeutiques, nouveautés diagnostiques.

La division de Québec de l'Association Médicale Canadienne organise une autre réunion scientifique, cette fois aux Trois-Rivières et qui se tiendra les 7 et 8 mai 1954. Des invités de marque y feront des conférences éminemment pratiques et ici comme pour les Journées médicales et comme à l'automne au congrès d'Ottawa, on veut faire appel au médecin de famille, attirer son intérêt, retenir son attention et enrichir son actif thérapeutique.

Le public médical est donc invité à de grandes manifestations de l'esprit scientifique. Chirurgiens, médecins, à quelque discipline fragmentée qu'ils appartiennent sont tous invités à venir entendre la parole qui veut instruire et qui cherche à toucher le plus grand nombre. Un auditoire nombreux est souhaitable au Mont-Royal, les 31 mars, 1 et 2 avril, à l'Hôtel-Dieu, à l'hôpital Maisonneuve et à l'hôpital Notre-Dame les 4, 5 et 6 mai ainsi, qu'au Château de Blois les 7 et 8 mai. Les esprits avides de connaissance y trouveront la pâture désirée.

Edouard DESJARDINS.

---

#### LE XXIV<sup>e</sup> CONGRÈS DE L'AM.L.F.C. À OTTAWA - HULL EN SEPTEMBRE 1954

Au service de la profession médicale depuis plus d'un demi-siècle, l'Association des Médecins de Langue Française du Canada est désireuse de continuer avec empressement à diffuser la science médicale aux médecins du pays. C'est une des raisons principales de son existence et elle persiste à soutenir l'impulsion que lui ont imprimée ses dignes fondateurs.

Durant les différentes phases qu'elle a parcourues jusqu'à aujourd'hui, notre Association s'est efforcée d'être utile. Elle cherche toujours à fournir à ses membres les perfectionnements d'une science qui est sans cesse en évolution.

L'Association des Médecins de Langue Française du Canada voit avec un vif plaisir les nombreux congressistes quitter leur pratique médicale quotidienne pour venir rafraîchir leur mémoire durant les trois jours du congrès du début de l'automne. Trois-Rivières, Québec, Sherbrooke et Montréal ont dignement fait leur part et ont pu retirer une grande satisfaction du travail que leurs officiers se sont imposé pour répondre aux désirs de la profession qui est avide de se renseigner complètement.

Et les médecins ont de leur côté manifesté une sympathie, un encouragement à ceux qui se sont donné la peine de préparer un congrès. Pourtant ceux qui s'y dévouent ne demandent rien de plus que de procurer à leurs confrères qu'ils estiment — et leurs actes le prouvent amplement — l'occasion de leur être de la plus grande utilité. Et ils sont récompensés largement de leurs labeurs quand ils voient les auditoires attentifs aux communications scientifiques.

Le souci de faire bien égale la perfection que l'on veut atteindre. L'émulation grandit d'année en année et si les responsables du succès obtenu ont visé au sommet ils ne veulent rien d'autre que d'avoir accompli une tâche digne et honorable.

Cette année 1954 verra s'accomplir un autre événement qui viendra s'ajouter aux précédents et qui sera aussi précieux. En votre nom, nous remercions d'avance ceux qui sont appelés à le préparer et à le présenter. Le congrès de 1954, qui sera le XXIVe, se tiendra les 27, 28, 29 et 30 septembre à Ottawa-Hull sous la présidence du docteur Jean-Marie Laframboise. Le docteur Laframboise n'en est pas à ses premiers essais puisque, en 1938 et en 1948, il a été intimement mêlé à la préparation des congrès qui eurent lieu durant ces années. Il aura pour accomplir sa besogne l'aide d'un professeur de l'Université d'Ottawa, le docteur Henri Robert de Saint-Victor qui a été nommé secrétaire, et du docteur Arthur Powers de Hull, qui occupera la charge de trésorier.

Déjà cette équipe est à l'œuvre depuis quelques mois et préparent pour vous, chers confrères, un événement auquel vous êtes instamment conviés. Votre empressement à répondre à leur invitation dira suffisamment combien vous êtes désireux de manifester votre témoignage d'estime et de gratitude à ces officiers du XXIVe congrès du 27 au 30 septembre 1954.

Le Secrétaire-trésorier général de l'A.M.L.F.C.

# ACTH, CORTISONE ET HYDROCORTISONE EN THÉRAPEUTIQUE<sup>1</sup>

RICHARD LESSARD, F.R.C.P. (C), F.A.C.P.,  
Professeur de Pathologie médicale,  
Université Laval (Québec).

La corticothérapie surrénale qu'elle soit réalisée par une action directe sur la glande elle-même ou par une inter-réaction glandulaire est actuellement du domaine de la pratique médicale courante.

La grande presse, les périodiques à fort tirage ont vulgarisé les découvertes récentes. Le public non averti a été, dès l'abord, enthousiasmé à la publication de résultats aussi spectaculaires surtout dans l'arthrite rhumatoïde qui a la première bénéficié des thérapeutiques nouvelles. Un peu plus tard, prévenu des dangers que comportaient les nouveaux médicaments, surtout de leurs possibilités de déclencher des troubles mentaux divers, il s'est montré beaucoup moins réceptif et souvent s'est alarmé au point de refuser leurs bienfaisantes actions thérapeutiques.

Le temps est arrivé, selon nous, d'effectuer une synthèse de la question. Nous verrons d'abord en quoi consiste l'arsenal thérapeutique actuel de la corticothérapie surrénale, suivra une brève étude de l'action physiologique des médicaments utilisés. Nous précisons ensuite les indications générales, les incidents, les dangers et les contre-indications de ces drogues. Nous terminerons en donnant des notions pratiques sur les voies d'introduction et la posologie des substances qui sont présentement à la disposition des médecins traitants.

La bibliographie publiée sur ces sujets est particulièrement impressionnante. Nous nous sommes efforcé dans la préparation de ce travail de nous en tenir aux faits cliniques et pratiques. Trop de travaux de laboratoires et de recherches sont en cours pour que des idées nouvelles ou des conceptions différentes ne

viennent pas demain ou plus tard troubler la quiétude de nos actions nouvellement acquises ou remettre en question des opinions que nous croyions inattaquables. Nous essaierons quand même de voir où nous en sommes aujourd'hui dans cette question complexe.

## MÉDICAMENTS UTILISÉS

### 1° ACTH

Le lobe antérieur de l'hypophyse fabrique six hormones que l'on peut obtenir sous une forme pure. Ce sont: l'hormone somatotrope, l'hormone thyrotrope, l'hormone corticotrope, la prolactine, l'hormone de maturation folliculaire et l'hormone de lutéinisation. Les trois dernières — prolactine et gonadostimulines — agissent sur les glandes germinatives. Les hormones somatotrope, thyrotrope et corticotrope influencent d'une manière directe ou indirecte le métabolisme.

L'hormone corticotrope (adrénocorticotrophie hormone), ACTH, encore appelée hormone adrénocorticotrope ou corticotropine ou corticostimuline est produite par les cellules basophiles de l'antéhypophyse. Elle a été découverte par Collip, Evans, Sayers et Li. C'est un protide ou un polypeptide qui n'a jamais été reproduit par synthèse. Son extraction des glandes pituitaires de porc, de mouton, de cheval, de bœuf, de baleine reste complexe.

L'ACTH stimule le cortex surrénal. Sa sécrétion serait sous la dépendance d'hormones qui agiraient sur l'hypothalamus qui, à son tour, stimulerait l'antéhypophyse. On titre l'ACTH systématiquement comme l'insuline. L'ACTH n'est pas actif par voie buccale, vu qu'il diffuse et se détruit en quelques heures, il faut fractionner les doses et répéter les

1. Communication au XXIII<sup>e</sup> Congrès de l'A. M. L. F. C., Sherbrooke, septembre 1953.

injections au cours de la journée. On semble avoir réussi à prolonger l'action de la corticotropine en présentant un gel d'ACTH, l'ACTH-retard, dont l'action durerait de 24 à 48 heures.

### 2° Cortisone

Le cortex surrénal sécrète plusieurs substances (appelées corticoïdes) douées d'action biologique. Au point de vue chimique, ces substances nécessaires à la vie se nomment des stéroïdes. La 11-désoxycorticostérone fut le premier des C-21 stéroïdes surrénaliens qui ait été synthétisé. La synthèse fut réalisée avant son identification et son isolement des extraits de la glande surrénale.

Les autres extraits cortico-surrénaliens bien identifiés sont les composés A, B, E, F, S, qui ont été ainsi désignés par Kendall selon les lettres de l'alphabet dans l'ordre où ils avaient été isolés. Ce sont, comme la désoxycorticostérone synthétisée en 1937 par Reichstein et Steiger, des substances ternaires (CHO) contenant 21 atomes de carbone et de nature stéroïdique.

Les composés A, B, S, ainsi que la désoxycorticostérone sont efficaces dans le traitement de l'insuffisance surrénale mais sont sans action dans la thérapeutique des affections inflammatoires ou allergiques.

La cortisone (11 Déhydro-17-hydroxycorticostérone) composé E de Kendall a été isolée des extraits cortico-surrénaliens en 1936 simultanément dans les laboratoires de Kendall, Reichstein et de Wintersteiner. Elle est actuellement produite par voie de synthèse. La cortisone agit comme facteur de remplacement dans l'insuffisance cortico-surrénalienne, a une action sur le métabolisme général ainsi que sur un certain nombre d'affections d'origine inflammatoire et allergique.

### 3° Hydrocortisone

L'hydrocortisone (17-hydroxycorticostérone) composé F serait sinon la principale du moins une des principales substances secrétées par la cortico-surrénale.

L'hydrocortisone serait deux fois plus active que la cortisone dont elle a sensiblement les mêmes actions thérapeutiques. Il ne semble pas impossible que l'hydrocortisone devienne le corticoïde surrénalien de choix dans le traitement des maladies où les 11-17 oxy-stéroïdes sont effectifs. (Thorn et autres).

#### ACTIONS PHYSIOLOGIQUES DE L'ACTH, DE LA CORTISONE ET DE L'HYDROCORTISONE

L'ACTH assume la régulation fonctionnelle du cortex surrénalien. Elle stimule avant tout la formation et la sécrétion des glucocorticoïdes. Le test de Thorn aux éosinophiles nous indique si la réponse cortico-surrénale est normale après administration d'hormone corticotrope. Le test de Thorn consiste à compter les éosinophiles qui sont de 200 à 500 par millimètre cube chez un sujet normal. On injecte par voie intra-musculaire 25 unités d'ACTH. Quatre heures plus tard, une seconde numération des éosinophiles est pratiquée. Si le fonctionnement de la surrénale est normal, l'injection d'ACTH réduit l'éosinophilie de 50 à 70 pour 100.

En pratique, on peut reconnaître que la sensibilité de la cortico-surrénale à l'ACTH, mesurée par le test de Thorn, est une condition nécessaire et exigible pour sa prescription. En l'absence d'éosinopénie, il vaut mieux recourir à la cortisone ou à l'hydrocortisone.

Les actions physiologiques de la cortisone et de l'hydrocortisone peuvent être discutées sous quatre points principaux: leur influence sur les métabolismes intermédiaires, leurs effets sur les tissus spécifiques, sur la croissance et sur les mécanismes de défense (Thorn et al).

Les effets métaboliques des glucocorticoïdes sont les suivants.

Ils modifient le métabolisme de l'eau et des électrolytes, en provoquant une rétention de sodium et de chlorure et une élimination accrue de potassium.

La cortisone et l'hydrocortisone réduisent la tolérance aux hydrates de carbone. On appelle glucocorticoïdes les substances qui ont

cette action que n'a pas l'acétate de désoxycorticostérone. Cette tolérance diminuée augmente la gravité de diabète existant de même qu'elle peut favoriser l'apparition d'un diabète latent.

On note également une plus forte élimination d'acide urique et d'azote.

Avec les glucocorticoïdes, le poids augmente, conséquence soit d'une rétention hydrosaline, ou d'une stimulation de l'appétit qui fait ingérer une plus grande quantité de nourriture. On insiste sur l'engraissement facio-tronculaire cushingoïde (Coste), sur le ballonnement abdominal, sur la mobilisation de la graisse vers le visage, on constate l'arrondissement de la face, facies lunaire, l'existence d'un pannicule adipeux sus-claviculaire et dorsal supérieur, — cou de buffalo —. Ces phénomènes sont plus fréquents dans le sexe féminin.

Les effets de l'ACTH et des glucocorticoïdes sur les tissus spécifiques sont multiples.

Au point de vue sanguin, les éosinophiles diminuent ainsi que les lymphocytes, tandis que les hématies, les réticulocytes et les polynucléaires augmentent.

Des ulcères gastriques ou duodénaux peuvent apparaître durant la corticothérapie surrénale ou des ulcères préexistants peuvent être aggravés.

Il en est de même des glomérulo-néphrites, où on a observé une aggravation de l'hypertension et de l'azotémie.

Sur le système endocrinien, il semble qu'avec l'administration de la cortisone ou de l'hydrocortisone, on note l'atrophie du cortex surrénal et une diminution des 17-cétostéroïdes dans les urines. Les fonctions pancréatiques des sujets normaux ne sont pas altérées.

L'effet psychologique le plus usuel de la corticotropine et des glucocorticoïdes est une sensation d'euphorie, avec augmentation de l'appétit. On note souvent de l'insomnie généralement bien supportée « confortable » (Hench).

La croissance est retardée avec les glucocor-

ticoïdes, il y a un antagonisme entre les glucocorticoïdes administrés en quantités suffisantes et l'hormone somatotrope de croissance. Cette action pourrait expliquer leur influence temporaire dans le développement de certains lymphomes, lymphosarcomes, leucémies, myélomes multiples et dans la maladie de Hodgkin.

L'ACTH, la cortisone et l'hydrocortisone modifient les processus de défense en diminuant les réponses de l'organisme à l'inflammation. Les observations originales de Hench avaient attiré l'attention de ce côté, leurs constatations ont été confirmées par la suite.

Les réactions générales telles que la fièvre, la douleur parfois, l'état toxique sont amoindries ou absentes. Il y a une inhibition des réactions locales et générales de défense aux bactéries, aux multiples irritations et aux stress, ce qui peut modifier l'allure générale de la maladie et masquer les symptômes usuels.

Les effets souvent dramatiques de la cortisone et de l'ACTH dans les allergies sont plus difficiles à interpréter. Il semblerait que ces substances s'opposent à la synthèse des anticorps.

Aux doses usuelles, on note parfois un hirsutisme discret, de l'acné, de la diaphorèse. Quant au retard de la cicatrisation des plaies, il n'a guère de correspondance appréciable en clinique humaine (Coste).

#### INDICATIONS GÉNÉRALES

##### AFFECTIONS RHUMATISMALES ET COLLAGÉNOSES

###### *Arthrite rhumatoïde*

Hench avait constaté que l'ictère et la grossesse provoquaient des rémissions dans l'arthrite rhumatoïde et en était arrivé à la conclusion que la substance responsable de l'amélioration devait être une hormone commune aux deux sexes, possiblement une hormone surrénalienne. Il utilisa, avec d'excellents résultats, la cortisone et l'ACTH à la Clinique Mayo en 1948 pour la première fois chez quatorze patients atteints d'arthrite rhumatoïde.

La raideur musculaire, le gonflement, la douleur articulaire disparaissent rapidement, l'état général s'améliore, l'appétit revient, la vitesse de sédimentation globulaire diminue avec l'ACTH ou les glucocorticoïdes. Si la médication est cessée, il y a malheureusement rechute presque immédiate.

Il faut insister sur le fait que ni la cortisone, ni l'hydrocortisone, ni l'ACTH auront une action sur une lésion articulaire constituée, l'ankylose persistera, les jointures érodées ne redeviendront jamais souples (Copeman).

Lorsque les doses initiales du médicament ont produit leurs effets bienfaisants, il faut les diminuer graduellement jusqu'à la dose d'entretien variable selon les sujets. Cette dose devra être maintenue indéfiniment. Si elle doit, pour une raison ou une autre, être cessée, il faut le faire par étapes, pour éviter certains accidents graves. La rechute est la grande complication du traitement hormonal qui plane sur ses résultats heureux comme une constante menace (Coste).

L'hormonothérapie dans l'arthrite rhumatoïde ne dispense pas d'utiliser la thérapeutique médicamenteuse surtout aurique, les agents physiques et même les ressources de la médecine psychosomatique, surtout utile à la phase de réduction des fortes doses d'attaque.

#### *Rhumatisme articulaire aigu*

Il ne semble pas que les glucocorticoïdes ou l'ACTH guérissent la maladie de Bouillard ni qu'ils diminuent la durée de la maladie. Les symptômes généraux et articulaires sont remarquablement influencés. La péricardite paraît bien réagir au traitement. Il est possible qu'un traitement précoce, intensif et assez longtemps poursuivi puisse empêcher des dommages irréparables sur l'endocarde et le péricarde. Quoiqu'il en soit, la pénicillinothérapie ou les sulfamidés par voie buccale doivent être régulièrement administrés pendant et après le traitement hormonal pour prévenir les récurrences.

#### *Autres affections rhumatismales*

La maladie de Still, la maladie de Reiter-

triade caractérisée par des phénomènes articulaires, une urétrite et une conjonctivite — ont été temporairement améliorées. L'ostéoarthrite n'est pas influencée, la spondylarthrite ankylosante, le rhumatisme psoriasique ne le sont que passagèrement.

Il ne semble pas qu'il y ait actuellement d'avantages pratiques à utiliser la cortisone ou l'ACTH dans la thérapeutique usuelle de la goutte, hors les rares cas qui résistent complètement à la colchicine (Copeman).

Plus justifiables de l'hormonothérapie, seraient la bursite de l'épaule et certains cas du syndrome épaulement de Steinbrocker.

#### *Collagenoses*

Sous le nom générique de maladies du collagène, Klemperer a groupé un certain nombre d'affections d'allure clinique disparate où l'histologie pathologique est identique. Les collagenoses comprennent entre autres, la maladie de Bouillaud, l'arthrite rhumatoïde, la thrombo-angéite oblitérante, la maladie du sérum, le purpura anaphylactique et surtout la périartérite noueuse, le lupus érythémateux aigu disséminé, la dermatomyosite et la sclérodémie. Les phases initiales de la périartérite noueuse, du lupus érythémateux disséminé aigu, de la dermatomyosite et de la sclérodémie peuvent être influencées au moins temporairement par la thérapeutique hormonale.

#### AFFECTIONS OCULAIRES

Les inflammations oculaires aiguës de courte durée réagissent bien à la corticothérapie surrénale. La kératite interstitielle d'origine syphilitique, l'iritis aiguë exsudative, l'iridocyclite bénéficient de l'action médicamenteuse topique. Dans l'ophtalmie sympathique, on doit combiner la thérapeutique hormonale locale et générale. La choréïdite aiguë exsudative est améliorée par les glucocorticoïdes ou l'ACTH.

La cataracte, le glaucome primitif, les rétinites, la fibrinoplasie rétrolenticulaire ne sont pas modifiés dans leur évolution.

## AFFECTIONS ENDOCRINIENNES

La cortisone et l'hydrocortisone constituent le traitement de choix dans l'insuffisance surrénale chronique — maladie d'Addison — et dans la cachexie hypophysaire — maladie de Simmonds. Ces médicaments permettent la survie après une surrénalectomie bilatérale.

Dans le syndrome adrénogénital d'hyper-surréalisme, du à l'hyperplasie surrénalienne bilatérale, ils agissent par un mécanisme différent: ils bloquent l'activité accrue des sécrétions corticales et permettent un fonctionnement hormonal normal.

Ils ne semblent pas utiles dans le traitement de l'hyperthyroïdie et n'influencent pas l'exophtalmie d'origine thyroïdienne. Ils paraissent aggraver le diabète comme nous l'avons déjà vu.

L'insuffisance cortico-surrénale primitive ou secondaire à un mauvais fonctionnement hypophysaire est améliorée avec des doses de cortisone ou d'hydrocortisone beaucoup moindres que celles que l'on utilise dans les autres indications. En endocrinologie, la thérapeutique hormonale de remplacement, telle que réalisée par les glucocorticoïdes synthétiques est toujours plus efficace que la médication stimulante. L'expérience du traitement du myxoedème par les extraits thyroïdiens l'avait déjà prouvé. On peut dire que, dans les affections endocriniennes où il y a altération des fonctions cortico-surréaliennes, la cortisone ou l'hydrocortisone sont un traitement logique et rationnel.

## AFFECTIONS RESPIRATOIRES ET ALLERGIQUES

L'ACTH et les glucocorticoïdes rendent de grands services dans l'asthme. On a rapporté des observations de status asthmaticus aigu où ils ont fait céder des crises d'asthme subintrantes alors que la médication classique avait échoué. On a obtenu des rémissions dans l'asthme bronchique d'origine extrinsèque. Les résultats sont inconstants dans l'asthme intrinsèque, où il y a association d'asthme, de bronchite chronique, d'emphysème pulmonai-

re, avec un certain degré d'hypertension dans le domaine de la petite circulation.

L'ACTH et la cortisone sont utiles dans les granulomatoses pulmonaires: la béryllose et la sarcoïdose.

En présence de tuberculose pulmonaire, il vaut mieux ne pas prescrire d'ACTH ou de glucocorticoïdes. Avec ces médications, il y a généralement aggravation de l'état pulmonaire. G. Saulnier et J.-L. Bonenfant ont rapporté une observation de tuberculose aiguë apparue au cours d'une leucémie aiguë traitée à l'ACTH. La littérature s'enrichit de rapports de réveil de lésions cicatrisées ou de réactivation de lésions qui avaient passé inaperçues avant le traitement.

Les états allergiques suivants: dermatites médicamenteuses, réactions sériques, dermatites de contact, rhinites allergiques sont nettement influencées par l'ACTH ou la cortisone, qu'il faut réserver toutefois pour les formes sévères.

## DERMATOSES

Nous avons vu les résultats que l'on pouvait obtenir dans les allergies avec l'ACTH ou les stéroïdes.

Les manifestations cutanées des collagénoses déjà citées: la dermatomyosite, le lupus érythémateux aigu disséminé, la périartérite noueuse et la sclérodermie sont améliorées surtout si ces affections sont traitées au début de leur évolution. Il en est de même des réactions cutanées d'origine allergique.

Des résultats plus probants ont été obtenus dans la dermatite exfoliatrice et dans le pemphigus surtout dans la variété aiguë.

Le psoriasis, l'eczéma chronique ne sont pas améliorés par l'ACTH ou les glucocorticoïdes (Sulzberger et Baer 1951, Brunsting).

Dans l'ensemble, selon Ereaux, lorsque le début des troubles est récent et que l'affection affecte une évolution aiguë, la réponse thérapeutique à l'ACTH ou à la cortisone est meilleure. Dans les lésions chroniques, les résultats sont beaucoup plus aléatoires.

MALADIES DU SANG ET DES ORGANES  
HÉMOPOÏÉTIQUES

Les leucémies aiguës de l'enfance réagissent mieux aux traitements que celles de l'âge mûr ou de la vieillesse. Les leucémies lymphocytaires sont plus sensibles que les leucémies myélocytaires. Les leucémies aiguës à monocytes ne répondent pas à l'hormonothérapie. L'essai thérapeutique devrait être prolongé au moins trois semaines avant d'être abandonné. Les rémissions, quand elles se produisent, peuvent durer des semaines ou des mois. La rechute cède parfois avec la reprise de la médication. Les leucémies lymphoïdes chroniques paraissent plus sensibles que les variétés myéloïdes.

AUTRES INDICATIONS

L'alcoolisme aigu, le delirium tremens, les brûlures, les néphroses, la cœlite ulcéreuse, certaines toxicomanies ont paru bénéficier de l'action thérapeutique de l'ACTH, de la cortisone ou de l'hydrocortisone. Les travaux en cours permettront sans aucun doute d'élargir ou de restreindre le champ d'activité de ces médicaments.

INCIDENTS, DANGERS, CONTRE-INDICATIONS  
DE L'ACTH, DE LA CORTISONE ET DE  
L'HYDROCORTISONE

Une thérapeutique aussi efficace que l'hormonothérapie cortico-surrénale comporte les

CONDITIONS OÙ UNE RÉPONSE FAVORABLE AU TRAITEMENT  
PAR LA CORTISONE OU L'ACTH PEUT ÊTRE ANTICIPÉE.

*Modifié d'après Dohan.*

<i>Usuelle</i>	<i>Variable</i>	<i>A l'étude</i>
Arthrite rhumatoïde et ses variantes.	Dermatomyosite.	Syndrome épaule-main.
Maladie de Bouillaud.	Lupus érythémateux disséminé.	Bursite.
Allergies.	Sclérodermie.	Ostéoarthrite de la hanche.
Maladies oculaires d'origine inflammatoire.	Périartérite noueuse à leurs phases initiales.	Béryllose.
Pemphigus.	Néphrose.	Dyscrasie sanguines.
Dermatite exfoliatrice.	Certaines leucémies.	Brûlures.
Insuffisance antéhypophysaire.	Certains lymphomes.	Alcoolisme.
Maladie d'Addison.*	Goutte aiguë.	Delirium tremens.
Syndrome adrénogénital.*	Cœlite ulcéreuse.	Certaines toxicomanies.
	Entérite régionale.	

\* Cortisone seulement.

Les lymphosarcomes, le myélome multiple, la maladie de Hodgkin répondent de façon variable à l'ACTH ou aux glucocorticoïdes, l'hormonothérapie ne semble être qu'un adjuvant aux autres modes de traitement usuels.

L'anémie pernicieuse, la chlorose, les chloroanémies ne bénéficient aucunement de l'ACTH ou de la cortisone. On a rapporté des améliorations dans l'anémie hémolytique acquise, dans l'anémie aplastique, dans l'agranulocytose, dans les syndromes agranulocytaires et dans certaines formes de purpuras.

ennuis et les risques inhérents à tout médicament actif. On peut affirmer que, dans l'ensemble, les effets parallèles « side effects » que l'on peut rencontrer sont en rapport direct avec les doses utilisées.

F. Coste, J. Cayla et F. Delbare qui ont fait une étude d'ensemble de la maladie expérimentale causée par l'ACTH et les glucocorticoïdes, la considèrent comme la rançon de leur extrême activité biologique. L'hypercortisonisme est réalisée en pathologie humaine par la maladie de Cushing, l'hormonothé-

rapie cortico-surrénale détermine chez nombre de patients les symptômes d'une maladie de Cushing en miniature heureusement bénigne.

Selon l'importance et la gravité des réactions observées, il convient de les étudier avec Coste sous deux groupes: les incidents et les accidents de la corticothérapie surrénale.

Les incidents morphologiques, tégumentaires, nerveux et endocriniens ont déjà été mentionnés. On constate de l'engraissement facio-tronculaire cushingoïde, de l'acné facial, de la diaphorèse, de l'insomnie non pénible, du diabète stéroïdique.

On a rapporté que certains patients se plaignaient de crampes douloureuses, d'asthénie en rapport possible avec les déperditions azotées et potassiques causées par les hormones. L'hypoménorrhée, la diminution de la libido, l'impuissance sont assez souvent signalées. Des cas de fractures spontanées ont été publiés. Nous ne ferons que mentionner l'euphorie classique des patients traités, à laquelle s'ajoute un certain degré d'excitation mentale discrète.

Des accidents plus sérieux peuvent apparaître au cours de l'hormonothérapie cortico-surrénale. Mentionnons les plus fréquents: l'hypertension artérielle, les réactions thrombo-emboliques, les œdèmes, les états infectieux, les complications digestives, cérébrales, l'épuisement cortico-surrénal.

L'hypertension artérielle est fréquente au cours du traitement. Coste a vu élever la

pression artérielle chez 40,5% de ses malades. Cette élévation tensionnelle cesse avec l'interruption du traitement, la cure hormonale ne semble pas devoir créer d'hypertension artérielle permanente.

Les réactions thrombo-emboliques artérielles et veineuses ont été signalées surtout par Cosgriff et Coste. Il s'agit le plus souvent de thromboses veineuses des membres inférieurs. L'accident survient soit pendant la durée du traitement ou même après sa cessation.

Les œdèmes ont été observés avec l'ACTH ou les glucocorticoïdes, ils sont parfois assez accentués pour justifier l'usage des diurétiques mercuriels et des résines désodées; l'administration du chlorure de potassium est à conseiller.

Divers états infectieux ont été rapportés au cours de l'hormonothérapie surrénale. Les infections à virus seraient aggravés. L'ACTH ou les glucocorticoïdes masquent les réactions de l'organisme, et la maladie infectieuse évolue sous une forme asthénique qu'il ne faut pas méconnaître. Le problème se réduit à l'infection tuberculeuse qui est presque toujours aggravée par l'hormonothérapie cortico-surrénale.

Les complications digestives signalées, abcès sous-phréniques à la suite d'une cœlite ulcéreuse, apparition d'un ulcère duodénal ou gastrique, aggravation d'un ulcère existant au préalable sont aussi fréquentes avec l'ACTH ou la cortisone en injections parentérales qu'avec la cortisone par la bouche.

FRÉQUENCE APPROXIMATIVE DES EFFETS PARALLÈLES  
"SIDE EFFECTS" RENCONTRÉS APRÈS QUELQUES SEMAINES  
DE TRAITEMENT PAR LA CORTISONE OU L'ACTH.

*Modifié d'après Dohar.*

<i>Commune</i>	<i>Fréquente</i>	<i>Rare</i>
20 pour cent des cas.	5 à 20 pour cent des cas.	5 pour cent des cas ou moins.
Rétention liquidienne.	Acné.	Troubles du caractère.
Hypopotassémie.	Hirsutisme.	Céphalée.
Facies lunaire.	Hypertension.	Convulsions.
Boulimie.	Glycosurie.	Vision obscurcie.
Insomnie.	Fatigue musculaire.	Allergie.
	Euphorie.	
	Diaphorèse.	

Les complications cérébrales qui ont reçu le plus de publicité sont moins fréquentes qu'autrefois. Elles se manifestent sous forme d'altération globale, d'obscurcissement de la conscience avec une symptomatologie confuso-onirique (Coste et Lauras). Leur symptomatologie se rapproche de ce que l'on observe dans les psychoses puerpérales, où le fonctionnement surrénalien est intensifié. Il y a presque toujours à l'origine des troubles psychosiques qui surviennent lors de l'hormonothérapie cortico-surrénale un état de prédisposition individuelle ou familiale, un terrain mental particulier. Les crises comitiales paraissent plus fréquentes dans le lupus érythémateux aigu qu'ailleurs.

Enfin on a insisté sur l'épuisement cortico-surrénal après une thérapeutique prolongée. Il faut donc diminuer l'ACTH ou les glucocorticoïdes par étapes pour éviter le « withdrawal syndrome » avec les ennuis sérieux qu'il peut comporter.

Les contre-indications absolues à la thérapeutique par l'ACTH peuvent être énumérées de façon sommaire: les psychoses, les glomérulo-néphrites, les ulcères digestifs, la tuberculose active ou encore susceptible d'évolution, la maladie de Cushing. L'insuffisance cardiaque, l'hypertension artérielle, le diabète, les affections qui ont été longtemps traitées par la cortisone où il y a danger d'épuisement du cortex surrénal constituent des contre-indications relatives.

Les contre-indications à l'usage de la cortisone ou de l'hydrocortisone sont identiques à celles que nous avons mentionnées pour l'ACTH.

VOIES D'INTRODUCTION ET POSOLOGIES DE  
L'ACTH, DE LA CORTISONE ET DE  
L'HYDROCORTISONE

*ACTH*

Il existe actuellement deux préparations d'ACTH que l'on peut utiliser en thérapeutique clinique: l'ACTH à action rapide et l'ACTH-retard.

L'ACTH à action rapide est présenté sous forme de poudre lyophilisée que l'on dissout

dans un soluté salin ou dans de l'eau distillée au moment de l'emploi. On peut injecter la solution par voie sous-cutanée, intra-musculaire la plus classique ou intra-veineuse. Si on veut obtenir une stimulation cortico-surrénalienne continue, il faut répéter les injections à toutes les six ou huit heures.

L'ACTH est titré en unités U.S.P.; par définition, une unité de la United States Pharmacopoeia correspond à une unité internationale.

Il est difficile, vu la variabilité de la réponse surrénalienne, de conseiller une posologie fixe. La dose moyenne journalière est de 40 à 80 unités réparties en trois ou quatre injections. Les doses initiales pourront dans certains cas atteindre 200 unités par jour. Lorsque la rémission clinique est obtenue, la dose journalière doit être régulièrement diminuée de 5 unités à intervalles de trois à cinq jours jusqu'à la dose minimale utile. Malheureusement il sera toujours nécessaire d'injecter deux ou trois doses journalières d'ACTH à action rapide pour obtenir une stimulation cortico-surrénale non interrompue. Des résistances à l'ACTH injecté par voie intra-musculaire ont été signalées.

On préconise l'administration de l'ACTH en perfusion intraveineuse lente: 20 unités d'ACTH sont injectées dans 500 cc d'une solution glucosée à 5%, l'injection est étendue sur une période de huit heures. La perfusion lente d'ACTH permet avec une dose moindre de réaliser une stimulation corticale identique à celle que l'on atteint avec les injections itératives intra-musculaires du même produit avec des doses beaucoup plus élevées.

L'ACTH-retard consiste dans l'association d'une hormone très pure avec de la carboxyméthylcellulose. La voie intra-musculaire est utilisée. Une dose de 40 unités du gel d'ACTH-retard correspond sensiblement à une perfusion intraveineuse d'une durée de 8 heures de 20 unités d'ACTH lyophilisé. La durée de l'action bienfaisante de l'ACTH-retard varierait entre vingt-quatre et quarante-huit heures.

*Cortisone*

La cortisone est prescrite sous forme d'acétate de cortisone. Il y a quatre présentations thérapeutiques courantes: comprimés pour voie orale contenant 5 ou 25mg. d'acétate de cortisone; microsuspension d'acétate de cortisone dans un soluté salin physiologique contenant 25 ou 50 mg. par centimètre cube pour la voie intra-musculaire; une solution ophtalmique à 0,5% ou 2,5% d'acétate de cortisone enfin un onguent ophtalmique à 1,5% dans une base de vaseline. Des tentatives ont été faites dans le but de préparer des solutions de cortisone dans de l'alcool pour usage intra-veineux.

Il est amplement prouvé que, chez l'homme, les effets métaboliques et thérapeutiques de doses journalières équivalentes d'acétate de cortisone ne sont pas tellement différents que l'on utilise la voie buccale ou les injections intramusculaires (Thorn et collaborateurs). Les doses initiales journalières du traitement d'attaque avec l'acétate de cortisone varient de 150 à 300 mg. Avec les préparations pour usage intra-musculaire, une injection par jour est habituellement suffisante. Lorsqu'on utilise la voie buccale, l'hormone doit être prescrite à intervalles réguliers, soit toutes les six ou huit heures. Dès que l'on note une amélioration des signes physiques et des symptômes fonctionnels, il faut, par étapes successives et prudentes, réduire les doses journalières d'acétate de cortisone. On doit procéder par échelons successifs en diminuant la quantité injectée ou absorbée de 10 à 12,5 mg. aux intervalles de trois à cinq jours. L'acétate de cortisone ne doit jamais être cessée brusquement; d'un autre côté, si le médicament doit être continué longtemps comme dans certaines affections rhumatismales, la dose minimale utile — dose-seuil d'entretien — ne doit pas être dépassée, elle est d'environ 62,5 à 50 mg. par jour.

Pour le traitement local, les collyres et les onguents sont destinés essentiellement à l'usage ophtalmique. La thérapeutique topique cutanée ou intra-articulaire avec l'acétate de

cortisone n'a guère été suivie de résultats probants. Il en a été de même des tentatives d'utilisation de l'hormone cortisonique en aérosols dans le traitement de l'asthme.

*Hydrocortisone*

L'acétate de hydrocortisone est actuellement utilisable sous formes de comprimé, de suspension saline et de pommade. Les tablettes pour usage buccal contiennent 20 mg. d'acétate de hydrocortisone; la microsuspension saline correspond à 25 mg. par centimètre cube; la pommade à 2,5% est utilisée en application topique dermatologique ou en collutoire dentaire.

L'acétate de hydrocortisone *per os* a au moins la même efficacité que l'acétate de cortisone. Elle serait relativement dénuée de l'action euphorique obtenue avec l'usage du composé E, ce qui permet de se demander si son emploi thérapeutique fera courir aux sujets traités un risque moindre d'accidents mentaux (Coste).

La suspension microcristalline d'acétate de hydrocortisone dans un soluté salin est surtout utile en injection intra-articulaire dans le traitement des lésions localisées non infectieuses. La dose varie de 10 à 50 mg. et la durée de l'amélioration clinique est variable de trois à vingt et un jours. On a obtenu de bons résultats dans l'arthrite rhumatoïde, traumatique, goutteuse, l'ostéoarthrite, la bursite aiguë et même dans la pleurésie compliquant un lupus érythémateux.

La thérapeutique locale par l'acétate de hydrocortisone a été suivie de résultats heureux dans les lésions du segment antérieur de l'œil. Des pommades ont été utilisées avec succès dans certaines dermatites atopiques et dans certaines lésions gingivales.

Les injections intra-musculaires d'acétate de hydrocortisone ne sont pas utiles à cause de l'absorption trop lente du produit. Enfin une solution alcoolique d'hydrocortisone prescrite en solution intra-veineuse serait beaucoup plus efficace, à posologie égale, que la cortisone ou l'acétate de hydrocortisone.

CESSATION DE LA MÉDICATION

Certains ennuis peuvent se rencontrer dans l'administration de l'ACTH ou des glucocorticoïdes. Ils ont surtout été mis en évidence au cours du traitement des affections rhumatismales. Outre les effets secondaires ou parallèles déjà mentionnés, certains patients sont déçus lorsque les doses d'attaque sont diminuées et craignent que l'amélioration quasi dramatique observée ne se maintienne pas, aussi plusieurs médecins ne prescrivent plus le traitement initial conseillé par Hench: 300 mg. de cortisone pour la première journée, 200 mg. pour la seconde et 100 mg. les autres jours. La même posologie diminuée serait à conseiller, pour les mêmes raisons, avec l'hydrocortisone ou l'ACTH.

La cessation de la thérapeutique cortico-surrénale peut comporter deux incidents à connaître. L'inertie cortico-surrénale qui apparaît après l'usage prolongé des glucocorticoïdes et qui se dissipe en 2 à 8 semaines. Et surtout le syndrome de — sevrage-withdrawal syndrome — qui est caractérisé par de l'asthénie, des phénomènes dépressifs, la recrudescence des douleurs et des raideurs articulaires, l'anorexie et même un certain état de collapsus circulatoire.

En cas d'urgence médicale, gynécologique ou chirurgicale, les patients soumis à l'hormonothérapie cortico-surrénale doivent continuer à recevoir le médicament à la même dose ou même durant quelques jours à une dose accrue pour éviter que les accidents du syndrome de sevrage additionnent leurs effets nocifs à ceux de l'affection en cours.

En conclusion, l'ACTH et les glucocorticoïdes — cortisone, hydrocortisone, — sont des substances actives et efficaces. Leur champ d'action thérapeutique est étendu. En clinique, avec la corticothérapie surrénale, le danger demeure dans les affections chroniques, d'asservissement à la drogue, danger qui paraît beaucoup plus grave que celui des *side effects* qui doivent, selon Hench, être respectés mais non craints outre mesure.

BIBLIOGRAPHIE

- CIBA SYMPOSIUM: *Brève orientation sur les hormones antéhypophysaires*. 1: (avril) 1953.
- W. S. C. COPEMAN: *Cortisone and ACTH in clinical Practice*. Butterworth, 1953.
- F. COSTE, J. CAYLA et F. DELBARRE: *Cortisone et corticostimuline (ACTH) en rhumatologie*. Masson, édit., 1953.
- F. C. DOHAN: *General aspects of ACTH and Cortisone therapy in Advances in Medicine and Surgery from the graduate school of Medicine of the University of Pennsylvania*. Saunders, 1952.
- M. FISHBEIN: *Cortisone and ACTH*. Britannica Book of the Year, 1952.
- MERCK: *Maruel sur la cortisone*. Montréal, 1953.
- G. SAULNIER et J.-L. BONENFANT: Tuberculose aiguë au cours d'une leucémie aiguë traitée à l'ACTH (avec autopsie). *Laval Médical*, 16: 10, 1951.
- G. W. THORN, W. JENKINS, J. C. LAIDLAW, F. C. GOETZ, J. F. DINGMAN, W. L. ARONS, D. H. P. STREETEN et B. H. McCracken: Pharmacologic aspects of adrenocortical steroids and ACTH in Man. *The New Eng. Journal of Med.*, Nos 6, 7, 8, 9, 10 14, 15, 1953.

## À PROPOS DE L'ÂGE DU CANCER

Carlton AUGER (Québec).

Tout médecin sait par expérience qu'il n'y a pas d'âge pour le cancer. Il a vu des nourrissons avec un cancer rétinien et connaît des vieillards avec leurs épithéliomas basocellulaires. On lui a appris aussi que le cancer fait ses plus grands ravages parmi les hommes en pleine activité et parmi les mères d'adolescents. Pour lui, un malade entre 35 et 65 ans doit être suspect de cancer jusqu'à preuve du contraire. En 1942, Huguenin et Berthon (1) ont étudié 9 620 cas de cancers en regard de l'âge et selon eux leurs statistiques « mettent en lumineuse évidence qu'avant l'âge de 50 ans sont déjà apparus plus de 50 pour 100, en moyenne, des cancers ». Ces résultats, disent-ils, confirment l'enseignement du professeur Roussy: « la période d'élection du cancer oscille autour de la quarantaine et le cancer est d'autant plus rare que le vieillard avance en âge. » La véracité de ces énoncés a été mise en doute par Lumière, de Lyon (2) et Imbert, de Marseille (3). Une génération humaine fait son plein à la naissance; les années ultérieures la moissonnent et l'amointrissent progressivement. Ces auteurs ont signalé avec justesse que si le nombre absolu des cancers baissait sensiblement après la soixantaine, la fréquence du cancer ne diminuait pas avec l'âge. Au contraire la comparaison entre les chiffres des cancéreux suivant l'âge et la courbe de la population totale démontre clairement que l'homme de 80 présente plus fréquemment un cancer que celui de 40. Les statistiques américaines récentes arrivent aux mêmes conclusions. Plus on avance dans la vie, plus fortes sont les chances de développer un cancer.

\*

\* \*

Les cancers du tube digestif, de la glande mammaire, de l'utérus, de la peau et du poumon, inscrits à l'Institut du Cancer de l'Université Laval pendant les années 1950-51-52, ont été compilés suivant l'âge des patients et

divisés en groupes couvrant des périodes de 5 ans (tableau 1). 1 422 dossiers, où le diagnostic de malignité avait été établi par un examen histologique, ont servi à cette classification. Ces statistiques, faites sur des cas hospitalisés à l'Hôtel-Dieu de Québec, à l'Hôpital du Saint-Sacrement, à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus et à l'Hôpital Saint-François d'Assise ainsi que sur les cas vus à l'Institut d'Anatomie pathologique de l'Université Laval, n'indiquent pas la fréquence réelle en général de ces types de cancers pour la région de Québec. Le petit nombre des localisations cutanées et pulmonaires est en effet surprenant.

Dans ce matériel, la majorité des cancéreux se rencontrent entre 40 et 70 ans avec le chiffre le plus élevé pour le groupe 55-60 ans (fig. 1). Si le nombre des cancéreux pour chaque

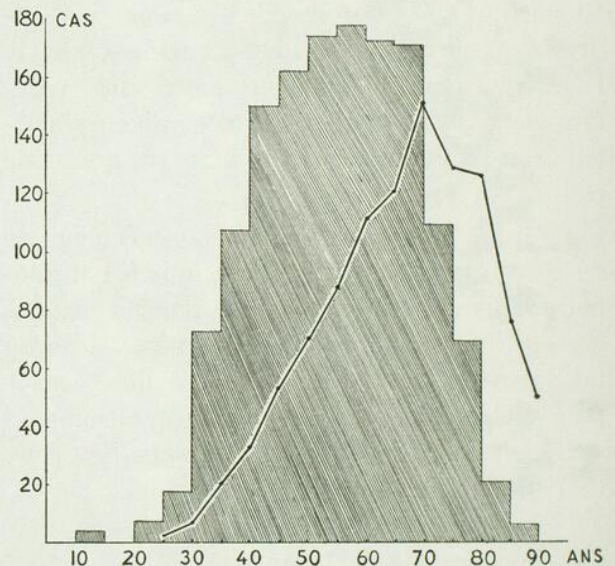


Figure 1.

(Dans les figures 1, 3 et 4, la ligne pleine indique le rapport entre le nombre de cancers par âge et la courbe de la population totale.)

groupe est comparé avec la courbe de la population totale (4) pour la ville de Québec et les comtés avoisinants (fig. 2) l'image devient tout à fait différente (fig. 1). La fréquence augmente progressivement de 25 à 70 ans;

c'est entre 70 et 80 ans plus qu'à toute autre époque de la vie que l'on rencontre le plus de cancers; il devient évident qu'à 70 ans, on a quatre fois plus de chances de faire un cancer qu'à 40; et même le vieillard de 80 est plus

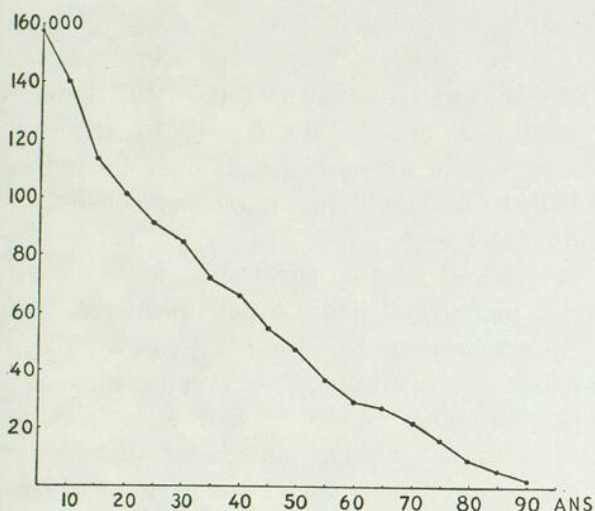


Figure 2. — Courbe de la population totale suivant l'âge, pour la ville de Québec et la région desservie par l'Institut du Cancer de l'U. L. (32 comtés).

susceptible que l'homme de 65 ans de souffrir d'une tumeur maligne. Après 80 ans, la courbe baisse brusquement. Ce fait a déjà été remarqué par plusieurs. Lumière (2) voit une explication dans le petit nombre de cancers compilés pour ces âges. On sait en effet toute l'importance de la loi des séries et les coïncidences dans les investigations portant sur des chiffres peu élevés. Waugh et Fisher (5) remarquent que le vieillard est moins souvent hospitalisé et surtout subit plus rarement des

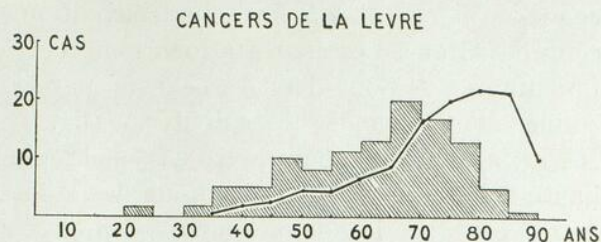


Figure 3.

interventions chirurgicales. Nos statistiques portent presque exclusivement sur des malades d'hôpitaux et pour le très grand nombre, sur des cas chirurgicaux.

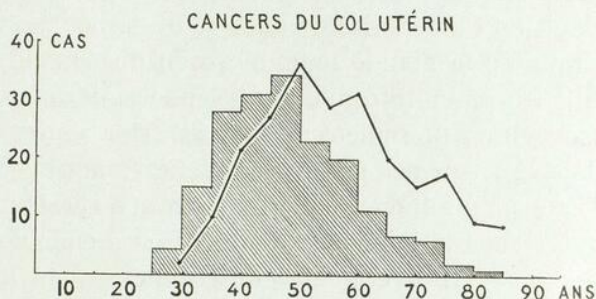


Figure 4.

Cette loi générale de l'augmentation progressive de la fréquence du cancer avec l'âge est vérifiée dans plusieurs cas, mais pas dans tous, quand les mêmes méthodes sont appliquées à l'étude des différents types de cancer. Ainsi pour le cancer de la lèvre (fig. 3) la courbe de la fréquence vraie croît graduellement jusqu'à 80 ans. L'homme de 80-85 ans, selon nos statistiques, présente en réalité 14 fois plus souvent un épithélioma de la lèvre que celui de 40 ans, 5 fois plus souvent que

TABLEAU 1

Ages	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	Total
Lèvre.....			2		2	5	5	10	8	11	13	20	17	13	5	1	112
Estomac.....			1	5	6	12	11	20	21	33	33	42	19	10	2		215
Côlon.....			1	1	4	4	10	8	13	15	9	9	4	1		1	80
Recto-sigmoïde.....	3			1	6	7	12	13	28	27	32	28	20	8	3		188
Col utérin.....				4	15	28	31	34	23	20	11	7	6	2	1		182
Corps utérin.....			1	1	2	6	9	17	16	17	18	11			1		105
Glande mammaire.....			2	5	33	44	63	49	48	37	31	34	14	24	6		390
Peau.....				5	1	4	7	8	8	16	16	19	10	3	4		101
Poumon.....					1	5	4	9	10	10	5	4	1				49
Total.....	3		7	17	73	108	150	162	174	178	173	172	109	69	21	6	1422

celui de 55 ans et 2,5 fois plus souvent que celui de 65 ans. Les constatations sont tout à fait différentes pour d'autres cancers, par exemple pour le cancer du col utérin (fig. 4). Ici le plus grand nombre de cas et la plus haute fréquence réelle sont autour de 50 ans. Après cet âge, les deux courbes décroissent régulièrement et la femme de 65 ans a moins de chances de faire un cancer cervical que celle de 40 ans. Il est possible que cette variabilité de la distribution suivant l'âge pour des cancers à localisations différentes soit en rapport avec des facteurs étiologiques. Quand il s'agit de cancers des organes génitaux, par exemple de la glande mammaire ou du col utérin, la possibilité d'une dysendocrinie nous vient immédiatement à l'esprit. Les cancers dont la fréquence progresse régulièrement avec l'âge comme le cancer de la lèvre, ne seraient guère sous la dépendance de facteurs endogènes, mais trouveraient leur étiologie dans le milieu externe. A mesure que nos connaissances s'améliorent sur le cancer en général, il devient évident que de plus en plus de tumeurs se développent sous l'action de cancérogènes exogènes à l'organisme et que les « environmental cancers » sont de plus en plus nombreux » (6).

Si les chances de faire un cancer augmentent à mesure que l'homme avance dans la vie, il ne faut pas oublier que les jeunes présentent aussi leurs tumeurs malignes. Quoique les statistiques rapportées ici ne comprennent pratiquement que des épithéliomas, il y a 3 cas en bas de 15 ans, trois épithéliomas rectosigmoïdiens, et 7 cas entre 20 et 25 ans, dont deux cancers de la lèvre inférieure. (Tab. 1)

Depuis quelques années, nous avons l'impression que les épithéliomas de l'endomètre deviennent de plus en plus nombreux. En oubliant que les statistiques sont trop souvent trompeuses, les chiffres présentés semblent confirmer cette impression: sur 1 422 cancers, 105 cancers du corps utérin contre 182 du col, soit un rapport approximatif de 5 à 9 (tableau 1). Ceci est loin de l'enseignement déjà classique de « un cancer du corps pour cinq cancers du col utérin ». C'est également

une augmentation significative sur les statistiques de Waugh et Fisher (5), qui sur 1 756 cancers vus à l'Hôpital Royal-Victoria, Montréal, de 1915 à 1928, avaient relevé 90 cancers du corps et 231 cancers du col de l'utérus, soit un rapport d'environ 2 à 5.

\* \* \*

En résumé, une étude sur 1 422 cancers compilés d'après les dossiers de l'Institut du Cancer de l'Université Laval pour les années 1950-51-52 semble permettre les conclusions suivantes:

1 — C'est entre 55 et 60 ans que l'on observe le plus grand nombre de cancéreux.

2 — Si le nombre absolu des cancers baisse après la soixantaine, la comparaison entre l'âge des cancéreux et la courbe de la population totale indique clairement par contre, que la fréquence réelle du cancer en général est proportionnelle à l'âge. Plus on avance dans la vie, plus fortes sont les chances de souffrir d'un cancer.

3 — Cette loi générale s'applique aux différents types de cancers, mais pas à tous. Le cancer du col utérin, par exemple, est une exception. Ici, le nombre et la fréquence baissent nettement après 50 ans.

4 — Même les formes de cancer rencontrées habituellement chez des gens plus âgés peuvent survenir chez des jeunes.

5 — La fréquence du cancer de la cavité utérine augmenterait.

N. B. — Nous sommes redevables à Mlle Paule Vallée, secrétaire de l'Institut du Cancer de l'U. L., pour la compilation de ces statistiques.

#### BIBLIOGRAPHIE

- (1) R. HUGUENIN et J. BERTHON: L'âge du cancer. *La Presse Médicale*, 44: 610, 1942.
- (2) A. LUMIERE: A propos de l'âge du cancer. *La Presse Médicale*, 6: 62, 1943.
- (3) L. IMBERT: A propos de l'âge du cancer. *Presse Médicale*, 18: 254, 1943.
- (4) Neuvième recensement du Canada, 1951. Bureau Fédéral de la Statistique.
- (5) T. R. WAUGH et T. L. FISHER: The age incidence of carcinoma. *Can. Med. Ass. J.*, 22: 619, 1930.
- (6) W. C. HUERPEN: Environmental cancers; a review. *Cancer Research*, 12: 691, 1952.

# PRONESTYL ET INTOXICATION DIGITALIQUE<sup>1</sup>

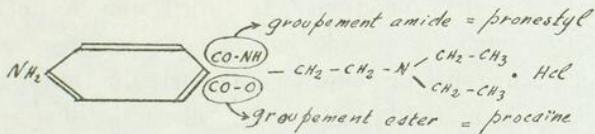
Yves DESROCHERS,  
Résident en Médecine,  
Hôpital Notre-Dame (Montréal).<sup>2</sup>

Réginald JOHNSON,  
Cardiologue,

De nombreux travaux ont été faits, ces trois dernières années, sur l'amide de la procaine ou pronestyl. Son mode d'action, les indications de son emploi en clinique sont des questions des plus controversées présentement. Nous n'avons pas l'intention dans cet article de solutionner un problème aussi épineux dans l'état actuel de nos connaissances. Nous désirons plutôt présenter ce médicament que nous employons depuis deux ans à l'hôpital Notre-Dame, exposer les hypothèses générales formulées sur son mode d'action, en donner les indications et contre-indications, le dosage et les voies d'administration et terminer en faisant un rappel sur les signes occasionnés par l'intoxication digitalique tant cliniques que électrocardiographiques, discutant de l'effet du pronestyl dans ce syndrome et se servant pour appui de la présentation de quelques cas puisés dans notre expérience personnelle.

## STRUCTURE CHIMIQUE

Le pronestyl est un médicament dont la structure chimique ne diffère de celle de la novocaïne que par le remplacement d'un groupement « ester » par un groupement « amide ».



Le pronestyl a l'avantage sur la procaine d'agir plus longtemps parce que son hydrolyse est lente dans le plasma; il est donc stable *in vivo* n'étant pas métabolisé pour la plus grande partie mais éliminé intact dans les urines, ou sous forme d'acide para-aminobenzoïque. A noter de plus que l'hypotension qu'il provoque est moins marquée qu'avec la

procaine et qu'il n'occasionne pas de stimulation cérébrale (25).

## MODE D'ACTION

Voici les hypothèses les plus en vogue:

1. Il élève le seuil d'excitation du muscle cardiaque (tel que vérifié par un stimulus électrique); diminue ainsi l'excitabilité ou l'irritabilité cardiaque.
2. Il ralentit la conduction tant auriculaire qu'intraventriculaire.

## Lieu D'action Du Pronestyl

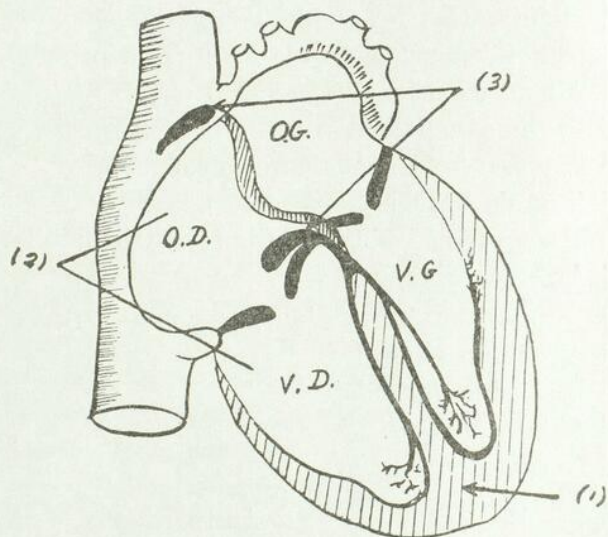


Figure 1.

3. Il déprime les nœuds sinusal et auriculo-ventriculaire; déplacement du *pacemaker* auriculo-ventriculaire plus bas au niveau du faisceau de Hiss.
- N.B. — Il n'aurait pas d'effet sur la conduction auriculo-ventriculaire quand le cœur est en rythme sinusal.
4. Il prolongerait la période réfractaire augmentant ainsi la durée des cycles; action discutable suivant certains auteurs (24).

1. Le pronestyl nous a été gracieusement fourni par la Maison Squibb.

2. Section de Cardiologie, hôpital Notre-Dame.

5. Il bloquerait le sympathique ralentissant ainsi le cœur suivant les uns; il bloquerait le vague suivant d'autres (9).
6. Il augmenterait l'utilisation d'oxygène par le muscle cardiaque ou réduirait les besoins en oxygène du myocarde.

Ajoutons que la contractilité du muscle (force de contraction) ne serait pas déprimée à l'encontre de la quinidine. L'action du pronestyl est plus rapide et moins prolongée que celle de la quinidine (24). Il augmenterait en outre le remplissage cardiaque (25).

Voici la séquence des modifications électrocardiographiques au cours d'une intoxication progressive par le pronestyl.

- | Prolongement du complexe QRS et de l'interval QT.
- | Diminution du voltage de QRS.
- | Déformation de l'onde T qui s'inverse.
- | Elargissement de l'onde P qui se déprime.
- | Allongement de l'espace PR.
- | Rythme nodal, *Wandering pacemaker*.
- | Extra-systoles nodales et ventriculaires.
- | Bloc de branche.
- | Tachycardie — Fibrillation ventriculaire.
- ↓ Arrêt cardiaque.

On propose encore la séquence suivante (22):

- | Arythmie sinusale.
- | Bloc sino-auriculaire.
- | *Sinus standstill*.
- | *Cardiac Standstill*.
- ↓ Fibrillation ventriculaire.

#### EMPLOI CHEZ L'ANIMAL

1. Il protégerait l'animal contre les arythmies par épinéphrine au cours de l'anesthésie au cyclopropane, hypothèse non confirmée par les expériences de L. Morris et Bruno Haid (26).
2. Il abolit les tachycardies ventriculaires provoquées par l'infarctus du myocarde.
3. Il fait disparaître les arythmies produites par: l'acétylcholine, l'ouabaine, la digitale.

#### INDICATIONS CHEZ L'HOMME

##### 1. *Tachycardies ventriculaires.*

L'amide de la procaine ferait disparaître cette arythmie en faisant passer l'origine d'excitation directement à un *pacemaker* supra-ventriculaire (auriculo-ventriculaire ou auriculaire) ou par l'intermédiaire d'une extra-systolie auriculaire (11).

Dans les tachycardies ventriculaires associées à un infarctus, il diminue le rythme ectopique ventriculaire avec apparition de complexes normaux mêlés à des complexes ectopiques augmentant ainsi l'efficacité du cœur et empêchant la fibrillation (13).

Stearns et Collab, dans le *J.A.M.A.* de février 1952 (27), rapportent l'abolition, dans 7 cas sur 8, de tachycardie ventriculaire par emploi de pronestyl. Eli Antzis et coll. (22) réussissent à prévenir une tachycardie ventriculaire avec dissociation et interférence auriculo-ventriculaire avec du pronestyl.

##### 2. *Arythmies supra-ventriculaires.*

Le pronestyl aurait une action dépressive sur les stimuli auriculaires de formation anormale (3).

Dans le flutter auriculaire, on observe un ralentissement du rythme auriculaire avec augmentation du rythme ventriculaire; cet effet a été vérifié par nous à quelques occasions. Le pronestyl agirait ici en bloquant le vague (9), ou encore, il aurait une action dépressive plus grande sur le rythme auriculaire que sur la conduction auriculo-ventriculaire d'où tendance à faire passer le flutter de 3:1 à 3:2 ou 1:1 et secondairement augmentation du rythme ventriculaire.

Cette accélération de la fréquence des ventricules, associée à une conduction intraventriculaire retardée, favoriserait l'apparition de foyers ectopiques ventriculaires et la fibrillation ventriculaire (22).

Dans la fibrillation auriculaire, on a un ralentissement des ondes « f » et conversion en rythme sinusal si la fibrillation est paroxysmique ou récente (11). Aucune réponse si la

fibrillation est chronique (15). Weed et coll. rapportent un ralentissement du rythme auriculaire dans 12 à 25 pour cent des cas (24).

Dans les tachycardies supra-ventriculaires paroxystiques autres, les résultats seraient médiocres. On cite cependant des cas de tachycardie nodale avec conduction auriculo-ventriculaire aberrante (intermittente?) contrôlés par le pronestyl (7). On mentionne encore l'emploi avec succès du pronestyl dans 3 cas sur 4 de tachycardie nodale (27).

### 3. *Extra-systolie.*

Tous les auteurs s'entendent pour affirmer l'efficacité du pronestyl dans le traitement des contractions prématurées d'origine ventriculaire. Notre expérience personnelle nous permet d'y voir une des meilleures indications du pronestyl (27, 15, 6, 22, 11).

### 4. *Arythmies diverses observées au cours de l'anesthésie.*

L'emploi du pronestyl comme préventif des arythmies durant l'anesthésie est encore une question débattue. Les auteurs qui préconisent cette thérapeutique prophylactique prétendent que le pronestyl agirait en diminuant le besoin en oxygène du myocarde et du système de conduction ou en augmentant l'utilisation d'oxygène étant donné que les arythmies durant l'anesthésie sont dues à une ventilation inadéquate.

Pour résumer, citons les conclusions de Samuel I. Joseph et coll.: « Prophylactiquement, le pronestyl décroît l'incidence de tous les types d'arythmies particulièrement ventriculaires (surtout tachycardie ventriculaire). Thérapeutiquement, il transforme l'arythmie ventriculaire en rythme sinusal. »

Le pronestyl connaît une autre indication clinique importante: l'intoxication digitalique. Avant d'aborder ce problème et celui du bloc auriculo-ventriculaire, nous parlerons brièvement de la toxicité du pronestyl, de son mode d'emploi et de sa valeur thérapeutique comparée à celle de la quinidine.

## TOXICITÉ

A haute dose, nous avons vu que le pronestyl amenait les modifications électrocardiographiques suivantes:

1. Allongement de l'espace PR, élargissement du complexe QRS. (N.B.: on recommande de ne pas continuer l'injection du pronestyl si le complexe QRS est allongé de plus de 50 pour cent, signe avant-coureur de la fibrillation ventriculaire.)

2. Extra-systolie, tachycardie et fibrillation ventriculaire (1, 2).

Au point de vue clinique, il cause de l'hypotension lorsque administré intraveineux (moins que la procaine cependant) (29). Dans un travail sur le pronestyl, publié dans le *J. A. M. A.*, de février 1952, on mentionne une chute de la tension artérielle dans 13 cas sur 14; d'où utilisation de la voie intraveineuse que si urgence (27).

Le pronestyl causerait, dans certains cas, de la fièvre avec frissons, des réactions de nature allergique comprenant un érythème maculo-papulaire généralisé avec démangeaison ou prurit, congestion des muqueuses nasales, adénopathie généralisée, hyperthermie. On mentionne encore des réactions psychotiques disparaissant 24 heures après suspension de la thérapie et enfin l'agranulocytose (4, 20, 10).

## MODE D'EMPLOI — DOSAGE

Le pronestyl se présente sous forme de capsules de 25 et 50 centigrammes et de vials de 10 cc., à raison de 100 mgm. au cc.

Par la bouche, on recommande de donner un gm. (4 capsules de 25 ctg.) stat, suivi par 50 ctgm. à 1 gm. aux 4 ou 6 heures.

Par voie parentérale:

Intramusculaire: 1 gm. (10 cc.) comme traitement d'attaque et 200 mgm. à 1 gm. comme dose subséquente.

Intraveineuse: ne pas donner plus de 100 mgm. (1 cc.) par minute et administrer de 2 à 10 cc. Lorsque utilisé par cette voie, on

doit faire un contrôle électrocardiographique pendant l'injection du médicament.

#### EFFET THÉRAPEUTIQUE COMPARÉ À CELUI DE LA QUINIDINE

L'activité anti-arythmique du pronestyl serait de un quart à un tiers celle de la quinidine (dose orale) (9). 0.25 gm. de quinidine = 1 gm. de pronestyl.

L'absorption du pronestyl se fait au même taux que celle de la quinidine. Les effets du pronestyl sont plus rapides et moins prolongés sur le cœur que ceux de la quinidine (9). Ces médicaments ont une toxicité similaire ayant tendance, à fortes doses, à induire une extra-systolie ou une arythmie ventriculaire (tachycardie - fibrillation) et de l'hypotension.

La quinidine déprimerait la contractilité du myocarde à l'encontre du pronestyl. Le traitement à la quinidine serait limité par ces effets toxiques lorsqu'on donne 1,3 à 2 gm. par jour.

Céphalées.

Vertige, surdité.

Troubles et vision, cécité.

Par voie intraveineuse, le pronestyl serait avantageux parce qu'il est en solution stable et qu'il ne cause pas d'embarras si on l'injecte à côté de la veine. Enfin, dans tous les cas où il y a idiosyncrasie à la quinidine, il y a avantage à se servir du pronestyl.

#### INTOXICATION DIGITALE

Voici les points principaux de ce syndrome:

##### 1. *Symptômes gastro-intestinaux.*

Anorexie: c'est le symptôme le plus précoce et qui demeure parfois le seul à nous faire soupçonner l'intoxication digitale au début. Nausées et vomissements: par action directe de la digitale sur le centre du vomissement et non sur l'estomac. Diarrhée: les épisodes diarrhéiques sont rares quoique pathognomoniques.

##### 2. *Troubles cardiaques.*

Contractions prématurées multifocales, ventriculaires et bigéminisme. Troubles de conduction. Bloc A.V. partiel (PR allongé) — Bloc A.V. complet. Dépression du nœud sinusal et conduction sino-auriculaire.

Diminution de la fréquence cardiaque.

Arythmie sinusale — Bloc sino-auriculaire.

— Arrêt sinusal (*auricular stand still*).

Rythmes nodaux.

Transformation du flutter auriculaire en fibrillation auriculaire. Tachycardie et fibrillation ventriculaires. Pouls alternant — tachycardie auriculaire paroxystique.

##### 3. *Troubles nerveux.*

Céphalées, vision trouble, scôtome (vision colorée: jaune, vert). Troubles mentaux psychotiques (hallucinations: symptôme observé par nous à maintes reprises), délire pouvant être systématisé. Névralgies.

##### 4. *Signes électrocardiographiques.*

RST déprimé, puis inversion de T (diphasique). Déformation classique en cuvette. (N. B.: Si T est primitivement inversé, il peut se positiver après digitalisation ou l'inversion devient plus marquée.) Extra-systolie, bradycardie. PR allongé — Bloc A.V. complet. Tachycardie ventriculaire. Modification de l'onde P.

#### INTOXICATION DIGITALE ET PRONESTYL

Voici les opinions émises sur les effets du pronestyl dans l'intoxication digitale.

L'amide de la procaine élimine les extra-systoles, régularise le rythme. Il accentuerait cependant les troubles de conduction intra-ventriculaire pouvant amener un flutter et une fibrillation ventriculaires; mais pour cela, il faut que: 1. la digitale produise une fréquence ventriculaire rapide (foyer ventriculaire ectopique ou tachycardie sinusale); 2. la digitale produise un trouble de conduction intra-ventriculaire; 3. le début et la fin de l'action de la procaine soient subits. On rapporte 2

cas de décès avec pronestyl dans l'intoxication digitalique.

L'action du pronestyl sur le muscle digitalisé empêcherait les signes de toxicité à une certaine dose de digitale. Il provoquerait à de hautes doses de la tachycardie ventriculaire. Il améliorerait la conduction atrio-ventriculaire ou intraventriculaire déprimée par l'ouabaïne (peut-être par diminution du rythme sinusal) (22).

On a réussi à contrôler des cas de tachycardie ventriculaire secondaire à une intoxication digitalique par emploi du pronestyl intraveineux (10, 2).

Cependant avec le pronestyl il a été impossible d'augmenter la dose léthale de ouabaïne. Il provoque en effet un rythme idioventriculaire lent et arrêt cardiaque. On signale le danger de son administration dans les cas de tachycardie ventriculaire où peut être masqué un bloc auriculo-ventriculaire. Dans ce cas, l'abolition de la tachycardie amènerait un arrêt cardiaque comme avec la quinidine.

#### PRONESTYL ET TROUBLES DES VOIES DE CONDUCTION.

La digitaline et la procaine auraient une action antagoniste sur l'automatisme cardiaque mais synergique sur la conduction d'où le danger d'administrer le pronestyl dans les blocs.

Le pronestyl serait dangereux quand il y a une maladie des voies de conduction.

Un système de conduction intact distribue les stimulus rapidement et uniformément à toutes les régions du myocarde ventriculaire. Ceci assure non seulement l'harmonie de contraction mais produit un état réfractaire uniforme. Un tel état généralisé de période réfractaire protège contre les excitations « re-entrant ».

Quand il y a un trouble de la conduction ventriculaire, le stimulus est retardé dans les différentes parties du cœur et subséquemment il y a un état réfractaire variable dans le

myocarde ventriculaire. Le stimulus peut alors être bloqué dans les zones hypo-excitables continuant à voyager dans les zones normalement excitables. Ce mécanisme de « re-entry » est considéré comme étant la base des rythmes ventriculaires comprenant la fibrillation ventriculaire.

Pour cette raison, on insiste que durant l'administration de médicaments tels que le pronestyl et la quinidine les troubles de conduction sont des signes précurseurs de rythmes ventriculaires sérieux (5).

On mentionne aussi 3 cas de bloc auriculo-ventriculaire complet chez lesquels on a administré du pronestyl avec apparition d'extrasystoles multifocales et de fibrillation ventriculaire dans un cas. Par contre, on rapporte un cas de tachycardie ventriculaire avec dissociation et interférence auriculo-ventriculaire, chez lequel 3 co. de pronestyl réussirent à prévenir cette arythmie (22).

#### PRONESTYL ET INTOXICATION DIGITALIQUE: EXPÉRIENCE PERSONNELLE.

Nous vous présenterons maintenant quelques cas personnels d'intoxication digitalique avec bloc auriculo-ventriculaire chez lesquels nous avons utilisé le pronestyl.

Au début de cette étude, n'étant pas au courant de la littérature publiée au sujet de l'emploi de l'amide de la procaine dans les arythmies d'origine digitalique, l'idée nous est venue d'en faire un essai à la suite de l'observation suivante chez une malade hospitalisée.

Madame M. L., une malade de 42 ans, admise à l'hôpital le 18 janvier 1953, pour thrombophlébite du membre inférieur droit avec gangrène du même pied, maladie cardiaque rhumatismale, en état d'insuffisance cardiaque et rénale (urémie). Elle prenait 5 gouttes de digitaline N. trois fois par jour depuis trois semaines. A l'électrocardiogramme, on note une dissociation auriculo-ventriculaire complète avec rythme ventriculaire irrégulier à 80.

Après blocage paravertébral à la novocaïne, on remarque que le pouls devient régulier à 104/minute. Nous croyons que la novocaïne injectée (une partie ayant pris la voie veineuse) est responsable de ce changement d'un rythme idio-ventriculaire à un rythme sinusal. Nous voulons contrôler par un E.C.G. Quarante-cinq minutes plus tard, alors qu'on est prêt à enregistrer l'E.C.G., la dissociation A. V. est de nouveau présente.

la dissociation A. V. s'est réinstallée. Nous concluons que cette malade devrait présenter une intoxication digitalique responsable du bloc auriculo-ventriculaire noté à l'admission quoique les doses de digitale absorbées aient été minimales. Cette malade cependant, étant en insuffisance rénale et en anasasque, devait accumuler le médicament.

Après cette observation, nous avons tenté d'obtenir les mêmes résultats à l'aide de l'a-

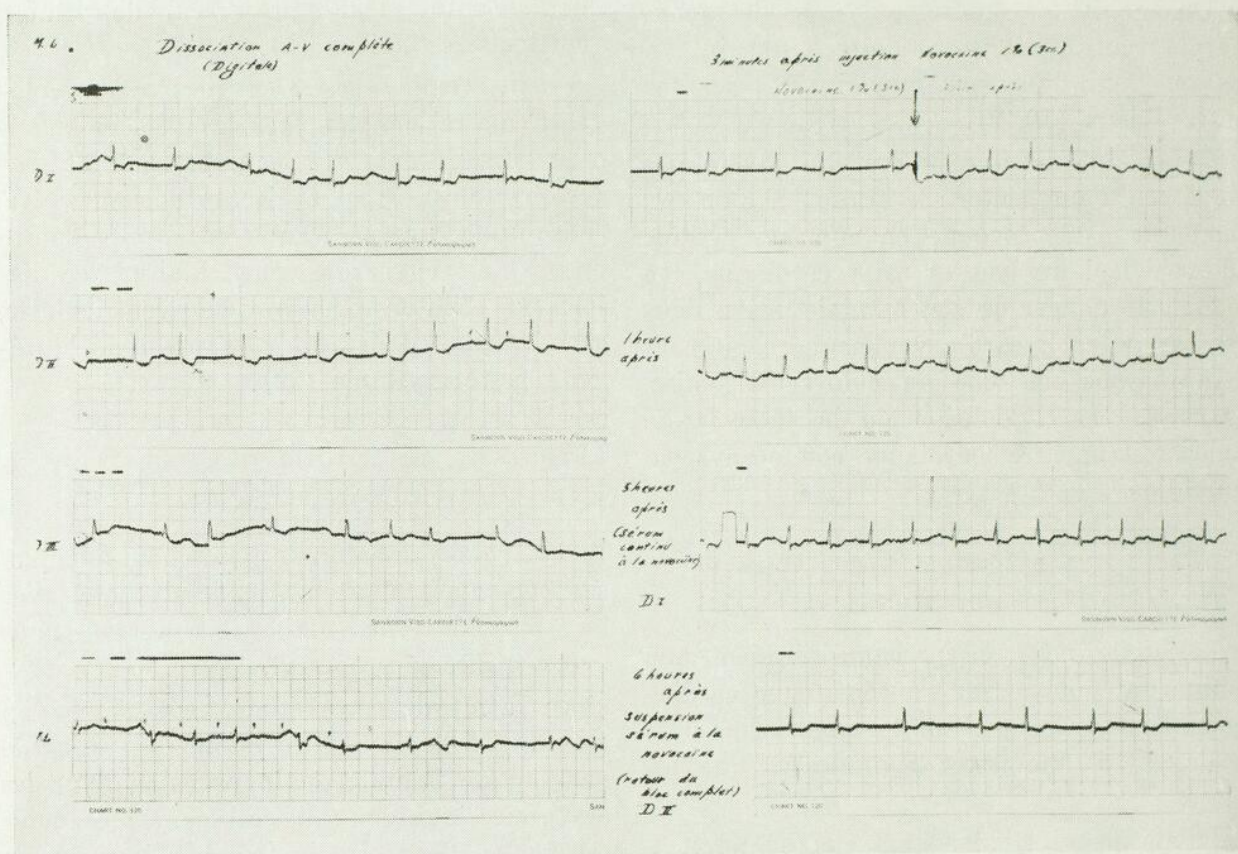


Figure 2. — Mme M. L..., traitée avec une perfusion veineuse de procaïne.

Après injection de 3 cc. de novocaïne à 1% I. V. lentement et sous contrôle électrocardiographique, on rétablit le rythme sinusal (avec bloc A. V. au premier degré). Nous tentons de maintenir ce rythme en ajoutant à un sérum hépariné déjà en marche 2 gm. de novocaïne (800 cc. de sérum) à raison de 30 gouttes à la minute. Un contrôle électrocardiographique est établi toutes les heures et démontre la persistance d'un rythme sinusal.

Le lendemain, soit six heures après interruption de la thérapeutique à la novocaïne,

mide de la procaïne chez des malades qui présentaient un bloc auriculo-ventriculaire secondaire à une intoxication digitalique. Nous présenterons donc 7 cas d'intoxication digitalique. Cinq d'entre eux ayant été traités au pronestyl — les sixième et septième cas servant de témoins. Parmi les malades traités, quatre présentaient un bloc auriculo-ventriculaire complet, le cinquième un fibrillation auriculaire avec rythme ventriculaire lent et du bigéminisme.

**Observation 1.**

Mlle G. L..., une malade de 22 ans, admise le 11 février 1953, ayant subi une commissurotomie deux mois auparavant et se présentant pour insuffisance cardiaque globale et intoxication digitalique.

Elle prenait 0,3 mgm. de digitaline native par jour depuis deux mois. A l'électro, on note un bigémisme avec bloc auriculo-ventriculaire complet. Administration de pronestyl le 14 février (1 co.). Le 15 février (6 co.); ce même jour, disparition clinique du bigémisme. Le 16 février, nouvel E.C.G. qui montre la disparition du bloc auriculo-ventriculaire complet.

pronestyl; le lendemain, à l'E.C.G., la dissociation A. V. persiste, mais on ne note aucune extra-systole et le rythme ventriculaire est régulier. Le pronestyl est continué à raison de 1 co. aux six heures et on continue la digitalisation avec ouabaïne. Le 26, à l'E.C.G., malgré l'ouabaïne, le rythme ventriculaire demeure régulier et d'origine nodale — quatre jours plus tard, le rythme est sinusal.

Pour résumer, cette malade, qui présentait un bloc A. V. complet, sous l'influence du pronestyl, a développé un rythme nodal qui est devenu sinusal par la suite. On ne note aucune extra-systole sur les tracés enregistrés après l'emploi du pronestyl.

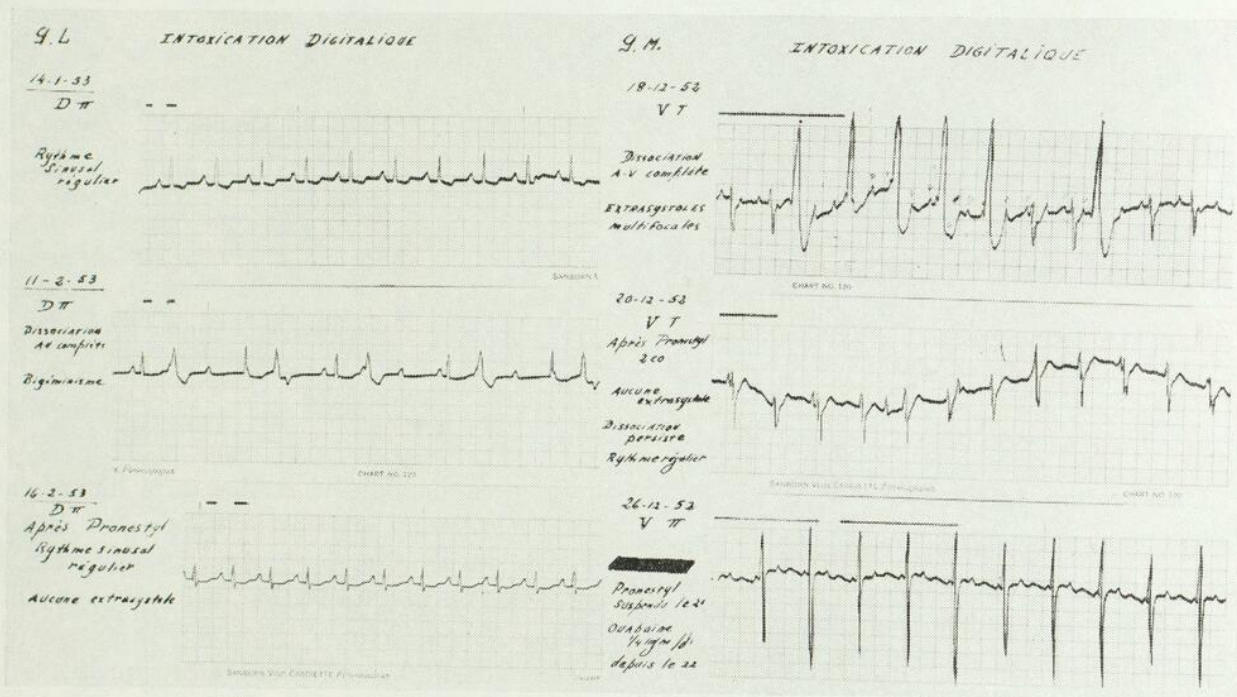


Figure 3. — Premier et deuxième cas: Mlle G. L... et Mme G. M..

**Observation 2.**

Madame G. M... est une patiente de 40 ans présentant un canal artériel et hospitalisée pour insuffisance ventriculaire droite et gauche. Elle a reçu depuis quinze jours 0,2 de digitaline N. par jour; l'électrocardiogramme enregistré quinze jours auparavant montrant un rythme sinusal. L'E.C.G. pris le 18 déc. 1952 montre un bloc auriculo-ventriculaire complet avec extra-systoles nombreuses et multifocales. Elle reçoit, le 19, deux co. de

**Observation 3.**

M. R. B... est admis à l'hôpital à l'âge de 39 ans, pour insuffisance cardiaque globale. C'est un goutteux qui aurait fait un infarctus du myocarde quatre ans auparavant. Il prend de la digitaline N., 0,1 mgm., depuis des mois. L'E.C.G., le 20 février 1953, montre un bloc complet avec extra-systoles multifocales. A noter que ce malade présentait cliniquement ce trouble du rythme quatre jours auparavant.

Le 21 février 1953 soit après 3 co. de pronestyl, le rythme auriculaire a diminué de 280 à 240, le rythme idio-ventriculaire a fait place à un rythme auriculaire avec bloc à 2 pour 1. Il a été impossible à cause de conditions techniques de poursuivre l'investigation chez ce malade.

culaire lente avec bigéminisme par extrasystolie à la suite d'intoxication digitalique. L'un d'entre eux a reçu du pronestyl alors que les deux autres ont servi de témoins.

#### Observation 5.

M. L. C..., âgé de 65 ans, est admis à l'hô-

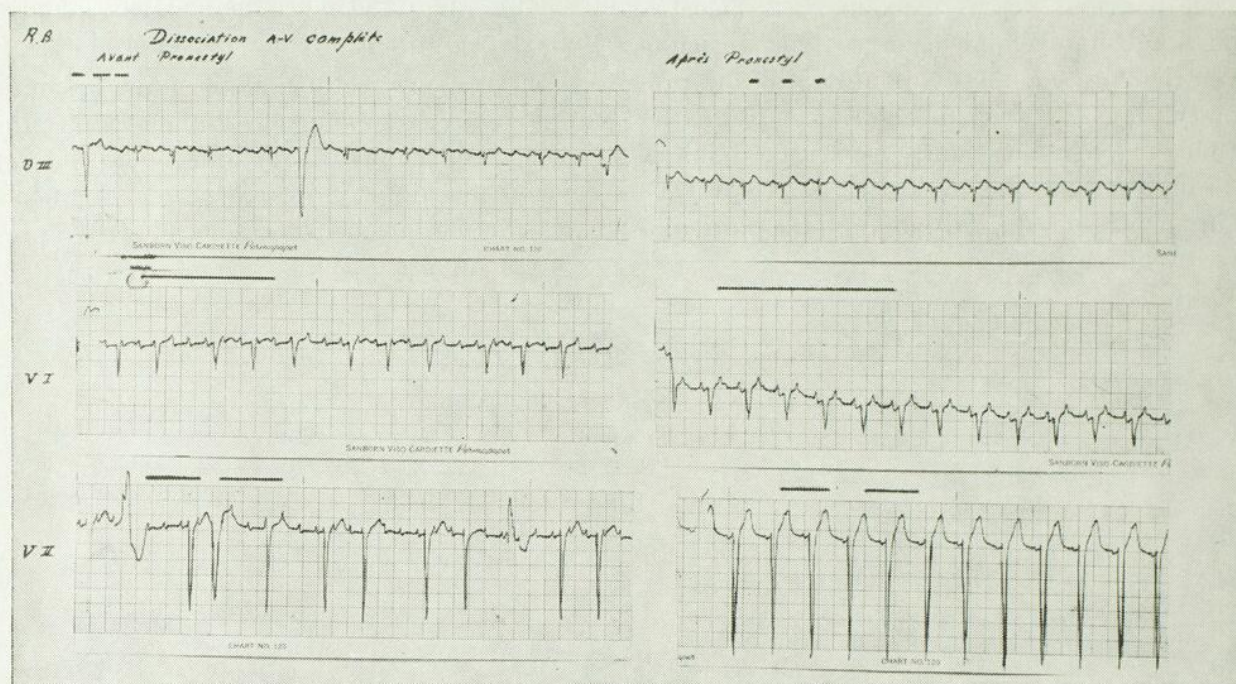


Figure 4. — Troisième cas: M. R. B...

#### Observation 4.

M. P. D... est un malade de 55 ans hospitalisé le 16 février 1953 pour infarctus du myocarde. A l'examen, le rythme cardiaque est régulier à 140 et le patient présente des signes d'insuffisance cardiaque. Il reçoit comme traitement: Cedilanid, 1,2 mgm. I.V., et digitaline N., 0,5 mgm. Le lendemain matin, le rythme cardiaque est irrégulier à 60. A l'E.C.G., on constate un bloc A.V. complet, et extra-systolie ventriculaire. Administration alors de 1 co. de pronestyl aux six heures.

Le 18 au matin, soit après absorption de 3 co. de pronestyl, disparition du bloc A.V. complet; il ne demeure qu'un allongement de l'espace PR.

Les cinquième, sixième et septième cas sont des malades présentant une fibrillation auri-

pital pour hémiplegie et il souffre d'une maladie cardiaque artériosclérotique avec fibrillation auriculaire. Il a reçu, le mois qui a précédé son hospitalisation, 0,2 mgm. de digitaline N. par jour.

Le bigéminisme, vérifié électriquement le 5 mars 1953, persiste malgré le retrait de la digitaline jusqu'au 9 mars 1953; à ce moment, administration de pronestyl. Vingt-quatre heures après (4 co. de pronestyl), un nouvel E.C.G. montre la disparition du bigéminisme et une accélération de la fréquence ventriculaire.

#### Observation 6.

Madame G. S... est une malade de 42 ans. Elle souffre d'une cardiopathie rhumatismale avec fibrillation auriculaire et se présente au dispensaire de cardiologie pour dyspnée, vo-

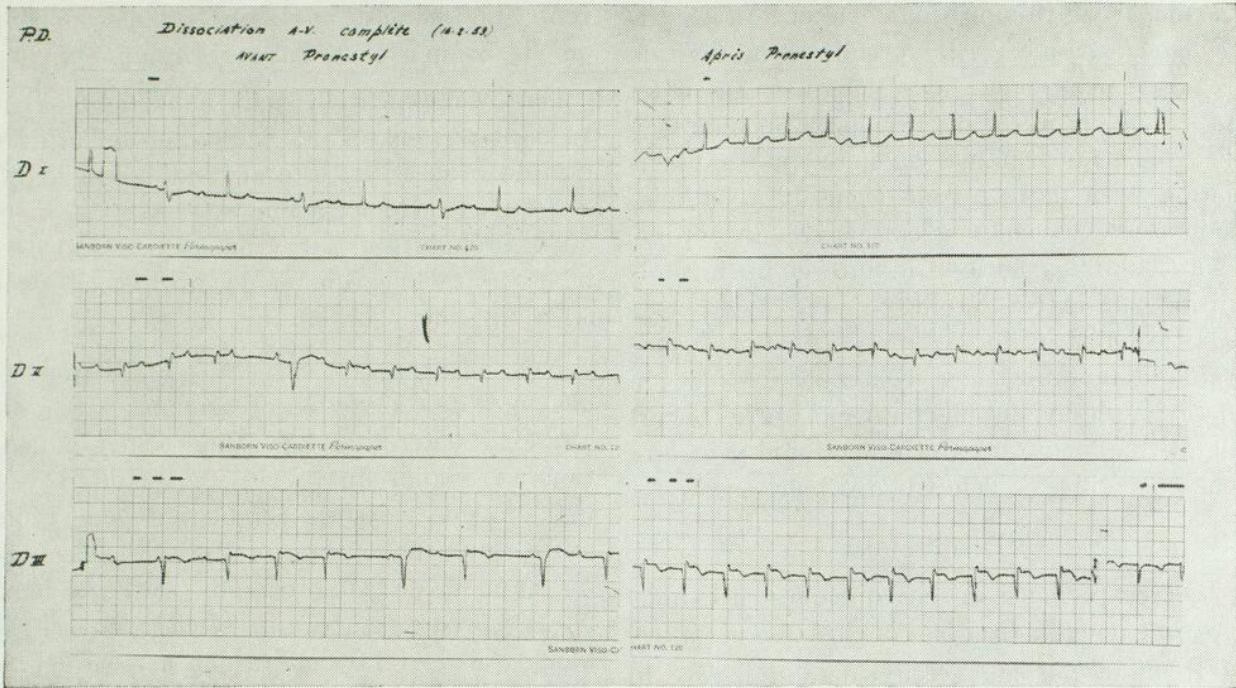


Figure 5. — Quatrième cas; M. P. D...

missement depuis trois semaines et lipothymie. A l'examen, le pouls est à 40. L'E.C.G. du 6 mars 1953 montre un rythme bigéminé avec signes d'altération digitalique. La digitaline est aussitôt discontinuée. Le 14 mars 1953, soit après huit jours, un contrôle électrocar-

diographique montre la persistance du rythme bigéminé avec les autres signes d'intoxication digitalique.

**Observation 7.**

Madame R... est une malade souffrant de

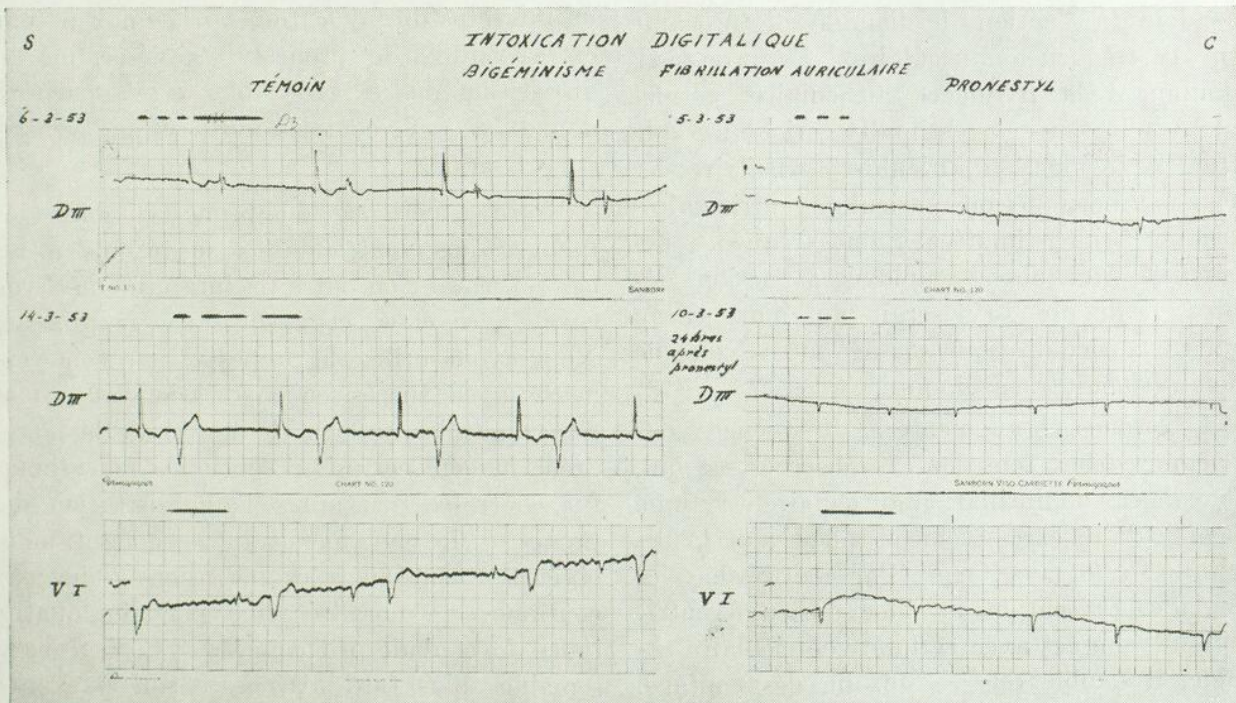


Figure 6. — Mme G. S... (6e cas) et M. L. C... (5e cas).

cardiopathie rhumatismale en état d'insuffisance cardiaque. Elle prend de la digitale régulièrement depuis des semaines. Ses œdèmes sont rapidement résolus. Cependant, à l'électrocardiogramme, on note que la fibrillation auriculaire qu'elle accusait à l'admission s'est beaucoup ralentie avec un rythme ventriculaire à 30 à la minute et un bigémisme par extra-systolie.

L'administration de pronestyl fait disparaître temporairement l'extra-systolie et on note le retour du bigémisme après retrait de la thérapeutique. Cette arythmie peut être encore vérifiée à l'électro dix jours après.

#### DISCUSSION

De l'expérience de ces quelques cas, nous croyons pouvoir tirer les conclusions suivantes.

Il n'est pas dangereux d'administrer du pronestyl chez des malades présentant des troubles de conduction auriculo-ventriculaire en l'occurrence dissociation auriculo-ventriculaire complète déterminée par une intoxication digitalique; du moins si l'on emploie des doses faibles de ce médicament.

La transformation d'un rythme idio-ventriculaire en un rythme sinusal semble être secondaire à l'action de l'amide de procaine sur la fréquence auriculaire. Le pronestyl, diminuant la fréquence auriculaire, permet aux excitations ou stimuli auriculaires de franchir la jonction auriculo-ventriculaire; les voies de conduction auriculo-ventriculaires n'étant point stimulées à une fréquence excessive. Aux doses employées, l'action dépressive du pronestyl serait plus marquée au niveau auriculaire que sur les autres voies de conduction intracardiaques.

Le pronestyl augmente la fréquence ventriculaire chez tous les cas observés, ce qui, dans le cas de fibrillation auriculaire à rythme ventriculaire excessivement ralenti par la digitale est un avantage. Par contre chez les malades présentant un bloc auriculo-ventriculaire complet avec rythme ventriculaire rapide, il semble que ce soit un désavantage. Cependant, l'augmentation de la fréquence

ventriculaire n'est pas assez prononcée pour qu'elle comporte un danger sérieux.

Dans l'intoxication digitalique, le bloc A. V. n'est pas en soi une indication à l'utilisation du pronestyl: cette arythmie, cependant, est souvent associée à une extra-systolie marquée, prélude à des arythmies très sérieuses telles la tachycardie et la fibrillation ventriculaires que l'on se doit de prévenir.

Nous insistons sur ce point que les troubles des voies de conduction occasionnés par la digitale ne déterminent pas une contre-indication à l'emploi du pronestyl. Quand il y a une maladie des voies de conduction pour toute autre cause, nous sommes d'avis que l'emploi de l'amide de la procaine est dangereux. Nous pouvons, entre autres, citer un cas de bloc auriculo-ventriculaire non associé à l'intoxication digitalique chez lequel nous avons administré de la procaine I. V. sous contrôle électrocardiographique. Nous avons observé effectivement le déplacement plus bas du *pacemaker* ventriculaire avec ralentissement de la fréquence cardiaque (de 24 à 16) ce qui est éminemment dangereux.

Dans un cas de bloc de branche associé à un infarctus du myocarde et trigémisme par extra-systolie, le pronestyl a déterminé la disparition des extra-systoles et l'apparition d'un bloc A. V. complet avec rythme ventriculaire à 50.

Notre expérience du pronestyl dans les tachycardies ventriculaires se résume à un cas présentant en outre un infarctus du myocarde avec choc et insuffisance cardiaque. Nous avons utilisé le pronestyl par voie veineuse avec succès en association avec une dose digitalisante de cédilanid et de la noradrénaline en perfusion continue. L'arythmie fut contrôlée peu après l'administration du pronestyl. Le choc, persistant cependant, nous obligea à continuer les perfusions veineuses continues de noradrénaline pendant quatre jours. Le malade prit congé de l'hôpital deux semaines plus tard n'accusant aucun symptôme.

En guise de conclusion, nous aimerions appuyer sur ce point qu'il ne nous semble pas nécessaire d'utiliser des doses considérables de pronestyl pour obtenir les effets désirés du moins dans l'extra-systolie comme thérapeutique ou comme préventif. A ce dernier titre, nous avons l'impression que le pronestyl a diminué beaucoup l'incidence des extra-systoles lors des manœuvres intracardiaques par cathétérisme. Nous administrons le pronestyl par voie orale à raison de 1 à 2 (25 ctgs), aux quatre heures ou aux six heures, dans l'extra-systolie se réservant la voie veineuse pour urgence plus immédiate, telle la tachycardie ventriculaire, sous contrôle électrocardiographique. Pour ce qui est des arythmies supra-ventriculaires, nous avons vérifié que l'amide de la procaine diminuait la fréquence des rythmes auriculaires ectopiques; cependant, les résultats mentionnés dans la littérature ne nous incitent pas à utiliser le pronestyl, compte tenu du fait que nous avons des médicaments beaucoup supérieurs et moins toxiques tels la digitale ou cédilanid intraveineux lorsqu'il y a urgence.

Nous espérons poursuivre cette étude, en particulier sur les effets du pronestyl dans les altérations digitaliques de la phase terminale de l'électrocardiogramme de même que sur les symptômes cliniques de l'intoxication digitalique; et si possible nous ferons une étude comparée de l'effet du potassium et du pronestyl dans ce syndrome.

Dans ce travail, nous avons employé le terme dissociation auriculo-ventriculaire complète dans son sens large, c'est-à-dire synonyme de bloc auriculo-ventriculaire complet. Pour fins de clarté, nous avons simplifié la description des arythmies qui, effectivement, sont plus complexes que ne le laisse prévoir le texte.

#### BIBLIOGRAPHIE

- (1) F. MAINZER: The use of procaine-amide (Pronestyl) in the treatment of digitalis-induced ventricular premature beats. *Cardiologia*, **19**: 293, 1951.
- (2) L. I. GOLDBERG et M. D. COTTEN: Effectiveness of procaine-amide in digitalis-induced ventricular tachycardia. *Proc. Soc. Exper. Biol. and Med.*, **77**: 741 (août) 1951.
- (3) A. I. SCHAFFER, S. BLUMENFELD, E. R. PITMAN et J. H. DIX: Procaine-amide: its effect on auricular arrhythmias. *J. A. M. A.*, **146**: 1004 (juillet) 1951.
- (4) S. LEIBOWITZ: Chills and fever following oral use of procaine-amide (Pronestyl). *New Eng. J. Med.*, **245**: 1006 (27 déc.) 1951.
- (5) J. L. DENNY, H. MILLER, G. C. GRIFFITH et M. H. NATHANSON: Ventricular acceleration following procaine-amine hydrochloride therapy. *J. A. M. A.*, **149**: 1391 (9 août) 1952.
- (6) S. I. JOSEPH, M. HELRICH, H. J. KAYDEN, L. R. ORKIN, E. A. ROVENSTINE: Procaine-amide for prophylaxis and therapy of cardiac arrhythmias occurring during thoracic surgery. *Surg., Gynec. and Obst.*, **93**: 75 (juillet) 1951.
- (7) I. HOFFMAN, R. S. ABERNATHY et T. A. HAEDICKE: Effect of procaine-amide on anomalous conduction and paroxysmal tachycardia in a case resembling the Nolf-Parkinson-White syndrome. *A. M. Heart J.*, **44**: 154 (juillet) 1952.
- (8) S. P. SCHWARTZ, L. HALLINGER et A. IMPERIALLI: Transient ventricular fibrillation. IV. The effects of procaine-amide on patients with transient ventricular fibrillation during established auriculo-ventricular dissociation. *Circulation*, **6**: 193 (août) 1952.
- (9) A. I. SCHAFFER: Procaine-amide compared with quinidine as a therapy for arrhythmias. *Am. Heart J.*, **42**: 597 (oct.) 1951.
- (10) K. BERRY, E. L. GARLETT, S. BELLET et N. I. GEFTER: Use of Pronestyl in the treatment of ectopic rhythms. *Am. J. Med.*, **11**: 431 (oct.) 1951.
- (11) H. J. KAYDEN, J. M. STEELE, L. C. MARK et B. B. BRODIE: The use of procaine-amide in cardiac arrhythmias. *Circulation*, **4**: 13 (juillet) 1951.
- (12) M. C. McCORD et J. T. TAGUCHI: A study of the effects of procaine-amide hydrochloride in supraventricular arrhythmias. *Circulation*, **4**: 387 (septembre) 1951.
- (13) A. S. HARRIS, A. ESTANDIA, T. J. FORD, Jr., H. T. SMITH, R. W. OLSEN et R. F. TILLOTSON: The effects of intravenous procaine and procaine-amide (Pronestyl) upon ectopic ventricular tachycardia accompanying acute myocardial infarction. *Circulation*, **5**: 551 (avril) 1952.
- (14) M. INOUE, J. MILLAR et J. H. TOWNSEND: Agranulocytosis following maintenance dosage of Pronestyl. *J. A. M. A.*, **147**: 652 (13 oct.) 1951.
- (15) H. MILLER, M. H. NATHANSON et G. C. GRIFFITH: The action of procaine-amide in

- cardiac arrhythmias. *J. A. M. A.*, **146**: 1004 (juillet) 1951.
- (16) P. SIEGEL et J. SCHIFF: Pronestyl by continuous intravenous drip for stubborn ventricular tachycardia complicating coronary occlusion. *Northwest Med.*, **51**: 405 (mai) 1952.
- (17) G. E. SCHREINER et R. T. KELLEY: Ventricular tachycardia following procaine-amide hydrochloride (Pronestyl) and quinidine. *Am. Heart J.*, **43**: 749 (mai) 1952.
- (18) B. B. CLARK, H. J. THROGLOKAYDEN, J. M. STEELE, L. C. MARK et B. B. BRODIE: The use of procaine-amide in cardiac arrhythmias. *Circulation*, **4**: 13 (juillet) 1951.
- (19) R. M. ANDERSON, J. A. BOONE et R. R. COLEMAN: The use of procaine-amide in ventricular tachycardia. *South M. J.*, **44**: 905 (oct.) 1951.
- (20) J. M. READ: Fatal ventricular fibrillation following procaine-amide hydrochloride therapy. *J.A.M.A.*, **149**: 1390 (9 août) 1952.
- (21) M. H. NATHANSON et H. MILLER: Mechanism of syncope and action of drugs in complete heart block. *California Med.*, **76**: 570 (juin) 1952.
- (22) E. ANTZIS, J. J. DUNN et A. J. SCHILERO: Pronestyl (procaine-amide) therapy in paroxysmal ventricular tachycardia. *Am. Heart J.*, **43**: 911 (juin) 1952.
- (23) G. MILLER, S. L. WEINBERG et A. PICK: The effect of procaine-amide (Pronestyl) in clinical auricular fibrillation and flutter. *Circulation*, **6**: 11 (juillet) 1952.
- (24) A. M. WEDD, A. A. BLAIR et R. S. WARNER: The action of procaine-amide on the heart. *Am. Heart J.*, **42**: 399 (sept.) 1951.
- (25) M. S. SADOVE, G. M. WYANT, H. E. KERTCHNER et L. A. GITTELSON: Procaine-amide: A clinical study. *Current Res. in Anesth. and Analg.*, **31**: 45 (janv.) 1952.
- (26) L. E. MORRIS et B. HAID: Effects of procaine-amide on cardiac irregularities during cyclopropane anesthesia. *Anesthesiology*, **12**: 328 (mai) 1951.
- (27) N. S. STEARNS, E. J. CALLAHAN et L. B. ELLIS: Value and hazards of intravenous procaine-amide (Pronestyl) therapy. *J.A.M.A.*, **148**: 360 (2 fév.) 1952. N. S. STEARNS et E. J. CALLAHAN: A clinical study of intravenous procaine-amine (Pronestyl): its value and hazards. *J. Clin. Investigation*, **30**: 676 (juin) 1951.
-

## RECUEIL DE FAITS

### À PROPOS D'UNE TUMEUR DU MÉDIASTIN

Antonio LECOURS, C.M., F.A.C.S., F.R.C.S. (C),

Professeur adjoint à la Faculté de Médecine d'Ottawa,  
Chirurgien à l'Hôpital Général d'Ottawa.

Les tumeurs du médiastin posent toujours d'intéressants problèmes de diagnostic et de thérapeutique que chaque nouveau cas peut éclairer davantage. Celui que nous rapportons n'y manque pas.

#### Observation.

Mise en confiance par les résultats d'une sympathectomie thoraco-lombaire que nous lui avons faite pour son hypertension essentielle, une patiente nous demande un jour par téléphone de voir son fils récemment refusé par les médecins du Corps d'Aviation Royale Canadien.

C'est un jeune homme sportif de 18 ans dont le métier est celui de mécanicien et chez qui, il y a cinq ans, un examen radiologique pulmonaire fortuit a révélé une ombre anormale dans l'hémithorax gauche. A ce moment son médecin de famille avait conclu à une opacité de cicatrisation du parenchyme pulmonaire.

Il nous dit que cette découverte a été confirmée lors de sa candidature au Corps d'Aviation, qu'elle a amené alors de nombreuses consultations qui se sont conclues par un rejet.

Depuis, le patient est devenu de plus en plus conscient de son état, et c'est ce qui nous l'amène aujourd'hui.

Dans les antécédents du malade on retrace une forte coqueluche, en bas âge, et aussi une affection pulmonaire aiguë, étiquetée alors « broncho-pneumonie » à l'âge de 8 ans. Il fut hospitalisé pour cette dernière, et la radiographie de cette époque est intéressante à noter: « Voile à limite supérieure dégradée recouvrant la moitié inférieure de la plage pulmonaire droite; processus congestif. On note, à

*gauche*, à la partie moyenne, une opacité arrondie, à contours tout-à-fait bien définis, qui déborde le médiastin dans le parenchyme, déterminant une gêne au niveau des vaisseaux de la base (Dr P. DeVarenes) ». Par ailleurs, le patient n'a jamais fait d'abus de tabac, d'alcool ou de médicaments. Les autres membres de sa famille sont en santé.

Actuellement, le malade ne se plaint que d'une vague sensation de compression retrosternale et d'une légère dyspnée d'effort. Il ne tousse pas, n'a pas craché de sang, n'a pas de palpitations et ne présente pas de troubles digestifs.

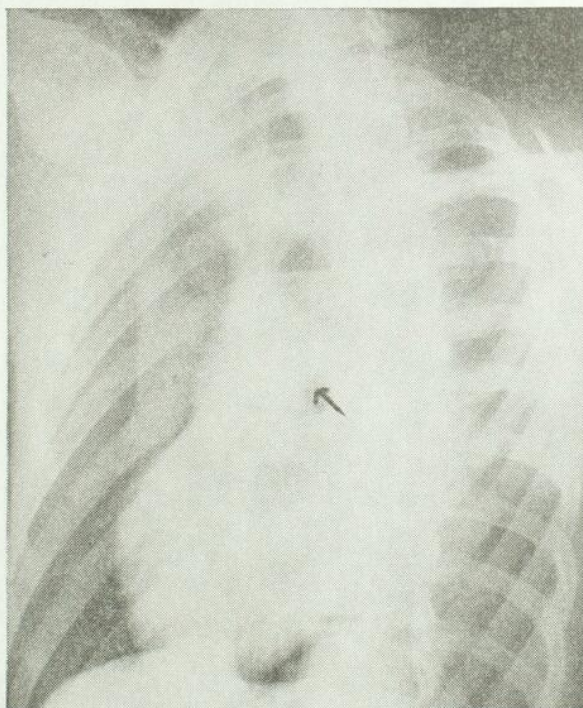


Fig. 1. — Cliché semi-oblique. Vue postérieure.

L'examen physique montre un jeune homme bien conformé, sans excès de tissu adipeux ni décoloration de la peau ou des muqueuses.

Pression artérielle, pouls, température et respiration sont normaux. Il n'y a rien d'anormal à noter du côté de la tête, du cou, de l'abdomen et des membres.

*Thorax:* le thorax est symétrique et ne montre pas de cicatrices; ses mouvements sont réguliers et de bonne amplitude. La percussion et l'auscultation restent négatives. L'examen du système circulatoire (Dr Léonard Roussel) montre un cœur normal, des artères souples.

L'étude radiologique (Dr B. Matzinger) fait voir dans l'hémothorax gauche, en position antéro-postérieure (Fig. 1), une opacité arrondie entre la crosse de l'aorte et le pédicule pulmonaire. Cette ombre a environ 6 cm de diamètre, avec des limites externes assez nettes, mais sa partie interne se perd dans le médiastin au niveau du pédicule pulmonaire. La position semi-oblique droite (Fig. 2 et 3)

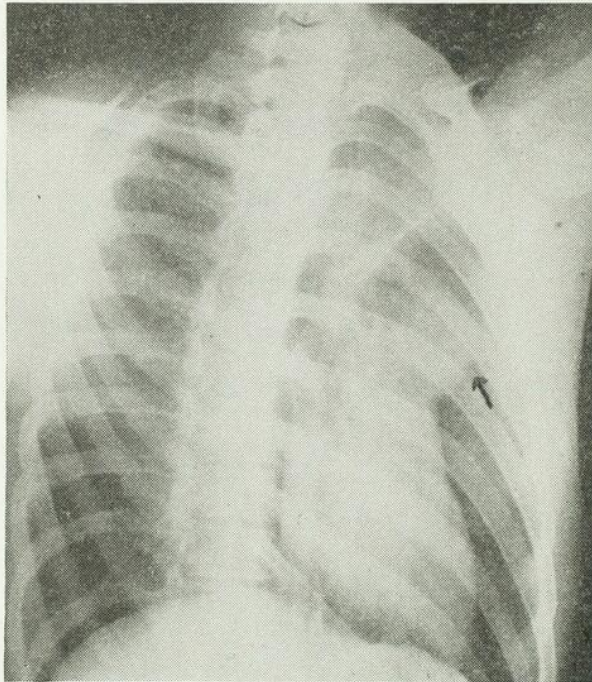


Figure 2.

la montre dans le médiastin antérieur, en avant du plan de la trachée. La fluoroscopie ne lui décelle pas de mouvements d'expansion, mais seulement de pulsation transmise, des déplacements synchrones avec ceux des gros vaisseaux.

La comparaison des radiographies actuelles avec celles prises il y a 3 mois ne montre pas d'augmentation dans la grandeur de l'ombre.

Enfin, les examens de laboratoire sont normaux et le test de Wasserman est négatif.

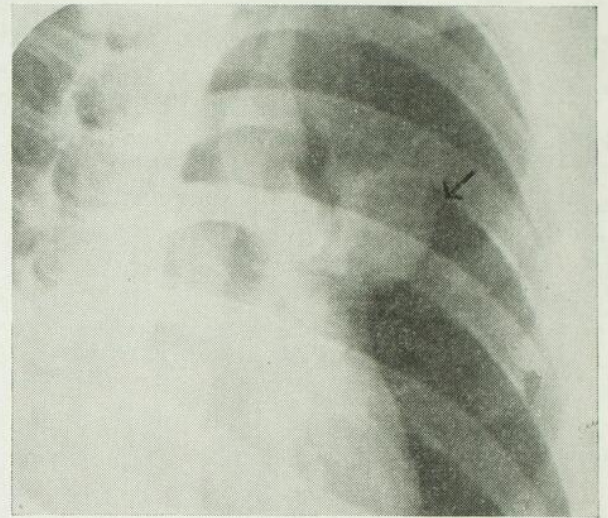


Figure 3.

#### *Diagnostic*

1. Les signes cliniques, la situation et les caractères radiologiques de l'ombre éliminaient une lésion du parenchyme pulmonaire et imposait le diagnostic d'une tumeur du médiastin antérieur.

2. Sa durée de plusieurs années et ses symptômes discrets suggéraient sa nature bénigne.

3. L'absence de mouvements pulsatils éliminait l'anévrisme.

4. On pouvait penser à un kyste dermoïde comme à la plus fréquente des tumeurs du médiastin antérieur; mais seule l'exploration chirurgicale pouvait faire le diagnostic de tumeur graisseuse, nerveuse ou cartilagineuse.

#### *Opération*

Sous anesthésie intra-trachéale et respiration contrôlée, on fait une incision d'environ 12 centimètres sur la troisième côte, à gauche, depuis le sternum jusqu'à la ligne axillaire antérieure. Le cartilage de la troisième côte est sectionné et la côte est réclinée de façon sous-périostée. Le thorax est ouvert par une incision dans le lit de la côte. On pénètre ainsi dans la cavité pleurale. Le poumon s'affaisse et on aperçoit, (Fig. 4) adhérente à la paroi

antérieure du thorax, une tumeur de la grosseur d'une petite orange, grisâtre, d'apparence kystique. Cette tumeur est adhérente à la plèvre pariétale antérieure de même qu'au lobe supérieur du poumon dans lequel elle s'est créé un nid. La libération de la partie distale de cette formation kystique conduit, par un long pédicule, jusqu'à la plèvre médiastinale, en bas de la crosse de l'aorte. Le kyste ressemble alors à une vésicule biliaire appendue au médiastin.

Le pédicule est sectionné au ras de la plèvre: il semble fibreux, ne montre pas de lumière; il n'y a pas d'hémorragie. Le thorax est refermé comme suit: la plèvre est saturée aux points interrompus, le côté est replacée et fixée par son cartilage, on fait l'expansion du poumon et un catheter, placé dans la cavité pleurale en fin d'opération, est retiré avec le dernier point cutané.

La convalescence s'est faite sans incident.

#### *Anatomie pathologique*

Masse ovale de 4,5 x 3,2 x 3,2 cm. pesant 40 grammes. Surface lisse et luisante. Un de ses pôles se prolonge en un pédicule bleu brunâtre de 2,5 cm. A la section, la masse apparaît kystique; la paroi est mince, la couche interne est lisse, luisante et brun pâle. Le contenu est blanchâtre et gélatineux.

Le microscope montre un *kyste bronchogénique* typique: épithélium cylindrique stratifié, à bord cilié. La paroi montre de nombreuses glandes muqueuses, du cartilage hyalin, du muscle lisse et du tissu conjonctif lâche. En certains endroits l'épithélium est réduit à une simple couche de cellules épithéliales atrophiées et la paroi est mince et fibreuse.

#### COMMENTAIRES

Il ne semble pas, en raison de son petit volume et de son isolement de la lumière bronchique, qu'on puisse attribuer à ce kyste les symptômes, tous subjectifs, du malade.

Ceux-ci sont plutôt apparus après que le patient fut devenu conscient de la présence de sa tumeur, lors de son premier examen radiologique. Ceci démontre, une fois de plus,

qu'il faut être très discret, flegmatique, lors d'une telle découverte radiologique et ceci jusqu'à plus ample information.

En l'absence de symptômes pulmonaires nous n'avons pas cru devoir mettre en œuvre certains moyens de diagnostic tels que la bronchoscopie et la bronchographie.

Ce kyste était remarquable par sa situation libre dans la cavité pleurale, en dehors de la masse des lobes pulmonaires et dans le médiastin antérieur.

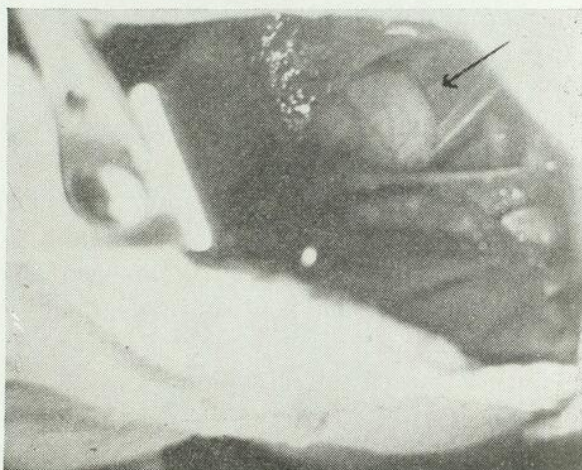


Figure 4. — Photo prise du poste de l'opérateur, à gauche de l'opéré. La tête de celui-ci est à droite et ses pieds à gauche. La plèvre pariétale vient d'être incisée transversalement dans le lit de la 3ème côte gauche. Tout au-dessous et tout au bord du feuillet supérieur de la plèvre, on aperçoit le fond du kyste à la façon d'une vésicule biliaire, avec quelques adhérences à la plèvre et au lobe supérieur du poumon. La libération de celles-ci va exposer un long pédicule vers la plèvre médiastinale où il sera sectionné.

L'ablation de ce kyste bronchogénique a été facilitée par les conditions suivantes: long pédicule, absence d'infection, absence d'adhérences trop serrées aux organes voisins, absence de fistule bronchique.

Il faut enlever ces tumeurs bénignes du médiastin, même quand le diagnostic n'est pas douteux. Il peut s'ensuivre, outre la guérison, une réhabilitation psychique, économique et sociale. C'est ainsi que notre malade a vu tous ses symptômes disparaître, qu'il exerce son métier avec confiance et qu'un an après son intervention, il a pu obtenir une police d'assurance qui lui aurait été sûrement refusée si cette tumeur avait continué à apparaître sur des radiographies de contrôle.

## CONSIDÉRATIONS SUR LES NODULES INTRA-HÉPATIQUES RENCONTRÉS AU COURS DE LAPAROTOMIE POUR CANCERS INTRA-ABDOMINAUX

Marcel LAMOUREUX,

Chirurgien à l'hôpital Notre-Dame (Montréal).

La présence de nodules dans le foie rencontrés au cours d'une laparotomie pour traitement de cancers situés dans la cavité abdominale, pose fréquemment au chirurgien un problème difficile à résoudre.

Ces nodules peuvent être multiples ou uniques, peuvent être de nature néoplasique ou non. On peut les rencontrer au cours de la première intervention ou au cours d'une intervention subséquente. Il importe d'en déterminer exactement la nature avant de procéder au traitement définitif. Dans certains cas, le diagnostic ne peut faire de doute à l'examen macroscopique; dans d'autres, cependant, l'examen microscopique sera absolument nécessaire. Il ne faut pas hésiter à prolonger l'incision, si nécessaire, et même pratiquer une nouvelle incision pour préciser la nature de la lésion hépatique et la technique à suivre dans le traitement de la lésion primaire pourra être modifiée, selon la nature du nodule intrahépatique. Ainsi, on cherchera à éviter une colostomie permanente à un malade qui a déjà des métastases hépatiques et on pourra se contenter de résections intestinales moins étendues qui auront pour but, non de guérir le malade, mais de rétablir temporairement la continuité du transit intestinal. Au contraire, si la lésion intrahépatique s'avère de nature bénigne et non métastatique, on n'en tiendra évidemment pas compte et l'intervention qui aura plus de chance de guérir le patient sera celle qu'il faudra choisir. Le pronostic ne sera évidemment pas le même selon la nature de la lésion intrahépatique.

Dans ce sens, nous désirons présenter l'exemple de quelques malades.

### Observation 1.

Mlle M. L..., 52 ans, est opérée en octobre 1949 pour épithélioma du sigmoïde, du volu-

me d'un pamplemousse. Au cours de l'intervention, nous constatons dans le lobe gauche du foie la présence d'un nodule intrahépatique de un cm. et demi de diamètre que nous diagnostiquons comme une métastase. Nous pratiquons une résection du sigmoïde avec anastomose, bout à bout. Présentement, 4 ans plus tard, la malade se porte bien, sans évidence de récurrence. Il ne s'agissait évidemment pas ici d'une métastase et le pronostic porté sur cette malade s'est avéré faux. Une biopsie nous aurait permis de poser un diagnostic exact.

### Observation 2.

Madame A. L... est opérée pour épithélioma du rectum, en mars 1951. A l'exploration, on constate un nodule de 1 cm. de diamètre dans le lobe gauche du foie. Nous prolongeons l'incision et pratiquons une biopsie qui nous révèle qu'il s'agit d'un kyste et nous procédons à une amputation du rectum. Cette patiente est décédée 6 mois plus tard de métastases généralisées, cependant l'intervention curative devait être traitée ici en vue de l'absence de métastases macroscopiques.

### Observation 3.

Monsieur R. D... est opéré pour épithélioma de l'estomac en octobre 1953. Au cours de l'exploration on constate, sur le dôme du lobe droit du foie, un nodule d'un demi cm. de diamètre. Nous pratiquons une biopsie qui nous montre qu'il s'agit d'un kyste. Comme il s'agit d'un épithélioma du genre limite plastique envahissant tout l'estomac, et que l'exploration ne révèle pas de métastases ailleurs, nous pratiquons une gastrectomie totale. Le pronostic est ici sans doute sombre, cependant, il y avait lieu de tenter une intervention curative, étant donné l'absence de métastases évidentes.

### Présence de métastases.

Les métastases hépatiques sont, dans la grande majorité des cas, multiples et étendues aux deux lobes, excluant ainsi la possibilité de toute intervention curative. Cependant, en quelques rares occasions, la métastase peut être ou paraître unique.

### Observation 4.

Monsieur A. G..., 58 ans, s'est présenté à l'hôpital Notre-Dame, en janvier 1951, avec les symptômes suivants:

- a) Présence de sang dans les selles depuis 1 an, à intervalles irréguliers;
- b) Alternances de constipation et diarrhée depuis trois mois;
- c) Amaigrissement de 10 livres environ;
- d) Symptômes de sub-occlusion intestinale, depuis une semaine, ballonnement, nausées, vomissements, etc.

Le patient nous arrive avec des radiographies prises dans un hôpital de l'extérieur et le rapport radiologique suivant:

« La substance barytée distend bien le rectum... Le sigmoïde distal se rétrécit sur une longueur de 4 cm. et montre un aspect lacunaire à contours irréguliers. ».

*Opinion:* « Néo du sigmoïde distal. ».

(H. Lacharité. M.D.).

Dans les antécédents du patient, nous retrouvons un épisode de pleurésie, deux ans auparavant; et il a subi une appendicectomie en janvier 1949, et une hémorroïdectomie en 1944. Son père est décédé à 51 ans d'épithélioma de l'intestin; sa mère, à 65 ans, d'urémie; un frère souffre de troubles urinaires d'origine probablement prostatique.

L'examen physique du patient nous montre un homme paraissant son âge, un peu souffrant et légèrement déshydraté. L'abdomen est ballonné, de façon régulière, mais assez peu tendu, il n'y a ni masse, ni ganglions palpables. La percussion révèle un tympanisme exagéré, à tout l'abdomen.

Le foie n'est pas augmenté de volume.

Le toucher rectal est négatif.

Le reste de l'examen physique ne révèle rien d'anormal.

Une rectoscopie pratiquée le 29 janvier ne permet pas de rejoindre la lésion et de pratiquer une biopsie.

Les analyses de laboratoire: analyse des urines, azotémie, glycémie, sont normales.

La formule sanguine montre légère hyperleucocytose à prédominance de neutrophiles.

Le 2 février 1951, nous pratiquons une laparotomie, sous anesthésie rachidienne.

Laparotomie sus et sous-ombilicale gauche. L'exploration de l'abdomen révèle la présence, au niveau de la partie distale du sigmoïde, d'une tumeur sténosante, rétractile, du volume d'une mandarine. La tumeur n'est pas adhérente aux organes voisins. Il existe de nombreux ganglions de coloration rosée dans le méso du sigmoïde et le long de l'artère mésentérique inférieure. Le foie ne présente pas de métastase palpable. L'exploration du reste de l'abdomen est négative. Nous procédons à une résection du sigmoïde allant de 8 pouces au-dessus de la tumeur, à 3 pouces en-dessous et comprenant le territoire de l'hémorroïdaire supérieure et les ganglions environnants avec anastomose bout à bout du côlon descendant au rectum après décollement et abaissement de l'angle splénique du côlon. La paroi est refermée sans drainage.

Les suites opératoires furent normales, si on excepte une infection de la paroi qui prit trois semaines à guérir. Le malade quitte l'hôpital le 17 février 1951.

Le rapport de l'examen histologique de la pièce se lit comme suit:

« Le fragment d'intestin que nous avons reçu contient une tumeur circulaire qui mesure 2,5 cm. x 3 cm. Au microscope, il s'agit d'un épithélioma cylindrique glandulaire du gros intestin qui remplace la muqueuse et est ulcéré en son centre. L'épithélioma prolifère à travers les musculueuses qu'il détruit en un point et pousse presque dans la graisse péritonéale. Cette pénétration est cependant assez restreinte. Ailleurs, les musculueuses sont envahies mais non encore dépassées.

« Nous avons trouvé de nombreux ganglions dans le méso. Ces ganglions ne sont pas envahis par

*l'épithélioma* et ne contiennent que des signes d'irritation.»

(Dr Claire Gélinas-Mackay).

En février 1952, soit un an après la première intervention, le patient est réhospitalisé, se plaignant de fatiguabilité excessive, de malaises digestifs vagues, sous forme de douleurs imprécises, sensation de ballonnements, éructations, gaz. L'appétit est bon, il n'y a pas d'amaigrissement, pas de sang dans les selles, pas de modifications dans la forme des selles, pas de constipation.

L'examen physique ne révèle rien de particulier. L'abdomen est souple, le foie non palpable, la cicatrice abdominale est bien guérie.

Le 16 février, nous demandons un lavement baryté pour étude de l'anastomose pratiquée un an auparavant. Le rapport de cet examen se lit comme suit:

#### *Lavement baryté.*

« Juste au-dessus de l'ampoule rectale, il existe un rétrécissement circulaire concentrique d'environ 2 cm. de longueur que le lavement ne réussit pas à distendre. Cette lésion circulaire serait à peu près située au niveau de l'abouchement pratiqué lors de l'exérèse du néoplasme du recto-sigmoïde. »

« Une insufflation pratiquée après le lavement baryté a montré la constance du rétrécissement. »

*Conclusion.* — « Etant donné le manque de souplesse et la largeur de ce rétrécissement, nous avons l'impression qu'il s'agit plutôt d'une récidive locale que de la ligne de suture. » (Dr A. Trépanier).

Un repas baryté ne révèle rien d'anormal.

Le 19 février, le docteur Roger Dufresne pratique une rectoscopie dont le rapport se lit comme suit:

« Introduction de l'instrument jusqu'à 15 cm. Spasme important au début de l'examen dans la région anale, de même au niveau d'un bourrelet situé à 13 cm. et représentant probablement la jonction du descendant au rectum. La muqueuse est d'apparence normale. Nous ne pouvons, à cause de l'absence du sigmoïde, continuer plus loin. »

Les épreuves de laboratoire sont encore normales. Protéines à 7 gm. pour cent, Thy-mol, 1,5 unité, floculation négative, urines normales, formule sanguine normale. Azotémie et glycémie normales.

A cause de la possibilité de récidive au niveau de l'anastomose, nous proposons au patient une réintervention que nous pratiquons le 23 février 1952.

Anesthésie rachidienne.

Incision à travers l'ancienne cicatrice et résection de celle-ci.

A l'exploration, on note que l'anastomose, faite il y a un an, est souple, perméable, légèrement rétrécie mais ne présente pas de signes de récidive. Il n'y a pas de ganglions hypertrophiés dans la région.

En plein centre du lobe gauche du foie, existe une masse unique d'environ 2,5 cm. de diamètre et complètement enfouie dans le parenchyme hépatique. Le lobe droit ne paraît pas contenir de métastases.

Nous prolongeons l'incision vers le haut et l'hypochondre droit. L'examen du foie ne révèle la présence d'aucun autre nodule.

Nous procédons à l'exérèse de tout le lobe gauche: ligatures des branches gauches de l'artère hépatique du canal hépatique et de la veine. Le porte-lobe gauche est récliné et la branche gauche de la veine sus-hépatique est ligaturée. Le lobe gauche est séparé du droit au moyen du galvano cautère et l'hé-mastose de la tranche hépatique est faite au calgut chronique numéro 1. Deux drains cigarettes sont laissés au niveau de l'extrémité supérieure de la plaie et l'abdomen est refermé.

Le rapport de l'examen histologique de la pièce se lit comme suit:

« *Foie.* — Dans le fragment de foie que nous avons, il existe un noyau épithéliomateux de 3 cm. de diamètre; il est constitué par un épithélioma glandulaire à mucus dans un stroma fibreux abondant. » (Dr Simon Lauzé).

Les suites opératoires furent compliquées, le malade ayant présenté une cholécystite gangréneuse postopératoire pour laquelle il fallut réintervenir 12 jours après la résection hépatique. Nous avons alors pratiqué une cholécystostomie et avons noté la couleur du lobe droit du foie qui était normale. Le drainage biliaire s'est tari spontanément en un mois. Nous croyons cet accident probable-

ment dû à une ligature accidentelle de l'artère cystique.

A la suite de cette nouvelle intervention, le malade a présenté un épisode pulmonaire à gauche que nous avons attribué à une embolie et une thrombo-phlébite de la veine fémorale gauche.

Le malade quittait l'hôpital le 11 avril 1952.

Nous avons revu ce malade en décembre 1953, soit près de deux ans après la deuxième intervention, et trois ans après la première. Le patient se porte très bien. Il occupe le même emploi qu'auparavant: emploi qui nécessite de longues heures en station debout. Il n'existe que très peu de troubles postphlé-

bitiques et pas de signes de récurrence néoplasique actuelle.

Il ne fait pas de doute que l'extirpation de cette métastase hépatique ait rendu service à ce malade, même s'il est trop tôt pour parler de guérison définitive.

\* \* \*

**En résumé**, il importe de diagnostiquer, de façon certaine, la nature des nodules hépatiques rencontrés au cours des laparotomies pour cancers intra-abdominaux; et dans certains cas, il y a avantage à extirper ces métastases qui paraissent enlevables et même, en quelques occasions, de pratiquer une nouvelle intervention pour rechercher ces métastases.

---

## DIVERTICULOSE APPENDICULAIRE PRÉSENTATION D'UN CAS

**Laurent ARCHAMBAULT,**

Chirurgien,

Hôpital Notre-Dame (Montréal).

**Armand TRÉPANIÉ,**

Radiologiste,

Contrairement à la diverticulose rencontrée ailleurs sur les côlons, celle de l'appendice demeure toujours une trouvaille radiologique ou histologique. A ce propos, il est probable que cette lésion existe plus fréquemment que la pratique courante ne l'indique, passant inaperçue sous le tableau d'une appendicite cliniquement certaine où il n'est pas jugé opportun de faire des examens radiologiques pour la confirmer.

Il existe deux formes de diverticulose, classées surtout par leurs caractères histologiques à savoir:

1 — Le diverticule vrai ou « congénital » où toutes les couches de l'appendice normal sont conservées microscopiquement:

2 — Le faux diverticule ou « forme acquise » dans laquelle la musculature n'existe plus parce que détruite par un processus inflammatoire antérieur, avec comme résultat un

affaiblissement d'un point de la paroi et formation secondaire d'un pseudo-sac ou diverticule.

La plupart de ces différents types prendront naissance sur le bord mésentérique de l'appendice et seront logés surtout au bout distal de l'organe. Nous en rapportons un cas chez lequel les diverticules furent clairement illustrés au cours d'un lavement baryté, et ensuite, vérifiés avec la pièce anatomique en main et par l'histologie.

### Observation.

Il s'agit d'un jeune homme de 31 ans, bien portant par ailleurs, qui se plaint d'une douleur non irradiée à la fosse iliaque droite depuis 2 ans. Cette douleur survient inopinément, sans horaire et à des intervalles irréguliers, — jamais assez forte pour lui faire cesser son travail quotidien, et jamais accompagnée

de symptômes généraux, i.e., pas de température, pas de nausées, ni diarrhée, ni constipation, ni amaigrissement. Au cours des derniers mois, ces crises douloureuses se rapprochent et sont plus intenses. Le questionnaire et les

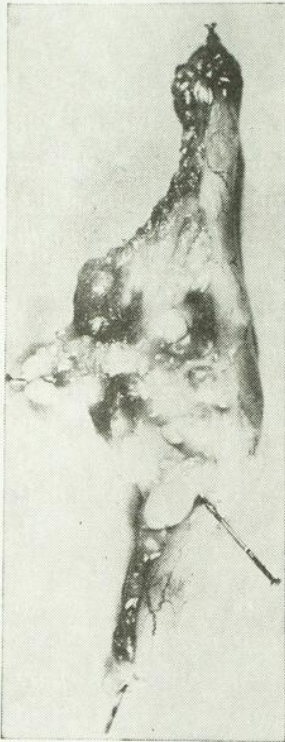


Fig. 1. — Présence de deux renflements d'aspects diverticulaires dans le méso-appendiculaire, tiers distal.



Fig. 2. — Lavement baryté: spot-film de la région iléo-cœcale montrant les deux diverticules appendiculaires à demi injectés par le baryum.

antécédents sont négatifs en dehors de cette douleur. L'examen objectif révèle un ventre souple, et une douleur à la palpation profonde de la région iléo-cœcale. Le toucher rectal est sans signification. Les examens de laboratoire i.e., formule sanguine, urines, sédimentation globulaire, sont dans la limite de la normale. Il est donc décidé de recourir au lavement baryté pour mettre en évidence une pathologie iléo-cœcale et le rapport se lit comme suit:

« Le remplissage des différents segments coliques s'effectue rapidement sans arrêt ni douleur. Il existe plusieurs formations diverticulaires sur la demie droite du transverse, sur le cœco ascendant de même que sur l'appendice où il est possible d'en identifier deux. L'appendice est long, recourbé et semble fixé

par son extrémité distale. Au moment du remplissage, la palpation de l'appendice a provoqué la douleur habituelle ressentie par le malade. L'évacuation immédiate est satisfaisante. *Impression:* diverticulose colique et appendiculaire. L'appendice fixé est douloureux à certains moments. »

Sur la foi de ce rapport et la présomption clinique d'une lésion appendiculaire de vieille date, et dont les poussées répétées et guéries avaient fixé le cœcum et l'appendice avec formation probable de pseudo-diverticules, nous décidons intervention pour appendicectomie.

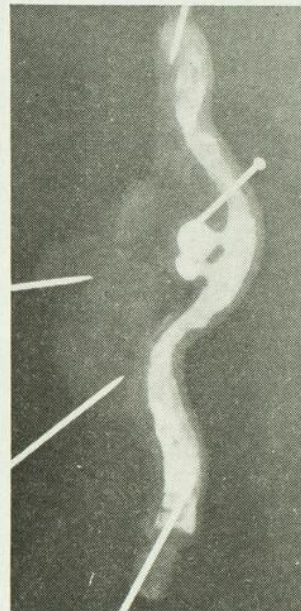


Fig. 3. — Injection de Diodrast dans la lumière de l'appendice enlevé montrant le remplissage du canal appendiculaire avec le diverticule.

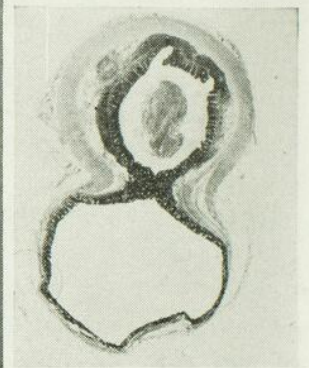


Fig. 4. — Coupe histologique transversale montrant la continuité du canal appendiculaire.

A l'opération, on constate que l'appendice est non adhérent, d'une longueur d'environ 8 cms présentant une séreuse légèrement congestionnée mais par ailleurs lisse, et sans phénomènes inflammatoires macroscopiques récents. A son tiers distal, le méso-appendiculaire présente un renflement qui traduit la présence dans ses feuillets des diverticules vus radiologiquement. L'appendicectomie est faite et l'abdomen refermé. Les suites post-opératoires sont sans incident, et le patient revu deux mois après son intervention, se dit complètement soulagé de ses douleurs antérieures.

Le rapport histologique de la pièce prélevée se lit comme suit:

« Nous avons reçu un appendice qui montre à la partie médiane un petit renflement qui semble venir de l'appendice. Au microscope, l'appendice ne présente pas de lésion inflammatoire actuelle. L'un des prélèvements montre un diverticule qui est en continuité avec la lumière appendiculaire. La muqueuse qui revêt le diverticule est d'aspect normal et contient des glandes comme la muqueuse appendiculaire elle-même. La muscularis mucosæ est intacte. Les musculatures de l'appendice se séparent en un point pour laisser sortir la muqueuse du diverticule. Cependant, les musculatures continuent au bord du diverticule où elles s'amincissent mais ne disparaissent pas complètement. Il existe en effet au pourtour du diverticule plusieurs faisceaux musculaires bien reconnaissables. Il s'agit vraisemblablement d'une diverticulose appendiculaire vraie. »

#### COMMENTAIRES

Ce cas présente l'intérêt d'avoir été démontré radiologiquement et semble coïncider à date avec l'histoire clinique du malade ci-haut mentionné. La question qui se pose, à savoir s'il s'agit d'un vrai ou d'un faux diverticule, reste sujette aux variantes théoriques de diverses écoles. Mais il est un fait certain — que le diverticule soit congénital ou acquis — que tout diverticule doit se produire au travers d'un point faible de la paroi, favorisé ou non par l'infection, l'augmentation de pression intra-luminale ou un point d'entrée vasculaire. Lorsqu'il est constitué, il devient un

milieu idéal au développement de crises aiguës appendiculaire avec perforation à l'instar de la diverticulite des autres segments de l'intestin.

#### Conclusion.

Vu la présence, dans le diverticule avec lequel nous avons eu affaire, de toutes les couches de l'appendice normal, nous croyons qu'il s'est agi ici d'un diverticule vrai et non secondaire à un processus inflammatoire.

N. B. — Nous remercions les docteurs Jacques Léger et Claire Gélinas-Mackay pour leur coopération à la préparation de ce travail.

#### BIBLIOGRAPHIE

1. A. P. STOUT: A study of diverticulum formation in the appendix. *Arch. Surg.*, 6: 793 (mai) 1923.
2. A. E. GRAMSE, M. B. DOCKERTY et J. M. WAUGH: False diverticula of the appendix: A sequel of previous inflammation and rupture of the appendix — clinical and pathological study. *S. Clin. North America*, 29: 1189, 1949.
3. Philip LADIN: Diverticulosis and diverticulitis of Vermiform appendix. *A. M. A. Arch. Surg.*, 62: 514, 1951.
4. John H. GILMORE et T. K. MAHAN: A case of diverticulosis of the vermiform appendix, Roentgenographically demonstrated. *Am. J. Roentgenol.*, 56: 748 (décembre) 1946.

## OPACITÉ RADIOLOGIQUE À TYPE DE TUBERCULOME SPONTANÉMENT REGRESSÉE AU COURS DE LA PRIMO-INFECTION, CHEZ UN ENFANT ESQUIMAUX SOUS TRAITEMENT PAR RIMIFON ET STREPTOMYCINE

M. CARON,

Hôpital de l'Immigration (Québec).

Dans ces dernières années, nous avons recueilli quelques observations d'opacités radiologiques arrondies à type de tuberculome survenues au cours de la primo-infection tuberculeuse.

Nous n'avons pas de preuves anatomo-pathologiques de tuberculome, puisque aucun de nos petits malades n'a été opéré par une

exérèse segmentaire; mais si on se contente nécessairement des données radiologiques, on peut les considérer comme des images à type de tuberculome.

Dans le cas qui nous intéresse tout spécialement, l'aspect des images radiologiques nous autorise à le classer parmi les tuberculomes qui ont eu une curabilité spontanée.

A son admission dans notre hôpital, le diagnostic a été posé « primo-infection tuberculeuse », sans lésion nodulaire dans le parenchyme pulmonaire (fig. 1). L'image arrondie, dense est apparue après quelques semaines d'hospitalisation, et d'après sa situation, il ne semble pas y avoir eu un intervalle appréciable entre la constatation du tuberculome et le début de la primo-infection (fig. 2). Galy, après Harmseen, insistent sur la localisation

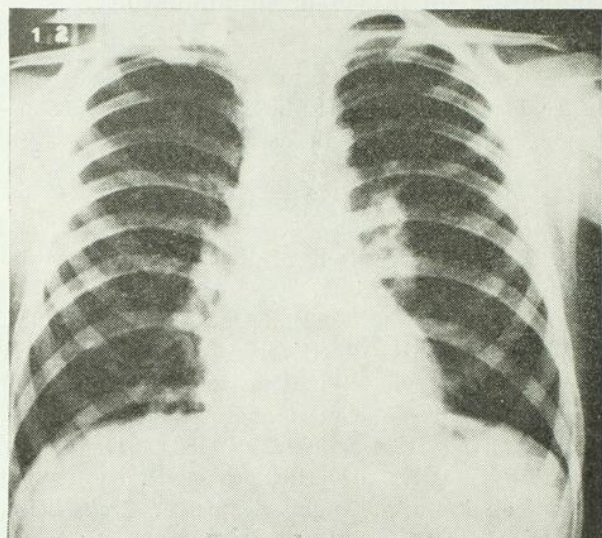


Figure 1

ventrale des lésions primaires qui s'opposeraient au siège dorsal des lésions tardives. Les relations entre de tels aspects radiologiques et la primo-infection ont déjà été souvent invoquées. Il n'en est pas beaucoup d'exemples publiés jusqu'ici en dehors de ceux de Duroux et ses collaborateurs et de quelques auteurs.

Ajoutons qu'au point de vue anatomique, il ne semble pas que la définition du tuberculome soit établie par un accord unanime. Il y a discussion entre la différenciation du tuberculome et la caverne pleine, mais les recherches de fibres élastiques semblent devoir donner la solution de la différenciation. Il y a aussi le chancre géant; le chancre d'inoculation géant doit-il se différencier du tuberculome? On peut penser dans certains cas que le tuberculome s'est formé autour du chancre d'inoculation. Par un mécanisme identique, un tuberculome peut se constituer autour d'une cicatrice parfois même calcifiée du chancre, dans ces con-

ditions, peut se constituer une lésion radiologiquement semblable au tuberculome que certains auteurs tendent à séparer au nom de l'anatomie pathologique. Ce sont des faits sur lesquels ont insisté Kourilsky, Fourestier et collaborateurs.

Mais notre propos n'est pas d'amener, sur les faits que nous présentons, une discussion d'ordre anatomique ou pathogénique, nous nous proposons seulement de faire quelques

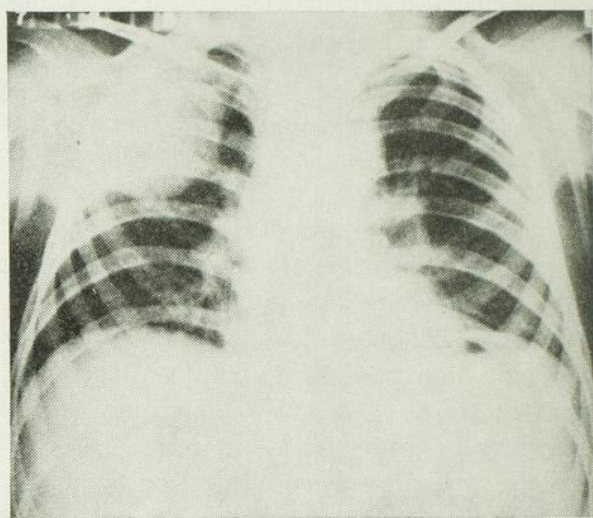


Figure 2

remarques qui découlent d'une observation intéressante, d'une opacité radiologique à type de tuberculome spontanément regressée.

#### Observation.

T. S..., petit Esquimau, âgé de 7 ans, primo-infection et coexistence de masses ganglionnaires hilaires sans opacité arrondie, (fig. 1). Une radiographie pulmonaire du 7 mars 1953 (fig. 2) montre la présence d'une masse arrondie, dense siégeant à la région sous-claviculaire externe droite et d'apparence superficielle. Deux mois plus tard, en date du 20 mai 1953, une nouvelle radiographie extérieuse une image annulaire linéaire de 4 à 5 centimètres de diamètre qui nous indique un évidemment complet du tuberculome (fig. 3). Les bacilloscopies sont négatives au bacille de Koch, même aux cultures. Etat général amélioré, apyrétique, légère augmentation pondérale de 49 à 52 livres. Le malade est surveillé. En juillet 1953, lors d'un nouvel examen radio-

logique, on constate la disparition complète de l'image, disparition qui persiste jusqu'à maintenant (fig. 4), quelques petites opacités d'apparence fibreuse, rien de plus. A cette période, vitesse de sédimentation globulaire diminuée de 23% à 12% (Brook's Method), l'examen pulmonaire est négatif, l'état général est satisfaisant.

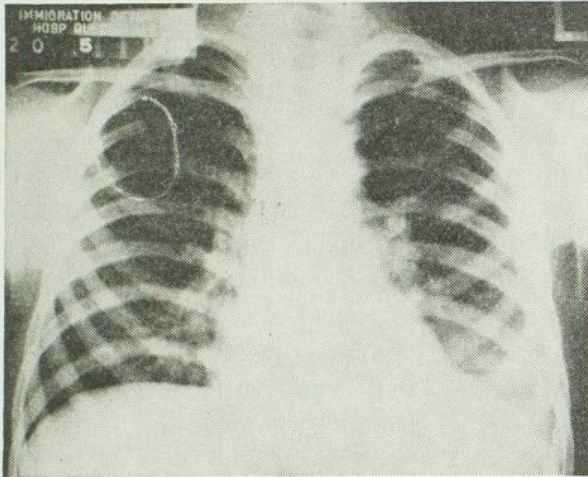


Figure 3

La présence de ces foyers ronds comporte souvent un caractère de malignité, puisque nous savons que plus ou moins tardivement, quand ils persistent, se révèlent évolutifs.

Quant aux indications des exérèses même partielles, c'est le caractère persistant et progressif ou bacillaire qui paraît indiquer l'intervention. Si l'incurabilité éventuelle de ces noyaux caséux est incontestable, la curabilité spontanée est aussi fréquente, tel que constatée chez notre petit malade.

Notre traitement médical a consisté dans l'administration de rimifon, streptomycine et dans le repos au lit. Le repos intégral au lit nous a semblé le geste thérapeutique essentiel; il s'est prolongé pendant six mois. Après un intervalle de temps, nous reprendrons les

antibiotiques et insisterons pour garder ce patient au lit pour une autre période de six mois. A cette date, nous ferons le bilan.

#### Conclusion.

En l'absence de constatations anatomiques, certaines images arrondies peuvent être classées comme opacités radiologiques à type de tuberculome.

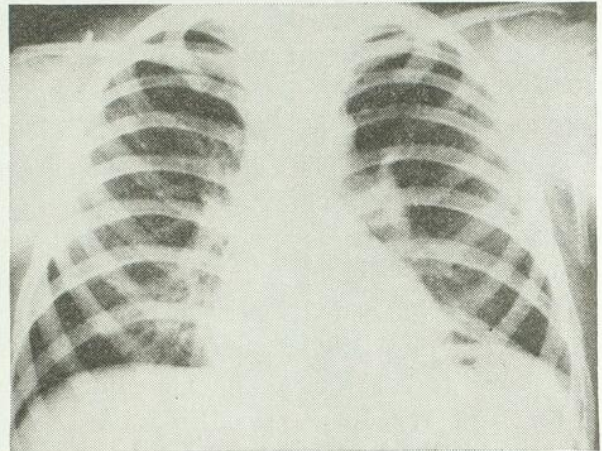


Figure 4

Quant à l'avenir, nous ne pouvons pas nous baser sur ce cas pour la possibilité de parer au danger de ces extensions nodulaires en adoptant un long traitement aux antibiotiques et repos, elle dépasse encore notre expérience restreinte. C'est la régression spontanée et totale que nous avons voulu mettre en valeur, d'une image radiologique que nous avons étiquetée de tuberculome.

#### BIBLIOGRAPHIE

- KOURILSKY et FOURESTIER: Le tuberculome pulmonaire. *Revue Tub.*, 10: 788, 1946.  
DUROUX, DUBEAU et MASSON: Tuberculome pulmonaire apparu au cours d'une primo-infection. *Revue Tub.*, 13: 653, 1949.  
GALY et BERARD: Le tuberculome primaire. *Lyon Méd.*, 26: 409 (29 juin) 1952.

## MOUVEMENT MÉDICAL

### NOS CONNAISSANCES ACTUELLES SUR LES CALCIFICATIONS DU NUCLÉUS PULPOSUS (C. N. P.)

François FRANÇON (Aix-les-Bains),  
Membre correspondant national de l'Académie Nationale de Médecine.

Vue anatomiquement par Luschka (1858) et radiographiquement par Beneke (1897), l'affection a été individualisée comme entité clinique par Calve et Galland (1922, 1930). Son étude a été poursuivie par un grand nombre d'auteurs, notamment par Schmorl, Barcelo et, chez nous, par Mauric, F. Françon (1937), Corret et L. Mathieu, Langeron et Luguez, Françon, R. Lançon et P. Robert (1952), De Sèze et Durieu (1952), etc. Nous en avons fait l'objet d'une Communication au 8<sup>e</sup> Congrès International des Affections Rhumatismales tenu à Genève-Aix-les-Bains, Zurich (24-28 août 1953) en présentant une abondante documentation iconographique. Remarquons que, jusqu'ici, elle n'a pas suscité de monographie et que la plupart des traités français et étrangers ne lui consacrent que quelques lignes.

Elle pose de nombreux problèmes : nous retiendrons ceux qui ont trait à son étiopathologie, à sa sémiologie, à sa thérapeutique.

#### ETIO-PATHOLOGIE

Elle est relativement rare puisque, en 1933, il n'y en avait guère qu'une trentaine de cas publiés. Cependant, en la recherchant systématiquement — et, bien entendu, nous n'avons pu radiographier qu'un nombre limité de patients — nous en avons recueilli 8 cas au cours de la saison 1953.

Les causes restent *mystérieuses*. Elle s'observe surtout à partir de 40 à 50 ans; cependant Brailsford en a publié une observation chez un garçon de 7 ans, Baron chez un sujet de 12 ans. Elle a une prédilection pour la femme. Elle est indépendante de la *goutte*

*calcaire* et la précipitation respecte le reste du corps.

Quelquefois on peut accuser un *traumatisme*: observations classiques de Corret et L. Mathieu relatives à un religieux qui avait sonné trop fort la cloche de son couvent, de De Sèze et Durieu dans laquelle le sujet avait eu un très grave accident d'avion 32 ans auparavant. Dans une observation personnelle (Madame Jacq.), une calcification des disques D7 - D8 coïncidait avec une Maladie de Kümmel-Verneuil de LI et remontait à un accident datant de 4 ans: la malade avait été renversée par une bicyclette.

Nous accordons, pour notre part, une très grande importance aux *troubles statiques* qui perturbent le trajet des lignes de force, déséquilibrent l'axe disco-vertébral et entraînent sa fatigue: *ce sont eux que nous avons trouvés le plus souvent en cause*.

Ailleurs, les auteurs mettent en avant une *infection*, rougeole, amygdalite, affection du groupe typhique - paratyphique, grippe, tuberculose, rhumatisme chronique inflammatoire, etc. Une de nos malades avec calcifications étagées (Mme Flam.), incriminait ses 5 grossesses.

Il faut faire intervenir la notion de *sénescence discale* qui survient souvent à une échéance prématurée: les tissus vieillis ou nécrosés constituent des *loci minoris resistentiae* dans lesquels le calcium se dépose facilement (cf. les exemples de calcification du tendon sus-épineux à l'épaule, de celles qui siègent dans les tuniques usées des artères, etc.).

Enfin nous ne saurions oublier le rôle capital joué par un *facteur individuel de terrain* que

nous ne pouvons encore définir: les C.N.P. sont aussi rares que sont banales les perturbations de la statique vertébrale si communes chez la femme! Pourquoi certaines sont-elles frappées? Il appartiendra à l'accumulation et à la critique des observations de résoudre cette énigme.

#### SÉMIOLOGIE

##### a) *Radiographie.*

Nous lui donnons la priorité puisqu'elle est la condition indispensable du diagnostic.

Les clichés de profil sont les plus faciles à lire, parfois aussi les trois-quarts en double obliquité (De Sèze): ceux de face sont moins démonstratifs. Au sujet des C.N.P., nous ne connaissons pas d'enquête discographique.

Les concrétions sont tantôt uniques (notre observation 1), tantôt multiples, disséminées dans un seul disque ou étagées dans plusieurs (2 de nos cas, celui de De Sèze et Durieu). Elles siègent électivement dans la région dorsale moyenne ou inférieure, moins souvent dans la lombaire, jamais dans la cervicale de la colonne: c'est surtout entre D10 et L2 qu'il faut les chercher. Elles sont médianes ou prédominent dans la moitié postérieure de l'espace.

L'aspect est variable: 1. soit une pastille aplatie à peu près parfaite reposant sur le plateau vertébral inférieur (notre observation 1); 2. soit une formation plus ramassée en noyau de cerise; 3. soit une masse divisée en plusieurs fragments.

Dans notre observation 2, nous trouvions présentes ces trois images, chacune dans un disque différent. Il n'est pas très rare, d'autre part, qu'elles se présentent comme une sorte de chapelet fusiforme étiré d'avant en arrière. Les contours sont tantôt nets, tantôt un peu flous.

Nous passerons plus rapidement sur les lésions de voisinage. D'habitude, les plateaux somatiques adjacents ne sont pas excavés: ils peuvent l'être cependant quelquefois. Au voisinage des concrétions, il peut y avoir une ostéoporose plus ou moins marquée des corps

vertébraux et, comme dans notre obs. 1, une calcification de l'aorte. Nous avons déjà dit la fréquence des lésions de cyphose, lordose ou scoliose.

Ces dépôts sont formés de carbonate et de phosphate de calcium avec parfois adjonction d'acide urique chez les goutteux (Schmorl). Suivant Lyon, il pourrait parfois s'agir d'une ossification véritable avec organisation tissulaire, et non plus d'une calcification.

##### b) *Clinique.*

Elle est extrêmement variable, allant d'une simple trouvaille radiographique à un syndrome plus ou moins complexe: *mais faut-il accuser la calcification elle-même ou le contexte sémiologique qui l'encadre? Possède-t-elle un syndrome bien à elle, qui lui soit propre?* C'est un point sur lequel nous attirons fortement l'attention: pour nous, la question reste ouverte. Avec cette réserve formelle, nous résumons les constatations telles qu'elles ressortent de la littérature et de nos 10 observations personnelles.

Le début est tantôt brusque à l'occasion d'un effort, tantôt, et bien plus fréquemment, insidieux.

Dans bien des cas, l'évolution est absolument latente, inapparente, et seul le film révèle l'existence de la concrétion.

Ailleurs, au contraire, on relève des signes plus ou moins bruyants. Quelquefois le patient accuse la présence de la calcification qu'il localise assez bien sans que la pression digitale puisse déterminer en ce point de douleur provoquée.

Chez le religieux de Corret et Mathieu, il y avait une démarche spastique avec exagération des réflexes tendineux et abolition du réflexe abdominal inférieur. Dans notre obs. 2, la malade avait des douleurs extrêmement pénibles à type de névralgie intercostale gauche: elles survenaient à peu près tous les mois par crises qui duraient de 4 à 24 heures et l'obligeaient parfois à se rouler par terre (il fallait, évidemment, tenir compte d'une forte composante névropathique); dans l'intervalle,

il y avait de la raideur subjective et de la douleur de la colonne dorsale inférieure. Il existait une cyphoscoliose dorsale avec lordose lombaire: à l'examen le rachis avait conservé toute sa souplesse. Le malade de l'obs. 1 se fatiguait rapidement dans la marche à plat alors qu'il faisait aisément des ascensions répétées et dures dans le massif du Mont-Blanc: 30 Km. de hauteur en 3 semaines, à raison d'une moyenne de 1500 mètres par jour!

Chez ces deux malades, la *calcémie* était normale.

### c) *Evolution.*

Quelle est la destinée de ces calcifications? Dans les limites restreintes de notre observation personnelle, nous les avons vues persister sans modification avec les troubles qu'elles entraînent: l'absence de vaisseaux dans le disque adulte (il n'en est pas de même chez l'enfant) cadre avec nos constatations.

Cependant, Brailsford les a vues disparaître après une grippe grave, Galli, Baron, Klar, Kohlmann signalent également leur effacement comme c'est souvent le cas pour les calcifications de la périarthrite scapulo-humérale. D'autres fois, la douleur s'évanouit alors que le dépôt ne subit aucune mutation.

### DIAGNOSTIC

Dans l'état actuel de nos connaissances, il ne saurait être que *radiographique*. On ne confondra pas ces concrétions avec:

1. Les *calcifications de l'annulus fibrosus*. (Schmorl), beaucoup plus fréquentes, qui s'en distinguent par leur siège et leur orientation généralement verticale. Inventoriant à Dresde la collection de son maître, soit 10 000 colonnes vertébrales, Ratchke rencontre 71,5% dans cette situation contre 6,5 dans le *nucleus*.

2. Les *petits noyaux calcifiés* qui siègent

souvent dans les disques et échappent à la radiographie à cause de leur petite taille (Schmorl): nous les signalons ici pour mémoire.

3. Les *calcifications ganglionnaires*, fréquentes dans les régions périvertébrales: on les reconnaîtra à leur localisation extrarachi-dienne, en multipliant au besoin les incidences.

4. Les *disques totalement calcifiés de l'ochronose* avec alcaptonurie qui donnent une image caractéristique: en 34 ans de pratique, nous n'avons jamais observé cette maladie.

L'acide homogentisique est perméable aux rayons X mais ses dépôts servent de point d'impact aux sels de calcium.

### THÉRAPEUTIQUE

Elle reste encore à trouver: le repos et la roentgenthérapie, l'immobilisation plâtrée (Langeron et Luguez), la crénothérapie (Françon) peuvent donner un certain soulagement, mais non une guérison. D'autre part, nous ne connaissons pas de tentative chirurgicale dirigée directement contre les concrétions; Mouchet, Petit-Dutaillis, Barcelo ont pratiqué une greffe osseuse.

### TRAVAUX PERSONNELS DE L'AUTEUR SUR LA QUESTION

- (1) F. FRANÇON: Classification du *nucleus pulposus*. Une observation clinique et radiographique. *Arch. Cliniques, Radiologiques et Thérapeutiques de Rhumatologie*, 2: 9 (août) 1937.
- (2) F. FRANÇON, R. LANÇON et P. ROBERT: Triple calcification dorsale du *nucleus pulposus*. *Acta Physiotherapica et Rhumatologica Belgica*, 7: 130 (mars-avril) 1952.
- (3) F. FRANÇON: Calcification du *nucleus pulposus* (avec radiographies). Communication au 8ème Congrès International des Affections Rhumatismales, Genève, Aix-les-Bains, Zurich, 24-28 août 1953 (paraîtra dans le volume *Communications*).

# LA DOMINANCE SURRÉNALIENNE DANS LA TOXICOSE DIGESTIVE ET LA CACHEXIE (ATHREPSIE) DU NOURRISSON

Philippe CHÉDID, M. TABET et N. KHALIL (Beyrouth, Liban).

Le syndrome de la toxicose digestive et celui de la cachexie du nourrisson sont la manifestation la plus éclatante, en clinique infantile, de l'insuffisance cortico-hypophyso-surrénaliennne. D'étiologie inconnue, ils n'en sont que plus caractéristiques et plus marquants. En sont exclus, bien entendu, toutes les toxicoses à germe indentifié, telles que otitiques, méningées, pneumoniques, infectieuses, etc..., et dont le pronostic est nettement différent et bien plus favorable, et dont la thérapeutique spécifique est bien connue.

Ces deux syndromes, toxicose digestive et athrepsie, sont apparentés intimement au point de vue métabolique. Le syndrome clinique de la toxicose est la déshydratation et ses conséquences classiques comportent des symptômes de choc et d'acidose: « respiration acidotique, signes nerveux, agitation suivie de prostration avec fixité des globes oculaires et perte de conscience totale ».

Dans l'athrepsie, on se trouve devant une déshydratation totale: « sécheresse de la peau, fonte du tissu graisseux, adynamie extrême, et à la période d'épuisement, on constate la même symptomatologie, plus accusée, mais moins bruyante, et accompagnée de symptômes ulcéreux ».

Les modifications biologiques du sang sont aussi les mêmes. Etant identiques, elles doivent émaner d'une même altération organique. Les examens biologiques qui nous ont servi de base sont suffisants pour permettre l'évaluation de ces syndromes en clinique: « Taux des protéines, perturbations des rapports des albumines, perturbation des électrolytes et glyco-régulation ».

Tant au point de vue clinique que biologique, nous avons là la hiérarchie des phénomènes du syndrome d'adaptation.

La toxicose est le phénomène de choc, la cachexie ou athrepsie est le stade d'adapta-

tion et d'épuisement. Dans l'un comme dans l'autre phénomène, il s'agit d'une insuffisance fonctionnelle totale ou relative, elle-même résultat d'une carence sécrétoire hypophyso-cortico-surrénaliennne dont l'état toxique et adynamique est le panache clinique.

Nous savons actuellement que l'écorce surrénale intervient dans le métabolisme de l'eau et du sel, dans celui des hydrates de carbone des protéines et qu'elle influence le métabolisme intermédiaire des albumines. Nous savons également qu'elle est très étroitement liée au mécanisme de chaque cellule. Cette régulation hormonale est maintenant considérée par tous comme dépendant de la cortico-surrénale.

Les examens métaboliques pratiqués sur nos malades ont révélé une atteinte des 3 zones avec prédominance de l'une ou de l'autre ou avec leur participation commune.

a) la zone glomérulaire, source des hormones du groupe minéralo-régulateur, qui régit le métabolisme des électrolytes et de l'eau;

b) la zone fasciculée, siège du facteur S. d'Albright qui régit le catabolisme et la néoglycogénèse;

c) la zone réticulée, siège du facteur N d'Albright ou androgène qui intervient dans la synthèse protéique.

Durant les années 1951-1952, nous avons reçu dans notre service de l'Hôpital Français du Sacré-Cœur, 229 petits atteints de toxicose aiguë et d'athrepsie.

## STATISTIQUES

1) <i>Toxicoses digestives</i>	162	Nous écartons	
Morts dans les 24 hrs.	66	ces cas étant	
Morts dans les 48 hrs.	12	donné que le	
		traitement n'a	
		pas eu le temps	
<i>Cas aigus soignés</i>	84	nécessaire pour	
Guérisons	66	agir.	
Morts	18	Mortalité	21,4%

2) <i>Exsiccose chronique</i>	67	
Morts dans les 24 hrs.	7	} Cas écartés
Morts dans les 48 hrs.	3	
Cas ayant suivi le trait.	57	
Guérisons	41	
Morts	16	Mortalités
3) <i>Toxicoses aiguës échouées en exsiccose totale</i>		28,07%
	12 cas.	

Les examens biochimiques du sang ont été exécutés seulement chez 40 d'entre eux aux laboratoires de la Faculté Française de Médecine par le professeur P. Neyron.

40 cas ont subi les examens métaboliques

Hypoclorurémie, Hyponatremie	40 cas sur 40
Hypoprotéinémie	38 " " "
Hypoglycémie	3 " " "
Hyperglycémie	5 " " "
Protéines normales avec inversion du rapport (sérine/globuline)	2 " " "
Inversion du rapport sérine/globuline	9 " " "
Rapport des albumines avec tendance vers l'égalité	12 " " "

Tous ont présenté les perturbations suivantes: hypoprotéinémie, hypochlorémie, hyponatremie. Outre ces perturbations, nous avons eu 5 cas qui ont présenté de l'hyperglycémie, 3 cas de l'hypoglycémie, 9 cas avec une inversion des rapports des albumines et 12 avec tendance à l'égalité des rapports.

Ces altérations métaboliques sont dues à la déshydratation qui entraîne les pertes des électrolytes, mène à l'hémoconcentration, à la réduction du volume sanguin et conduit à la toxémie à la narcose acétonémique, à l'anoxie cérébrale, à l'acidose et au choc.

Il est évident que ces manifestations tant cliniques que métaboliques sont le prototype du syndrome d'adaptation de Selye. Loin d'être mécaniste cette théorie générale de la résistance spécifique aux agents d'agression, est une vérité clinique et métabolique qui s'épanouit cliniquement et métaboliquement avec des variantes multiples découlant de nos fac-

teurs tissulaires ou mieux du complexe autonome individuel.

D'après nos observations, nous remarquons que l'évolution de la résistance spécifique aux agressions se fait suivant un type unique comportant des variations cliniques et métaboliques qui résultent des altérations des différentes zones de la glande surrénale ou de la participation totale ou associée de ces trois zones connues et probablement encore inconnues.

De là se dégagent les difficultés d'interprétation et de signification visant une prédominance symptomatique. C'est pourquoi une hiérarchie des opérations s'impose ainsi que des manifestations morbides qui varient à l'infini.

En rattachant ces données à la clinique, et la toxicose étant la phase de choc, nous déduisons que l'organisme répond suivant les capacités de sa défense, et nous sommes quelquefois déçus devant les brusques défaillances au cours de l'adaptation, et les morts fréquentes après une agression tant soit peu sévère et prolongée.

Le nombre de cas de toxicose aiguë qui sont morts dans les premières 24 heures est 66 et il y eut 12 autres cas qui sont morts dans les 48 heures, malgré que les premiers soins aient été appliqués immédiatement: hydratation massive par le sérum chloro-sodo-potassique, par la voie buccale, parentérale et endoveineuse et oxygénation.

Si la période d'adaptation suit son évolution et que l'agent d'agression prolonge son activité la diarrhée sera chronique et, d'après Selye selon la réaction de défense du système endocrinien, l'organisme s'adapterait à l'agression ou bien s'épuiserait et ce serait l'hypothrepsie et l'athrepsie.

Les cas de toxicose aiguë ayant échoué en athrepsie sont de 12 sur 84.

A cette période de cachexie extrême (athrepsie) l'organisme est incapable de réagir. La réaction n'est plus isolée des autres parties de l'organisme, l'organisme entier participe à cette réaction, et malgré les thérapeutiques et les régimes divers et appropriés les perturba-

tions métaboliques persistent; l'enfant continue à se consumer. Dans ces derniers cas la diarrhée est attribuable à un trouble du métabolisme protéique dû à une insuffisance surrénalienne (hormone N).

La guérison ne survient, suivant nos statistiques qu'après le retour à l'état normal des perturbations métaboliques.

Cette diarrhée peut réaliser, par la déperdition d'eau, de sel et de protéine, une exsiccose totale pure, et si vient s'ajouter l'inversion des rapports des albumines, on aura le syndrome d'exsiccose avec œdème.

21 cas d'exsiccose avec œdème sur les 40 cas analysés.

Ces réactions qui se produisent, dépassent dans leur déroulement un organe déterminé, et atteignent l'organisme tout entier.

Nous pouvons dire actuellement, d'après ce qui précède, comment ces différents organes participent à former ces états pathologiques variés, et pourquoi ils y participent, tantôt d'une manière tantôt d'une autre, selon l'association pathologique des trois zones de la surrénale.

Ainsi tout cet ensemble de faits nous démontre que chaque réaction à une agression est en relation avec le tout de l'organisme, de telle sorte que les modifications que nous constatons aux différents stades et endroits, ne sont jamais indépendantes les unes des autres, mais entretiennent, au contraire, les unes avec les autres un rapport tout à fait déterminé. Dans les cas heureux où la guérison sur-

vient, il est encore évident que le rajustement se trouve toujours être en rapport avec l'organisme entier. Un rajustement total, tant biologique qu'endocrinien, est nécessaire, tous ces phénomènes ne se comprenant que si l'on en prend en considération la totalité.

Ce rajustement ne se concrétise que par une thérapeutique judicieuse de substitution tant métabolique qu'endocrinienne, basée sur les différentes altérations métaboliques.

Une thérapeutique d'ensemble doit être mise en œuvre: métabolique, endocrinienne, antibiotique et diététique. Ainsi pour la déshydratation on aura recours au sérum chloro-sodopotassique et aux stéroïdes cortico-surrénaux qui suppriment les troubles du métabolisme de l'eau et des sels minéraux; pour la déperdition des protéines, aux transfusions sanguines et au testostérone épargneur de protéine, ayant un effet anabolique. Pour les perturbations de la glycorégulation, s'il s'agit d'une hypoglycémie, il faudrait s'adresser à la désoxycorticostérone, et dans le cas d'une hyperglycémie, à l'insuline. Dans l'état de choc violent, on emploie l'ACTH ou la cortisone et l'oxygénothérapie. Parmi les antibiotiques, nous avons eu recours à l'auréomycine qui s'est montrée la meilleure.

---

Nous tenons à remercier pour avoir mis gracieusement à notre disposition les médicaments au cours de ce travail, les maisons suivantes: Lederle, pour l'Auréomycine; Charles E. Frosst, pour la Testostérone (Orchistérone); Choay pour l'A.C.T.H.; Ciba, pour le Percortène.

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

(Fondée à Québec en 1902)

**L'Union Médicale du Canada**

(Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872)

Tome 83, No 3 — Montréal, mars 1954

**L'ÉQUILIBRE HUMORAL ET  
LIQUIDIEN EN CHIRURGIE  
ABDOMINALE D'URGENCE**

La fréquence des cas d'abdomen aigu dans les services de chirurgie augmente à un rythme accéléré; bien plus, les malades arrivent maintenant à l'hôpital dans les premières heures de la crise. Ceci tient au fait que les patients tardent moins qu'autrefois à faire appel à leur médecin de famille et à l'autre excellente raison que celui-ci en reconnaît mieux que jadis les indications chirurgicales impératives.

L'admission précoce des cas urgents permet une thérapeutique immédiate préparatoire adéquate, car c'est grâce à celle-ci, si la marge de sécurité a augmenté. En effet, l'étape pré-opératoire est d'une importance capitale, car elle permet de rechercher les troubles de l'équilibre de l'eau et des électrolytes et fournit les moyens de les corriger. Il n'est que de lire le très beau travail

1. Maurice Bélisle et C.-Emile Grignon: Les perturbations électrolytiques en chirurgie et leur traitement chez l'adulte. *L'Union Médicale du Canada*, 82: 1199 (novembre) 1953.

2. Ch. Clavel: L'équilibre humoral en chirurgie abdominale d'urgence. *Lyon chirur.*, 48: 866 (oct.) 1953.

3. P. Michaud, J. Traeger et Michel: Les troubles de l'équilibre de l'eau et des électrolytes en chirurgie. *Lyon chir.*, 48: 965 (nov.-déc.) 1953.

de Belisle et C.-E. Grignon<sup>1</sup>, paru dans ce journal en novembre 1953 pour s'en convaincre. Le but de notre article est de souligner la valeur pratique de cette orientation pas tellement ancienne de la prévention du déséquilibre humoral chez les opérés et de reconnaître l'apport précieux de la biochimie et de la physiologie pathologique à la solution de ce que furent de graves problèmes. A la Société de chirurgie de Lyon, on s'est longuement intéressé à la même question, mise à l'ordre du jour des séances du 30 avril et du 28 mai 1953.<sup>2 3</sup> Clavel a démontré que c'est le déséquilibre humoral possible ou déjà réalisé qui fait l'urgence abdominale; il a cherché à l'évaluer et à tirer les règles thérapeutiques qui en découlent.

L'évaluation du déséquilibre se fait par la clinique et par le laboratoire, Michaud et ses collaborateurs établissent que « le problème à résoudre pour établir le diagnostic de l'état humoral d'un sujet comporte la double connaissance de l'équilibre hydrique et de l'équilibre ionique. »

La correction des troubles constatés doit se faire avant, pendant et après l'opération. L'apport de liquides d'abord: eau, sérum glucosé, sang, plasma, puis le rétablissement de l'équilibre ionique doit se faire d'une manière méthodique et bien déterminée. Pour fréquent qu'il soit dans les abdomens aigus, le déséquilibre humoral est constant ou presque, à une phase ou à l'autre, dans l'occlusion intestinale aiguë. Les phénomènes du genre ont été longuement étudiés au Congrès français de Chirurgie de 1953, ainsi qu'en fait foi le magnifique rapport signé Jacques Mialaret de Paris et Pierre Michaud de Lyon et qui porte pour titre:

Traitement pré et post opératoire de l'occlusion intestinale aiguë de l'adulte. Pour ces auteurs, « le syndrome humoral de l'occlusion intestinale serait caractérisé essentiellement par: 1° une déperdition hydrique avec hémoco-concentration; 2° une fuite électrolytique portant en particulier sur le sel et caractérisée par l'hypochlorémie et l'hypochlorurie; 3° des phénomènes accessoires, tels que hyperglycémie, azotémie, augmentation de la réserve alcaline ».

Le rétablissement de l'équilibre n'est pas aussi simple que la formule qui l'établit. Jean Gosset l'a bien exprimé: « La thérapeutique de remplacement des liquides demande beaucoup d'attention. Les prescriptions d'une journée ne peuvent se baser que sur les chiffres du jour précédent. On paye aujourd'hui les dettes d'hier, on règle demain les pertes de la veille. »

Il faut retenir de ces connaissances nouvelles que le déséquilibre humoral méconnu chez un malade qui souffre d'un syndrome abdominal aigu peut entraîner la mort. La chirurgie doit une grande reconnaissance à la biochimie qui a permis l'établissement du bilan humoral, qui a fourni les critères de dépistage des perturbations électrolytiques et qui sert de guide aux normes correctrices. La chirurgie moderne n'est plus possible si elle n'est épaulée par le laboratoire. Les succès opératoires sont la résultante de l'effort conjugué et harmonieux du chirurgien, du médecin, du radiologiste, de l'anesthésiste et du savant de laboratoire. La collaboration est essentielle à tous les stades: avant, pendant et après l'opération.

Edouard DESJARDINS.

## QUAND GUÉRIRA-T-ON LES CANCERS DE LA PROSTATE ?

Le cancer de la prostate atteint l'homme après quarante ans, exceptionnellement avant. Il est insidieux et pour ainsi dire asymptomatique, ce qui le rend extrêmement grave, étant donné qu'il peut passer longtemps inaperçu. Il faut donc aller à sa recherche.

Le cancer de la prostate, au début, se développe au bec de la prostate, tout près de la jonction de l'urètre prostatique et de l'urètre membraneux. Plus souvent qu'autrement c'est une découverte d'examen.

Ce qu'il y a de décevant, c'est que ce cancer est asymptomatique au début. Le malade n'éprouve pas les symptômes classiques du prostatisme, soit la pollakiurie diurne et nocturne, la dysurie et tous les autres symptômes de la rétention, infectée ou non. C'est pourtant à ce moment qu'il faut en faire le diagnostic.

Si on veut guérir ces malades, il faut intervenir précocement car la chirurgie radicale de la prostate n'est possible qu'à cette période du début avant l'envahissement de toute la glande et surtout avant l'envahissement des vésicules séminales et des tissus voisins.

Le diagnostic est relativement facile à faire à condition qu'on se donne la peine d'examiner les malades. Le toucher rectal met en évidence immédiatement, tout juste au niveau du bec, un nodule très dur, infiltré, ligneux qui n'est pas dépressible au toucher, il est indolore, généralement unique, parfois bien limité et circonscrit mais plutôt avec tendance à la diffusion.

Ces données précises facilitent le diagnostic d'avec la prostatite et l'adénome ou l'hypertrophie simple de la prostate. Dans la prostatite, les noyaux sont multiples, entremêlés de sclérose et sont douloureux au toucher. Il y a en plus les antécédents infectieux, vénériens ou autres qui guident vers le diagnostic. Dans l'adénome, toute la masse prostatique est augmentée et n'est pas noyautéuse, elle est bien limitée, lisse, dépressible et le malade a en plus du prostatisme. Il n'y a donc pour le médecin exercé aucun doute sur le diagnostic entre ces trois affections.

Si ces malades ne présentent pas de signes urinaires, comment peut-on être attiré vers cette lésion?

Voilà, et c'est le but de ces quelques lignes.

*Il faut, chez tout homme passé la quarantaine, au cours de quelque examen que ce soit, à la consultation ou autre, une investigation complète et il n'y a pas d'examen complet sans toucher rectal. Je dis bien et le répète: tout homme ayant passé la quarantaine n'a pas été bien examiné si on néglige de faire un toucher rectal.*

Le pronostic, dans ces cas de cancer au début, est bon, car, à ce moment, la chirurgie radicale locale est possible, et, par chirurgie radicale, on entend la prostatectomie totale qui enlève la prostate avec sa capsule et les vésicules séminales. Elle se réalise soit par voie périnéale, soit par voie rétro-pubienne. C'est la seule chirurgie qui permet de guérir le cancer prostatique localement opérable. Dès qu'il y a diffusion, c'est-à-dire quand le cancer a dépassé les limites de la glande elle-

même, le pronostic est mauvais et fatal malgré les œstrogènes, l'orchiectomie, etc..., car dès ce moment la chirurgie palliative est la seule possible.

La mortalité opératoire de la chirurgie radicale est faible de même que la morbidité.

Si le cancer a dépassé les limites de cette chirurgie radicale, les œstrogènes, l'orchiectomie, la surrénalectomie et l'hypophysectomie ne sont que des palliatifs qui n'ont jamais, où que ce soit, guéri un cancer de la prostate. Ce que ces moyens thérapeutiques ont pu réaliser, c'est une augmentation de la survie qui est passée de un an à trois ou quatre ans. Il en est de même de la chirurgie palliative locale qui ne fait que soulager le syndrome d'obstruction.

La chirurgie radicale est rare dans nos services parce que nous ne voyons pas les malades assez tôt. Pour ne citer qu'un exemple démonstratif, le chirurgien qui fait le plus de chirurgie radicale du cancer de la prostate (45 à 50 cas par année) est Kimbrough, l'urologue en chef au Walter Reed Hospital de Washington. Mais voilà ! il reçoit ses malades tôt, car tous les médecins de l'armée américaine qui font un stage dans cette institution sont très fortement avertis sur ce point: ne jamais faire d'examen médical sans toucher rectal et c'est ce qui leur permet de dépister une grosse majorité de ces cancers au début, c'est-à-dire au moment où ils sont opérables et guérissables. D'ailleurs les statistiques prouvent bien que la chirurgie prostatique du début guérit ces malades comme la chirurgie radicale de n'importe quel autre organe donne d'excellents

résultats dans les lésions néoplasiques récentes et bien localisées.

En conclusion, nous guérirons les cancers de la prostate uniquement quand tous les médecins et chirurgiens réaliseront qu'il faut à tout prix, chez tout homme qui dépasse quarante ans, faire un toucher rectal et rechercher ce cancer insidieux et asymptomatique qui représente tout de même 15 à 17 pour cent des cancers urinaires.

Il faut dépister cette maladie précocement car elle tue malheureusement une trop grande proportion de malades après les avoir fait terriblement souffrir.

Recherchons donc ce cancer si nous voulons le vaincre.

Jean-Paul BOURQUE.

---

## LE SOIXANTIÈME ANNIVERSAIRE DE LA FONDATION DE LA PRESSE MÉDICALE

« La Presse Médicale » est un grand journal de médecine. Et si cela devait être prouvé, le numéro qu'elle vient de publier, comme livraison spéciale de fin d'année et pour célébrer sa soixantième année d'existence, le démontrerait sans conteste.

D'un volume imposant, abondamment illustré de figures dont un grand nombre en couleurs, contenant des documents scientifiques riches d'enseignement et de sujets originaux, parsemé de réclames élégantes, les unes artistiques, les autres d'un humour délicat et original, ce numéro constitue

une belle réalisation toute à l'honneur de la médecine et de la publication médicale françaises.

Deux articles au tout début, celui de MM. Mondor et Rist, tracent une rétrospective historique du journal, évoquant des figures de médecins qui firent servir leur intelligence et leur dévouement à son essor, rappelant des événements qui marquèrent le temps dans le monde médical durant les soixante dernières années.

Deux études para-médicales ferment la livraison, l'une sur « Les croyances des premiers hommes », l'autre, un « Essai psychologique de Greco », respectant ainsi une politique de « La Presse Médicale » de satisfaire à la primauté de l'humanisme, de l'art et de la culture générale.

Un troisième article traite des « Ancêtres de La Presse Médicale ».

Un journal de qualité doit avoir une âme et une conscience. On doit pouvoir sentir passer sur les pages noircies de l'encre de ses pensées, le souffle qui inspire son action.

La direction de notre confrère parisien s'est donné la mission de répandre dans le monde médical les accomplissements de la médecine française, celle d'instruire, celle de promouvoir le prestige et la renommée des écoles d'expression française.

A l'occasion de ce soixantième anniversaire, « L'Union Médicale du Canada » est heureuse d'offrir à « La Presse Médicale » ses plus chaleureuses félicitations. Elle lui souhaite longue vie et les oeuvres les plus fructueuses dans le journalisme médical.

Roma AMYOT.

---

# HYGIÈNE ET MÉDECINE SOCIALE

## LE BILAN-SANTÉ À MONTRÉAL EN 1953<sup>1</sup>

Ad. GROULX, M.P.H.,

Directeur du Service de Santé de la Ville de Montréal.

Parmi les résultats les plus tangibles et les plus saillants qu'il est intéressant de souligner, nous notons que la mortalité générale s'est maintenue à un chiffre inférieur à 10 par 1 000 de population pour la quatrième année consécutive et accuse même une baisse nouvelle au taux de 9,4 par 1 000 de population en 1953. Aussi, pour la première fois à Montréal depuis que l'on a institué l'immunisation en septembre 1928, soit depuis 25 ans, 4 cas de diphtérie seulement ont été rapportés et nous n'avons à regretter aucun décès. La mortalité par tuberculose, comme j'ai eu l'occasion de le dire récemment, a diminué de nouveau à un taux appréciable, soit à 18,9 par 100 000 de population. La mortalité maternelle reste stable au taux de 1,15 par 1 000 naissances vivantes en 1952 et en 1953. La mortalité infantile accuse une nouvelle diminution au taux de 40,0 par 1 000 naissances vivantes, taux le plus bas jamais atteint jusqu'ici à Montréal. Il reste encore relativement trop élevé et est attribuable surtout à des causes congénitales et intra-natales dont la prématurité, les malformations congénitales et la débilité.

Les maladies contagieuses ont évolué à un rythme décroissant avec 11 806 cas rapportés en 1953 et un taux de mortalité de 3,4 par 100 000 de population. Parmi les maladies contagieuses et infectieuses, la poliomyélite qui a sévi à l'état épidémique dans certaines provinces du Canada, en particulier dans les provinces de l'Ouest, a causé dans la ville de Montréal 115 cas et 11 décès. Il faut remonter à 1949 pour comparer la virulence de la maladie, alors que le bilan était de 231 cas et 11 décès; en 1952, il n'y avait eu que 27 cas, sans

aucun décès et en 1951, 98 cas et 3 décès. D'après certaines études épidémiologiques récentes, il semble toutefois qu'au pays la moyenne du nombre des cas au cours des 10 dernières années est plus élevée que dans les décennies précédentes.

La typhoïde qui, grâce aux grandes mesures sanitaires prises, ne représente plus un problème, a causé, en 1953, moins de cas, soit 23. La coqueluche, cependant, a occasionné 1 236 cas et 6 décès en 1953; la méningite à méningocoques a causé 23 cas et 11 décès.

Quant à la grippe et aux pneumonies, elles accusent une diminution marquée en 1953, avec 321 décès et un taux de 30,6 par 100 000 de population. La syphilis accuse aussi une diminution en 1953, avec 41 décès et un taux de mortalité de 3,9 par 100 000 de population.

Cependant, cette amélioration des taux de la mortalité infantile, de la mortalité par tuberculose, de la mortalité chez les mères, et des maladies contagieuses en général, a entraîné une prolongation de la vie humaine et a engendré de nouveaux problèmes qui sont ceux des maladies de l'adulte. En effet, parmi les deux premières causes de décès dans notre Ville, les maladies du cœur, des reins et des vaisseaux réunies accusent une augmentation en 1953, avec un taux de décès de 452,25 par 100 000 de population, comparativement à un taux de 445,3, en 1952; le cancer, lui, accuse un léger fléchissement avec un taux de 153,8 par 100 000 de population en 1953, comparativement à 159,7 en 1952. Le diabète accuse aussi un taux de décès plus élevé, soit 19,7 par 100 000 de population.

Il faut souligner une augmentation marquée des morts violentes et accidentelles qui, en 1953, sont la troisième principale cause de décès. On a enregistré 535 décès, avec un taux

1. Causerie prononcée à l'émission « Tribune des conférenciers de CKAC — Quart d'heure de Concordia », le lundi 19 janvier 1954, à 10 heures et demie du soir.

de 51,0, comparativement à 447 décès en 1952, avec un taux de 46,1; les suicides passent de 51 en 1952 à 76 en 1953; les homicides, de 17 en 1952 à 24 en 1953; les accidents d'auto, de 410 en 1952 à 435 en 1953. Les noyades cependant ont diminué d'une façon marquée avec 51 décès pour un taux de 4,9 en 1953 contre 67 décès en 1952 pour un taux de 6,5.

Ces quelques relevés statistiques dénotent une amélioration dans l'état de santé général de notre population, mais révèlent aussi la nature des problèmes nouveaux auxquels il nous appartient de nous intéresser davantage. Il semble aussi, dans le domaine de la contagion, que l'apparition de certaines maladies à virus constitue pour l'avenir un problème qui doit retenir notre attention. C'est le cas de la poliomyélite et autres infections. En 1953, on a également rapporté 54 cas d'hépatite infectieuse et 1 décès; cette maladie est une maladie à virus qui est plus fréquente ces dernières années.

En marge de ces résultats préliminaires, sur lesquels nous aurons l'occasion de revenir au cours d'autres causeries, je désirerais vous souligner les faits saillants survenus au Service de santé durant l'année qui vient de se terminer.

*La campagne de vaccination par le BCG* dans les écoles et les consultations municipales commencée à la fin de novembre 1952 dans le district Maisonneuve, s'est continuée en 1953 avec succès dans ce même district et dans le district sanitaire Rosemont, et a été commencée dans le district sanitaire Sud-Ouest. En tout, au cours de l'année 1953, on a procédé à 16 185 vaccinations par le BCG chez les écoliers et dans les consultations.

Par ailleurs, en 1953, on a vacciné à Montréal 22 822 personnes contre la variole, 18 500 contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos.

Un nouveau local a été acheté et aménagé par la Cité dans le district sanitaire Maisonneuve pour loger le *sous-centre d'hygiène Mercier* (ancienne consultation Ste-Claire) situé à 8615 de la rue Hochelaga. Ce nouveau local inauguré le 14 septembre 1953 comprend la consultation de nourrissons et pour enfants

d'âge préscolaire, les bureaux de vaccination et d'immunisation, une clinique dentaire et des locaux pour les infirmières de cette partie du district sanitaire Maisonneuve.

*Les quartiers généraux du district sanitaire Nord* ont été installés dans un nouveau local, situé rue Berri, dans l'attente du nouveau centre civique qui doit être construit dans un avenir prochain, au Parc Jarry.

Le 1er juillet 1953, l'organisation « Les Gouttes de lait paroissiales » a cessé ses activités. Organisée en 1910, cette association a fait œuvre pionnière dans le travail d'éducation des mères et dans la lutte contre la mortalité infantile. Elle a assuré le Service de santé d'une collaboration que je tiens à souligner.

A la suite de la cessation des opérations des « Gouttes de lait paroissiales », le Service de santé a dû procéder à l'organisation de consultations municipales additionnelles. A cette fin, certaines consultations déjà existantes ont été fusionnées à des consultations municipales voisines. On a vu l'organisation de certaines consultations dans quelques paroisses, on en a intégré d'autres et le Service de santé étudie l'opportunité d'en ouvrir de nouvelles, particulièrement à Ville-Emard et dans le district sanitaire Saint-Jacques.

En collaboration avec la Ligue d'hygiène dentaire de la Province de Québec et les Commissions scolaires de Montréal, le Service de santé a continué dans les écoles sa campagne conjointe d'hygiène dentaire et d'alimentation rationnelle.

L'enseignement de la nutrition s'est poursuivi activement auprès du personnel des infirmières et l'on a même adopté une nouvelle méthode d'enseignement de la nutrition aux écoliers, avec expérience biologique sur les rats blancs, dans une école importante (école Victoria) de Montréal.

Le Service de santé et la Commission d'hygiène, par ses sous-comités d'hygiène dentaire et du génie sanitaire, ont été appelés à étudier la fluoration de l'eau de consommation comme mesure de prévention de la carie dentaire

chez les jeunes enfants et les écoliers qui représente un problème important de santé publique. A la suite de ces études, le Service de santé en a recommandé l'application.

La construction a accusé une augmentation nouvelle. En effet, le nombre des permis a été plus nombreux et le nombre des nouveaux logements s'est élevé à 12 295, contre 8 954 en 1952.

Le travail efficace de l'éradication des mauvaises herbes à Montréal, établi depuis 8 ans, attire de plus en plus l'attention de l'étranger et nous avons été appelés à aller exposer l'expérience de Montréal devant des organisations américaines et ontariennes.

Au point de vue de la défense civile, l'effort de la section du Service de santé a particulièrement porté sur l'instruction et l'entraînement, spécialement des infirmières, du personnel-clé de plusieurs industries, des gardes civils, etc. Deux postes de premiers secours ont été établis dans la région métropolitaine et le travail d'approche complété pour en établir 15 autres dans ce district. Cette Section a également pris part à plusieurs démonstrations et à l'exposition du convoi fédéral de la Défense civile.

Ces résultats et améliorations que je viens de vous signaler permettent d'affirmer que la santé à Montréal est très satisfaisante; certains problèmes sont en partie résolus, d'autres problèmes majeurs devront requérir toute notre attention. Parmi ces derniers, citons les maladies à virus dont la poliomyélite, les maladies de l'âge adulte et du vieillard (cœur, vaisseaux et reins), le cancer et les maladies chroniques, les maladies mentales.

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.

## CAUSES ET PRÉVENTION DES EMPOISONNEMENTS ALIMENTAIRES <sup>1</sup>

J.-A. BRIEN, M.P.H.,

Assistant-surintendant de la Division de l'Inspection des aliments,  
Service de Santé de la Ville de Montréal.

Toutes les perturbations qui peuvent survenir à la suite de l'ingestion d'aliments, ne sont pas nécessairement des empoisonnements; une simple indigestion dont les causes sont multiples, n'a rien à faire avec une intoxication alimentaire. Il en est de même de l'idiosyncrasie, de l'intolérance, de l'anaphylaxie qui peuvent se définir par l'hypersensibilité de l'organisme envers certaines protéines; c'est ce qui explique que des personnes peuvent manger un aliment en toute sécurité alors que d'autres ne sauraient le faire.

Mentionnons les œufs, les huîtres, les fraises, qui sont des aliments de tout repos, mais que certaines personnes ne peuvent manger sans inconvénients. La cause semblerait être une altération plus ou moins profonde de la muqueuse gastrique, laquelle n'arrête pas ou ne modifie pas la matière nuisible existante.

Les empoisonnements alimentaires que nous rencontrons le plus fréquemment sont d'origine staphylococcique. En effet, les enquêtes faites ici, à Montréal, révèlent que sur un total de 783 personnes intoxiquées par des aliments en 1950-51-52, au delà de 85% de ces empoisonnements étaient dus au staphylocoque.

De plus, l'expérience nous prouve que ces empoisonnements surviennent presque toujours à la suite de banquets, de noces, de fêtes mondaines et de pique-niques, c'est-à-dire, lorsque certains mets tels que sandwiches, salades, sont préparés à l'avance et mal conservés.

Voyons comment les choses se passent: les sandwiches sont faits un ou deux jours à l'avance avec du pain au lait très frais, jambon et mayonnaise; ces sandwiches sont envelop-

pés dans du papier paraffiné qui en exclut l'air ambiant, puis conservés dans des serviettes humides, à la température de la pièce durant vingt-quatre, même quarante-huit heures. Pendant les mois d'été, cette température peut atteindre 90°F., excellent milieu de culture, température d'incubation idéale; il est prouvé que des aliments placés dans de telles conditions, durant quelques heures, peuvent causer des empoisonnements massifs.

Ces jours derniers, nous avons été témoins d'un empoisonnement de plus d'une centaine d'enfants, au cours d'un pique-nique; ils avaient mangé des sandwiches préparés trop longtemps à l'avance, et ensuite mal conservés durant le transport jusqu'au moment d'être consommés.

Les conséquences ont été assez sérieuses; plusieurs ont dû être transportés d'urgence dans différents hôpitaux de la Ville pour y être traités; ils souffraient de vomissements, de crampes intestinales et de diarrhée. Heureusement, il n'y a pas eu d'accident mortel.

Dans un même empoisonnement, la gravité des symptômes peut varier nécessairement: quelques personnes sont très malades, d'autres le sont moins, parfois pas du tout; tout dépend de la concentration microbienne et de la résistance de l'individu.

Les symptômes ordinaires qui caractérisent ces infections sont les suivants: maux de tête, nausées, vomissements, douleurs abdominales, diarrhée, pouls rapide, frisson, transpiration profuse; dans les cas graves: prostration, évanouissement et coma; il y a toujours une élévation de température qui dure plusieurs heures avec fréquemment des manifestations nerveuses allant de la simple agitation jusqu'à des crises convulsives assez sérieuses.

Ces symptômes peuvent apparaître très tôt après l'absorption des aliments contaminés,

1. Causerie prononcée à l'émission « Tribune des Conférenciers de CKAC — Quart d'heure de Concordia », lundi le 15 juin 1953, à 10.30 du soir.

ceux-ci offrant de bons milieux de culture. En effet, lorsqu'ils sont placés dans des conditions favorables, ils constituent un incubateur naturel et idéal pour le développement de la flore microbienne qui déverse à profusion ses toxines dans le produit.

Presque tous les aliments peuvent être des milieux favorables au développement des microbes et servir de véhicules à ceux-ci, mais la viande hachée, viande en gelée, les pâtés de porc, les sandwiches faits avec jambon haché, viande en gelée, les pâtisseries qui contiennent du flan, de la crème (éclairs, mille-feuilles, choux à la crème) sont des endroits de prédilection, on pourrait dire, pour la multiplication des bactéries, et les aliments précités, s'ils ne sont pas gardés à une température ne dépassant pas 50°F. pour assurer leur conservation, peuvent déclencher chez ceux qui les consomment, des intoxications alimentaires; l'idéal serait de ne pas en consommer durant les mois d'été, sinon, il importe qu'ils soient de toute première fraîcheur.

Comme complément à ces notions sur les empoisonnements alimentaires, je vous dirai maintenant comment les prévenir par une bonne conservation de certains aliments, les plus en usage et facilement périssables, tels que le lait, les viandes et le poisson.

Le lait est un aliment qui sûrit rapidement s'il n'est pas conservé et manipulé avec toute l'attention requise. Nous y reviendrons dans une prochaine causerie. Il importe toutefois de mentionner pour le moment, qu'il ne doit pas séjourner à la porte. Dès son arrivée, il doit être déposé dans la glacière ou réfrigérateur pour y être conservé aussi froid que possible.

Il faut prendre soin de ne pas placer le lait avec des aliments qui peuvent lui communiquer un mauvais goût ou des senteurs étrangères. Il ne devra être retiré du compartiment froid qu'au moment de le servir, et il devra y être remis entre les heures de repas.

La viande est un aliment très périssable à cause de sa composition chimique qui en fait un milieu favorable pour la multiplication

bactérienne. Elle requiert un soin particulier de conservation surtout durant les chaleurs humides de l'été. On doit la garder chez le boucher ou à domicile dans un réfrigérateur à une température au-dessous de 40 degrés F. pour lui conserver sa qualité initiale.

La viande, lors de l'achat, doit être strictement fraîche: l'examen physique, l'apparence, le goût, la saveur, la senteur, ne doivent rien indiquer d'anormal. L'apparence et la senteur sont les garanties ordinaires de la viande crue.

C'est une erreur de croire que la viande peut se conserver indéfiniment dans les glacières ordinaires. La viande reçue très fraîche, gardée dans une bonne glacière, aussi près de la glace que possible, devrait être consommée dans les 48 heures après sa réception, à l'exception toutefois de la viande fumée et salée qui peut être gardée plus longtemps. Durant la saison chaude, le jambon ne devrait pas être gardé dans un réfrigérateur de maison plus de 8 à 10 jours, s'il est conservé dans une glacière à refroidissement à glace naturelle, le même jambon ne doit pas y séjourner plus de 4 à 5 jours. Il faut particulièrement se méfier de la viande préparée: saucisse, pâtés, viande hachée à l'avance, elle ne saurait se garder en bonne condition que très peu de temps.

En effet, pour ce qui concerne la viande hachée, très en demande à cause de son prix moindre, il est à recommander aux bouchers de ne pas en hacher de trop grande quantité à la fois, de le faire dans un endroit aussi frais que possible et de se servir d'un hache-viande très propre. Une fois hachée, cette viande devra être placée immédiatement dans un endroit bien réfrigéré. Les clients seront ainsi mieux servis, et le boucher moins exposé à des pertes ou réclamations de toutes sortes qui peuvent survenir à la suite d'intoxications alimentaires.

Quant à l'acheteur, aussitôt rendu à son domicile, il doit, après l'avoir débarrassée de son papier d'emballage, mettre la viande dans la glacière à l'endroit le plus froid et bien étendue en couche mince dans un plat. Si la

cuisson est faite plus de 8 heures après l'achat, il est préférable de la faire congeler.

Le poisson et les œufs sont deux aliments dont nous faisons grand usage et à bon droit, car ils possèdent des valeurs nutritives indiscutables. Toutefois, ce sont des aliments difficiles à conserver: le poisson à cause de sa composition chimique, et les œufs, surtout à cause de la porosité et de la perméabilité de leur coquille; des précautions s'imposent pour leur conservation: ils doivent être gardés dans des endroits où la température ne s'élève pas au-dessus de 60°F. La température idéale est de 45° assez difficile à obtenir dans des conditions ordinaires.

Il faut se méfier des denrées qui ont été exposées à la poussière ou à la manipulation par le public. Certains aliments, on doit se le rappeler, peuvent être contaminés par des porteurs de germes, par des mouches, des insectes et des animaux.

Pour terminer, je résumerai quelques-unes des principales précautions à prendre pour éliminer, ou tout au moins diminuer les empoisonnements. D'abord, propreté méticuleuse chez le manipulateur d'aliments, mains bien lavées, habits propres; aucune personne malade ou qui l'a été récemment, qui souffre de maladie aiguë ou chronique de la peau, des voies respiratoires, de plaies suppurantes (clous, furoncles, flegmons, brûlures infectées) ne doit préparer, avoir accès ou manipuler les aliments, car sans s'en rendre compte, elle peut les contaminer et devenir la cause indirecte de troubles gastro-intestinaux sérieux pour les gens qui les absorbent.

Les aliments doivent être de bonne qualité et gardés à une température ne dépassant pas 45°F.; non seulement faut-il avoir une glacière ou appareil frigorifique, mais il est de

toute première nécessité que l'appareil soit tenu à la température précitée depuis le moment où l'on y a déposé les aliments jusqu'à ce qu'ils soient mangés. Ne pas oublier que le degré de température à l'endroit où les aliments sont gardés, est le plus important.

Vu que les sandwichs sont une cause très fréquente d'empoisonnement, je désire donner les conseils qui suivent concernant leur préparation:

1° La mayonnaise et les viandes employées doivent être fraîches et de toute première qualité. Si on se sert de viande cuite, elle ne doit être utilisée qu'après un bon refroidissement puis gardée telle jusqu'à ce qu'elle soit hachée pour faire les sandwichs;

2° Les manipulations doivent être faites dans les plus grandes conditions de propreté et d'hygiène;

3° La préparation doit avoir lieu à la dernière minute et non à l'avance, surtout dans la période des chaleurs;

4° Les sandwichs une fois préparés, doivent être déposés dans un endroit froid, réfrigérateur ou glacière, et non recouverts ou enveloppés dans des linges humides;

5° S'ils sont transportés à distance, ils devront être déposés dans une boîte réfrigérée au moyen de glace naturelle ou sèche, et on aura la précaution de placer le récipient à l'endroit le plus frais de l'auto ou du camion.

Si ces conseils sont mis en pratique, la saison chaude qui, nécessairement, crée des problèmes au point de vue de la conservation des aliments, et de même augmente le nombre d'empoisonnements, risquera moins de causer chez beaucoup de gens, des intoxications qui peuvent produire des malaises parfois très graves et des pertes de temps assez considérables.

# DE L'IMPORTANCE D'UNE ALIMENTATION APPROPRIÉE DANS LA GROSSESSE ET LA LACTATION, DANS LA CROISSANCE ET LE DÉVELOPPEMENT DES ENFANTS, ET DANS LES ÉTATS DÉBILITANTS ET LA SÉNILITÉ<sup>1</sup>

B. L. FRANK, B.Sc., M.R.C.S., L.R.C.P., D.P.H.,  
Division de la Médecine,  
Université McGill, Montréal.

L'Organisation Mondiale de la Santé a défini la « santé » comme étant « un état complet de bien-être physique, mental et social », et non pas seulement « une absence de maladie ou d'infirmité ». Une bonne alimentation est une condition essentielle pour assurer la normalité du développement fœtal, de la croissance, de la conservation et de la reproduction; le maximum d'efficacité au travail et de résistance à l'infection et l'aptitude à refaire ses pertes. Parmi les facteurs qui relèvent du milieu et des habitudes d'un individu et qui influent sur sa santé c'est incontestablement un des plus importants (1).

Le régime alimentaire de la mère durant la grossesse possède un effet direct sur l'état physique du bébé. Si l'état nutritif de la mère est satisfaisant avant la conception, si son régime alimentaire est propice durant la grossesse et la lactation et toujours conforme aux conseils judicieux du médecin, les risques qui accompagnent la maternité sont diminués d'autant, l'héritage nutritif de l'enfant est amélioré, et les débuts de la future mère dans la vie sont plus favorables (2). Adair (3) prétend que l'hérédité et le milieu dans lequel progresse la maternité ont une influence considérable sur le développement d'un être. Ces facteurs possèdent aussi, dans une grande mesure, une influence marquée sur l'avenir de la race et de l'humanité.

L'état nutritif de l'organisme résulte de l'enchaînement de facteurs qui ont eu une influence sur lui dans le passé, surtout le volume de l'alimentation, le processus de son utilisation, et les facteurs extérieurs qui jouent un rôle dans la santé de l'individu. Ainsi, l'alimenta-

tion du nourrisson et de l'enfant joue un rôle majeur dans l'état nutritif durant l'adolescence, et une alimentation appropriée durant toutes les années de croissance et de développement forme la base sur laquelle s'élabore la vigueur de l'adulte. La croissance et le développement durant l'adolescence sont plus compliqués chez les fillettes que chez les garçons. La mise en marche du processus de reproduction, accompagné de la menstruation, accroît les besoins qui concourent à la croissance physiologique laquelle se poursuit normalement jusqu'à la ménopause et ne s'interrompt que durant la grossesse et quelque temps après les accouchements. Les périodes de grossesse et de lactation exigent encore davantage de l'organisme maternel.

## DE LA GROSSESSE ET DE LA LACTATION

Des études récentes confirment le concept que « du point de vue 'nutrition', le bébé a déjà neuf mois à la naissance ». Des récentes preuves ont modifié l'idée que le fœtus est un véritable parasite qui peut complètement satisfaire ses besoins à même l'organisme maternel, bien que cela puisse appauvrir ses tissus. Comme certaines substances nourrissantes essentielles ne se trouvent pas en quantité appréciable dans l'organisme, l'embryon et la mère doivent tous deux les puiser dans l'alimentation maternelle. Il est douteux aussi que le fœtus soit suffisamment nourri, même en ce qui concerne les substances dont l'organisme maternel est suffisamment pourvu, à moins que le régime ne fournisse les aliments essentiels en quantités suffisantes pour répondre aux besoins des deux organismes (2).

La valeur du régime alimentaire de la mère durant la grossesse a un effet direct sur l'état

1. Conférence donnée à la Société Médicale de la Ville de Saint-Jean, Qué., le 17 novembre 1953.

physique du bébé (4). On possède des preuves à l'effet que les cas de fausses-couches, de bébés mort-nés ou nés prématurément se présentent beaucoup plus fréquemment chez les mères dont le régime alimentaire est insuffisant (5). Les statistiques indiquent qu'un rapport appréciable existe entre le régime de la mère en état de grossesse et l'état de son bébé à la naissance et durant les quelques premiers mois de sa vie. Si le régime de la mère durant cette période laisse à désirer, sans aucun doute son bébé naîtra dans un état physique qui laissera aussi à désirer. D'autre part, si l'alimentation maternelle durant la grossesse est suffisante, elle donnera probablement naissance à un bébé dont l'état physique sera satisfaisant ou excellent. Il n'arrive que rarement que l'enfant d'une mère dont l'alimentation est bonne ou excellente durant sa grossesse naisse dans un état faible de santé (6). On a observé en Grande-Bretagne, durant la récente guerre, qu'en dépit des tensions et des restrictions imposées par la guerre, avec les suppléments nutritifs qui furent offerts aux futures mères, les bébés qui naquirent durant cette période furent supérieurs du point de vue santé et physique à ceux qui naquirent durant toute autre période de l'histoire de ce pays. D'autre part, même lorsque tous les aliments essentiels existent en abondance en temps de paix on a trouvé que de nombreuses femmes, celles qui vivaient par exemple dans la riche région agricole du Wisconsin, s'alimentaient incomplètement (7).

On a eu l'habitude de prendre pour acquis le fait que certaines femmes pouvaient élever leurs enfants au sein et que d'autres ne le pouvaient pas. Plus on connaît la physiologie du cycle reproductif en entier, plus on se rend compte que le développement de la glande mammaire dépend de l'état de santé en général et de l'état nutritif de la mère. Du point de vue métabolisme, la glande est très active. Du sodium radioactif administré oralement fut repéré vingt minutes plus tard dans le lait humain (8). Les femmes modernes qui ne nourrissent pas leurs bébés ne sont pas rares. Il existe peu de statistiques sur la durée de l'allaitement, et les causes de ces omissions

sont rarement données. Davies et Pratt (9) en concluent que « le nombre de bébés nourris au sein pourrait être considérablement augmenté si les mères étaient bien renseignées sur leurs besoins physiques et nutritifs et si les médecins et les infirmières donnaient à cette fonction toute son importance. »

D'environ un demi-litre par jour après la première ou la deuxième semaine de la lactation, la sécrétion lactée augmente généralement à environ un litre durant le cinquième mois. La valeur réelle du lait élaboré en calories varie entre 330 et 660 par jour (10). Les cinq cents calories recommandées par le Conseil National des Recherches suffisent probablement pour la production de la sécrétion moyenne de lait pourvu que, à mesure que la lactation progresse, la fonction physiologique s'améliore ou la dépense d'énergie diminue. Règle générale, une nourrice s'alimente probablement de substances qu'elle a normalement accumulées durant sa grossesse. Lorsque le régime prénatal a été insuffisant il peut arriver que les tissus soient mis à contribution à un tel point que la sécrétion lactée diminue ou cesse (11).

#### DE LA CROISSANCE ET DU DÉVELOPPEMENT DES ENFANTS

Chez l'enfant la croissance est un indice de l'état de santé. Le manque de nourriture influe sur le taux de croissance de l'enfant. De récentes études pédiatriques dans les régions libérées de l'Europe où une pénurie de nourriture a prévalu durant de nombreux mois ont indiqué que le taux de croissance en poids et en taille était plus lent que chez les enfants d'une classe comparable qui étaient bien alimentés (12). Un régime considéré satisfaisant d'après les normes ordinairement approuvées peut être amélioré au point d'activer la croissance.

A un groupe d'enfants élevés dans un orphelinat, et dont la diète était satisfaisante, on donna le complexe vitaminique B provenant de germe de blé et de levure de bière en plus de leur nourriture ordinaire. L'augmen-

tation du poids chez un groupe témoin fut essentiellement tel qu'escompté tandis que les enfants qui prirent, en plus, le complexe vitaminique B grandirent beaucoup plus rapidement. De cette étude, l'on conclut à la possibilité d'améliorer un régime considéré satisfaisant de façon à produire une croissance supérieure (13).

Bien qu'on admette généralement que le régime alimentaire possède une influence considérable sur la croissance, l'exploration du domaine de la pédiatrie est loin d'être complète. En exprimant cette opinion Elvehjem (14) se base sur le fait que la moindre modification du métabolisme durant la première enfance peut produire des effets qui influent sur la santé de l'individu durant toute sa vie; par exemple, chez les rats un régime pauvre en protides, en choline et en vitamine B<sub>12</sub> a déterminé des modifications du gras du foie dans les sept à dix jours. D'un normal de 20%, poids sec, le gras hépatique augmenta à 60% et plus. Quels effets ces modifications peuvent avoir sur la santé de l'animal dans l'avenir, voilà un sujet qui fera l'objet d'études complémentaires.

Tout facteur susceptible d'empêcher la croissance optimum peut être prévenu par une prophylaxie appropriée. Il est possible de pourvoir aux besoins nutritifs de l'enfant qui grandit, et de discerner et d'amender les insuffisances avant qu'elles aient eu le temps de compromettre sa santé. Jolliffe (15) a proposé d'assurer une nourriture suffisante à l'écolier en lui fournissant à l'école un repas qui renferme la moitié, ou au moins un tiers, des besoins nutritifs quotidiens de l'enfant. Ces repas servis à l'école contre-balancent les insuffisances nutritives du régime familial et cultivent de bonnes habitudes diététiques de même que des goûts alimentaires favorables. Dans les écoles scandinaves les déjeuners qu'on sert ainsi aux écoliers depuis de nombreuses années (« le déjeuner d'Oslo ») ont donné des résultats satisfaisants.

#### DES ÉTATS DÉBILITANTS ET DE LA SÉNILITÉ

La relation qui existe entre les substances nourrissantes d'un régime alimentaire et la résistance à l'infection fait depuis longtemps l'objet d'un intérêt considérable. Des évidences expérimentales (16) indiquent que certaines vitamines du groupe B, particulièrement la pyridoxine, l'acide pantothénique et l'acide folique, jouent un rôle important dans la synthèse des anticorps. La production des anticorps peut être réglée en variant la ration vitaminique.

Non seulement la fièvre augmente-t-elle les besoins d'eau par suite d'une sudation excessive et d'une augmentation de l'excrétion de substances azotées dans l'urine, mais elle accroît aussi les besoins vitaminiques, et particulièrement ceux de vitamines du groupe B et de la vitamine C. Les carences vitaminiques se manifestent le plus souvent chez les patients en état de convalescence après de graves infections. Bien que la durée de la plupart des maladies infectieuses aiguës ait été remarquablement réduite par l'emploi des divers antibiotiques, la durée de la convalescence dépend encore, dans une grande mesure, de l'état nutritif du patient.

Dans les infections chroniques le cours de la maladie dépend en grande partie de la composition du régime; dans la tuberculose, par exemple, le maintien d'une bonne alimentation continue d'être jugé de la plus grande importance. On attribue à la malnutrition un bon nombre des complications qui naissent des maladies chroniques. Chez des patients atteints d'infections chroniques on trouve des lésions hépatiques identiques à celles qui accompagnent une malnutrition primaire prononcée (17, 18). Une mauvaise nutrition peut aussi être considérée la cause de l'asthénie et de la faiblesse et peut contribuer à l'anorexie des patients souffrant de maladies chroniques.

On a récemment fait une nouvelle étude des altérations métaboliques qui relèvent d'états maladiques (19). Des brûlures, des fractures et d'autres blessures, des interventions chirurgicales majeures et des maladies graves, de même

que des états de stress, peuvent provoquer de graves altérations dans les exigences métaboliques de l'organisme. On admet maintenant que les rations diététiques recommandées chez les individus normaux ne conviennent pas aux diètes thérapeutiques étant donné l'augmentation facilement démontrable des exigences métaboliques qui accompagnent la maladie et les blessures. Afin de prévenir l'atténuation de la nutrition des tissus dans de telles circonstances, la modification de la diète doit faire l'objet d'une attention spéciale.

Tout comme la maigreur, l'obésité peut être considérée comme un état de malnutrition. (20, 21) Bien que dans la plupart des cas l'obésité soit causée par un excès de la ration calorique par rapport à la dépense, on trouve que ces états sont souvent associés à un régime alimentaire mal équilibré. Les obèses ont moins d'endurance que les personnes d'un poids normal, et ils présentent de plus grands risques à l'intervention; ils sont plus prédisposés, aussi, aux troubles cardiovasculaires dégénératifs. Les régimes amaigrissants doivent renfermer une quantité optimum des substances nutritives essentielles afin d'amender et d'améliorer l'état nutritif du patient obèse.

Un individu en bonne santé est celui chez qui le taux de croissance, l'aptitude physique, l'état mental, la résistance à l'infection et l'habileté de créer des enfants sains sont au maximum auquel cet individu peut prétendre (22). Toutefois, l'individu en bonne santé et bien nourri peut en outre s'attendre à vivre plus longtemps. Des expériences pratiquées chez les animaux ont démontré cette vérité; (23, 24, 25) l'augmentation de la ration de calcium, de vitamine A et peut-être de riboflavine a contribué à produire une meilleure santé et à augmenter la durée de la vie. On en a donc conclu qu'il est possible de prolonger la vie de façon appréciable en enrichissant une diète déjà suffisante par l'addition de certains facteurs essentiels. Des études démographiques pratiquées dans plusieurs parties de l'univers ont prouvé qu'une mauvaise nutrition s'accompagne toujours de sénilité pré-

maturée et d'une diminution de la durée de la vie. Il va sans dire que la santé est aussi exposée à de plus grands risques chez les obèses. D'après des expériences pratiquées chez les animaux on présume que la meilleure méthode de différer le début des maladies qui accompagnent la vieillesse consiste à tenir l'animal maigre au moyen d'une ration modérée qui renferme en quantités plus que suffisantes des aliments riches en vitamines, en minéraux et en protéines (26).

\* \* \*

Nous allons maintenant discuter les propriétés requises de quelques-unes des substances nutritives essentielles qui composent l'alimentation.

#### *Le calcium*

Le calcium est un facteur d'importance majeure dans la nutrition. Durant la grossesse, la rétention du calcium dans l'organisme est essentielle. Une ration suffisante de calcium est aussi de grande importance durant la lactation et chez l'enfant qui grandit.

De récentes études chez des jeunes étudiantes (27, 28) ont démontré que la ration quotidienne de calcium peut être efficacement augmentée par l'addition de calcium et de phosphore, et que la présence de phosphore est un facteur important (43).

La farine d'os comestible renferme environ 32% de calcium, et environ 16% de phosphore; c'est une bonne source naturelle de calcium et de phosphore qui s'y trouvent en proportion favorable. Comparativement, le lactate de calcium ne renferme qu'environ 13% de calcium, et le gluconate de calcium n'en renferme qu'environ 9%.

Voici la ration quotidienne de calcium recommandée:

*Chez les adultes:* 12 milligrammes par kilogramme, ou 750 milligrammes en tout.

*Durant les 6 premiers mois de la vie:* chez les bébés nourris au sein, 45 milligrammes par kilogramme, et chez les enfants nourris de façon artificielle, par exemple au lait de vache, 150 milligrammes par kilogramme.

*De 6 mois à 9 ans d'âge:* de 800 à 900 milligrammes.

*De 9 ans à 16 ans d'âge:* de 1000 à 2000 milligrammes (1 à 2 grammes).

*A 16 ans et plus:* diminuer graduellement jusqu'à la ration adulte.

*Durant la grossesse:* la teneur en calcium du fœtus parvenu à 28 semaines est de 5 grammes; à 40 semaines elle est de 30 grammes. La ration de calcium doit donc être augmentée de façon à assurer la rétention d'un total de 50 grammes de calcium afin de prévoir une marge de sécurité; durant les premiers temps de la grossesse la ration quotidienne de calcium devrait être de 1,5 gramme, et augmenter à 3 grammes durant les trois ou quatre derniers mois.

*Durant la lactation:* il faut plus de 3 grammes par jour pour compenser la perte de calcium dans le lait. Durant cette période une augmentation de la perte de calcium par les intestins a aussi lieu. *Il est de la plus grande importance de se souvenir qu'au plus fort de la lactation une femme perd environ dix fois plus de calcium par jour dans le lait que la quantité qu'elle cédait à l'embryon chaque jour durant les derniers temps de sa grossesse.*

La concentration de calcium dans le plasma sanguin chez les individus de santé normale demeure remarquablement constante à environ de 9 à 11,5 mgm par 100cc. Même en présence d'une ration alimentaire pauvre en calcium, l'organisme cherche à maintenir ce taux de calcium dans le plasma au détriment du calcium emmagasiné dans les os, lequel s'épuise rapidement. Dans les cas d'insuffisance calcique prolongée, le taux de calcium dans le plasma sanguin est diminué:

1) Lorsque l'absorption de calcium de l'intestin est diminué, comme il arrive, par exemple, dans les cas de rachitisme (insuffisance de vitamine D), et de stéarrhée,

2) dans l'hypoparathyroïdisme (l'hormone parathyroïde est nécessaire pour maintenir une concentration normale de calcium dans le flux sanguin),

3) dans certaines formes d'insuffisance rénale, alors qu'il existe une rétention de phosphore qui conduit à une chute secondaire de calcium du plasma.

L'adulte qui absorbe une ration normale de calcium en perd chaque jour environ 200 milli-

grammes par le gros intestin, et de 50 à 250 mg. par les reins. Si le régime alimentaire ne renferme pas suffisamment de calcium et d'autres substances essentielles pour compenser ces pertes, l'administration régulière de concentrés supplémentaires est indiquée. Toutefois, aucune quantité de calcium prise oralement ne peut amender une insuffisance de calcium, lorsqu'elle existe, en présence d'une insuffisance concomitante des vitamines D (44) et C. L'utilisation efficace du calcium administré ne peut pas se faire sans la présence de ces deux vitamines.

### Le fer

L'organisme de l'adulte renferme environ 4,5 gr. de fer (30). La teneur en fer de l'hémoglobine est de 0,33 pour cent; ainsi, 100 cc. de sang qui renferment 15 gr. d'hémoglobine contiennent 50 mg. de fer. Les corpuscules de sang rouge demeurent dans la circulation durant environ 100 jours; ainsi, 1% de l'hémoglobine sanguine totale — soit la quantité d'hémoglobine renfermée dans 50 cc. de sang — est détruite chaque jour, et dégage environ 25 mg. de fer. La quantité de fer qui s'absorbe de l'intestin, ou qui a été administrée parentéralement, est retenue dans l'organisme et n'est excrétée qu'en quantités négligeables. Un adulte dont le régime alimentaire renferme une quantité suffisante de fer en excrète dans l'urine seulement environ 0,1 mg. par jour. Le fer, lequel se dégage de l'hémoglobine par la destruction des corpuscules de sang rouge après avoir été temporairement emmagasiné dans le système réticulo-endothélial, sert de nouveau à la formation de nouvelle hémoglobine qui est utilisée durant la maturation des jeunes érythrocytes. Le besoin de fer chez un adulte mâle en bonne santé qui ne souffre pas de perte sanguine sous quelque forme que ce soit, est donc léger; si l'alimentation quotidienne apporte 5 mg. de fer, cette quantité suffit pour maintenir le sang à son état normal chez cet homme en bonne santé.

La perte de fer, et par conséquent le besoin augmenté de fer, est plus grand chez les fem-

mes par suite de (i) la perte sanguine mensuelle durant les menstruations, et (ii) la perte de fer chez la mère durant la grossesse et la lactation.

La perte moyenne de fer durant la menstruation chez les femmes en bonne santé correspond à approximativement 25 mg. de fer. Des évidences cliniques portent à croire qu'un flux menstruel en excès de 140cc. (soit 70 mg. de fer), provoque l'anémie si la teneur en fer dans l'alimentation est au-dessous de 7 mg. par jour.

La documentation médicale met de plus en plus en évidence le fait que plus de la moitié des femmes enceintes sont anémiques d'après les normes généralement acceptées. (7, 31,32) Sans tenir compte de la possibilité d'une anémie de la grossesse dénommée l'anémie « physiologique », il ne fait pas de doute qu'un grand nombre de femmes enceintes sont anémiques.

Il va sans dire que l'anémie de la grossesse peut être traitée avec succès, ou peut être entièrement prévenue, par un régime approprié avant et durant la grossesse. Dans presque tous les cas, l'administration d'un supplément nutritif approprié, renfermant du fer, du calcium, du phosphore et des vitamines, assure l'amendement des insuffisances diététiques qui puissent exister. A mesure que la gestation progresse l'absorption de fer augmente au point qu'à compter de la trentième semaine de la grossesse il s'absorbe trois fois plus de fer et même davantage que durant la période qui précède la quinzième semaine de la gestation (33). Normalement, le fer administré en grandes quantités ne s'absorbe pas efficacement; mais chez les femmes anémiques on peut s'attendre à ce que l'absorption de fer soit considérablement augmentée, approximativement en proportion de la chute du taux de l'hémoglobine (34).

Les enfants qui grandissent sont enclins à l'anémie si la teneur en fer de leur ration alimentaire est insuffisante. Durant la période de croissance il faut que le sang aille de pair avec le reste de l'organisme. L'absorption de fer

doit être suffisante pour assurer la formation nécessaire d'hémoglobine additionnelle. A la naissance un bébé pèse environ sept livres et représente 300 cc. de sang, soit environ 400 mg. de fer. A un an, le bébé pèse en moyenne 21 livres et représente environ 1 000 cc. de sang. Même lorsque la mère et le bébé observent une diète satisfaisante le taux de l'hémoglobine du bébé baisse de 100% à la naissance à 75% à trois mois, et il est à 85% entre six et douze mois; dans les meilleures conditions possibles la formation de l'hémoglobine ne peut pas marcher de pair avec l'augmentation du volume du plasma durant cette période de croissance rapide. Les réserves de fer à la naissance sont susceptibles d'être faibles chez un bébé qui naît dans une famille dont la ration de fer est faible, et la teneur en fer de son régime alimentaire est aussi susceptible d'être insuffisante; par conséquent, le taux de l'hémoglobine baisse progressivement durant la première année de sa vie. A mesure que la croissance diminue, la formule hématologique s'améliore graduellement durant l'enfance jusqu'à ce que, chez les fillettes, une nouvelle source d'épuisement surgisse au début de la puberté et de la menstruation.

#### *L'iode*

Depuis les premiers temps on a observé que le développement du goitre correspond souvent à une période de grossesse. Durant des siècles les peuples primitifs ont reconnu la valeur des produits maritimes pour le maintien de la fertilité chez leur population féminine (35).

L'élargissement de la thyroïde a pour cause immédiate une insuffisance relative ou absolue d'iode. Cette insuffisance chez la mère produit l'hypothyroïdisme chez le bébé. Le poids de la glande thyroïde chez le nouveau-né normal varie entre 1,2 et 2,5 gr. Plus grosses, elles indiquent une hypoïodémie. La teneur en iode du sang du cordon est plus faible que dans le sang maternel.

En 1934, le Sous-comité affecté à l'étude du goitre du Conseil des Recherches Médicales de l'Angleterre recommandait vivement l'emploi général d'un sel iodifère dans tout le pays,

par l'addition d'une partie d'iodure de potassium à chaque 100 000 parties de sel, en d'autres mots, 10 mg. par kl. (36). Une ration quotidienne de dix gr. de sel ne procurerait que 0,1 mg. d'iode, soit une quantité insuffisante chez la femme en état de grossesse.

Dans des circonstances ordinaires on estime que les besoins quotidiens optimes d'iode se portent à environ 3 microgrammes (0,003 mg.) par kl. ou 200 microgrammes (0,2 mg.) chez un adulte de 70 kl. Durant la grossesse et la lactation le besoin d'iode est accru. La perte d'iode dans le lait résulte en l'épuisement des réserves d'iode de la mère et par suite une balance négative. Cette perte devrait être compensée par une réserve suffisante d'iode accumulée d'avance ou par une ration constamment accrue. La teneur en iode du lait humain varie entre deux et quinze microgrammes par 100 cc., et elle est facilement influencée par la ration d'iode de la mère (37). Dans le lait de vache cette teneur varie énormément, soit de 0,4 à 187 microgrammes par 100 cc., avec une moyenne de 21 microgrammes (38). Si les sources alimentaires sont insuffisantes l'administration d'un supplément est indiqué. Cet iode supplémentaire devient une source précieuse pour le bébé par l'entremise du lait maternel. Pour qu'elle produise le maximum d'efficacité l'iodoprophylaxie devrait commencer aussitôt que possible, particulièrement avant l'âge de la puberté. Il semble plus sage d'instituer les mesures prophylactiques avant la conception et de les maintenir durant toute la période de la grossesse. Elles devraient se poursuivre durant l'enfance et particulièrement durant les débuts de la menstruation chez les jeunes filles (39).

#### *Les autres éléments en trace*

Une diète complète et suffisamment variée devrait constituer une source suffisante des différents sels minéraux essentiels pour une bonne nutrition. Partout où l'on soupçonne une nutrition imparfaite par suite d'ignorance ou de négligence, les conseils d'un médecin ou d'un diététicien s'imposent.

#### *Les vitamines*

L'utilisation des vitamines et leurs besoins varient et peuvent s'accroître dans certaines circonstances. On a de bonnes raisons de croire que durant la grossesse et la lactation, et durant l'enfance, il existe un besoin accru de tous les facteurs nutritifs accessoires. De récents travaux indiquent qu'il est souhaitable d'augmenter la ration vitaminique dans certains états de tension (stress), durant les périodes aiguës de la maladie et du traumatisme, probablement aussi durant la convalescence (40).

La méthode empirique consiste à administrer quotidiennement jusqu'à dix fois les quantités normales de vitamines recommandées aux personnes soumises à différents genres de stress. Les quantités optima requises varient probablement pour chaque vitamine. Les facteurs suivants sont jugés importants en déterminant les rations optima: (1) les besoins des individus normaux, (2) la nature et la durée de la tension, (3) l'aptitude reconnue de l'organisme à emmagasiner les différentes vitamines, (4) les pertes reconnues par la peau, l'urine ou le tractus intestinal, produites par différents phénomènes, (5) les relations qui existent entre les besoins nutritifs. Un fait important à se rappeler c'est que les vitamines ne doivent pas être considérées comme étant des substances nutritives indépendantes, mais comme des substances qui participent aux réactions métaboliques. La maladie ou les lésions tissulaires peuvent briser l'enchaînement des réactions qui produisent l'énergie requise pour la formation des co-enzymes. Il est donc concevable que, en dépit de la présence de vitamines en quantités normales, le co-enzyme, bien qu'en état de fonctionnement, ne puisse être synthétisé. (41) On a aussi fait remarquer qu'une relation intime existe continuellement entre les vitamines, les enzymes et le fonctionnement endocrinien dans l'organisme. (42)

#### **Conclusion.**

Comme conclusion, les paroles de Sir Robert McCarrison en 1939, dans sa conférence San-

derson-Wells, sur « La Nourriture, Base de la Santé », semblent bien appropriées:

« C'est un fait remarquable que la 'maladie par carence' — ou la maladie causée par la consommation ou l'utilisation imparfaite des substances essentielles des aliments — était reconnue comme telle et avait sa place dans le catalogue des maladies humaines avant que des investigations scientifiques aient démontré que la nourriture, dans son ensemble, était la base de la santé. Nombreux sont ceux qui, depuis Hippocrate, ont cru ou ont été convaincus qu'il en était ainsi, mais personne, à ma connaissance, ne l'avait encore prouvé, » et:

« Dans le rétablissement de la santé un régime susceptible de satisfaire parfaitement aux besoins physiologiques s'impose. Cette loi s'applique également à ce qu'on pourrait dénommer une maladie d'insuffisance non-spécifique, ou, plus simplement, maladie par alimentation défectueuse. Depuis plusieurs années j'insiste auprès des membres de notre profession sur la nécessité de découvrir les habitudes diététiques de chaque patient qui se présente à eux, et leur assure que s'ils le faisaient et rectifiaient les erreurs diététiques qu'ils trouveraient fréquemment, ils seraient tout aussi épatés de l'amélioration de l'état de leurs patients que je l'ai été moi-même. »

#### BIBLIOGRAPHIE

- (1) *Therapeutic Nutrition*. National Academy of Sciences, National Research Council, No 234, p. 1, Washington, D.C., 1952.
- (2) *Nutrition Fronts in Public Health*. Nutrition Symposium Series No. 3, National Vitamin Foundation Inc., p. 7, N. Y., 1951.
- (3) F. L. ADAIR: Maternity at the Frontier of Human Welfare. *The Mother*, 5: 5, 1943.
- (4) G. TOVERUD: The influence of nutrition on the course of pregnancy. *Milbank Memorial Fund Quart.*, 28: 7, 1950.
- (5) J. H. EBBS: The influence of prenatal diet on the mother and child. *J. Nutrition*, 22: 515, 1941.
- (6) B. S. BURKE: The influence of nutrition during pregnancy upon the condition of the infant at birth. *J. Nutrition*, 26: 569, 1943.
- (7) C. C. STURGIS: *Hematology*. Oxford, 1938.
- (8) W. T. POMMERENKE et P. F. HAHN: Secretion of radio-active sodium in human milk. *Proc. Soc. Exp. Biol. Med.*, 52: 223, 1943.
- (9) V. DAVIES et J. P. PRATT: Stimulation and maintenance of lactation. *Amer. J. Nursing*, 46: 242, 1946.
- (10) R. C. GARRY et H. O. WOOD: Dietary requirements in human pregnancy and lactation; a review of recent work. *Nutrition Abstracts & Revs.*, 15: 591, 1946.
- (11) *Maternal Nutrition and Child Health*. National Research Council No. 123, p. 126, Washington, D.C., 1950.
- (12) N. JOLLIFFE, F. TISDALL et P. CANNON: *Clinical Nutrition*. P. 745. P. B. Hoeber Inc., N. Y., 1950.
- (13) J. R. ROSS et P. SUMMERFELDT: Value of increased supply of vitamin B<sub>1</sub> and iron in the diet of children. *Amer. J. Dis. Child.*, 49: 1185, 1935.
- (14) C. A. ELVEHJEM: The importance of food in preventive medicine. *Amer. J. Public Health*, 43: 523, 1953.
- (15) N. JOLLIFFE: Enhancing the nutrition services for the school child. Milbank Memorial Fund Conference, 1946.
- (16) A. E. AXELROD: Role of the vitamins in antibody production. *Recent Advances in Nutritional Research*. Nutrition Symposium Series, No. 5, p. 27, N. Y., 1952.
- (17) J. M. JONES et W. M. PECK: Incidence of fatty liver in tuberculosis, with special reference to tuberculosis enteritis. *Arch. Int. Med.*, 74: 371, 1944.
- (18) H. M. POLLARD et M. BLOCK: Association of hepatic insufficiency with chronic ulcerative colitis. *Arch. Int. Med.*, 82: 159, 1948.
- (19) *Therapeutic Nutrition with Special Reference to Military Situations*. National Academy of Sciences, National Research Council, 1951.
- (20) L. R. NEUBURGH: Obesity. *Arch. Int. Med.*, 70: 1033, 1942.
- (21) D. ADLERSBERG et M. E. MAYER: Results of prolonged medical treatment of obesity with diet alone, diet and thyroid preparations, and diet and amphetamine. *J. Clin. Endocrinol.*, 9: 275, 1949.
- (22) N. JOLLIFFE, F. TISDALL et P. CANNON: *Clinical Nutrition*. P. 752. P. B. Hoeber Inc., N. Y., 1950.
- (23) H. C. SHERMAN et H. L. CAMPBELL: Further experiments on the influence of food upon longevity. *J. Nutrition*, 2: 415, 1930.

- (24) H. C. SHERMAN et H. L. CAMPBELL : Nutritional well-being and length of life as influenced by different enrichments of an already adequate diet. *J. Nutrition*, **14**: 609, 1937.
- (25) H. C. SHERMAN, H. L. CAMPBELL, M. UDILJAK et H. YARMOLINSKY: Vitamin A in relation to ageing and to length of life. *Proc. Nat. Acad. Sc.*, **31**: 107, 1945.
- (26) *Nutrition Fronts in Public Health, N.V.F.* Nutrition Symposium Series, No. 3, p. 67, N.Y., 1951.
- (27) J. M. LAICHSENRING et al.: The effect of level of intake on calcium and phosphorus metabolism in college women. *J. Nutrition*, **45**: 407, 1951.
- (28) M. B. PATTON et T. S. SUTTON: The utilization of calcium from lactate, gluconate, sulfate and carbonate salts by young college women. *J. Nutrition*, **48**: 443, 1952.
- (29) WRIGHT, SAMSON et al.: *Applied Physiology*. 9e Ed. Oxford Univ. Press, 1952, p. 204.
- (30) WRIGHT, SAMSON et al.: *Applied Physiology*. 9e Ed. Oxford Univ. Press, 1952, p. 204.
- (31) C. J. LUND: Studies on the iron deficiency anemia of pregnancy. *Amer. J. Obst. and Gynec.*, **62**: 947, 1951.
- (32) N. BENSTEAD et G. W. THEOBALD: Iron and the "physiological" anaemia of pregnancy. *Brit. Med. J.*, **1**: 407, 1952.
- (33) P. F. HAHN et al.: Iron metabolism in human pregnancy as studied with the radio-active isotope Fe <sup>59</sup>. *Amer. J. Obst. and Gynec.*, **61**: 477, 1951.
- (34) EDITORIAL: Anaemia in Pregnancy. *Lancet*, **1**: 951, 1951.
- (35) *Maternal Nutrition and Child Health*. National Research Council, No. 123, p. 108, Washington, D.C., 1950.
- (36) Medical Research Council (Great Britain): Endemic Goitre in England. — Memorandum of Goitre Subcommittee. *Lancet*, **246**: 107, 1944.
- (37) G. STEARNS: The mineral metabolism of normal infants. *Physiol. Rev.*, **19**: 415, 1939.
- (38) I. G. MACY, H. J. KELLY et R. E. SLOAN: *The composition of milk: human colostrum and transitional milk; mature human, cow, and goat milks*. National Research Council Bull. 119, 1950.
- (39) N. JOLLIFFE, F. TISDALL et P. CANNON: *Clinical Nutrition*. P. 387. P. B. Hoeber Inc., N. Y., 1950.
- (40) *Therapeutic Nutrition with Special Reference to Military Situations*. National Academy of Sciences, National Research Council, 1951.
- (41) *Therapeutic Nutrition*. National Academy of Sciences, National Research Council, No. 234, p. 33, Washington, D.C., 1952.
- (42) B. L. FRANK: General considerations in the therapeutic use of some hormones. *Laval Médical*, **17**: 901, 1952.
- (43) M. B. PATTON et al.: The relation of calcium-to-phosphorus ratio to the utilization of these minerals by 18 young college women. *J. of Nut.*, **50**: 3.373, 1953.
- (44) R. NICOLAYSEN et al.: Physiology of Calcium Metabolism. *Phys. Rev.*, **33**: 3.424, 1953.
-

## VARIÉTÉS

---

### LE COLLÈGE DE PRATIQUE DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE

Chas. L. GASS, M.D. (Tatamagouche, N.-B.)

L'essor soutenu et accéléré des connaissances humaines a causé l'avènement nécessaire du spécialisme. Ces changements sont surtout évidents en médecine, comme le savent fort bien les membres de la profession.

Une des grandes étapes dans le progrès de la médecine canadienne des vingt dernières années fut l'établissement du Collège Royal des Médecins et Chirurgiens pour la formation de spécialistes compétents et l'octroi de diplômes dans les différentes branches de la profession. Ce progrès ne s'accomplit pas sans réaction contraire. Il faut du temps pour découvrir et supprimer certaines faiblesses. Nous ne nous occupons pas ici, quoique nous devrions peut-être le faire, des effets néfastes sur le spécialiste moderne qui sacrifie l'envergure à la profondeur: sur certains rapports, du moins, la comparaison avec ses aînés qui arrivaient au spécialisme en passant par la médecine générale, lui est défavorable. Mais l'Association Médicale Canadienne s'est préoccupée depuis quelques années de l'effet qu'a le spécialisme croissant sur l'état d'esprit et la condition de l'omnipraticien.

On entend souvent dire que personne ne peut suivre de près tous les progrès de la médecine. Le médecin zélé et laborieux a réussi à se tenir au courant, avec un succès remarquable. Il s'est perfectionné tant en envergure qu'en profondeur dans les dernières trois ou quatre décades, et cette réussite n'a pas reçu toute la reconnaissance qu'elle mérite. L'accroissement du savoir et de l'efficacité n'a pas été le monopole des spécialistes de la profession.

Cependant on semble croire dans certains milieux que l'omnipraticien perd de son prestige tant au point de vue social que professionnel. Un médecin de l'ouest, reconnu pour

son ardeur et son énergie, a mis les points sur les I en disant qu'il en avait soupé de s'entendre appeler la clef de voûte de la profession alors qu'on le traitait comme un vulgaire pavé. Le bien fondé de ces opinions n'est pas facile à évaluer, il n'en est pas moins sûr qu'en certains milieux, l'omnipraticien est en butte à des difficultés qui le gênent dans l'accomplissement de sa mission, tout particulièrement en ce qui concerne ses rapports avec l'enseignement et les hôpitaux. Une des raisons de ceci, est l'absence de reconnaissance officielle de la qualité de ceux qui dans la pratique de la médecine générale ont su par le travail et les études post-universitaires, se maintenir à la page. Aucun certificat d'excellence n'existe en médecine générale qui puisse se comparer à ceux que le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens décerne comme recommandation à ses spécialistes reconnus. Quoiqu'on pense de la vraie valeur de ces parchemins, on doit reconnaître que de nos jours, ils sont tenus comme des plus désirables et même nécessaires en maintes circonstances. Plusieurs omnipraticiens méritent certainement quelque marque de distinction.

L'omnipraticien — le médecin de famille — est-il en voie de perdre son rang dans la société? Nous vivons dans un âge qui est non seulement matérialiste mais aussi incrédule. Peut-être l'omnipraticien ne jouit-il plus du don d'omniscience que l'on prêtait à ses prédécesseurs. Peut-être son auréole devient-elle diaphane, mais il ne faut pas pour tout cela en blâmer le développement du spécialisme. Ce que la population demande presque à genoux, c'est un plus grand nombre de docteurs de famille, bien entraînés, progressifs, probres, et non pas plus de spécialistes. Je crois que la demande de spécialistes provient, comme il se

doit, des omnipraticiens qui ont besoin de leur secours et qui savent l'apprécier. L'omnipraticien doit se rendre à l'évidence que la sécurité de son état dépend de lui-même.

Il y a eu un grand engouement pour le spécialisme depuis la guerre. Le spécialiste a remplacé le médecin de famille dans l'idéal de plusieurs étudiants en médecine des plus sérieux. Dans l'après-guerre immédiat, les facilités pour l'entraînement de spécialistes ont été exploitées à la limite. On accuse quelquefois les écoles de médecine et les hôpitaux affiliés à la faculté d'être, sous l'influence et le zèle du Collège Royal des Médecins et Chirurgiens, plus intéressés à produire des spécialistes que des omnipraticiens. Ce n'est qu'au détriment de la profession qu'un tel état de chose puisse exister. La médecine canadienne se porterait certainement mieux si l'omnipraticien pouvait exercer davantage l'influence qu'il possède et le zèle qui l'anime. Il est manifeste que l'élan vers le spécialisme s'est déjà ralenti. Un plus grand nombre de jeunes médecins s'orientent vers la pratique de la médecine générale, et l'un des problèmes de l'organisation médicale est de savoir comment stimuler chez ces jeunes gens le désir de s'élever et de se perfectionner dans l'exercice de la profession.

Ceux-ci ne sont que quelques-uns des problèmes posés par le progrès de notre profession dans un monde en évolution. Il y a deux ans à Banff, l'A.M.C. a nommé un comité chargé d'étudier le sujet et de fournir des recommandations pour en résoudre les difficultés. Après une étude approfondie, le comité a fait rapport à l'Association l'an dernier à Winnipeg, et a recommandé l'établissement d'un Collège de la Pratique de la Médecine Générale au sein de l'organisation médicale canadienne, dont les buts seraient comme suit:

1. *Etablir un corps enseignant avec d'amples visées éducationnelles.*

2. *Organiser l'enseignement universitaire pour former des omnipraticiens par des omnipraticiens.*

3. *Organiser un enseignement post-universitaire à la portée des omnipraticiens.*

4. *Organiser un programme de recherche en pratique de la médecine générale.*

5. *Organiser la publication de travaux originaux par les omnipraticiens.*

6. *Voir à la nomination d'omnipraticiens dans le choix du personnel des hôpitaux.*

7. *Assurer la reconnaissance officielle des membres dans la pratique de la médecine générale.*

8. *Faire tout en son pouvoir pour conserver un niveau élevé d'intégrité dans la pratique de la médecine générale.*

Le rapport et ses recommandations fut accepté et l'on nomma un comité d'organisation pour procéder sans délai à l'établissement du Collège proposé. Le travail avance comme l'indiquait un bref compte rendu du Dr Glenn Sawyer, secrétaire du comité de fondation, publié dans le numéro de décembre du Journal. Le Collège devrait être en mesure de recevoir des demandes d'adhésion dès le mois de mars. Il sera lancé officiellement à Vancouver en juin lors du congrès de l'A.M.C.

On s'est tôt aperçu que l'organisation doit avoir un secrétaire à temps complet si elle compte réussir. Nous avons obtenu les services d'un homme remarquable; il doit se mettre à la tâche en mars. La question financière est une source d'inquiétude. Le coût sera d'environ \$25 000 00 par année. Les deux premières années seront les plus difficiles jusqu'à ce que le Collège soit fermement établi. A cette fin, un Fonds de la Fondation a été ouvert et le succès de cette entreprise dépendra dans une large mesure de nos contributions. Il est certain que plusieurs n'hésiteront pas à contribuer des sommes de \$50 ou \$100 à ce projet si important pour notre profession.

Cette entreprise est une innovation en médecine canadienne. On a affirmé lors de la fondation du Collège Royal des Médecins et Chirurgiens qu'il était une étape importante. En voici une seconde qui lui fait pendant. On la destine surtout aux cadets de la profession. Elle trace la voie de l'avenir et réitère notre conviction que le médecin de famille est la clef de voûte de la médecine et qu'une clef de voûte doit être forte et solide, et ne doit pas

s'effriter avec les années. Que les jeunes appuient cette entreprise avec enthousiasme. L'avenir leur appartient. Pour nous, les aînés, ne cherchons pas à voir ce que nous pouvons en retirer. Qu'elle représente plutôt l'occasion

de rendre à notre profession l'honneur qu'elle nous fit jadis de nous accepter parmi ses membres. Encourageons donc par notre intérêt et nos finances le Collège de Pratique de la Médecine Générale du Canada.

## RAPPORT DU RÉDACTEUR EN CHEF

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

"L'UNION MÉDICALE DU CANADA"

1872 - 1954

Le rédacteur en chef de votre journal est très honoré de vous présenter son rapport annuel. Il comporte une synthèse succincte des activités de *L'Union Médicale du Canada* durant l'année 1953.

Une première partie expose le résultat d'une compilation des travaux et analyses publiés, du partage de la contribution de différents auteurs, et de la part publicitaire. Comme à l'accoutumée, le tout est formulé dans un tableau comparatif qui comprend les compilations des huit dernières années.

Une seconde partie, encore selon l'ordonnance des rapports précédents, met en lumière quelques points saillants de nos publications et s'efforce de faire ressortir, par quelques exemples que nous ne pouvons multiplier pour éviter un rapport fastidieux par sa longueur, la qualité et le caractère de la matière qui parut en 1953.

### Nombre de travaux publiés

1953: 173 — 1952: 211 — 1951: 256 — 1950: 209  
1949: 214 — 1948: 216 — 1947: 224 — 1946: 211

### Ces articles sont répartis comme suit:

	1953	1952	1951	1950	1949	1948	1947	1946
Bulletins .....	18	20	16	12	24	24	18	13
Mémoires .....	30	36	31	29	36	27	29	21
Recueils de faits .....	32	37	30	33	24	38	25	18
Mouvement médical .....	6	4	15	3	1	15	12	12
Revue générale .....	17	40	47	39	54	22	17	13
Editoriaux .....	15	14	14	13	14	14	12	12
Médecine industrielle .....	0	0	0	0	4	0	4	1
Médecine sociale et hygiène .....	20	17	25	25	12	40	14	10
Variétés .....	13	25	30	29	12	16	10	15
Correspondance .....	2	2	3	5	9	5	10	5
Chroniques sémiologiques .....	0	0	0	0	0	9	3	4
Chroniques thérapeutiques .....	0	0	0	0	0	0	2	7
Médecine et chirurgie pratiques .....	16	15	43	18	10	4	2	5
In Memoriam .....	4	1	2	0	3	1	3	0

Le nombre de pages consacrées au texte médical fut en 1953: 1303, 1952: 1392, 1951: 1419, 1950: 1425, 1949: 1404, 1948: 1390, 1947: 1413, 1946: 1611.

Le nombre de pages réservées aux annonces fut en 1953: 868, 1952: 847, 1951: 902, 1950: 896, 1949: 949, 1948: 996, 1947: 1003.

*Répartition des travaux avec les trois catégories d'auteurs*

1.—	en 1953:	29	travaux	furent	publiés	par	9	directeurs.
	1952:	33	—	—	—		9	—
	1951:	65	—	—	—		12	—
	1950:	44	—	—	—		11	—
	1949:	47	—	—	—		13	—
	1948:	43	—	—	—		10	—
	1947:	52	—	—	—		13	—
	1946:	63	—	—	—		14	—
2.—	en 1953:	21	—	—	—		15	collaborateurs.
	1952:	30	—	—	—		18	—
	1951:	26	—	—	—		13	—
	1950:	26	—	—	—		14	—
	1949:	33	—	—	—		16	—
	1948:	16	—	—	—		11	—
	1957:	31	—	—	—		16	—
	1946:	57	—	—	—		25	—
3.—	en 1953:	123	—	—	—		138	collaborateurs bénévoles.
	1952:	148	—	—	—		128	—
	1951:	178	—	—	—		165	—
	1950:	139	—	—	—		140	—
	1949:	134	—	—	—		119	—
	1948:	157	—	—	—		130	—
	1947:	130	—	—	—		169	—
	1946:	132	—	—	—		99	—

Le premier fait qui apparaît dans ces chiffres est la diminution du volume publié en 1953 en comparaison avec chacune des sept dernières années. Mais si on rappelle la recommandation des directeurs lors de la dernière assemblée annuelle, on comprendra que cette réduction fut intentionnelle et en concordance avec votre désir.

Cette réduction du nombre de pages se montre en proportion du nombre également diminué des articles parus. Malgré tout, le chiffre de 1303 pages est encore convenable et assez étoffé puisqu'il représente une moyenne de 108 pages par livraison. Notre objectif a toujours été de publier chaque mois un volume qui serait d'au moins 100 pages et de faire paraître en matière scientifique un texte qui doit surpasser en pages imprimées celles qui sont consacrées à la réclame. On comprendra que cette politique ne peut être discutée et que les annonceurs seraient les premiers à demander que le texte scientifique soit amplifié s'il venait à fléchir démesurément. Une certaine proportion doit être maintenue entre les deux sections du journal. Ainsi, en 1953, cette proportion fut en moyenne pour chaque livraison de 108 à 72 et un tiers en excluant de la réclame ce qui apparaît au recto et au verso des pages de la couverture du journal.

La contribution des directeurs n'est pas supérieure aux années précédentes, elle marque même un flé-

chissement. Si le rédacteur en chef pouvait le faire sans les blesser, il les prierait de se montrer encore plus dévoués au journal. Il leur demanderait de s'intéresser non seulement à la bonne gestion de la Corporation dont ils assument la responsabilité, mais aussi de collaborer encore plus régulièrement et en plus grand nombre à la facture de leur journal. L'exemple viendrait de haut, leur expérience et leur science pourraient servir plus abondamment à l'édification et à l'instruction des plus jeunes et à nos lecteurs qui n'ont pas l'avantage de suivre avec autant de vigilance l'évolution de la science médicale.

L'apport des membres du comité de collaboration n'a pas été plus volumineux en 1953 que précédemment. La somme ne varie guère et pour le nombre de travaux et pour celui des membres qui ont publié.

On doit ajouter que nos collaborateurs continuent de se réunir tous les deux mois sauf durant les vacances de l'été; qu'ils sont régulièrement sollicités à fournir des travaux.

Quant à la part des collaborateurs bénévoles, on voit qu'elle demeure forcément en tête des trois groupes, et que, compte tenu de la réduction voulue du volume de l'année, elle est comparable aux années précédentes.

Ces commentaires ne contiennent rien de sensationnel, l'histoire en somme se répète et, à tout prendre, nous n'avons pas de difficulté réelle à com-

poser chaque livraison, ayant par devers soit une réserve de travaux propres à nous éviter une trop angoissante inquiétude.

Nous ne dirons rien sur les différentes rubriques dont le partage n'a pas varié sauf dans celle de la « Revue générale » qui a absorbé en plus grande partie la diminution intentionnelle du texte publié. Parmi les collaborateurs étrangers, se trouvent quelques médecins français dont les travaux bien construits furent publiés avec empressement. Nous avons le grand plaisir d'ajouter que de très intéressants articles nous vinrent de nos confrères de Québec (collaborateurs attirés et bénévoles); nous souhaitons que ce fait se répète et même s'amplifie à l'avenir. Il est d'un très bon augure.

Au chapitre des analyses, voici quelle fut la contribution en 1953:

En 1953, 128 pages d'analyses pour 189 analyses; en 1952, 94½ pour 168 analyses; en 1951, 69 pour 134; en 1950, 96 pour 167; en 1949, 86½ pour 149; en 1948, 106 pour 137, et en 1947, 85 pour 118 analyses.

Ces analyses ont été rédigées par:

En 1953: 45 analyses par 5 directeurs; 40 par 9 collaborateurs (dont 3 de Québec); 95 analyses par 32 collaborateurs bénévoles.

En 1952, 27 analyses par 1 directeur; 27 par 5 collaborateurs et 114 par 25 collaborateurs bénévoles.

En 1951: 22 par 3 directeurs; 14 par 7 collaborateurs, et 98 par 21 collaborateurs bénévoles.

En 1950: 43 par 3 directeurs; 17 par 6 collaborateurs, et 107 par 43 collaborateurs bénévoles.

En 1949: 8 par 3 directeurs; 57 par 6 collaborateurs, et 84 par 17 collaborateurs bénévoles.

En 1948: 9 par 2 directeurs; 51 par 7 collaborateurs, et 77 par 15 collaborateurs bénévoles.

En 1947: 13 par 5 directeurs; 64 par 11 collaborateurs, et 41 par 22 collaborateurs bénévoles.

Au chapitre des analyses, on peut remarquer une amélioration quantitative portant et sur le nombre d'analyses et sur celui des pages qui leur furent consacrées. Également ici, nous notons que trois de nos collaborateurs de Québec ont tenu à alimenter cette rubrique. Rappelons-nous que le comité des collaborateurs compte actuellement 32 membres dont 11 à Québec et 21 à Montréal. Le rapport de 3 à 11 vaut bien celui de 6 à 21; celui de 9 analyses pour les 11 collaborateurs de Québec est légèrement inférieur à celui de 31 analyses pour les 21 collaborateurs de Montréal.

Le chiffre de 45 analyses par 5 directeurs mérite d'être remarqué, comparable à ceux des années précédentes.

Ici comme pour les travaux, on peut souligner l'apport imposant d'analystes bénévoles qui furent des internes ou des résidents de nos hôpitaux ou des

jeunes médecins en résidence ou études post-scolaires à l'étranger. Leurs analyses furent remarquables, non seulement par leur nombre, mais aussi par leur qualité.

Si nous parcourons maintenant les douze livraisons de l'année, nous pouvons signaler au passage certains travaux qui, par leur valeur ou leur opportunité, méritent mention.

Ainsi les *Bulletins* traitèrent des sujets suivants:

A la recherche d'une formule post-scolaire.

Comité de médiation.

La technique, la médecine et l'homme.

Le chancelier de l'Université de Montréal.

Le premier congrès mondial d'enseignement de la médecine.

L'œuvre de réhabilitation.

Nous aussi, sur la chiropratique.

Où un devient une multitude (internes de nos hôpitaux).

Première conférence sur l'enseignement médical.

Rappel de quelques vérités premières (malade et hôpital et son personnel — professeur et élève — praticien et hôpitaux — médecins et publicité).

Sur l'enseignement médical.

Sur nos hôpitaux (administration et médecins).

Variations sur un thème ancien (qualités morales du médecin).

Plusieurs bulletins sur le XXIII<sup>e</sup> Congrès de l'A.M.L.F.C.

Ces titres illustrent bien quelques-unes des perplexités actuelles de la médecine canadienne et même mondiale. Nos *Bulletins* ont permis une expression d'opinion sur elles. Ils ne prétendaient pas leur apporter une solution. Ils contenaient des commentaires et des considérations exprimés avec le plus d'objectivité et de désintéressement possible étayés par le sens commun, la justice et l'expérience du vécu.

Le Congrès de Sherbrooke fut annoncé et relaté dans cette rubrique du Bulletin qui peut servir et sert effectivement aux communiqués et aux articles de propagande de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada.

Nos *Editoriaux*, comme par le passé, mirent en lumière succinctement certaines notions nouvelles, certains progrès dans le champ de la médecine:

Aperçu sur l'anesthésie potentialisée.

Cancer de l'estomac et son dépistage précoce.

Comment envisager la sinusite aiguë.

Des inconnus de la cardiologie.

La transfusion, danger ou panacée.

Les antibiotiques en pédiatrie.

Les cancéreux, ces méconnus.

Les dérivés de l'acide iso-nicotinique dans le traitement de la tuberculose.

L'exploration radiologique des surrénales par la rétropéritondographie.

Nouveau contraste cholicystographique:  
Télépaque.

Occlusion du grêle par mucilage.

Chorio-sinusite allergique: conceptions thérapeutiques.

Tyrotoxicose et iode radio-actif.

En quelques paragraphes, le lecteur peut, par un éditorial bien construit, s'instruire de toute notion médicale nouvelle d'importance. Et c'est le devoir et la mission d'un journal médical qui a le respect de ses lecteurs, de les instruire au jour le jour du progrès de la médecine, même des nouvelles acquisitions qu'ils n'auraient pas à appliquer eux-mêmes.

Nous voudrions que nos éditoriaux soient aux avant-postes et captent l'attention et l'intérêt des médecins qui nous lisent, qu'ils soient pour eux l'article que l'on cherche d'abord dans la revue qu'on déshabille de son enveloppe. Peut-être y parviendrons-nous avec la coopération de nos collaborateurs.

Nous nous empressons de souligner une série d'articles sur la *pathologie intrathoracique* publiés par un groupe de médecins associés au fonctionnement de la Clinique du thorax de l'hôpital Notre-Dame. Ces travaux étaient de très bonne qualité et firent de notre livraison de juillet consacrée en totalité à leur publication, un numéro bien documenté, bien illustré et instructif; en somme, un numéro à remarquer.

Trois travaux furent publiés en novembre qui portaient sur des aspects bio-chimiques de certaines pathologies d'observation quotidienne (*Electrolytes en chirurgie, dans l'insuffisance cardiaque. Acidose et alcalose respiratoires.*)

Ces travaux méritent qu'on souligne leur valeur d'enseignement pratique.

D'autres publications de médecins canadiens furent dignes de mention; pour ne pas allonger indéfiniment ce rapport, je signalerai quelques-unes d'entre elles:

*Aspects cliniques et thérapeutiques de la scoliose de croissance.*

*Vitaminothérapie à hautes doses en dermatologie. L'angiocardigraphie.*

*Endartériectomie.*

*L'immunisation contre la poliomyélite et son avenir.*

*Quelques considérations cliniques sur les pressions abdominales.*

La rubrique « Variétés » peut contenir divers types d'articles. On lui demande d'apporter à notre journal une littérature plus élégante, des sujets moins sévères et froids que le texte strictement scientifique:

*Médecine et robots.*

*Les gaietés de la radiologie.*

*Quelques mythomanes célèbres.*

furent des articles excellents par leur forme et l'agrément qu'on eut à les lire.

Des médecins étrangers collaborèrent au journal en 1953. Tous, à l'exception d'un médecin américain et d'un autre d'Haïti, étaient français. En fait, nous publiâmes dix articles rédigés par des auteurs français; nous nous plaisons à citer ceux du professeur Kourilsky sur la « Cinédensigraphie » et de Sénèque et Laborit sur « l'hibernation artificielle ». Ces deux travaux apportaient des connaissances nouvelles de grand intérêt soit pour l'exploration, soit pour le traitement, et fruit de découvertes ou d'expérimentations effectuées en France.

\* \* \*

Pour des fins non seulement d'esthétique, mais aussi de meilleur rendement des réclames sur les pages de la couverture, le papier-carton de ces pages a été changé en février 1953. De mat, il devint glacé et tous auront sans doute trouvé cette modification heureuse. Elle donne sûrement à notre revue une apparence plus avantageuse et si « l'habit ne fait pas le moine », une belle page frontispice conditionne plus favorablement à pénétrer plus loin et à ouvrir les pages de la revue qui en est parée.

Nous n'ajoutons pas plus à ces remarques. Nous avons l'impression que 1953 a été pour *L'Union Médicale du Canada* une bonne année. Nous sommes convaincu que la valeur intrinsèque de notre journal s'améliore. Le progrès se manifeste lentement, mais sûrement. Bien sûr, la forme n'a plus le liant ni l'abondante facilité des anciens jours où beaucoup plus était dans le verbe et moins dans l'exactitude rigoureuse des faits rapportés. Ainsi le veulent les exigences actuelles de la médecine. La langue n'a plus la même élégance et elle est aussi moins pure depuis qu'on fréquente plus les Etats-Unis et moins la France. L'important, cependant, est qu'on remarque de plus en plus notre journal, qu'on grossisse par lui l'apport de la médecine d'expression française au plus grand profit de cette dernière et surtout au nôtre.

Trois « In Memoriam » durant 1953.

Deux évoquèrent la vie de deux professeurs titulaires à la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal. L'un avait été professeur d'anatomie, le prof. Jean Delage.

L'autre fut professeur de chimie, directeur des études et doyen de la Faculté des Sciences. Le départ du docteur Georges-H. Baril cause un vide immense dans toute la profession. Son grand zèle, son dévouement illimité, son intelligence brillante et par-dessus tout son actif attachement à l'œuvre de notre Uni-

versité lui avait conquis l'admiration et le respect de tous. Son départ fut un jour de deuil au sein de notre groupe médical.

Un troisième « In Memoriam » fut à l'adresse d'un ancien président de *L'Union Médicale du Canada*, d'un officier de l'A.M.L.F.C., et d'un ardent patriote. Le Sénateur Lacasse dont la vie et le mérite furent rappelés par le docteur Albert LeSage, possédait une riche personnalité, une loyauté à toute épreuve, un dynamisme qu'il fit servir dans son action politique et journalistique à la cause de ses frères de langue française. Nous ne pourrions jamais oublier la silhouette robuste, bien campée de notre collègue disparu, la mobilité de son expression, exprimant par-dessus tout la joie, la jovialité, sa parole grasseyante et puissamment appuyée, enfin son amour de la vie et de la poésie dont il aimait la parer. Nous conservons de lui un souvenir respectueux.

Avant de terminer ce rapport, nous tenons à remercier les membres de la rédaction: MM. Edouard Desjardins, Roger-R. Dufresne et Antoine Pettigrew. Leur esprit de coopération et leur excellente éducation nous rendirent nos contacts charmants et productifs. Nous remercions également nos membres du comité de collaboration sur lequel le journal s'appuie de préférence pour la stabilité et la qualité de la publication scientifique.

Enfin, un mot de remerciement à Mademoiselle Métivier, en charge de notre secrétariat, dont le dévouement et l'intérêt à notre œuvre ne se dément et ne faiblit pas, au contraire, d'une année à l'autre.

Et maintenant, par cette année 1954, nous pénétrons plus loin dans l'avenir.

Roma AMYOT,  
*Rédacteur en chef.*

---

# CONGRÈS

## DEUXIÈME CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE HIPPOCRATIQUE <sup>1</sup>

### Cinquième section

#### HIPPOCRATISME ET SOCIOLOGIE

##### 1. *L'expérience du médecin de campagne.*

Par le docteur DURAND (Courville).

Au sortir de la Faculté, le jeune docteur, résolu à se fixer en milieu rural, doit s'attendre à un isolement intellectuel et moral inaccoutumé, au milieu d'un public inconnu. Suivant les nécessités du moment, il aura à puiser dans ce qu'il aura appris au cours de ses études, et devra, dès le début, s'imposer la règle absolue de parfaire ses connaissances par de quotidiennes acquisitions qui lui permettront de rester « un praticien à la page ».

Son souci constant sera également d'appliquer ses aptitudes psychiques et philosophiques à la connaissance de « l'âme paysanne ». Cette connaissance, jointe à celle du comportement physiologique et pathologique des constitutions rurales, guidera le jeune praticien parmi les écueils et les dangers imprévus des débuts hasardeux!

C'est dans cet esprit d'observation, esprit pleinement « hippocratique », cette « faculté de *savoir regarder* », qui classera le médecin de campagne.

*Savoir regarder, prendre le temps de regarder et aussi savoir ce qu'il faut regarder*, toutes ces qualités d'observation et de discernement lui sont indispensables. Elles impliquent obligatoirement un appel continu au « bon sens », plante précieuse qu'il faut savoir cultiver et protéger avec un soin jaloux!

Toutes ces difficultés ont d'heureuses contreparties: d'une part, la densité de la population rurale moindre que celle des villes; d'autre part, la connaissance des familles, grâce à la fidélité volontaire ou forcée de la clientèle, tout cela permettant une observation plus minutieuse et plus soutenue, partant plus juste et plus vraie.

Mais *diagnostiquer ne peut suffire*, il faut savoir « conclure et bien conclure », ainsi le jeune praticien campagnard assurera-t-il sa confiance et son autorité... En toutes circonstances, il sera prêt « à faire face » sans « jamais perdre la face ». L'esprit de *décision*, de décision raisonnée et raisonnable, est le

1. Suite à ce qui a paru dans la livraison de février, page 196.

corollaire logique de l'esprit d'observation. Il ne saurait s'y dérober!... Pour peu qu'il puisse y joindre « une sûreté de pronostic » judicieuse... alors pourrait-il aspirer au titre enviable de « sorcier », et ne saurait vraiment exiger plus!... On dira de lui qu'il a « du flair », ledit flair n'étant d'ailleurs qu'une association inconsciente, un véritable pêle-mêle du « bon sens, des connaissances acquises, et du sens de l'observation »!

Resterait le domaine de l'expérimentation, mais elle ne saurait être du ressort habituel du praticien rural mal placé et souvent peu apte, sauf au point de vue thérapeutique, pour s'y livrer utilement.

Il n'existe qu'une médecine, qu'elle soit de la ville ou des champs, c'est la « Médecine de qualité »!

##### II. *La femme médecin.*

Par Mme le docteur J. H. MONTLAUR (Paris).

Depuis plus de cent ans, les femmes sont entrées dans la carrière: l'anglaise Elisabeth Blackwell, aux Etats-Unis en 1849; Madeleine Brès, à Paris en 1858, sont de véritables *pionniers*.

A *l'Etranger*, le nombre des diplômées est actuellement de 12 000 pour 82 000 médecins en Grande-Bretagne; de 8 000 pour 160 000 aux Etats-Unis. Elles exercent en clientèle, elles occupent des postes officiels parmi les plus représentatifs.

*En France*: pour 8 750 Médecins de Paris et Seine, plus de 1 200 femmes. Départements et Algérie: près de 1 700 pour 30 000 médecins.

*Le Médicat des Hôpitaux* a été franchi en 1931. Actuellement à la Faculté de Paris, deux *Professeurs*, une *Agrégée*. Aux Sociétés Savantes, à la Recherche Scientifique, les femmes apportent leur esprit d'analyse autant que de synthèse. Elles exercent en clientèle de ville, mais pas en « rurale ».

Après un retour en arrière, où apparaît le « climat » du *Féminisme*, est étudiée la situation dans la *médecine sociale*, rappelant que le « Service Social à l'Hôpital » fut introduit en France par Mme Nageotte, en 1914.

Rapidement les femmes médecins seront attirées, appelées électivement: à tant de postes nouveaux; elles y donneront bonne mesure de leur compétence et de leurs qualités morales et professionnelles.

Dans les *cadres* de la *Médecine Préventive*, où elles représentent la moitié des effectifs féminins à « temps

plein», certains grands services de Direction leurs sont confiés. Elles sont nombreuses — pour un tiers à la moitié — dans les organisations à « temps partiel » de la *Protection Maternelle et Infantile*.

Elles appartiennent à tous les autres services de médecine Préventive Active, de Soins, de la Sécurité sociale, etc.

Une étude est réservée aux *Missionnaires Docteurs* en médecine.

En conclusion, sans songer à établir un palmarès ni à dresser un *Doit* contre un *Avoir*, les femmes ont beaucoup apporté à la médecine.

Ce que la médecine a apporté aux femmes? *Tout* — et en vif raccourci sont brossées les difficultés et les joies de la vie du praticien qui le conduit avec la « notion de service avant la notion de profit », à travers la plus humaine des professions qui soit au monde.

### III. Médecine sociale et hippocratismes

Par les docteurs COURBAIRE DE MARCILLAT et FROMONT (Clermont-Ferrand et Dijon).

Bien vite il apparut à notre civilisation industrielle que les moyens individuels s'avéraient insuffisants tant au point de vue social que médical pour assurer la protection de la Santé, c'est pourquoi l'étude et l'application des moyens collectifs devint l'objet de cette science nouvelle participant de la Médecine et de la Sociologie: « La Médecine Sociale », définie par le Professeur Sand: « L'Art de prévenir et guérir, considéré sous ses bases scientifiques comme dans ses applications individuelles et collectives, du point de vue des rapports réciproques qui lient la santé des hommes à leur condition. »

Dans son application la Médecine sociale ne doit pas être théorique, comme l'a écrit le doyen J. Parisot: « Elle doit s'adapter aux conditions et aux nécessités locales, tenir compte des habitudes et des coutumes. En outre, elle ne saurait se targuer d'une définitive stabilité: elle doit être vivante, échapper à tout cadre rigide. »

C'est pourquoi ses moyens d'expression, que nous retrouvons tant dans la Médecine curative que dans la Médecine préventive et l'hygiène sociale, sont très variés, depuis le Médecin de famille qui occupe dans son organisation une place prépondérante, jusqu'au Médecin-Conseil de la Sécurité Sociale placé à la Croisée des Chemins et peut être, de ce fait, un élément important de coordination.

Cette sorte de spécialisation dans l'action qui n'est peut-être qu'un temps dans l'évolution de la Médecine sociale, marque uniquement le souci de servir mieux et davantage l'homme être social par excellence.

Loin de déshumaniser la Médecine, la Médecine sociale apparaît comme l'un des correctifs les plus

valables de la civilisation industrielle. Elle vise à procurer à chacun l'épanouissement complet de sa personnalité, assurant par là même sa dignité, suivant la grande notion hippocratique.

D'ailleurs, la Médecine sociale se réfère à chaque instant à la méthode hippocratique et il nous paraît que ce serait singulièrement restreindre la magnifique grandeur de la pensée du Maître de Cos que de vouloir l'appliquer à la seule antique médecine curative.

N'a-t-il pas écrit qu'il fallait « rechercher soigneusement... quels sont les rapports de l'homme... avec tout son genre de vie et quelles influences chaque chose exerce sur chacun, » et dans sa première pensée placée au début des aphorismes et connue de tous, ne conseille-t-il pas de saisir l'occasion fugitive et ne nous invite-t-il pas à un effort collectif en nous recommandant de ne pas perdre de vue « les choses extérieures » parmi lesquelles nous croyons légitime de placer les considérations sociales, dont l'importance s'avère si grande.

D'ailleurs, la Médecine sociale n'arrive pas en iconoclaste, elle entend, comme le voulait Hippocrate dans « De l'Ancienne Médecine », se servir au bénéfice de l'homme des apports du passé, mais, comme Hippocrate lorsqu'il luttait contre l'immobilisme des temples et des gymnases, elle se doit de mettre en œuvre dans les conditions les plus efficaces et dans le respect de la personnalité de chacun, tout ce qui peut servir à la protection de la Santé de l'homme, gage de sa dignité.

Ce faisant, la Médecine sociale ne saurait compromettre l'unité de la Médecine, réalisée sur le plan des valeurs dominantes énoncées par Hippocrate, à condition que le choix et la formation de tous les médecins s'inspirent des données précisées par Hippocrate et réservent une place suffisante à la formation de l'esprit social.

C'est, qu'en effet, notre temps requiert des Médecins sur le plan social, un effort de lucidité et une participation active à la croisade des peuples pour une humanité meilleure et plus belle.

Le destin de la Médecine sociale n'est-il pas d'accorder la Médecine aux rythmes de la vie sociale et de réaliser ainsi cette harmonie de l'homme et du monde voulu par Hippocrate.

### IV. Médecins praticiens et médecins fonctionnaires

Par le docteur R. DEGUIRAL (Périgueux).

Médecine curative des médecins praticiens et médecine préventive des médecins fonctionnaires sont les deux pentes d'un même toit pour protéger la souffrance humaine.

Il est dans la logique de ce qu'en attend le malade, que la première soit rétribuée sous forme d'honoraires, puisqu'elle est médecine d'appel, d'ur-

gence et de soin. Il est indispensable que la seconde soit rendue totalement indépendante de toute rétribution de clientèle, ou d'amitiés professionnelles, afin qu'elle se consacre au dépistage et à l'éducation en toute neutralité vis-à-vis des intérêts légitimes du médecin praticien d'urgence et de soin.

L'intervention sera sensible.

Toute action de dépistage en profondeur aura une incidence sur la fréquentation des cabinets de médecins praticiens, mais modifiera la nature des cas pathologiques qui s'y présenteront.

Le médecin praticien est appelé de par l'action du médecin fonctionnaire à voir de plus en plus les débuts d'affection, les prodromes de déformation ou de carence.

A lui de se rendre compte de cette évolution et sans abandonner Gallien, de se rallier à Hippocrate et donc de comprendre que cette augmentation du nombre des appels à la médecine curative doit entraîner celle-ci à quelque rapidité d'adaptation de ses conceptions cliniques et thérapeutiques.

Dans la transformation des formes cliniques du passé ou du temps des études de notre jeunesse, il faudra compter avec l'action préventive et le dépistage précoce de plus en plus généralisé.

Tout un avenir de collaboration féconde entre la médecine curative, médecine du praticien et la médecine préventive du médecin fonctionnaire, s'est inauguré en ces quelques dernières années.

Cet avenir dépend d'un souci juridique de frontières d'activité bien tranchées:

- au praticien, le traitement,
- au médecin fonctionnaire, l'éducation sanitaire et le dépistage en milieu collectif.

Tout mélange d'attribution est source de confusion et mène d'interdépendances de fonctions officielles et d'intérêts de cabinet privé qui risquent de fausser le libre choix du consultant pour sa décision la plus grave: celle du choix de qui doit le soigner, parmi les médecins praticiens.

Les médecins fonctionnaires ont intérêt à trouver, en complément de leur activité, des médecins praticiens cliniciens, thérapeutes avertis ou opérateurs habiles.

Les médecins praticiens ont intérêt à trouver en vis-à-vis une médecine préventive fonctionnarisée, composée d'éléments de valeur, d'une culture générale étendue, capables par leur personnalité d'imposer le respect du médical dans l'administration française, et d'établir constamment les ponts entre le médical et le juridique, à la fois pour une meilleure connaissance de l'humain et pour les informer d'un domaine de l'activité de l'homme où la formation médicale est peu formée à s'aventurer.

Ce qui tend à dissimuler leur rôle au sein de l'Administration générale de la France, tant dans les traitements, le recrutement que la subordination à des autorités, organismes ou ministères où le médecin n'est pas commandé par un médecin, ne doit pas être considéré comme le préjudice des seuls médecins fonctionnaires, mais comme une atteinte à la réputation nécessaire d'une profession qui s'honore de défendre ses points de vue, son indépendance, et de n'avoir en tête que l'intérêt du malade et l'intérêt général par la meilleure santé de tous, ce qui permet à chacun d'œuvrer solidairement à une médecine à la fois collective et individuelle, et de se retrouver sous le signe éternel d'Hippocrate et d'Hygie.

(à suivre)

# MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

## RECHERCHES ET DÉCOUVERTES MÉDICALES<sup>1</sup>

*Découverte de groupes et de types dans les plaquettes sanguines.*

*Synthèse de l'ocytocine ; formation d'anticorps dans les ganglions lymphatiques et la rate.*

*Essais massifs du nouveau vaccin de la poliomyélite.*

*Nouveau traitement de la dystrophie musculaire.*

*Traitement des péritonites par les antibiotiques par voie intra-péritonéale.*

Au cours d'une communication faite à l'American Association of Blood Banks, il a été montré que les plaquettes sanguines, comme d'ailleurs les globules rouges, appartiennent à des groupes et à des types particuliers, quoiqu'il n'y ait aucune corrélation entre les quatre groupes connus des globules rouges et les groupes et les types des plaquettes sanguines. Ce travail porte sur plus de 50 000 essais pratiqués sur 215 sujets sains par les Drs Mario Stefanini, Jyota B. Chatterjea, Gerald I. Plitman, William Damashek et Mme Irma B. Mednicoff, assistante de recherches, faisant tous partie du *New England Medical Center* et de l'École de Médecine Tufts de Boston (1).

Ces auteurs font remarquer que leurs résultats sont d'ordre préliminaire, et doivent faire l'objet d'expérimentations ultérieures.

Leur étude des plaquettes sanguines a montré l'existence d'une relation antigène-anticorps semblable à celle des globules rouges. Jusqu'à présent, quatre groupes ont été identifiés, mais les chercheurs pensent qu'il y en a peut-être d'autres. Les tests pratiqués ont montré que 10,2% appartiennent au Groupe I,

4,6% au Groupe II, 3,7% au Groupe III et 81,5% au Groupe IV.

Le critère du groupe est constitué par la présence ou l'absence de deux antigènes dans les cellules et de deux agglutinines ou anticorps dans le plasma sanguin. Le Groupe I renferme l'antigène I et fixe l'agglutinine anti-I. Le Groupe II renferme l'antigène II et fixe l'agglutinine anti-II. Le Groupe III renferme les deux antigènes et fixe les deux agglutinines. Le Groupe IV ne renferme pas d'antigènes et ne fixe aucune des deux agglutinines. Ces groupes correspondent donc aux groupes des globules rouges (A-B-AB-O), AB renfermant les deux antigènes A et B des globules rouges alors que l'O n'en renferme aucun.

Les injections de plaquettes du Groupe I à un sujet appartenant au Groupe IV, pendant cinq semaines, ont été suivies de l'apparition d'agglutinine anti-I chez le receveur. Inversement, le plasma du sujet du Groupe IV ainsi traité, renfermant désormais l'agglutinine anti-I, a entraîné une thrombocytopenie « marquée et prolongée » chez le donneur initial du Groupe I. Les plaquettes fraîches du Groupe IV n'ont pas produit d'agglutinines après injection chez un sujet du Groupe I.

Selon le Dr Stefanini, il est possible que la thrombocytopenie néonatale soit due à une incompatibilité de plaquettes entre la mère et le fœtus, et que divers autres troubles sanguins soient également dus à de semblables incompatibilités. Six types de plaquettes, semblables aux types Rh trouvés dans les divers groupes de globules rouges, ont été identifiés; trois d'entre eux ont été vérifiés. Ici non plus il n'y a pas de corrélation avec les types des globules rouges.

\* \* \*

1. Du *Medical and Pharmaceutical Information Bureau*, New-York.

La synthèse de l'ocytocine, hormone du lobe postérieur de l'hypophyse excitant les contractions de l'utérus, a été réalisée par une équipe de chimistes travaillant sous la direction du Dr Vincent du Vigneaud, professeur de biochimie à la Faculté de Médecine de l'Université de Cornell à New-York (2).

Ces travaux qui ont amené à la première synthèse, réalisée avec succès, d'une hormone polypeptidique, marquent l'aboutissement d'environ vingt années de recherches, au cours desquelles les glandes de près de 100 000 têtes de bétail ont été expérimentées. Après avoir entrepris des études de laboratoire poussées sur les animaux, les Drs R. Gordon Douglas et Kenneth G. Nickerson et le Professeur Roy W. Bonsnes du Service d'Obstétrique et de Gynécologie de la faculté ont comparé le produit synthétique avec la substance naturelle des sujets humains; ils ont trouvé que l'efficacité de ces deux produits était la même, pour ce qui est de l'excitation des contractions utérines lors du travail.

Dans la réalisation de cette synthèse, le Dr du Vigneaud a eu comme collaborateurs Dr Charlotte Ressler, Dr John N. Swan, Dr Carleton W. Roberts, Dr Panayotis G. Katsoyannis et Dr Samuel Gordon.

Les études portant sur la structure chimique de l'ocytocine naturelle purifiée ont montré que sa formule comporte les acides aminés suivants: leucine, isoleucine, tyrosine, proline, acide glutamique, acide aspartique, glycine et cystine, de même que trois molécules d'ammoniaque. Le principe actif s'est révélé être un polypeptide. Des études ultérieures ont précisé que cinq des acides aminés étaient disposés suivant un mode cyclique, les trois autres formant une chaîne latérale.

L'ocytocine purifiée a été démontrée comme étant dénuée de toute action hypertensive ou antidiurétique. Toutefois, le Dr du Vigneaud a pu isoler, sous forme hautement purifiée, un autre principe actif du lobe postérieur de l'hypophyse, la vasopressine, puissant agent antidiurétique et stimulant de la tension artérielle.

Comme le Dr du Vigneaud le fait justement remarquer, l'établissement final de la structure de l'ocytocine permet de comprendre la relation qui existe entre la nature chimique de cette substance et ses effets sur l'organisme. Il sera désormais possible de réaliser la synthèse de produits apparentés ayant quelques modifications spéciales; ceci permettra d'établir quelle fraction particulière de la molécule de l'ocytocine est responsable de son action physiologique et, peut-être, d'arriver ainsi à la greffer sur une molécule plus simple dans la pratique médicale.

\* \* \*

La formation d'anticorps au niveau des ganglions lymphatiques et de la rate a été découverte par deux savants travaillant au Laboratoire National de Brookhaven (3).

Des fragments de tissus spléniques et de ganglions lymphatiques de souris ayant préalablement reçu de l'anatoxine tétanique furent transplantés dans la chambre antérieure de l'œil de souris préalablement exposées à l'irradiation par des rayons gamma provenant du cobalt<sup>60</sup>.

La production d'anticorps par les tissus propres de l'animal ayant été pratiquement éliminés du fait des radiations, les anticorps qu'on a pu démontrer après l'implantation était évidemment l'œuvre des tissus transplantés. Cette formation d'anticorps était accrue à la suite de stimulations secondaires provoquées par des injections intraveineuses d'anatoxines tétaniques.

Les chercheurs, Dr William M. Hale, professeur de bactériologie à la Faculté de Médecine de l'Université du Tennessee, à Memphis, Tenn., et Dr Richard D. Stoner du Service de Bactériologie du Département Médical du Laboratoire National de Brookhaven, continuent leurs travaux pour élucider si des tissus autres que les ganglions lymphatiques et la rate sont capables, dans les mêmes conditions, de produire également des anticorps.

Les chercheurs font remarquer qu'une meilleure compréhension de la formation et de

l'action des anticorps est susceptible d'aboutir à leur plus efficace utilisation dans la lutte contre les maladies infectieuses.

\* \* \*

Le Dr Jonas E. Salk, professeur de recherches bactériologiques à la Faculté de Médecine de l'Université de Pittsburgh, a annoncé (4) la mise en exécution du projet d'essais massifs de son vaccin antipoliomyélitique.

Selon la Fondation Nationale de la Paralyse Infantile, qui a accepté de prendre à sa charge les frais qu'entraînent ces essais massifs, des centaines de milliers d'enfants seront vaccinés au cours des quelques mois suivants.

A cet effet, le Dr Salk a rapporté avoir obtenu une immunité efficace tant avec les vaccins aqueux qu'avec les préparations émulsionnées. Il annonça également la préparation de nouveaux vaccins non encore essayés, de même que le perfectionnement récent de nouvelles méthodes ayant pour but l'inactivation des virus de la poliomyélite utilisés.

\* \* \*

Des chirurgiens de la Western Reserve University ont rapporté dans une revue médicale le succès obtenu dans le traitement de la péritonite expérimentale chez le chien par la terramycine administrée en instillation intra-péritonéale. Ces mêmes médecins ont présenté, lors d'une réunion de l'American College of Surgeons, une communication préliminaire sur les avantages que cette technique présente dans le traitement de la péritonite chez les sujets humains.

Dans la revue « Surgery, Gynecology and Obstetrics », du mois d'octobre, les Drs William E. Schatten et William E. Abbott décrivent les expériences qu'ils ont faites sur 51 chiens, chez lesquels fut produite une péritonite appendiculaire expérimentale (5). Dix-sept de ces animaux reçurent seulement une thérapeutique de soutien, 17 furent traités par la terramycine intra-péritonéale, 12 par la terramycine intraveineuse, et 5 par la terramycine intraveineuse associée à une instillation intra-péritonéale de sérum physiologique.

Selon ces médecins, la mortalité chez les chiens témoins, de même que dans les deux groupes d'animaux traités par voie intraveineuse, était de 100%. Par contre, la mortalité chez les chiens traités par la voie intra-péritonéale était de 41,1% après 7 jours, et de 52,9% après 21 jours. Le taux de survie des animaux traités par la voie intra-péritonéale était donc de 47,1% au total.

Ces médecins ont remarqué en outre que l'évolution clinique des animaux témoins et de ceux traités par voie intraveineuse était foudroyante, alors que la terramycine par voie intra-péritonéale modifia favorablement le cours de la maladie, « diminuant considérablement l'intensité des réactions » dans la cavité péritonéale et entraînant « une localisation plus avancée du processus infectieux ».

Selon les Drs Schatten et Abbott, si l'administration par voie intrapéritonéale a fait l'objet de tant de recherches c'est que malgré les récents progrès réalisés dans le traitement des péritonites, « tant la morbidité que la mortalité demeurent appréciables » au cours de ces états.

Encouragés par les résultats obtenus chez l'animal, les médecins appliquèrent cette technique à un petit groupe de sujets humains. Les Drs Schatten et Abbott, travaillant en collaboration avec les Drs John D. Desprez et Ted N. Cline, rapportèrent dans une communication faite à l'American College of Surgeons que 9 malades sur 12 atteints de péritonite grave ont guéri après administration de terramycine par voie intra-péritonéale (6).

\* \* \*

Selon le Dr J. Ray Van Meter, professeur-adjoint de clinique neurologique à la Faculté de Médecine de l'Université de Californie à San Francisco, (7) un nouveau traitement de la dystrophie musculaire, comprenant l'administration de 22 acides aminés et des vitamines du groupe B, a donné des résultats satisfaisants.

La base théorique de ce traitement repose sur le fait que la maladie peut être causée par

l'un quelconque de deux troubles suivants du métabolisme: 1) absence de dégradation des protéines en molécules plus petites au niveau de l'appareil digestif; ou 2) existence d'un système enzymatique déficient, incapable de synthétiser les protéines organiques spécifiques à partir des acides aminés. Dans un cas comme dans l'autre, la reformation du tissu musculaire est arrêtée.

Le Dr Van Meter a, par conséquent, préparé sa formule substitutive de façon à inclure les acides aminés, auxquels il a ajouté des vitamines puisque celles-ci sont intimement liées aux réactions anaboliques d'ordre enzymatique. Selon cet auteur, l'administration de cette préparation a été suivie « d'amélioration progressive et nette dans tous les cas ». Il cite le cas d'une fille de 8 ans, victime de dystrophie musculaire depuis l'âge de 5 ans et incapable de se livrer à des jeux actifs, qui après deux mois de traitement a pu s'adonner au patinage; et celui d'une femme de 32 ans, affligée depuis 20 ans et se considé-

rant une parfaite infirme, qui après un an de traitement « monta en courant une volée d'escalier ».

Le Dr Van Meter nous met en garde contre un optimisme excessif, mais il engage les médecins à essayer sa méthode dans le traitement des sujets atteints de cette maladie jusqu'ici considérée incurable, afin de pouvoir mieux évaluer les résultats de son traitement.

#### BIBLIOGRAPHIE

- (1) Communication faite à la réunion annuelle de 1953 de l'American Association of Blood Banks, Chicago, Ill., 19 octobre 1953.
- (2) Communication de l'American Chemical Society, 7 octobre 1953.
- (3) *Yale Journal of Biology and Medicine*, 26: 48 (septembre) 1953.
- (4) Communication faite à l'American Academy of Pediatrics. Miami, Fla., octobre 1953.
- (5) *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, 97: 445 (octobre) 1953.
- (6) Communication faite à l'American College of Surgeons, Chicago, Ill., octobre 1953.
- (7) *California Medicine*, octobre 1953.

## 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. A. SHEINKOPT, G. C. GRIFFITH, R. MORRISON et P. STARR. — **Traitement du rhumatisme articulaire aigu par l'ACTH (corticotropine). Les petites doses d'ACTH dans la maladie de Bouillaud.** "American Journal of Medical Sciences", 224: 390, 1952.

L'ACTH (corticotropine) est un agent efficace dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu à sa phase d'acuité. On en a administré par voie intra-musculaire de petites doses de 0,4 milligrammes par kilo de poids corporel, divisées en 4 portions égales réparties toutes les 6 heures à 12 malades atteints d'un rhumatisme articulaire aigu « modéré ». La dose moyenne atteignait 5 milligrammes toutes les 6 heures pour les enfants, et 6 milligrammes toutes les 6 heures pour les adultes. La durée du traitement variait de 4 à 32 jours. Dix des 12 malades furent traités pendant des périodes de 18 à 22 jours. Sur ces 12 malades, 8 avaient de la cardite, 10 de l'arthrite, et 3 des lésions cutanées. Sous l'influence du traitement, l'on observa une disparition rapide de ces signes et symptômes. La fièvre, l'arthrite et les lésions cutanées cessèrent promptement et complètement. Le rythme de galop, présent chez 3 malades, disparut en 7 jours. Les murmures systoliques apicaux de 3 malades diminuèrent ou disparurent au cours de l'observation hospitalière. Ainsi, certains des signes de cardite s'effa-

cèrent rapidement, tandis que la tachycardie persistait pendant 2 à 4 semaines. La numération leucocytaire s'éleva pendant le traitement, et tomba brusquement quand on arrêta celui-ci. La numération des éosinophiles, qui tendait à s'abaisser avant le traitement, resta basse pendant celui-ci et revint à des taux normaux après la thérapeutique.

Quand on cessa la corticotropine après retour à la normale du taux de sédimentation, l'on observa un phénomène dit de « rebondissement » chez 2 malades, avec hausse du taux de sédimentation et retour des symptômes. La reprise du traitement par l'ACTH entraîna la cessation rapide des symptômes et le retour à un taux de sédimentation normal dans les 10 jours. On considérait ces 2 malades comme des cas relativement graves de rhumatisme articulaire aigu du point de vue clinique. Ainsi, l'on constata que de faibles doses d'ACTH ainsi qu'un traitement de courte durée étaient imparfaits pour le traitement d'un rhumatisme articulaire aigu d'une activité modérément grave.

Les malades des auteurs ont été suivis pendant des périodes variant de 14 à 22 mois. A ce jour, tous sont à la phase de quiescence du R.A.A. et ne présentent pas les signes d'une affection valvulaire récemment acquise ou l'aggravation d'une affection valvulaire préexistante. Il semble que l'ACTH atténue les réactions inflammatoires et supprime les signes et symptômes de cette maladie. Bien que l'on ne puisse dire qu'il guérit la maladie de Bouillaud, il en abrège nettement l'évolution. Il est également possible que son action suppressive agisse tandis que la maladie suit son cours naturel. Quoique l'on espère que l'ACTH puisse être efficace dans la prévention des affections cardiaques entraînant l'incapacité, on ne peut encore tirer de conclusions probantes en ce sens.

D. S. J. CHOY et W. E. WENDT. — **Nouveau traitement local des brûlures.** "United States Armed Forces Medical Journal", 3: 1241, 1952.

Les techniques thérapeutiques des brûlures demandent à être révisées, du fait des exigences de la guerre atomique. Les pansements habituels de gaze enduite de pommade sont volumineux, exigent de vastes entrepôts et leur application requiert un entraînement et un temps considérables.

Les efforts ont été dirigés vers un type de pansement occlusif pouvant être atomisé (par pulvérisations liquides) sur une brûlure par un personnel relativement peu exercé et dans un temps minimum. Ce pansement doit fermer l'accès à la contamination et retenir les liquides vitaux et les électrolytes. Une matière plastique non-toxique, biologiquement et chimiquement inerte, adhésive, élastique, transparente, séchant rapidement et formant une pellicule détachable à volonté, employée par grenade d'aérosols ou au pistolet, répondrait pour le mieux à tous ces besoins et résoudrait la plupart des difficultés des pansements standards pour brûlures. Parmi un certain nombre de matières plastiques qui furent essayées au laboratoire, on a choisi pour estimation un polyvinyl chlorure d'acétate co-polymer modifié dans un solvant d'acétate d'éthyle. Des épreuves préliminaires ont démontré l'imperméabilité aux bactéries, l'adhérence à la peau, l'élasticité, la résistance à l'eau, la flexibilité, et la perméabilité à la vapeur d'eau.

Le plastique de polyvinyl atomique a été alors essayé sur des chiens dont 20% environ de la surface du corps avait été brûlée. On pulvérisa le pansement plastique sur la zone brûlée avec un pistolet ordinaire, dans les 10 minutes de la brûlure. Le solvant à l'acétate d'éthyle s'évapora au bout de 15 à 20 secondes, laissant adhérer aux régions brûlées et à la peau saine environnante une pellicule plastique, élastique et transparente.

On ne peut tirer de conclusions statistiquement irréfutables d'une série aussi réduite, sur-

tout en ce qui concerne les temps de cicatrisation relative dans le groupe traité et le groupe témoin. Jusqu'à ce jour, les résultats sont encourageants. Il reste bien entendu qu'une thérapeutique générale appropriée, avec remplacement des liquides et électrolytes, antibiotiques, analgésiques et antitoxine tétanique ont le pas sur toute forme de traitement local.

#### PHTISIOLOGIE

Francesco MENENDEZ. — **Le pneumopéritoine dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. Revue critique.** (*Pneumoperitoneum in the treatment of pulmonary tuberculosis. A critical review.*) "Diseases of the Chest", 24: 325 (sept.) 1953.

C'est en 1893 que l'on a commencé l'introduction d'air dans la cavité péritonéale. C'était pour le traitement de la tuberculose péritonéale.

En 1934, Banyai, par accident, introduisit de l'air dans le péritoine, au cours d'un pneumothorax pour arrêter une hémoptysie. A sa grande surprise, il vit arrêter cette hémoptysie. Jusqu'en 1946, il poursuivit ses travaux pour préconiser l'emploi du pneumopéritoine. Il en étudia son mécanisme d'action, ses indications, ses contre-indications et ses heureux résultats.

Combien doit-on injecter d'air dans le péritoine? De 520 à 800 cc. tous les 2 ou 3 jours et jusqu'à ce que le diaphragme soit assez élevé.

On répète plus ou moins souvent les injections d'air selon la plus ou moins grande rapidité avec laquelle l'air est absorbé. C'est en 2 à 4 semaines que l'on peut parvenir à remplir d'air l'abdomen.

La durée du pneumopéritoine est de 3 à 4 ans.

Plus le diaphragme est élevé, meilleure est l'action. Aussi doit-on en discontinuer l'emploi au bout de quelques semaines si la compression est inadéquate.

Comme lorsqu'il s'agit du pneumothorax, avant d'entreprendre le pneumopéritoine, il faut toujours considérer la durée de la ma-

ladie, la localisation et l'étendue des lésions, la présence ou l'absence de cavernes et de la fibrose.

Le pneumopéritoine est aussi indiqué, si la chimiothérapie est ineffective et si les lésions siègent surtout à la base.

La vogue de pneumopéritoine au cours des dix dernières années vient de la rareté des accidents et des complications.

Les principales contre-indications sont: la tuberculose généralisée, la décompensation cardiaque, les hernies, les fibroses pulmonaires et la péritonite plastique.

C'est évident aujourd'hui: c'est un traitement capable d'influencer favorablement l'évolution d'une tuberculose pulmonaire.

Paul-René ARCHAMBAULT.

C. W. TEMPEL et D. CLARK. — **Le traitement précoce de la tuberculose pulmonaire.** (*The early treatment of pulmonary tuberculosis.*) "The New England Journal of Medicine", **247**: 233 (14 août) 1952.

Le traitement de la tuberculose surtout à son début fait continuellement des progrès.

Le repos demeure toujours le traitement de fond. Il permet de mobiliser ses mécanismes d'immunisation et de défense contre l'infection. Mais lorsque la maladie devient inactive, une sévérité moindre est de mise.

Il y a, à tout événement, deux traitements qui attirent l'attention. Il est médical d'une part: c'est la chimiothérapie (streptomycine et PAS en particulier).

Le deuxième traitement, d'autre part: il est chirurgical (la résection d'un lobe ou d'un poumon, le plus en vogue actuellement).

Le rapport fait abstraction des indications et des contre-indications du pneumothorax, du pneumopéritoine et de la phrénicectomie.

Les auteurs nous donnent les résultats obtenus chez de nombreux malades selon les méthodes suivantes de traitement:

1. Le repos et la collapsothérapie temporaire;
2. La chimiothérapie seule;

3. La chimiothérapie et la collapsothérapie temporaire;

4. La chimiothérapie et les moyens chirurgicaux.

A noter que pratiquement tous ont reçu la chimiothérapie et que les traitements chirurgicaux sont en grande faveur surtout la lobectomie. La thoracoplastie est à la baisse.

Il ressort, de tout ce travail, que pour maîtriser une poussée de tuberculose pulmonaire active, c'est encore une affaire de plusieurs mois. Mais les moyens à notre disposition deviennent de plus en plus spécifiques. A nous de les bien connaître afin de les employer dès le début et cela en totalité. C'est encore à l'hôpital que la thérapeutique peut se faire à son maximum.

Paul-René ARCHAMBAULT.

## CARDIOLOGIE

H. GOLDBERG, E. N. SILBER, A. GORDON et L. N. KATZ. — **Dynamique du complexe d'Eisenmenger.** (*Dynamic of Eisenmenger's complex.*) "Circulation" **4**: 343 (sept.) 1951.

L'anatomie pathologique du cœur dans le complexe d'Eisenmenger est maintenant chose bien connue. Récemment, des changements morphologiques frappants dans les vaisseaux intrapulmonaires ont été démontrés dans cette anomalie. Cependant, on explique mal la cyanose tardive dans cette maladie. Certains ont cru en des anomalies congénitales de l'épithélium pulmonaire ou des capillaires qui empêchaient une oxygénation complète du sang dans les poumons. D'autres croient que le sang est aspiré dans l'aorte par l'action vigoureuse du ventricule gauche. Récemment, les auteurs ont eu l'opportunité d'étudier un cas inusité de complexe d'Eisenmenger par la cathétérisation cardiaque dans lequel en plus des composantes habituelles ils ont trouvé une veine pulmonaire qui se jetait dans l'oreillette droite. Ceci a permis de mesurer directement la résistance vasculaire à travers les poumons et de déterminer si oui ou non il y avait un facteur pulmonaire dans la

production de la cyanose qui existe dans cette condition. Les auteurs rapportent alors l'histoire du cas de cette jeune fille de 19 ans et décrivent en détails tous les résultats au cours du cathétérisme. La pression dans l'artère pulmonaire et dans le ventricule droit était très augmentée. Par ailleurs, le sang prélevé dans la veine pulmonaire et analysé montrait une saturation parfaite en oxygène. La cyanose paraît donc liée avant tout au *shunt* gauche droite qui résulte du chevauchement aortique.

Paul DAVID.

Robert E. GROSS. — **Fermeture chirurgicale d'un défaut septal aortique.** (*Surgical closure of an aortic septal defect.*) "Circulation", 5: 858 (juin) 1952.

Une communication congénitale entre la première partie de l'aorte ascendante et l'artère pulmonaire, juste au-dessus des valvules sigmoïdes, est une lésion non commune mais qui demande de l'attention parce qu'elle peut reproduire l'image clinique de la persistance d'un canal artériel et parce que dans certaines occasions, elle peut être traitée chirurgicalement. A cause des différences de pression, le *shunt* est invariablement de gauche à droite. Pour cette raison, on n'observe pas de cyanose excepté dans les stages terminaux de la maladie. On peut noter un certain degré de dyspnée, une diminution dans la tolérance à l'exercice, un retard de la croissance. Un souffle est toujours présent. En général, il est continu avec une accentuation systolique. Ces souffles sont les plus intenses dans le 2e ou 3e espace intercostal gauche et s'identifient facilement à ceux du canal artériel. Dans certains cas, le souffle est accompagné d'un *thrill*. La pression diastolique est un peu réduite et dans quelques cas la pression différentielle est grande. Un examen radiologique ou scopique met en évidence un *shunt* de gauche à droite, montre un élargissement cardiaque, un conus pulmonaire et une augmentation de calibre des artères pulmonaires, une vascularisation augmentée dans le champ

pulmonaire et quelquefois dans une danse des hiles. Tous ces signes sont exactement ceux de la persistance du canal artériel. L'électrocardiogramme peut être normal. Le cathétérisme cardiaque met en évidence encore une fois un *shunt* de gauche à droite et encore ici cette étude simule celle de la persistance du canal artériel. L'angiocardographie n'a pratiquement pas de valeur. L'aortographie rétrograde a démontré dans un cas très nettement une communication entre l'aorte et l'artère pulmonaire telle que rapportée par Gasul, Fell et Casas.

Sur la table d'opération, il est facile de différencier rapidement la persistance du canal artériel de cette lésion. L'auteur a réussi chirurgicalement à fermer une telle communication en ligaturant la fistule qui allait d'une artère à l'autre. Il faut noter que ce cas était présenté au chirurgien comme un cas de canal artériel. A l'opération, l'auteur ne trouva pas de canal artériel, mais constata ce défaut septal entre les deux artères et put fermer cette communication par une grosse ligature. A cause de la possibilité de rencontrer cette lésion quand on opère la persistance d'un canal artériel, l'auteur suggère de ne plus employer l'approche antéro-latéral gauche. Il fait maintenant une incision transverse du thorax antérieur divisant le sternum entre le 3e et 4e espace intercostal. L'auteur reconnaît que le succès du traitement de ce cas est en partie causé par de la chance et qu'une simple ligature peut facilement conduire à un désastre si on l'essaie dans tous les cas de communication ou de fenêtre aorto-pulmonaire. L'auteur croit que c'est le premier cas ainsi opéré.

Paul DAVID.

L. A. NALESSKI, W. B. RUDY et N. C. GILBERT. — **Utilisation de visamine cristallisée dans le traitement de l'angine de poitrine.** (*The use of crystalline Visamin in the treatment of angor pectoris.*) "Circulation", 5: 851 (juin) 1952.

Depuis des temps très reculés, les peuples d'Arabie et de la Méditerranée ont utilisé des

extraits, des teintures et autres préparations à partir de graines *Visnaga Ammi* pour le traitement de la colique rénale et des spasmes urétéraux causés par des calculs rénaux. Plusieurs substances cristallines ont été isolées à partir des graines de cette plante. Les substances les plus importantes sont la Khelline, le Visnagin et un Glucoside de Khellol qui est un glucoside oxygéné du Visnagin.

La Khelline, également connue sous le nom de Visammin, a été préparée d'une façon impure par Mustapha en 1878. En 1931, Samaan fit un rapport de l'action pharmacologique de ce médicament. Cet auteur a conclu que ces préparations avaient une action de détente sur les muscles lisses et a noté une action diurétique légère. En 1945, Anret confirmait les données de Samaan. Anrep démontrait également que la Khelline cristallisée avait un effet prononcé dans l'augmentation du débit coronarien et que cette action était prolongée. Anrep compléta ses études en traitant 250 patients avec angine de poitrine et il rapporta de l'amélioration chez 225 de ces patients. Après ce rapport, plusieurs auteurs se sont intéressés à cette question. Armbrust et Levine ont traité 53 patients avec une histoire classique d'angine de poitrine. Ils ont conclu que 60 pour cent de leurs patients étaient améliorés. Ils ont cependant rapporté que de la nausée, de l'anorexie et des étourdissements se produisaient chez environ 60 pour cent de leurs patients traités. Ils concluaient que la Khelline avait certainement une valeur dans le traitement de l'angine de poitrine mais que celle-là était limitée par ses effets secondaires. Dans une autre série, Osher et Katz ont trouvé que le traitement à la Khelline a produit une amélioration subjective et objective chez 16 de leurs 19 patients traités pour angine de poitrine.

Ils ont trouvé les mêmes signes d'intoxication ou de mauvaise tolérance. Rosenman et ses collaborateurs ont rapporté leurs résultats en utilisant l'Eskel, un mélange des principes de l'*Ammi Visnaga*. Ils concluent que la Khelline était un remède qui avait définiti-

vement une action sur l'angine de poitrine, le cor pulmonale chronique et possiblement l'asthme bronchique aigu. Ils ont trouvé des réactions toxiques chez 16 de leurs 30 malades étudiés. Par ailleurs, Greiner et ses collaborateurs ont traité, avec de l'Eskel, 39 patients avec maladie cardiaque coronarienne. Dans leur étude, 35 des 39 patients traités ont rapporté des symptômes secondaires désagréables. Les auteurs étudient ce médicament depuis un an. Avec la forme non purifiée, ils ont noté que 80 mgm de Khelline par jour pouvait donner de la nausée et des vomissements. Souvent un patient ne pouvait même pas tolérer une tablette par jour. Rarement un patient pouvait tolérer trois tablettes par jour pour un intervalle aussi long qu'une semaine. Entre temps, une Khelline, à peu près pure, a été manufacturée (Khelloyd). Cette préparation contient de la Khelline cristallisée dans une proportion de 97 à 99,8 pour cent. Les auteurs ont pensé que possiblement les effets secondaires pourraient être éliminés avec cette préparation purifiée. Avec cette idée dans l'esprit, ils ont étudié toute une série de patients avec cette préparation cristallisée.

Leur étude porte sur 21 patients qui ont une histoire classique de maladie cardiaque coronarienne. Il devint évident que la Khelline cristallisée utilisée en dosage excessif produisait les mêmes symptômes que ceux de la forme non purifiée. Ils furent impressionnés du fait qu'ils utilisaient un médicament puissant et réalisèrent que chaque patient avait une dose individuelle. A ce point de vue, ce médicament se compare à la Digitale. Les auteurs reconnaissent que l'évaluation de l'efficacité de tout médicament dans le traitement de l'angine de poitrine est une chose difficile car c'est une maladie capricieuse. L'enthousiasme d'un investigateur pour un médicament dans ce champ d'action conduit souvent à des conclusions fautives. C'est pourquoi ils ont utilisé la ballistocardiographie pour introduire une méthode objective d'évaluation. Dix-sept des dix-neuf patients

étudiés ont montré de l'amélioration avec cet instrument. Utilisant une préparation cristallisée, les auteurs ont été capables de contrôler les symptômes de l'angine dans 80% des cas étudiés avec une dose qui variait entre 50 et 100 mgm. par jour. Le médicament est rapidement absorbé par l'estomac. En définitive, 17 sur 19 patients ont été améliorés avec ce médicament. Deux patients ont dû discontinuer le médicament après des signes d'intoxication assez sévères. Il faut noter que les réactions déplaisantes ont été minimales lorsque 50 à 100 mgm. du médicament étaient utilisés par jour. Une telle quantité de Khelline divisée en dose fractionnaire semble suffisante pour contrôler 80 pour cent des cas d'angine de poitrine. De cette étude, les auteurs concluent que la Khelline cristallisée est certainement une bonne médication dans le traitement d'angine de poitrine.

Paul DAVID.

H. I. RUSSEK et B. L. ZOHMAN. — **Estimation de la thérapeutique anticoagulante dans le traitement de l'infarctus myocardique aigu.** "American Heart Journal", 43: 871, 1952.

Les auteurs ont entrepris l'analyse de 1 047 cas consécutifs admis pour infarctus myocardique aigu aux hôpitaux de Maimonides et Kings County, à Brooklyn, New York, et au United States Public Health Service Hospital à Staten Island, New York. Tous ces cas furent soumis à un traitement conservateur, sans recourir aux anticoagulants. Le taux de mortalité de ces 1 047 cas fut, pendant la période d'hospitalisation, de 33,4%. Cependant, quand on classa les malades selon les constatations cliniques faites au jour de leur admission, on découvrit que ce taux de mortalité n'était que de 3,1% dans le groupe considéré comme ayant une bonne chance de survie, mais qu'en revanche il s'élevait à 60% dans celui dont la survie éventuelle était douteuse.

Les auteurs ont aussi tenté de déterminer la possibilité d'amélioration théorique qu'eut pu

procurer l'emploi des anticoagulants chez 489 malades très susceptibles de survivre. Ils ont acquis l'impression que, sur chaque centaine de malades qui eurent une crise modérée, l'on n'eut pu éviter plus d'un décès si l'effet prophylactique du dicoumarol avait été infailible. En outre, si ce produit avait agi parfaitement, il n'eut pu conjurer que 8 crises thrombo-emboliques cliniques sur mille malades, puisque telle était l'incidence totale de cette complication dans le groupe qui avait une bonne chance de survie. Même si des crises minimales avaient été négligées, un aussi faible bénéfice théorique est certainement de peu de poids quand on le compare aux risques inhérents à toute immixtion dans la coagulation sanguine.

En vue de déterminer les opinions courantes de spécialistes de médecine interne et de cardiologie sur l'emploi des anticoagulants dans l'infarctus myocardique aigu, les auteurs ont envoyé un questionnaire à un grand nombre de ces spécialistes dans différents centres médicaux disséminés dans l'ensemble des Etats-Unis. En s'appuyant sur 228 réponses, ils ont obtenu une moyenne d'opinions que l'on peut résumer ainsi:

1) Plus de la moitié des 228 médecins interrogés n'emploient pas les anti-coagulants comme mesure systématique dans le traitement de l'infarctus aigu du myocarde. Même en l'absence de contre-indications, 111 de ces spécialistes se guident uniquement sur l'historique et la gravité des signes et symptômes cliniques dans les cas individuels. Cinq médecins ne font aucun usage d'anticoagulants, car ils doutent beaucoup que leur valeur contrebalance leurs risques éventuels.

2) Les 111 médecins qui préconisent le choix des cas d'après les constatations cliniques ont énuméré les critères suivants comme indications de la thérapeutique anticoagulante: infarctus myocardique antérieur; présence d'un infarctus important; shock profond ou persistant; douleur irréductible, significative d'une hypertrophie du cœur; arythmies cardiaques; phénomènes thrombo-emboliques.

liques; varicosités; thrombo-phlébite ou phlébo-thrombose antérieure ou récente; vieillesse; faiblesse, léthargie; obésité; diabète; érythémie,, et toute autre tendance s'écartant d'une évolution régulière et sans incident.

3) La plupart des médecins du premier groupe considèrent la vieillesse comme une indication importante de l'emploi d'anticoagulants, cependant que plusieurs d'entre eux la jugent comme une nette contre-indication. Les auteurs de cet article soulignent l'erreur qui consiste à considérer l'âge comme un facteur significatif dans le pronostic des cas individuels.

4) Il y eut 112 médecins sur les 228 de la série totale qui déclarèrent employer systématiquement les anticoagulants dans tous les cas d'infarctus myocardique aigu en l'absence de contre-indications. Un petit nombre de ce groupe souligna le fait qu'ils avaient été véritablement contraints d'adopter cette pratique, le fait de ne pas employer ces produits « étant souvent interprété par la famille, le médecin traitant et le médecin consultant comme un traitement erroné ».

5) L'opinion était unanime pour considérer indispensable l'hospitalisation et la libre disposition de toutes les ressources possibles du laboratoire dans tous les cas d'infarctus myocardique aigu pour lequel on devait employer des anticoagulants.

6) Parmi les facteurs non-médicaux influençant le choix ou l'abstention d'anticoagulants, l'on comptait: a) la situation économique du patient; b) la pression exercée par la famille ou le médecin traitant; c) l'influence irrésistible d'une publicité tapageuse donnée à cette forme de traitement; enfin: d) la crainte des critiques ou de litiges possibles pour faute professionnelle, si ce genre de traitement était refusé.

7) La plupart des médecins qui ont répondu au questionnaire emploient la bishydroxycoumarine (dicoumarol), soit seule, soit combinée à l'héparine. Plus de la moitié de ceux qui usent de l'héparine la réservent exclusivement aux cas les plus graves. Sur les 228

médecins, 31,6% seulement prescrivent invariablement ce produit quand ils ordonnent la bishydroxycoumarine. Un nombre plus faible mais significatif des médecins que nous avons consultés dans cette étude emploient le tromexan, seul ou associé à la bishydroxycoumarine et à l'héparine, ou à cette dernière seulement.

8) Chez 104 médecins, soit 45,6% des 228 confrères consultés dans la présente étude, il y eut de sérieuses complications hémorragiques consécutives à la thérapeutique anticoagulante. Cent vingt-deux morts provoquées par ces complications furent signalées par 64, soit 28,1% du groupe total. Le cerveau, le tube digestif et le péricarde se trouvaient, par ordre de fréquence, les sièges les plus courants de ces hémorragies fatales. Les communications individuelles sur l'incidence d'hémorragies importantes, basées sur des observations personnelles, variaient de 0,25%, sans décès causé par cette complication, à 10%, avec 4 décès par hémorragie, chez 100 malades traités par les anticoagulants.

On peut conclure de ce qui précède que ni les témoignages réunis à ce jour, ni la méthode courante employée par ceux qui font autorité dans cette spécialité ne sauraient soutenir le concept selon lequel l'emploi systématique d'une thérapeutique anticoagulante est nécessaire ou souhaitable dans l'infarctus myocardique aigu.

#### GASTRO-ENTEROLOGIE

C. H. BROWN, E. R. FISHER et J. B. HAPARD.  
— **Rapport entre l'ulcère bénin et le carcinome gastriques. Communication sur huit cas de transformation maligne.** "Gastroenterology", 22: 103, 1952.

Brown et ses collaborateurs ont passé en revue les cas d'ulcère et de carcinome gastriques traités à la Cleveland Clinic, Cleveland, Ohio, entre 1945 et 1951 inclus, afin de découvrir les preuves possibles de dégénérescence maligne survenue dans l'ulcère de l'estomac et, dans ce cas, la fréquence de cette transformation.

Ils ont passé en revue l'analyse des pièces opératoires provenant d'ulcères et de carcinomes de l'estomac et extirpées à la Cleveland Clinic entre 1945 et 1951. Il y eut de 2 à 8 coupes d'ulcères gastriques. Peut-être des coupes plus nombreuses ou en séries provenant d'ulcères gastriques auraient-elles pu révéler une plus forte incidence de carcinome; actuellement, les auteurs font un plus grand nombre de coupes — et, dans de nombreux cas, des séries de coupes — prélevées sur des ulcères d'apparence bénigne.

Ils sont d'avis que l'on doit établir les critères suivants pour déterminer la possibilité d'une dégénérescence maligne dans l'ulcère gastrique. Tout d'abord, il doit exister les signes d'un ulcère gastrique chronique, ce qui doit comprendre les couches caractéristiques d'ulcération peptique avec exsudat fibrino-purulent, zone de nécrose, tissu de granulation et base fibreuse dense, avec perte de la muscularis. Le carcinome infiltre et sépare les faisceaux de la muscularis, mais ne les digère pas comme cela se produit dans l'ulcération peptique. En outre, il doit exister des altérations vasculaires telles que l'épaississement des parois des vaisseaux et la formation de thrombi, qui accompagnent si fréquemment l'ulcération peptique.

En second lieu, il doit y avoir des signes évidents de carcinome. L'inclusion de quelques cellules épithéliales dans le processus de réparation d'un ulcère bénin, ou la présence de plusieurs images de mitoses ne signifie pas cancer. Il doit pour cela exister des modifications dans la qualité colorante des noyaux, des modifications de polarité, des figures de mitoses atypiques et généralement une infiltration du néoplasme sous la muqueuse musculaire. Le carcinome doit commencer à la marge de l'ulcère, et ne pas être desmoplastique.

Il peut se trouver des cas où un carcinome très avancé a complètement envahi et masqué l'ulcère original; or il n'existe pas de moyen pour déterminer pathologiquement si un néoplasme de ce genre a été produit par un ulcère

gastrique bénin. D'accord avec les critères énoncés ci-dessus, on a trouvé 8 cas qui remplissaient toutes les conditions requises et qui ont été considérés comme des exemples des plus probables de carcinome provenant d'un ulcère gastrique bénin. Ces 8 cas ne constituent que 1,1% des ulcères bénins observés à la Cleveland Clinic entre 1945 et 1951, et 1,5% seulement de tous les carcinomes gastriques confirmés à l'opération au cours de la même période. Il est évident que l'altération carcinomateuse peut survenir dans l'ulcère bénin de l'estomac; mais cette éventualité est rare. Peut-être des blocs en séries pourraient-ils révéler une incidence quelque peu plus élevée. Le problème principal pour le clinicien n'est pas de savoir si un ulcère gastrique bénin peut devenir malin — ce genre de modification étant peu fréquent — mais si un ulcère particulier est bénin ou malin.

M. FELDMAN, S. MORRISON et P. MYERS.  
— **Evaluation clinique du prolapsus de la muqueuse gastrique dans le duodénum.**  
"Gastroenterology", 22: 80, 1952.

Ce compte rendu s'appuie sur trois séries de cas: 1) un groupe d'opérés et 2) un groupe clinique recueilli dans la littérature, enfin 3) un groupe clinique observé par les auteurs. L'incidence du prolapsus de la muqueuse gastrique dans 20 467 études radiographiques se trouva représenter 1,8% des cas; mais les auteurs sont certains que la proportion véritable est beaucoup plus élevée que le chiffre annoncé. Dans une publication récente, l'on a cité une incidence de 14% parmi des malades souffrant de symptômes gastro-intestinaux.

Les facteurs étiologiques sont les suivants: muqueuse de l'antra mobile et excessive, gastrite atteignant la muqueuse de l'antra, avec hypertrophie muqueuse et activité péristaltique. D'autres facteurs peuvent agir comme stimulants de cette affection, ou comme contributeurs secondaires. Les auteurs discutent de l'association d'ulcère duodénal, d'ulcère gastrique, de gastrite hypertrophique, de her-

nie de l'hiatus, de formation pseudo-poly-poïde, de tumeurs bénignes et de carcinome. Ils présentent en détail des critères radiologiques caractéristiques qui conduisent au diagnostic du prolapsus de la muqueuse gastrique, ainsi que la classification du degré de ce prolapsus. La symptomatologie du groupe opéré et celle du groupe clinique est très comparable, corroborant les constatations radiologiques. Les symptômes prédominants sont: douleur épigastrique, flatulence, plénitude, renvois, brûlures, nausée, vomissements, saignement, faiblesse et perte de poids. Suit la discussion de ces symptômes.

Quant au traitement, les auteurs prétendent que le prolapsus de la muqueuse gastrique est ordinairement un problème médical et que, seuls, les cas graves et incurables ou accompagnés de complications relèvent de la chirurgie. L'un des principaux facteurs à surmonter est l'augmentation de l'activité péristaltique. L'emploi des antispasmodiques, des anticholinergiques et des produits qui bloquent les ganglions peut éliminer ou maîtriser ce facteur. On peut aussi recourir à certaine psychothérapie pour supprimer la phase céphalique de l'activité stomacale. Il faut traiter même les degrés infimes de prolapsus, pour prévenir leur progression. Cependant, dans les cas plus prononcés qui s'accompagnent de douleur violente, d'hématémèse, ou d'obstruction et autres complications, l'exploration chirurgicale est indiquée. Les opérations à pratiquer comprennent: la résection simple de la muqueuse gastrique en excès avec fermeture de l'estomac; résection de l'excès de muqueuse avec pyloroplastie; résection gastrique; enfin, gastro-entérostomie. La résection gastrique est l'opération de choix pour la suppression totale de cette affection.

#### PEDIATRIE

S. Van CREVELD. — **Maladie du glycogène.** "Postgraduate Medicine", 14: 342 (oct.) 1953.

En 1928, S. Van Creveld fut le premier à décrire l'aspect clinique et biochimique d'une

maladie connue aujourd'hui, sous le nom de « maladie du glycogène » à forme hépatomégalique. Syndrome dont les principaux symptômes étaient l'hépatomégalie sans splénomégalie, acétonurie et hypoglycémie et une forte quantité d'acide beta-oxybutirique. L'épreuve à l'adrénaline donnait une très légère élévation du glucose sanguin.

En 1929, Von Gierke apporta la preuve anatomo-pathologique de cette condition.

En 1932, Pompe fut le premier à présenter la forme cardiomégalique de cette maladie.

En 1952, G. T. Cori et C. F. Cori ne découvrent aucune anomalie de structure hépatique chez 80% de leurs malades présentant cette maladie du glycogène. Bien plus, ils notent l'absence ou une diminution très marquée de l'enzyme glucosé - 6 - phosphatase qui permet la transformation du glycogène en glucose.

Chez les cirrhotiques, l'augmentation du volume hépatique est habituellement associée à une splénomégalie qu'on ne rencontre pas dans la maladie du glycogène à forme hépatomégalique.

La forme cardio-mégalique de cette affection est beaucoup plus difficile à reconnaître et souvent c'est une découverte d'autopsie. La cardiomégalie n'est pas associée habituellement à une hépatomégalie. Les bruits du cœur sont de tonalité normale, la radiographie montre des signes d'élargissement de tous les diamètres. Maladie des jeunes enfants qui succombent après une crise subite de dyspnée et de cyanose.

Certains auteurs recommandent comme traitement: une diète riche en hydrates de carbone et pauvre en graisses, avec addition de choline. D'autres préconisent une diète pauvre en hydrates de carbone et riche en protéines.

Quoique l'ACTH ait fait disparaître l'hypoglycémie et l'acétonurie, elle demeure encore un traitement à l'étude.

Gaëtan NOLIN.

H. J. HERBERT. — **La glomérulo-néphrite aiguë de l'enfance.** "Pediatrics", 40: 549, 1952.

Les auteurs ont fait un choix parmi les dossiers hospitaliers et cliniques d'environ 200 enfants ayant eu un diagnostic de glomérulo-néphrite aiguë entre 1917 et 1932. Les critères diagnostiques étaient l'hématurie, une infection antérieure ou simultanée, l'albuminurie et la cylindrurie. Près de 70 cas furent rejetés, pour diverses raisons qui comprenaient le décès à l'état aigu, un dossier incomplet et l'imperfection d'une étude clinique à long terme.

Des lettres de recherche furent envoyées à la dernière adresse connue de 130 malades. En outre, l'on tenta de retrouver leurs parents. Aucun des dossiers ne remontaient à moins de 20 ans; ce facteur, joint à d'autres, explique pourquoi l'on ne put retrouver que 27 malades.

L'un d'entre eux étant mort, on adressa aux 26 autres des questions systématiques touchant leurs impressions sur la maladie primitive, soit d'après leur propre mémoire, soit d'après les souvenirs de leur famille; les maladies graves survenues dans l'intervalle; les récurrences de troubles spécifiques du rein; l'hypertension; les opérations de chirurgie majeure; les examens pour conseil de révision et assurance-vie; le nombre de grossesses; enfin, les communications d'examen physiques et d'analyses d'urines qu'avaient pratiqués leurs médecins traitants.

L'aîné des malades a maintenant 41 ans, et le plus jeune, 26. Dans ce groupe, au moment de cette étude, aucun n'a été atteint de maladie attribuable aux voies urinaires.

La tension était normale chez 22 sujets, et légèrement élevée chez un autre. Les examens urinaires ont été signalés comme normaux chez 22 sujets depuis leur maladie primitive; un autre a eu récemment une crise d'urétrite.

La tension fut prise chez 17 malades du groupe et s'est montrée normale chez tous. Le test de Heller pour l'albumine urinaire a été négatif dans les 19 spécimens analysés. Des examens qualitatifs et quantitatifs (é-

preuve d'Addis) sur les sédiments urinaires ont été faits chez 16 sujets, et n'ont révélé aucune anomalie significative.

D'après les résultats de cette étude et les observations faites à sa clinique, l'auteur est convaincu que la néphrite aiguë infantile est une affection bénigne, qui est rarement le début d'une néphrite chronique, soit dans l'enfance soit dans la vie de l'adulte.

### NEURO-PSYCHIATRIE

O. F. EHRENTHEIL, M. H. SCHULMAN et L. ALEXANDER. — **Rôle de l'allergie alimentaire dans la sclérose multiple.** "Neurology", 2: 412, 1952.

Depuis un certain nombre d'années, le rôle de l'allergie, en particulier de l'allergie alimentaire n'a cessé d'être discuté. La présente étude a été entreprise pour tenter de trouver les réponses aux questions suivantes: 1) Dans quelle proportion l'allergie alimentaire se développe-t-elle chez les malades atteints de sclérose multiple? 2) Quels sont les aliments qui entraînent le plus souvent la sensibilité chez le malade atteint de sclérose multiple? 3) La santé de ces malades est-elle améliorée par un régime dont on a retranché tous les aliments auxquels ils réagissaient? 4) Le retour des aliments primitivement éliminés provoque-t-il une réaction? Les 65 malades atteints de sclérose multiple cliniquement avérée étaient tous ambulants, sauf 2, de sorte qu'ils ne furent pas observés en clinique. Deux malades étaient alités. Tous les malades, sauf 4, étaient atteints depuis plus de 2 ans.

Les recherches comprenaient: enquête sur un historique d'allergie; analyse diététique; examen de la muqueuse nasale; test cutané par méthode d'éraflure avec 15 aliments courants plus des extraits mixtes d'arbres, des extraits mixtes d'herbes et des extraits de pollen d'Ambrosie; enfin, des tests alimentaires sur les yeux avec 25 aliments courants. Pour ces dernières réactions, on incorpore les

protéines alimentaires à une pommade ophtalmique douce, dont on place une petite quantité sur la conjonctive de la paupière inférieure, où on la laisse fondre. Une réaction ophtalmique positive se caractérise par de l'hyperhémie au bout d'une à 4 heures. Bien que ces réactions se soient souvent accompagnées de prurit, d'œdème palpébral, d'une sensation de brûlure, d'écoulement muco-purulent et de collement des paupières au bout de quelques heures, l'hyperhémie en était le signe le plus important. On fit subir à un groupe-témoin, composé de 50 sujets normaux, le test ophtalmique aux allergènes qui avaient provoqué la plus forte proportion de réactions positives dans le groupe atteint de sclérose multiple. Les malades qui montraient des réactions positives furent maintenus, pendant au moins trois mois, à un régime dont étaient éliminés tous les aliments qui donnaient des réactions ophtalmiques positives. Au bout de cette période, chaque malade fut soumis à un nouvel examen neurologique; l'on redonna parfois les aliments qui avaient été supprimés et, après une brève période d'épreuve, on procéda à un autre examen neurologique.

Les observations les plus notables furent la forte proportion de réactions ophtalmiques positives au seigle et au froment dans le groupe de la sclérose multiple. D'autre part, le riz ne provoqua qu'une seule réaction positive. Ce fait est significatif, du fait de la haute proportion de sclérose multiple dans les pays où le pain de seigle est le plus répandu et de sa proportion infime dans les régions où le riz constitue l'aliment quotidien.

Les régimes sans allergènes, basé sur un historique allergique minutieusement noté et sur les résultats des tests ophtalmiques, donnèrent des résultats thérapeutiques favorables dans 31% des cas. Dans 12 cas, la réapparition temporaire de l'aliment primitivement supprimé provoqua des exacerbations temporaires des symptômes. Il y eut souvent un adoucissement de symptômes qui n'étaient pas nécessairement liés à la sclérose multiple, mais

qui s'y associent fréquemment — tels que constipation, céphalées, nausées, fatigue générale et pollakiurie. L'analyse des habitudes diététiques dans un groupe représentatif de malades atteints de sclérose multiple montrait un défaut de calcium et de fer dans 50% des cas, un manque de lipides dans 24% et un manque de protéines dans 31%. On remarquait une prépondérance relative des hydrates de carbone dans le régime habituel des malades atteints de sclérose multiple.

L'impression que l'allergie alimentaire joue un rôle dans la sclérose multiple n'exclut pas la possibilité d'une allergie bactérienne, d'une étiologie virulente ni d'un trouble métabolique. La réaction thérapeutique favorable à un régime sans céréales peut également être due à la réduction de la ration en hydrates de carbone. Cette réduction semble d'autant plus significative que les régimes de pré-traitement des malades étaient relativement riches en hydrates de carbone. Le travail de Jones, qui a trouvé une quantité excessive d'acide pyruvique dans le sang de ses malades les plus atteints, suggère un trouble du métabolisme des hydrates de carbone dans la sclérose multiple.

La forte proportion de réactions positives au seigle, dans le groupe des malades atteints de sclérose multiple, a soulevé la question de savoir si celles-ci auraient pu être provoquées en partie par un irritant non-spécifique contenu dans le seigle.

On se demande également si les allergies dites « sous-cliniques » que l'on trouve dans la population peuvent prendre une importance relative chez les malades atteints de S.M., du fait de la vulnérabilité de leur système capillaire. L'on a souvent observé que les maladies infectieuses intercurrentes, les traumatismes, les bouleversements émotionnels ou autres efforts peuvent avoir une action contraire sur l'évolution de la S.M. Les réactions allergiques pourraient bien jouer un rôle non-spécifique similaire.

## BACTERIOLOGIE

R. A. BOAK, B. F. KLAUMANN et C. B. WARD, Jr. — **Le virus de Coxackie en Californie méridionale. Isolation d'une souche dans les selles d'un malade.** "California Medicine", **77**: 187, 1952.

Le virus de Coxackie provoque divers symptômes: fièvre, céphalalgie, douleur dorsale, douleur et spasme musculaires, raideur du cou, douleur abdominale, nausée, vomissements, douleur pleurale, mal de gorge, malaise et anorexie. Les symptômes les plus fréquents sont la fièvre et la céphalalgie. La paralysie survient dans un petit pourcentage de cas. Les constatations de laboratoire se limitent surtout à la pléocytose du liquide céphalo-rachidien. Deux syndromes cliniques, autres que ceux qui rappellent la poliomyélite, ont été associés à ce virus. En Angleterre, on a trouvé le virus sur des malades atteints de soi-disant pleurodynie épidémique, plus connue sous le nom de maladie de Bornholm (myalgie épidémique). Des chercheurs du Maryland ont recouvré le virus de Coxackie du groupe A sur des malades atteints d'angine herpétique.

Les études décrites dans le présent article furent entreprises pour déterminer si l'on pouvait déceler ce virus en Californie. Pendant les mois de mai, juin, juillet et août 1951, on recueillit des spécimens de selles et des échantillons couplés de sang provenant de 29 malades du Long Beach Veterans Administration Hospital, et l'on tenta des diagnostics com-

prenant la méningite septique, la poliomyélite non-paralytique, la pneumonie et la colite ulcéreuse.

L'inoculation de 2 échantillons coprologiques sur 33 identiques produisit de la paralysie chez des souris nourrissonnes. Ces deux spécimens provenaient du même malade, aux sixième et septième jours d'une maladie qui avait été diagnostiquée comme poliomyélite non-paralytique. Toutes les souris d'un groupe de 10 auxquelles on injecta le produit du premier spécimen, et toutes celles d'un groupe de 6 que l'on inocula avec celui du second furent paralysées au bout de 5 jours.

Le virus de Coxackie isolé sur ce malade fut désigné sous le nom de California I. On ne put trouver d'anticorps neutralisants pour la souche California I du virus de Coxackie dans le sérum provenant du malade au début de sa maladie; mais ils existaient dans celui que l'on préleva pendant sa convalescence. Du sérum provenant de la fille du malade, précédemment atteinte d'une affection similaire, neutralisa la souche de virus isolé chez son père. On nota, lors de l'examen pathologique des muscles squelettiques des souris infectées par le virus California I, des lésions présentant les mêmes caractéristiques que celles que produit le virus de Coxackie du groupe A. La souche California I du virus ne fut pas neutralisée par le sérum immunisé préparé à partir de plusieurs autres souches de virus de Coxackie.

## NÉCROLOGIE

### DOCTEUR GEORGES BARIL<sup>1</sup>

Huit octobre 1953. Il est 1 heure 15, je suis chez moi. J'écoute comme d'habitude le communiqué de la Radio. « Le docteur Georges Baril, doyen de la Faculté des Sciences et professeur de biochimie à la Faculté de Médecine, vient de mourir subitement, dans son bureau de l'Université ». Quel choc et quelle stupeur! Deux jours auparavant, l'ayant rencontré, je lui avais fait compliment de sa bonne mine. « Voilà une chose, m'avait-il répondu, à laquelle il ne faut pas trop se fier ». Pressentiment? Peut-être...

J'accours sans tarder et trouve la consternation peinte sur tous les visages. Professeurs, étudiants, techniciens, tous parlent à voix basse et commentent les derniers moments de ce chef, de cet ami, de ce vaillant, mort sur la brèche.

Arrivé dès le matin, comme chaque jour, il travaillait dans son bureau avec Monseigneur Deniger lorsque brusquement il se plaignit d'un violent mal de tête. Se sentant de plus en plus mal il se confessa, perdit connaissance et succomba. Le drame avait duré quelques minutes. Quelle belle mort! disait-on partout.

Belle mort, sans doute, mais mort catastrophique pour tous ceux qui, connaissant le doyen Baril, comprenaient la perte irréparable qu'elle signifiait tant pour l'Université que pour chacun de ses membres, dont beaucoup étaient ses obligés et, tous ses admirateurs et ses amis.

Aussi ne faut-il pas s'étonner si les obsèques de cet homme de bien eurent une solennité et un éclat incomparables. Eglise remplie par une foule recueillie, messe et absoute présidées par Son Eminence le Cardinal, Chancelier de

l'Université, donnèrent à cette fin de carrière une allure d'apothéose.

Qu'avait-il donc fait le Doyen Baril pour mériter de tels honneurs?

C'est là ce que je voudrais dire, en termes dignes de lui. Mais comment le faire, alors que tout a été écrit, beaucoup mieux que je ne saurais le faire, dans un très bel article paru dans « La Presse », le 24 octobre dernier, sous la signature de Jean-Marie Morin? Qu'il me soit permis d'emprunter à ce document, à la rédaction duquel tant d'autorités universitaires ont collaboré, quelques points choisis parmi les plus saillants.

Né à Montréal, le 12 octobre 1886, Georges Baril a fait ses études classiques au Collège Sainte-Marie. Le B.A. lui fut conféré en 1904, après quoi il commença ses études médicales à l'Université Laval, de Montréal. Le prix Hingston les couronna.

Interne à l'Hôtel-Dieu en 1908, puis chef-interne en 1909, il partit ensuite pour Paris où, après des études à l'Institut Catholique et à la Sorbonne, il obtint un Certificat d'études supérieures de Chimie générale, en 1911.

Dès son retour à Montréal, il fut chargé du cours de chimie pratique à la Faculté de médecine et de chimie théorique à l'École de Chirurgie dentaire. Ce ne fut point une sinécure: car pour assurer un tel enseignement, il n'y avait rien, matériellement, ou presque. Mais il y avait le docteur Georges Baril qui, dès ce moment, montra ses capacités d'organisateur et de créateur. Cet embryon de laboratoire prit forme, se développa sous l'impulsion constante de son chef. Tous ici savent ce qu'il est maintenant, grâce à lui.

Professeur titulaire de chimie à la Faculté de médecine en 1916, il fut nommé professeur de la chaire du même nom à la Faculté des sciences en 1920.

1. Panégyrique prononcé à la dernière réunion du Conseil de la Faculté de Médecine.

Cette nomination fut le signal d'une création nouvelle, celle d'une Faculté des Sciences dont il devint immédiatement secrétaire.

Notons en passant qu'en dépit de ces charges, le docteur Baril n'avait pas abandonné la direction générale des laboratoires de l'Hôtel-Dieu et qu'il avait assumé en outre celle des laboratoires de l'hôpital Sainte-Justine.

Il y avait là de quoi occuper la vie d'un travailleur, même exceptionnel. Cela ne suffisait pas à son insatiable activité.

Dès cette époque, il avait accepté la plus ingrate des tâches universitaires — il ne l'a pas abandonnée depuis, — celle de membre, puis de président du bureau d'immatriculation. On sait ce que fut ce labeur qui consistait et consiste encore à choisir parmi les jeunes gens qui aspirent à faire des études universitaires, les plus capables de les poursuivre avec succès. Car il faut le dire à sa louange, l'Université de Montréal n'ouvre pas ses portes à tous. Ses moyens ne lui permettent pas d'instruire un nombre d'élèves supérieur à sa propre capacité. Elle choisit les plus souhaitables et cela, d'après leurs dossiers d'études secondaires. Besogne ardue, ingrate qui ne peut être accomplie que par des hommes justes, intègres, courtois et, par surcroît, charitables, toutes qualités dont le docteur Baril était abondamment pourvu.

Dès ses débuts donc, le docteur Baril avait fondé l'enseignement de la Chimie à la Faculté de Médecine, contribué à la fondation de la Faculté des Sciences, publié une vingtaine d'articles originaux, organisé et dirigé les laboratoires de deux grands hôpitaux et contribué à réglementer les accès à l'Université.

Est-ce tout? Non. Je vous fais grâce des innombrables fonctions qu'il assumait en outre, tant en dehors de l'Université qu'au sein de l'Université même, sans que jamais ses devoirs de Professeur, puis de Directeur des Etudes, puis de Vice-Doyen de la Faculté de Médecine et enfin, de Doyen de la Faculté des Sciences, en souffrissent.

Devant la liste de charges, de titres honorifiques qui forment son immense *curriculum*

*vitae*, on reste confondu. Et quand on sait quelle part il a prise dans l'érection du monument qui nous abrite, quelles enquêtes lointaines il a faites, quels plaidoyers il a dû prononcer, quels combats il a dû soutenir avant la victoire, c'est un sentiment de reconnaissance qui remplit notre cœur.

Et pour nous, messieurs, qui l'avons connu, pour moi surtout, qui, depuis 26 ans l'ai vu à chaque réunion de ce Conseil de la Faculté, que de souvenirs et que d'exemples!

Dans nos réunions, deux personnes ont toujours devant elles des piles de dossiers et de papiers, le doyen et le secrétaire. Les autres membres arrivent toujours les mains vides. Tout au plus ont-ils en poche leur lettre de convocation. Un seul faisait exception: le Dr Baril. Sur la table, en face du doyen, il posait toujours une lourde serviette bourrée de documents. Aucune question n'était débattue sans qu'il prît part à la discussion, toujours avec la même élégance, la même solidité, avec la documentation la plus précise, qu'elle fût appuyée par un texte exhibé à point ou citée grâce à une mémoire prodigieuse. Car Baril savait tout. Il savait non seulement tout ce qui s'était passé et se passait à l'Université de Montréal, mais il connaissait « *ad unguem* » tout ce qui se passait dans les universités canadiennes et américaines. Quel secours qu'une telle érudition dans une assemblée délibérante! Que d'erreurs il a évitées ou tenté d'éviter à ce Conseil!

Et lorsque quelqu'un ne partageait pas son avis, sa souriante et habile courtoisie savait éviter tout froissement. Avec le docteur Baril, aucune mauvaise humeur, aucune rancœur n'étaient possibles. Ce n'était pas pour lui-même qu'il discutait, mais pour la cause universitaire, pour notre cause commune à tous.

Aucun homme n'est irremplaçable, dit-on. A mon avis — et je pense, messieurs, que vous le partagez avec moi, — en ce qui concerne Georges Baril, ce slogan a menti.

Que madame Georges Baril sache bien que son deuil est aussi le nôtre.

Pierre MASSON

## HECTOR LAPOINTE

(1894 - 1954)

Le 13 janvier 1954, un court bulletin de nouvelles nous apprenait la mort du docteur Hector Lapointe. Une mort brève, paisible, comme on s'endort le soir, après un jour de labeur.

La profession médicale venait de perdre, dans sa personne, un de ses membres parmi les plus dignes et les mieux aimés. Cette fin soudaine, sinon tout à fait inattendue, laisse derrière elle un vide qu'il sera bien difficile de combler.

Notre confrère n'est plus. Il nous appartient à nous, ses amis, de perpétuer, en quelque sorte, sa mémoire, en rappelant ce que fut sa vie.

Né à Ottawa il y a 60 ans, le docteur Lapointe était le fils de M. et Mme Moïse Lapointe, décédés. En 1932, il épousait Rachel Foley qui lui survit.

Il fit ses études classiques à l'Université d'Ottawa où il obtint en 1912 le titre de bachelier ès arts. Il était reçu médecin en 1916, graduant à l'Université Laval de Montréal.

Un peu plus tard, il s'engagea dans les forces armées, et servit comme capitaine dans le corps médical. Après son licenciement, il passa deux ans à Paris, afin de compléter des études de spécialisation en médecine interne.

Un des membres les distingués du corps médical de la ville d'Ottawa, il fit partie du personnel de l'Hôpital général pendant 35 ans. Il occupa aussi la Présidence de l'« Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord » et fut directeur du Bureau de Santé de la ville d'Ottawa. Membre du Collège Royal, auteur de nombreux travaux scientifiques, il faisait partie, à sa mort, de l'Académie de Médecine de la capitale et d'associations professionnelles et autres, tant canadiennes que de l'étranger.

Il laisse pour pleurer sa perte, outre son épouse, une fille, Marie, et un fils, Jean.

Personnellement, nous avons connu Lapointe aux premiers jours de sa pratique médicale et avons été à même, ensuite, de le sui-

vre pas à pas dans l'exercice d'une profession qu'il chérissait de façon particulière et toute spéciale.

Homme de vaste culture et d'un grand dévouement, le regretté disparu joignait aux qualités de l'esprit et du cœur un physique des plus agréables. Doué d'une mémoire prodigieuse et d'une élocution facile, il savait briller dans les milieux les plus divers, à la tribune aussi bien que dans les réunions intimes entre médecins. Sa parole commandait l'attention quel que fût le sujet traité. Notre ami possédait parfaitement les deux langues et avait une manière à lui d'aborder les questions difficiles et de les mettre à la portée de chacun. La médecine fut sa vie et sa seule préoccupation depuis qu'il se sentait atteint par une maladie qui ne pardonne pas. Ses malades se souviendront longtemps de ses avis et de ses sages conseils touchant surtout la thérapeutique, matière qu'il possédait à fond. Nous croyons bien rendre notre pensée en disant que, s'il existe des maîtres chez nous, Lapointe, par sa parole et ses écrits, fut de ceux-là.

Au nom de l'« Association des Médecins de Langue Française » et de l'« Union Médicale du Canada », qu'il nous soit permis d'offrir nos plus affectueuses condoléances à la famille éprouvée.

Léopold MANTHA

\* \* \*

Je ne pouvais rester muet devant une mort si imprévue, et il était de mon devoir d'esquisser quelques notes biographiques du disparu.

Après des études à l'Université d'Ottawa, il entra à l'Université Laval de Montréal.

Président des étudiants en médecine de son temps, il fut successivement président de « l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord », membre cor-

respondant de « L'Union Médicale du Canada », président de la Société médico-chirurgicale d'Ottawa et membre du personnel de l'hôpital Général d'Ottawa pendant 35 ans.

Il avait fait son séjour à Paname, avait bien compris Paris, et ayant suivi les grandes cliniques de la Capitale, il en était revenu bien convaincu de la supériorité médicale française.

Hector eut une belle jeunesse; il savait tirer parti de sa prestance, il avait tout du beau Brummel, très soigneux de sa personne avec un goût très rare de se vêtir, il connaissait le beau, il connaissait le chic.

Quelles randonnées nous avons fait ensemble et quels bons moments nous avons vécus,

quels souvenirs nous partageons. C'était l'époque de la bohème et nous avons acquis des actions chez « Baillargeon », chez « Honoré » au « Ritz Côté ». Tous ceux qui l'ont connu sauront bien le sens de ces quelques lignes. C'est une partie de ma jeunesse qui s'en va.

Il est écrit quelque part: « Je viendrai comme un voleur » et c'est bien vrai pour lui, car j'ai l'impression qu'on me l'a volé celui-là.

Il ne faut pas tout de même chercher à comprendre les mystères insondables de la Providence. Inclignons-nous sur sa tombe et méditons pieusement cette belle pensée française: « Le vrai tombeau des morts, c'est le cœur des vivants. »

A la famille en deuil, sincères condoléances.

Louis HEBERT.

---

## NOUVELLES

---

### LE PRIX CIBA DÉCERNÉ AU PROFESSEUR EUGÈNE ROBILLARD

Lors de la séance inaugurale, tenue à l'hôpital Notre-Dame le 21 janvier 1954, de la Société Médicale de Montréal, le président de cette société a fait connaître le résultat des délibérations du comité d'attribution du Prix Ciba décerné par la Société Médicale de Montréal pour 1953. L'heureux récipiendaire est le docteur Eugène Robillard, professeur de physiologie à l'Université de Montréal, et le travail primé, présenté le 17 novembre 1953, était intitulé: Les influences endocriniennes sur la désintoxication du pentobarbital. Le prix Ciba comporte une bourse de mille dollars.

---

### ÉLECTION D'UN NOUVEAU COLLABORATEUR À "L'UNION MÉDICALE DU CANADA"

Le compte rendu de l'assemblée générale annuelle des directeurs de *L'Union Médicale du Canada*, tenue à Montréal le 23 janvier 1954, sous la présidence du docteur J.-M. Laframboise, d'Ottawa, paru dans la livraison de février 1954, a omis de signaler l'élection, à titre de collaborateur, du docteur Jacques Genest, directeur du laboratoire de recherches cliniques de l'Hôtel-Dieu de Montréal. Il convient aussi de corriger l'inexactitude involontaire qui a fait du docteur Paul David un nouveau collaborateur, alors qu'en fait, il fait, depuis plusieurs années, partie du bureau de collaboration, dont il est un des membres les plus actifs.

---

### CONFÉRENCE, À L'HÔTEL-DIEU, DU DOCTEUR VINCENT P. DOLE

Le docteur Vincent P. Dole, attaché au *Rockefeller Institute for Medical Research*, a donné, au Pavillon Jeanne-Mance de l'Hôtel-Dieu de Montréal, le jeudi 18 février 1954, une conférence intitulée: *Methods for the study of sweat and salivary glands*. Il a été présenté par le docteur Jacques Genest, directeur du laboratoire de recherches de l'Hôtel-Dieu, et remercié par le docteur Kenneth Evelyn, de l'Université McGill.

### LISTE DES NOUVEAUX "FELLOWS" DU COLLÈGE ROYAL DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DU CANADA

On nous communique la liste officielle des nouveaux élus au Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada après examens. Parmi les *fellows* ou membres associés acceptés à la suite des examens tenus en 1953, on note les noms suivants. En médecine: les docteurs Robert Caouette (Québec), Maurice Comeau (Montréal), Roger-Yvon Demers (Montréal), Charles Filteau (Québec), Jean-Fernand Hamel (Ottawa), Jean-Joseph Mercier (Ottawa), Louis Pouliot (Québec); en neurologie: le docteur Lionel-Henri Lemieux (Québec); en psychiatrie: le docteur Charles-Alfred Martin (Mastai); en chirurgie: les docteurs Gaétan Lemire (Montréal); André Michaud (Québec), Jean-Thomas Michaud (Québec); en obstétrique et gynécologie: les docteurs Martial-S. Bachand (Montréal) et Berchmans Laforest (Montréal); en orthopédie: les docteurs Pierre Labelle (Montréal), Jean Leclerc (Québec), et Jacques-C. Robichon (Québec).

---

### NOUVEAUX SPÉCIALISTES CERTIFIÉS PAR LE COLLÈGE ROYAL

La liste officielle des nouveaux spécialistes certifiés par le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada vient de nous être transmise par le secrétaire honoraire du Collège. Elle comprend les noms de ceux qui ont passé avec succès les examens de 1953. On relève parmi les 293 élus, les noms suivants. En anesthésie: les docteurs J.-Paul Brunelle, Thérèse Cartier-Deschênes, Roger Gagnon, Gérard-O. Lafortune, Gérard-C. Mignault et Robert P. Weigand, tous de Montréal, et Roger Caron, de Roberval; en dermatologie: le docteur Victor Pannaccio (Montréal); en médecine: les docteurs R. Feuiltault (Québec), J.-A. Leroux (Vancouver); en pédiatrie: les docteurs Roger Gervais (Montréal), Georges-Y. Jolivet (Montréal), Pierre-O. Langevin (Montréal); en pathologie: les docteurs François Gagné (Québec), J.-S.-G. Groulx (Trois-Rivières); en psychiatrie: le docteur Charles Dumas (Montréal); en médecine physique: le docteur Maurice Mongeau (Montréal); en radiologie diagnostique: les docteurs Roland Bouliane (Grand'Mère), André

*Un nouvel  
antibiotique  
à large spectre  
antibactérien*

**ACHRO**

## Absorption Plus Rapide

## Tolérance Accrue

## Stabilité Plus Grande

L'ACHROMYCINE, un nouvel antibiotique à large spectre antibactérien mis au point par l'équipe de recherches de *Lederle*, s'est montrée plus efficace dans des essais cliniques, tout en offrant les avantages d'une absorption plus rapide, d'une diffusion plus rapide dans les tissus et les humeurs et d'une plus grande stabilité ce qui donne des niveaux sanguins prolongés.

L'ACHROMYCINE est douée d'une activité étendue contre les streptococcies hémolytiques bêta, les colibacilloses (y compris les infections des voies urinaires, la péritonite, les abcès), les méningococcies, les staphylococcies, les pneumococcies et les gonococcies, l'otite moyenne et la mastoïdite, la bronchite aiguë et la bronchiolite, l'actinomycose, les infections mixtes et un grand nombre de rickettsioses et de maladies virales.

L'ACHROMYCINE est maintenant disponible en capsules de 250 mg., 100 mg. et 50 mg., sous forme de SPERSOÏDES\* renfermant 50 mg. par cuillerée à thé (1 gramme), et sous forme intraveineuse dosée à 500 mg., 250 mg. et 100 mg. D'autres formes seront annoncées dès qu'elles auront été mises au point.



\*Marque déposée

LEDERLE LABORATORIES DIVISION  
*North American Cyanamid Limited*

5550, avenue Royalmount, Ville Mont-Royal  
Montréal, Québec RIVERSIDE 4-2881

# MYCIN

Capsules de Tétracycline Lederle

d'Etcheverry (Sherbrooke), Jean-Paul Dumouchel (Granby), Yvon Méthot (Montréal), Jacques Ouimet (Montréal), Odilon Raymond (Montréal), F.-X. Saint-Laurent (Campbellton), Emile Tessier (Eastview), Armand Trépanier (Montréal); en radiologie thérapeutique: les docteurs R. Bouliane, J.-P. Dumouchel, Robert Lessard (Québec), Yvan Méthot, Jacques Ouimet, Odilon Raymond, Emile Tessier, Armand Trépanier (Montréal); en chirurgie générale: les docteurs Alban Dampousse (Shawinigan), R. D. Hippolyte (Port-au-Prince, Haïti), L. Paradis (Rivière-du-Loup) et Roger Paulin (Montréal); en gynécologie: les docteurs Raoul Groulx et J.-A.-Marcel Laplante (Montréal); en ophtalmologie: le docteur J.-L.-Marc Plamondon (Québec); en ophtalmo-laryngologie: les docteurs J.-J.-Guy Bérubé (Rivière-du-Loup), André Gagnon (Grand'Mère) et N. Nadeau (Moncton); en chirurgie thoracique: le docteur Maurice Beaulieu (Québec).

---

### COLLOQUES SUR LE CANCER

Les mercredis 21 avril, 28 avril, 5 mai et 12 mai, à 8 heures 30 p.m., auront lieu à l'hôpital Notre-Dame, au pavillon des gardes-malades, des réunions, genre forum, où seront discutées les questions du cancer du poumon, de l'estomac, du sein et le problème des adénopathies.

#### 21 avril — *Le cancer du poumon*

Docteur Jules Prévost, professeur de médecine à l'Université, directeur de la Clinique du Thorax à Notre-Dame, président, avec la collaboration des docteurs P. Robert, chef du service de médecine à Maisonneuve, P. Brodeur, chef du service de radiologie à Notre-Dame, M. Cimon, professeur à l'Univ. McGill, chef du service d'anatomie pathologique au Jewish General, E.-D. Gagnon et A. Mackay, médecins de Notre-Dame.

#### 28 avril — *Le cancer de l'estomac.*

Docteur Roger Dufresne, directeur de la clinique de gastro-entérologie à Notre-Dame, président, avec la collaboration des docteurs P. Letendre, directeur de la clinique de gastro-entérologie à l'Hôtel-Dieu, A. Jutras, chef du service de radiologie à l'Hôtel-Dieu, C.-E. Hébert, chef du service de chirurgie à Notre-Dame, J.-L. Léger, radiologiste à Notre-Dame, S. Lauzé, pathologiste au même hôpital.

#### 5 mai — *Le cancer du sein.*

Docteur C.-E. Grignon, chef du service de médecine à Notre-Dame, président, avec la collaboration des

docteurs J. Bouchard, prof. à l'Université McGill, chef de la section radiothérapie au Royal Victoria, F. Archambault, chirurgien à Notre-Dame, J. Michon, radiologiste à Notre-Dame, L.-C. Simard, chef du laboratoire d'anatomie pathologique à Notre-Dame et directeur de l'Institut du Cancer.

#### 12 mai — *Le problème des adénopathies.*

Docteur L. Morissette, directeur de la section d'hématologie clinique à Notre-Dame, président, avec la collaboration des docteurs R. Dussault, prof. à l'Université de Montréal, A. Royer, chef de clinique et directeur de la section d'hématologie à Sainte-Justine, A. Bertrand, chef du laboratoire de bactériologie et d'hématologie à Notre-Dame, F. Montreuil, chef du service d'oto-rhino-laryngologie à Notre-Dame, et L.-C. Simard.

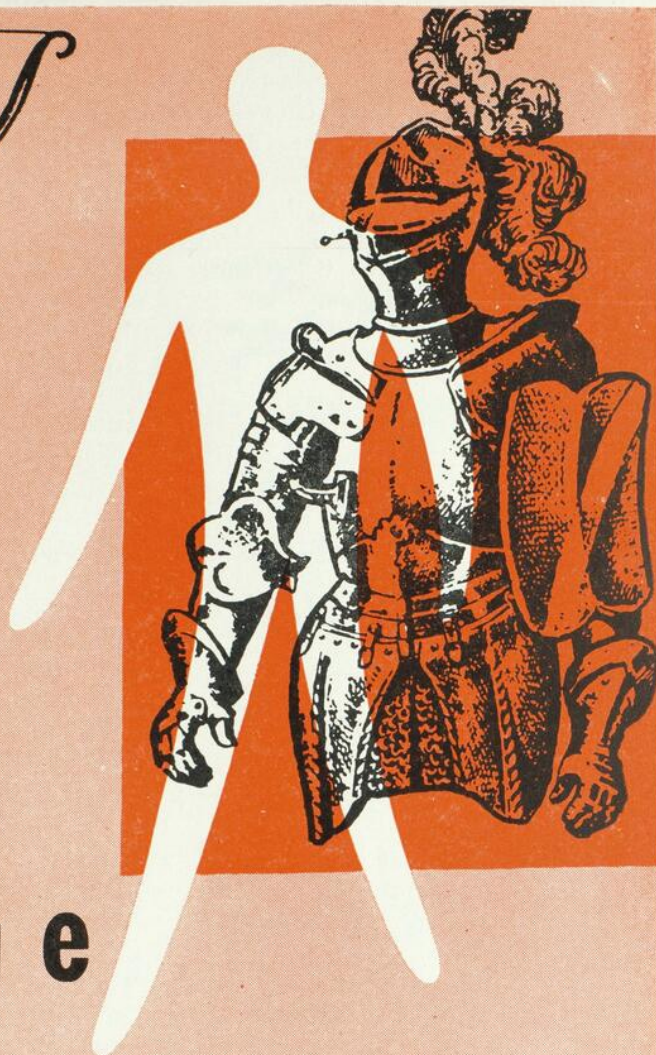
Les médecins praticiens sont tout particulièrement invités à ces colloques où ils pourront participer à la discussion. Des expositions de radiographies, de statistiques, de photographies macroscopiques et microscopiques et des projections de films suivront chacune des séances.

---

### PROGRAMME DE L'ASSEMBLÉE RÉGIONALE DE L'"AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS"

Le programme préliminaire de l'assemblée clinique régionale de l'*American College of Surgeons* qui doit avoir lieu à Montréal les 31 mars, 1 et 2 avril 1954, vient d'être distribué. Il comporte des séances cliniques, le matin, dans six hôpitaux: Hôtel-Dieu, hôpital Notre-Dame, hôpital Sainte-Justine, Royal Victoria Hospital, Montreal General Hospital, Children's Memorial Hospital. Ces séances hospitalières comporteront des leçons cliniques et des séances opératoires de huit heures à dix heures trente du matin, et elles se dérouleront simultanément dans quatre hôpitaux. Le comité d'organisation est sous la présidence active conjointe des docteurs Edmond Dubé et Harry S. Morton et sous la présidence honoraire des doyens de l'Université Laval de Québec, le docteur Charles Vézina, de l'Université McGill, le docteur G. Lyman Duff, et de l'Université de Montréal, le docteur Wilbrod Bonin. Le comité d'organisation est composé des docteurs C. McG. Gardner, Léon Gérin-Lajoie, C.-E. Hébert, C. Le-françois, C. Gavin Miller, N. W. Philpott, Paul-A. Poliquin, Dudley E. Ross et G. H. Simpson.

Les conférenciers de l'extérieur invités sont les docteurs C. B. Puestow (Chicago), George Crile



pas d'armure contre le vieillissement  
 mais enfin... voici la GÉRITAÏNE, à base de  
 BÉTAÏNE, réalisant une association synergique de  
 substances essentielles au métabolisme général  
 des tissus, plus spécialement du foie (1), des  
 vaisseaux (2), des muscles (3), et des reins (4).  
 La BÉTAÏNE possède un pouvoir total de trans-  
 méthylation, supérieur à celui de la choline  
 et de la méthionine (5); c'est le plus puissant  
 agent lipotrope encore connu

# g é r i t a ï n e

## BIBLIOGRAPHIE

1. Best et al., Gastroenterology, V. 20, N. 3 (Mar. 1952), p. 375-384.
2. Morrison, Lesser M.: Angiology, Apr. 1953.
3. Borsook, H., and Borsook, M. E., Ann. West. Med. Surg., 5, 825-829 (Oct. 1951).
4. Hartroft et al.: Proc. Soc. Exp. Biol. & Med., V. 81 (Nov. 1952), p. 384-393.
5. Cayer and Cornatzer: Gastroenterology, V. 20 (Mar. 1952), p. 403-410.

## FORMULE

### Chaque capsule contient:

BÉTAÏNE (base)	400 mg.
Citrate de choline monobasique	50 mg.
Extrait de foie (fraction 1)	40 mg.
Rutine	10 mg.
Vitamine B <sub>1</sub>	1 mg.
Riboflavine	1 mg.
Niacinamide	5 mg.
d-Pantothénate de calcium	1 mg.
Pyridoxine	0.2 mg.
Vitamine B <sub>12</sub> cristalline	0.5 mcg.
Vitamine A (acétate)	800 U.I.
Vitamine D	500 U.I.
Vitamine C	25 mg.
Vitamine E (acétate alpha-tocophérol)	2 U.I.
Vitamine K <sub>1</sub>	0.2 mg.

## INDICATIONS

Athérosclérose coronarienne et aortique, néphrosclérose, hépatose et la déchéance organique accompagnant le vieillissement et l'hyponutrition.

## PRÉSENTATION

Flacons de 100 et de 250 capsules.

## POSOLOGIE

2 à 4 capsules, t.i.d. selon l'avis du médecin.

*Littérature et échantillons sur demande.*

## ANGLO-FRENCH DRUG CIE LTÉE

209 est, rue Sainte-Catherine,  
 Montréal.

(Cleveland), J. M. Winfield (New-York), B. Cannon (Boston), E. F. Cave (Boston), Arthur W. Allen (Boston), R. L. Mustard (Battle Creek), M. M. Zinniger (Cincinnati), C. S. Stevenson (Detroit), E. B. Dunphy (Boston), L. A. Schall (Boston), C. B. Stewart (Winnipeg), J. M. Campbell (Saskatoon), C. C. Higgins (Cleveland), R. K. Gilchrist (Chicago), M. L. Mason (Chicago), T.W. Stevenson (New-York), H.E. Martin (New-York), J.H. Gibbon (Philadelphie), H.S. Allen (Chicago), J.W. Littler (New-York), T.C. Stevenson (New-York), F. A. Simmons (Boston), H. P. Schenk (Philadelphie), L. G. Lewis (Washington), A. D. McLachlin (London), F. C. Grant (Philadelphie), S. O. Hoerr (Cleveland), R. J. Noer (Louisville), Richard B. Cattell (Boston), H. D. Harvey (New-York), D. A. Thompson (Bathurst), S. S. Sarnoff (Boston), D. M. Little (Great Lakes), S. J. Sarnoff (Boston), François Roy (Québec), E. C. Hughes (Syracuse), G. V. S. Smith (Brookline), F.-X. Demers (Québec), C.-E. Lamoureux (Trois-Rivières), L.-P. Roy (Québec), P. I. Harris (Toronto), J.-Maurice Royer (Québec). Parmi les conférenciers de Montréal, on note les noms des docteurs Paul Bourgeois, Yves Clermont, Georges-E. Cloutier, W. V. Cone, Edmond Dubé, J.-A. Dubeau, C. Favreau, Guy Fortin, E.-D. Gagnon, J. Bruneau, Roger Gariépy, Léon Gérin-Lajoie, R. G. B. Gilbert, H. R. Griffith, C.-E. Hébert, Louis Lamoureux, C.-P. Leblond, J. C. Luke, L.-A. Magnan, Fernand-L. Montreuil, A.-F. Pasquet, Antonio Samson, Hans Selye.

Les conférences auront lieu à l'Hôtel Sheraton-Mont-Royal, matin, après-midi et soir.

Le dîner principal aura lieu le jeudi soir, premier avril, sous la présidence du docteur Léon Gérin-Lajoie. On y entendra le directeur de l'*American College of Surgeons*, le docteur Paul R. Hawley, et M. D. L. Thompson, professeur de biochimie à l'Université McGill.

---

### PROGRAMME DES SÉANCES DE L'HÔTEL-DIEU DE MONTRÉAL À L'ASSEMBLÉE DE L' "AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS"

Le seul programme, qui soit parvenu à date, est celui de l'Hôtel-Dieu. Il se lit ainsi:

Jeudi, 1er avril 1954

*Séances cliniques* — 8 h. a.m. à 10.30 a.m. (temps alloué pour chaque travail: 15 min.).

Docteur Charles Lefrançois, F.A.C.S.: *Introductory remarks.*

Docteur Jean-Paul Cholette: *Treatment of portal hypertension.*

Docteur J.-Paul Bourque, F.A.C.S.: *A new technique for prostatic adenomectomy.*

Docteur Pierre Meunier: *Surgical treatment in cancer of the cervix.*

Docteur Armand Genest: *Some uses of vitallium in maxillo facial surgery.*

Docteur André Parenteau: *Surgery of involuntary movements.*

Docteurs E. Desjardins, F.A.C.S., et Albert Jutras: *Non specific Hyperplastic typhlitis.*

*Séances opératoires* — 8 h. a.m. à 10.30 a.m.

Docteur Jacques Bruneau: *Pulmonary resection.*

Docteur Paul Cartier: *Commissurotomy.*

Docteur René Roux: *Subtotal Gastrectomy.*

Docteur Roger Gariépy: *Synovectomy of the kneejoint.*

Docteur Jean-Paul Legault, F.A.C.S.: *Uretrolithotomy.*

Vendredi, 2 avril 1954

*Séances cliniques* — 8 h. a.m. à 10.30 a.m. (temps alloué pour chaque travail: 15 min.)

Docteur René Roux: *Familial Polyposis of the colon.*

Docteur G.-E. Cartier: *Preliminary report on 40 hypertensive patients operated on by two different techniques.*

Docteur Jacques Bruneau: *Management of Cardiospasm.*

Docteur Jean-Paul Legault, F.A.C.S.: *Pitfalls in urological surgery.*

Docteur Roger Gariépy: *Modern trends in surgical management of bones and joints tuberculosis.*

*Séances opératoires* — 8 h. a.m. à 10.30 a.m.

Docteur Pierre Meunier: *Wertheim operation.*

Docteurs Charles Lefrançois, F.A.C.S., et J.-Paul Cholette: *Two teams amputation of the rectum.*

Docteurs Jean-Paul Bourque, F.A.C.S.: *Prostatectomy.*

Docteur Armand Genest: *Cheiloplasty.*

---

### RÉUNION ANNUELLE DE L'ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE (DIVISION DE QUÉBEC)

La réunion annuelle de l'Association Médicale Canadienne (division de Québec) aura lieu, cette

# A G R I P P O L



## *R<sub>x</sub> Pour Adultes*

Chaque comprimé contient:

Phénacétine .....	0 gr. 100
Acide Acétylsalicylique ..	0 gr. 233
Chlorhydrate d'Aminoxide d'Atropine .....	0 gr. 0005

## *R<sub>x</sub> Pour Enfants*

Chaque comprimé contient:

Aminoxide d'Atropine ..	1/600 grain
Acide Acétylsalicylique ..	1 grain
Phénacétine .....	3/8 grain

Echantillon médical sur demande

**HERDT & CHARTON, INC.**

2027, avenue du Collège McGill, Montréal 2

année, aux Trois-Rivières, les 7 et 8 mai. Des conférenciers de marque ont accepté de participer au programme scientifique. Les docteurs S. Cosgrove, de New-York, K. W. Warren, de Boston, R. Farquarson, de Toronto, Carlton Auger, de Québec, ainsi que les docteurs Jacques Genest, L.-C. Simard, A. Cantero et Jean Bouchard, de Montréal, figurent au programme. Les sujets à traiter sont désignés en vue d'intéresser particulièrement l'omnipraticien.

Les conférences générales se tiendront au Château de Blois. Un comité local d'organisation s'occupe activement à l'élaboration d'un programme d'activités sociales qui intéressera les épouses des invités.

### ÉLECTIONS À L'HÔPITAL DE L'ENFANT-JÉSUS DE QUÉBEC

Récemment eurent lieu à l'hôpital de l'Enfant-Jésus de Québec les élections des officiers du Conseil médical et du Bureau médical. Le Conseil médical a choisi, pour l'année courante, les médecins suivants:

Président: le docteur Antoine Pouliot; 1er vice-président: le docteur Paul Poliquin; 2ème vice-président: le docteur Henri Laliberté; secrétaire: le docteur de la Broquerie Fortier; trésorier: le docteur Henri Lapointe.

Le docteur de la Broquerie Fortier a été nommé président du Bureau médical, dont le secrétaire sera le docteur Maurice Samson et dont le représentant au Conseil médical sera le docteur Maurice Turcotte.

### RÉUNION DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE-FRANÇAISE D'ÉLECTRO-RADIOLOGIE MÉDICALE

La première réunion de la Société C.-F. d'Electroradiologie médicale pour 1954 a eu lieu à l'hôpital Notre-Dame-de-l'Espérance, Ville St-Laurent (Montréal) le 20 février, à 8 heures et demie du soir.

L'ordre du jour comprenait la lecture du procès-verbal et de la correspondance, l'allocution du président, le docteur L.-A. Gagnier, et des travaux scientifiques:

1. Docteur Hervé Lacharité: Staphylococcie pulmonaire chez un nourrisson.
2. Docteur Dufresne et docteur Yvan Méthot: Quelques notions physiques et techniques de la cyclothérapie.
3. Docteur Odilon Raymond: Diverticules et néo des côlons.
4. Docteur Roméo Grondin: Un cas de néphrocalcinose et cas intéressants.

### SOCIÉTÉ DE GASTRO-ENTÉROLOGIE DE MONTRÉAL

La Société de Gastro-entérologie de Montréal s'est réunie mercredi le 10 février 1953, à 9 heures du soir, à l'Hôpital Général de Verdun, au Bureau des médecins, sous la présidence du docteur Roland Gareau.

Il y avait deux communications au programme:

1. Quelques réflexions sur un cas de fistule gastro-jéjuno-colique, par le docteur Ronald Dupuis.
2. Réticulo-sarcome de l'estomac, par les docteurs J.-M. Bourque et P.-E. Leduc.

On procéda ensuite aux élections.

### SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ D'OPHTHALMOLOGIE DE MONTRÉAL

La troisième assemblée du terme 1953-54 de la *Montreal Ophthalmological Society* a eu lieu à l'Hôtel-Dieu, jeudi le 11 février 1954, sous la présidence du docteur J. V. V. Nicholls.

Le programme comportait des présentations de cas et des revues générales. Il se lisait ainsi: L'anesthésie générale dans l'opération de la cataracte et un cas de plastie pour un symblepharon, par le docteur André Demers. La cyclodiathermie dans le glaucome, par le docteur Gilles Cousineau. Un cas de kyste non pigmentaire de l'iris et un cas de cancer de la paupière inférieure, par le docteur Claude Monfette.

### RÉUNION SCIENTIFIQUE À L'HÔPITAL SAINT-EUSÈBE DE JOLIETTE

Samedi, le 30 janvier, avait lieu à l'hôpital Saint-Eusèbe de Joliette, la réunion scientifique mensuelle. A cette occasion, le docteur Fernand Grégoire, directeur de l'Institut Lavoisier, a parlé de l'emphysème pulmonaire: physio-pathologie, manifestations cliniques, diagnostic et traitement. Une discussion animée a suivi la conférence.

### SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE MONTRÉAL

Une réunion de la Société de Chirurgie a eu lieu mercredi, le 17 février, au Cercle Universitaire de Montréal.

L'ordre du jour comportait la lecture des minutes de la dernière assemblée et deux communications scientifiques:

# Traitement par la Rauwolfia

## PLUS DE DOUTES POSSIBLES

Pour la première fois, certains aspects douteux du traitement par la Rauwolfia ont pu être écartés. Maintenant, le Serpasil (réserpine Ciba)—un alcaloïde de Rauwolfia — permet de produire un abaissement graduel et durable de la pression sanguine, tout en évitant les effets indéterminés que l'on trouve dans les mélanges d'alcaloïdes provenant de la racine de Rauwolfia. Bien plus, on s'écartera de l'incertitude accompagnant l'emploi des préparations brutes de Rauwolfia. Voici les avantages résultant de ce progrès notable réalisé dans le domaine des tranquillisants-hypotenseurs:

*Réduction prévisible de la pression*  
*Composition uniforme et connue*  
*Effet durable et sûr*  
*Dosage invariable, posologie précise*

Le Serpasil a un champ d'action plus vaste que tout autre médicament utilisé dans le traitement de l'hypertension; il n'a pas de contre-indication connue et possède une grande marge de sûreté. Il a une action doucement calmante, et, dans les cas graves, il peut être associé à d'autres hypotenseurs. Présentation: comprimés à 0.1 mg. et 0.25 mg. flacons de 100 et 500.

COMPAGNIE CIBA LIMITÉE, MONTRÉAL

# Serpasil

RÉSERPINE CIBA

Alcaloïde cristallin pur de Rauwolfia

ISOLÉ PAR

**Ciba**

Le traitement chirurgical de la sténose cicatricielle de l'œsophage, par le docteur Marcel Lamoureux.

La cure de hernie par sutures aponévrotiques, par le docteur Edouard Gagnon.

### SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ D'ORTHOPÉDIE DE MONTRÉAL

La Société d'Orthopédie de Montréal a tenu une réunion au *Royal Victoria Montreal Neurological Institute*, samedi le 13 février 1954, à 9 heures et demie du matin.

Le programme était le suivant:

1. *Fractures femur.* — Dr R. Craig.
2. *Fractures about knee.* — Dr K. Widderspoon.
3. *Fractures tibia.* — Dr C. White.
4. *The Crushed Hand — Roller & Wringer Injuries.* — Dr M. Entin.
5. *Fracture of Ankle.* — Dr A. A. Butler.
6. *Fracture Os Calcis.* — Dr R. Townsend.
7. *Fracture about Hip.* — Dr J. G. Petrie.

### RÉUNION DE LA "MONTREAL NEUROLOGICAL SOCIETY"

La séance du 3 février de la *Montreal Neurological Society* a eu lieu à l'hôpital Notre-Dame. Le programme comportait: 1. Evolution du cas de myosite, présenté à la dernière séance de Notre-Dame, par le docteur Roma Amyot; 2e œdème des deux nerfs optiques — décompression du canal optique, par le docteur Claude Bertrand; 3. sténose carotidienne bilatérale, par le docteur Gilbert Rinfret; 4. cas pour diagnostic, par les docteurs Julio Vasquez et Roma Amyot.

La séance du 17 février se tint à l'Hôtel-Dieu. Le programme se lisait ainsi: 1. Trois cas de paraplégie spasmodique familiale, par le docteur Charles Dumas; 2. une tumeur de l'hypothalamus, par le docteur P.-H. Crevier, et 3. un cas de monoplégie supérieure, par le docteur P.-H. Crevier.

### CONFÉRENCE DU DOCTEUR LÉON GÉRIN-LAJOIE

Le docteur Léon Gérin-Lajoie, professeur de gynécologie à l'Université de Montréal, et chef du service de gynécologie à l'hôpital Notre-Dame, était le conférencier invité à la réunion du 8 février 1954 du

Club des Anciens de Sainte-Marie. Sa causerie était intitulée: Le médecin, ce méconnu. Le docteur Paul Bourgeois, président du Club, a présenté le conférencier qui a été remercié par le docteur Edouard Desjardins. Le docteur Rémi Archambault était le publicitaire au programme.

### ÉLECTIONS À L'HÔPITAL SAINT-LUC

Récemment, eurent lieu à l'hôpital Saint-Luc de Montréal, les élections des officiers du Conseil et du Bureau médical. Voici les nouveaux titulaires:

Au Conseil médical, président, le docteur Marcel Ostiguy; vice-président, le docteur L.-Yvan Vallée; secrétaire, le docteur Paul Martin; représentant du Conseil médical au Conseil d'administration, le docteur Wilfrid Tremblay; archiviste, le docteur H.-I. Tétrault.

Au Bureau médical ont été élus: président, le docteur Auguste Hébert; vice-président, le docteur Jacques Bernier; secrétaire, le docteur Léon Ledoux; secrétaire des assemblées scientifiques, le docteur Marcel Dessurault.

### L'ASSOCIATION DE PSYCHIATRIE TIENT SA PREMIÈRE RÉUNION

Sous la présidence du docteur Lucien LaRue, surintendant médical de l'hôpital Saint-Michel-Archange à Québec, l'Association de Psychiatrie de la province de Québec vient de tenir sa première réunion générale, à l'hôpital de la Reine-Marie.

Les docteurs D. Ewen Cameron, vice-président; Gaston Loignon, secrétaire; George P. Reed, trésorier; Gustave Desrochers, archiviste; A. E. Moll et Paul Larivière, membres de l'exécutif, participaient à cette réunion.

La nouvelle Association de Psychiatrie se propose de grouper les psychiatres certifiés de la province dans l'intérêt de la science comme dans celui du public. Elle cherchera à resserrer les liens entre ces spécialistes et les hommes de loi, les psychologues, les éducateurs, les agences sociales, ainsi qu'avec tous ceux qui, de façon générale, sont intéressés au progrès de l'hygiène et de la santé mentale.

### NOMINATION DU DOCTEUR SAMUEL LETENDRE

Le docteur Samuel Letendre vient d'être élu membre correspondant étranger de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris.

# RHUMATISME

**SALICYLOTHÉRAPIE PERCUTANÉE  
CONFIRMÉE SCIENTIFIQUEMENT**

**PÉNÉTRATION ULTRA-RAPIDE**

**CONCENTRATION MASSIVE "LOCO-DOLENTI"  
EN ACIDE SALICYLIQUE NAISSANT**

**SOULAGEMENT IMMÉDIAT**

**DÉCONGESTION PROGRESSIVE**



**BAUME  
ANALGÉSIQUE  
ANTIPHLOGISTIQUE  
DERMOPHILE  
INODORE**

*Plusieurs frictions par jour*

**LATÉMA**

**LABORATOIRES DE THÉRAPEUTIQUE MODERNE**

31, RUE DE LISBONNE — PARIS-8

HARVEY

Représentants exclusifs au Canada:

**HERDT & CHARTON, INC., 2027, Avenue du Collège McGill, Montréal**

### LE DOCTEUR PIERRE GRABAR, DE L'INSTITUT PASTEUR, PARLE DE NOUVELLES TECHNIQUES

Grâce à de nouvelles méthodes de précisions développées à l'Institut Pasteur, de Paris, dans le service de chimie microbienne du docteur Pierre Grabar, il est maintenant possible de déterminer à une infime proportion la présence de microbes et d'anticorps dans le sérum sanguin.

Ce savant français, le docteur Grabar, qui est président de la Société de chimie biologique de France, est actuellement l'invité de l'Institut de Microbiologie et d'Hygiène de l'Université de Montréal, où il doit prononcer une série de conférences avant son retour en France.

Avant de venir au Canada, le docteur Grabar a visité de nombreux centres scientifiques des Etats-Unis et participé à plusieurs symposiums, entre autres à celui de la *New York Academy of Science*, sur l'immuno-chimie des protéines.

### CONFÉRENCE, À L'HÔTEL-DIEU, DU DOCTEUR KENNETH SAVARD

Le docteur Kenneth Savard, de la *Worcester Foundation for Experimental Biology*, à Shrewsbury, Mass., donnera à l'Hôtel-Dieu de Montréal, le 4 mars 1954, une conférence intitulée: *Studies on the metabolism of cortisone and hydrocortisone in the Human*.

### ÉLECTION DU DOCTEUR J.-ARTHUR MANSEAU

On nous annonce l'élection du docteur J.-Arthur Manseau comme président du Bureau médical de l'hôpital Sainte-Jeanne-d'Arc.

### NOMINATION DU DOCTEUR JEAN VIGNEAU

Le docteur Jean Vigneau, anesthésiste de l'Hôpital Général de Verdun, vient d'être nommé  *fellow*  de l'*American College of Anesthesiologists*.

### BUREAU DE CONSTATATIONS MÉDICALES

Les gardiens du sanctuaire de Notre-Dame-du-Cap ont invité des médecins spécialistes à constituer un bureau de constatations médicales.

Le bureau médical se compose des docteurs Geo. Proulx, pathologiste; Rosaire Saint-Pierre, médecin; J.-A. Denoncourt, chirurgien, et Lionel Lemieux, neurologue.

### SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PSYCHANALYSE

*Réunion scientifique* (Montréal, 21 janvier 1954). — Une discussion de problèmes de technique psychanalytique était au programme. On avait choisi comme thèmes principaux les suivants: la première séance, le premier rêve, les appels téléphoniques du malade en analyse.

*Réunion publique* (Montréal, 20 février 1954). — Le docteur Charles Fisher, du *New York Psychoanalytic Institute*, était le conférencier invité à la première séance publique de la Société. Il présenta une communication sur les « Modes préconscients et archaïques de perception dans la formation des rêves ». L'auteur rapporta les résultats de ses travaux expérimentaux, inspirés de Petzel: il exposait des images au tachistoscope à un certain nombre de sujets; or, le contenu manifeste des rêves de ces derniers était déterminé par la partie de la figure qui n'avait pas été perçue consciemment, comme on pouvait le constater en leur faisant dessiner l'image après exposition au tachistoscope et en comparant cette reproduction à leur représentation graphique du rêve de la nuit suivante. Ces faits expérimentaux confirment les théories freudiennes d'opérations psychiques non conscientes et apportent des modifications à la théorie classique de l'élaboration onirique.

*Pour le Comité des activités scientifiques,*

Docteur J.-B. Boulanger.

### COURS SUPÉRIEUR DE CHIRURGIE DE LA MAIN

Un cours supérieur de chirurgie de la main sera ouvert du 3 au 8 mai 1954, dans le service du docteur Iselin, à l'hospice de Nanterre.

Le nombre des inscriptions est limité à 20.

Les inscrits seront occupés à l'hôpital de 9 à 17 heures et y seront reçus pour le déjeuner. Il y aura



# Capsules de Prénatal

---

**comme protection durant la gestation et la lactation**

Les Capsules de Prénatal *Lederle* fournissent des vitamines, des minéraux, du calcium et du fer dans un seul et même produit.

*faciles à avaler*

*inodores (pas d'éruptions)*

*une capsule, 1 à 3 fois par jour*

**LEDERLE LABORATORIES DIVISION**

*North American Cyanamid Limited*

5550, avenue Royalmount, Ville Mont-Royal

Montréal, Québec RIverside 4-2881

deux leçons par jour. Dans l'intervalle, ils assisteront aux opérations, visites et consultations.

Deux heures seront réservées chaque après-midi pour les exercices techniques.

#### PROGRAMME

- Lundi, le 3 mai — à 9 h.: Plaies des tendons et des nerfs; à 16 heures: Plaies avec destruction osseuse et cutanée.
- Mardi, le 4 mai — à 9 heures: Réparation des tendons; à 16 heures: Amputations (indications, niveau, séquelles).
- Mercredi, le 5 mai — à 9 heures: Incisions cutanées — greffes et autoplasties; à 16 heures: Réparation du pouce.
- Judi, le 6 mai — à 9 heures: Ruptures sous-cutanées des tendons et des ligaments; à 16 heures: Maladie de Dupuytren.
- Vendredi, le 7 mai — à 9 heures: Greffes des doigts; à 16 heures: Fractures fermées.
- Samedi, le 8 mai — à 9 heures: Ténosynovites chroniques.

### CINQUIÈME CONGRÈS INTERNATIONAL DE LA SANTÉ MENTALE

Le programme prévu pour le cinquième congrès de la Santé mentale aura pour thème: La santé mentale dans la vie publique. Ce congrès se tiendra à l'Université de Toronto, du 14 au 21 août 1954.

#### *Aperçu des séances plénières.*

Liste des aspects particuliers qu'exposeront les conférenciers:

Samedi — Séance d'ouverture.

Dimanche — Santé mentale et religion — M. Leonard W. Brockington, Q.C., Canada.

Lundi — Allocution du président, docteur H. C. Rümke, Hollande. Conclusions de recherches de grande importance en hygiène mentale — Dr Wm. Malamud, Etats-Unis.

Mardi — Progrès de l'hygiène mentale dans le monde — Conférencier à désigner. Association de l'hygiène mentale et de l'hygiène publique — Dr G. R. Hargreaves, O.M.S.

Judi — La situation mondiale et sa portée sur l'hygiène mentale. — Conférencier à désigner. La responsabilité de chaque citoyen concernant la santé mentale. — Mme Eleanor Roosevelt, Etats-Unis.

Vendredi et samedi seront consacrés à la présentation des rapports des sections techniques, des com-

missions et des groupes de discussion à l'ensemble du congrès.

#### *Sections techniques.*

Liste des aspects généraux qu'étudieront respectivement les sections techniques et des conférenciers qui les exposeront:

A. — Sphères d'association de l'hygiène mentale et de l'hygiène publique. Santé mentale et perturbations mentales. — Dr J. L. Halliday, Ecosse; Dr Paul V. Lemkau, Etats-Unis; Dr G. E. Hobbs, Canada. Association de l'hygiène mentale et de l'hygiène publique. — Dr W. P. Warner, Canada, et autres. L'hygiène mentale dans l'industrie. — Dr Georges Friedman, France, et autres. Alcoolisme et toxicomanie. — Dr C. A. Roberts, Canada, et autres.

B. — Santé mentale chez les enfants et les adolescents. Première enfance. — Conférencier à désigner. La santé mentale dans l'éducation. — Dr W. D. Wall, UNESCO; Mlle N. L. Giggs, Royaume-Uni, et autres. Les besoins des enfants désavantagés en matière d'hygiène mentale. — Dr Carlos Nassar, Chili; Dr John Rose, Etats-Unis, et autres.

C. — Les besoins d'hygiène mentale dans les affaires gouvernementales. Rôle du sociologue dans les affaires gouvernementales. — S. E. William Borberg, Nations Unies; Mme Alve Myrdal, UNESCO. Santé mentale et progrès technologiques. — Dr Margaret Mead, Etats-Unis, et autres. Santé mentale et déplacements des populations. — M. Wm. T. Kirk, Etats-Unis, et autres. La santé mentale dans l'administration de la justice. — Conférencier à désigner.

D. — La participation du public au programme de la santé mentale. — Fonction et organisation des sociétés d'hygiène mentale. — Dr E. E. Krapf, Argentine; Lady Norman, Angleterre; Dr M. V. Argüelles, Philippines, et autres. L'éducation du public. — Dr André Repond, Suisse; Dr Nina Ridenour, E.-U.; M. Neil Morrison, Canada, et autres. Organisation locale en faveur de l'hygiène mentale. — Dr H. V. Dicks, Angleterre; Mme Moise Cahn, Etats-Unis, et autres. Relations entre les Sociétés d'hygiène mentale et les gouvernements. — Dr J. R. Rees, Angleterre; Dr Frank Calderone, Nations Unies, et autres.

E. — Les progrès professionnels dans le domaine de la santé mentale. — Aspects chirurgicaux du traitement efficace. — Conférencier à désigner. La recherche biologique en hygiène mentale. — Dr Hans Selye, Canada, et autres. La santé mentale et les troubles psychosomatiques. — Dr Iago Galdston, Etats-Unis, et autres. La thérapie de groupe en hygiène mentale. — Conférencier à désigner.



# SULFARLEM

TRITHIO-PARAMÉTHOXY-PHÉNYLPROPÈNE

Cholérétique - Cholestérolitique - Azoturique

**ABAISSSE LE TAUX DU  
CHOLESTÉROL SANGUIN  
DE 30 à 50 %**

**TOUTES LES HYPERCHOLESTÉROLÉMIES**

Voie intramusculaire profonde,  
1 ampoule tous les 2 jours  
associée au traitement péroral  
de 1 à 2 granules avant chaque repas

Dernière référence bibliographique  
ALGÉRIE-MÉDICAL N° 2 - 1953, p. 137.

Tube de 40 granules

Boîte de 6 ampoules

## LATÉMA

**LABORATOIRES DE THÉRAPEUTIQUE MODERNE**  
31, RUE DE LISBONNE - PARIS 8<sup>e</sup>

Représentants exclusifs au Canada:

**HERDT & CHARTON, INC.**

2027, Avenue du Collège McGill, Montréal.

*Renseignements à l'intention des délégués.*

Lieu des réunions: toutes les séances du Congrès et de l'Institut se tiendront dans les immeubles de l'Université de Toronto.

Logement: en prévision de ces deux réunions, un nombre restreint de chambres sont retenues à deux des plus imposants hôtels de Toronto et aux résidences de l'Université. Une demande de réservation sera adressée dès la réception d'une demande d'inscription.

Langues officielles. Les langues officielles aux réunions seront le français et l'anglais. On entretient aussi l'espoir de fournir un compte rendu en espagnol, si la demande est suffisante.

Initiatives spéciales: Dans ce genre d'activité, on projette une réception en plein air, des soirées, et un voyage aux chutes Niagara. On réservera aussi des périodes de temps à la visite de centres d'intérêt professionnel.

Bureau d'inscription. Afin d'accommoder les délégués, ce bureau sera ouvert à partir du 12 août.

---

### PRIX DU PREMIER QINQUENNIUM

La *Revista Brasileira de Gastroenterologia* commémorant le premier lustre de sa fondation (1949-1954) réalisera, le 15 juillet 1954, son premier concours. Ce concours consistera en la présentation d'un article original sur la gastroentérologie, la proctologie, médicale ou chirurgicale, ou sur un thème s'y rattachant.

A l'auteur du meilleur article, il sera alloué un prix de Dix mille Cruzeiros, soit environ 200 dollars, ainsi qu'un Certificat de Mérite, qui seront remis à l'intéressé par le canal du Ministère des Affaires Étrangères. Il sera en outre concédé des Mentions Honorables aux médecins dont les articles seront jugés valables.

Tous les articles relatifs au *Prix du Premier Quinquennium* ne pourront pas dépasser 15 pages de la taille de 22 x 29 centimètres, écrits à la machine. 2 espaces et pourront être rédigés en n'importe quelle langue, suivis d'un résumé et remis en triple exemplaires, le tout accompagné d'une lettre d'envoi. Les articles et les lettres devront être adressés à l'Éditeur jusqu'au 1er mai 1954.

La Commission organisatrice du concours espère recevoir les adhésions des collègues sud-américains, nord-américains et européens. Pour toute information, s'adresser à l'Éditeur.

### NAISSANCES ET MARIAGES AUGMENTENT. DIMINUTION DES DÉCÈS DANS LE QUÉBEC

Tandis que les naissances et les mariages augmentent dans la province de Québec, les décès diminuent. En effet, d'après un rapport statistique préliminaire du ministère provincial de la Santé que dirige l'hon. Albiny Paquette, m.d., ministre de la Santé, il y a eu, dans notre province, en 1953, 122 033 naissances, 38 600 mariages et 33 218 décès. Si l'augmentation des naissances ne constitue qu'un accroissement de 0,8 pour cent, celui des mariages en représente un de 11,2 pour cent sur l'année précédente, cependant que les décès accusent une diminution de 1,9 pour cent.

Au cours de l'année 1952, il y avait eu 120 998 naissances, 34 709 mariages et 23 845 décès. Notons que ces chiffres représentent le nombre d'enregistrements reçus par la Division de Démographie durant les années susmentionnées. Pour cette raison, ils différeront, dans une certaine mesure, des totaux définitifs qui seront établis plus tard.

Pendant cette période (1953), il y a eu au Canada 410 985 naissances, 133 266 mariages et 127 282 décès. C'est dire que les naissances et les mariages de la province de Québec équivalent au tiers des naissances et mariages du pays tout entier tandis que les mortalités représentent à peine le quart des décès enregistrés dans les diverses provinces canadiennes.

---

### IV<sup>e</sup> CONGRÈS DE L'ASSOCIATION INTERNATIONALE POUR L'ÉTUDE DES BRONCHES

Genève — 5 - 6 juin 1954

Cet important congrès qui se tiendra à Genève, sous la présidence du prof. Montandon, directeur de la Clinique universitaire d'O.R.L., de Genève, au printemps prochain, a mis à l'ordre du jour de ses séances les questions suivantes (chaque question étant traitée par 3 rapporteurs):

1. *La vascularisation sanguine des bronches* — Rapporteurs: Prof. Bruni (Milan), Prof. von Hayek (Vienne) et Prof. agr. Latarjet (Lyon).

2. *La place nosologique des « adénomes bronchiques de Jackson »* — Rapporteurs déjà annoncés: Prof. von Albertini (Zurich); Prof. agr. Dr Galy (Lyon).

3. *Les indications et les résultats des traitements*

Un Hypotenseur Oral:

# Methium

Nom déposé

CHLORURE

(marque de chlorure d'hexaméthonium)

Abaisse la Pression Sanguine

Soulage les Symptômes de l'Hypertension

Le Méthium administré par VOIE BUCCALE a provoqué un abaissement marqué de la tension artérielle dans un grand nombre de cas d'hypertension essentielle.\* Le Méthium, agent de blocage ganglionnaire qui inhibe les influx vasoconstricteurs dans le système nerveux autonome, ramène la tension artérielle à un niveau normal ou presque normal.

On a qualifié son action de "sympathectomie médicale".

Quand la pression diminue, normalement, le vertige, le mal de tête et les palpitations disparaissent. Le soulagement des symptômes hypertensifs peut se produire même sans que la pression soit sensiblement diminuée.

- (a) comprimés de 125 mg., pour commencer le traitement
- (b) comprimés de 250 mg., force régulière
- (c) comprimés de 500 mg., pour les cas sérieux

*Noter: Une brochure spéciale, "Management of Hypertension with Methium", sera envoyée promptement aux médecins sur demande.*

(\*Bibliographie sur demande)

En présence d'atteinte de la fonction rénale, de maladie artérielle coronaire et d'accidents vasculaires cérébraux démontrés ou possibles, il faut user d'une grande prudence dans l'emploi du Méthium, en tenant compte de sa grande activité.

**WARNER-CHILCOTT**  
*Laboratories*

Division of William R. Warner & Co. Ltd. — Toronto, Ontario

*chirurgicaux des bronchiectasies* — Rapporteur déjà annoncé: Prof. Brunner (Zurich).

Pour tous renseignements, s'adresser au prof. A. Montandon, Clinique universitaire d'O.R.L., Hôpital cantonal, Genève.

---

### XIX<sup>e</sup> RÉUNION NEUROLOGIQUE INTERNATIONALE

Paris — 1 et 2 juin 1954

La dix-neuvième réunion neurologique internationale, organisée par la Société Française de Neurologie, tiendra ses assises à Paris le mardi 1er juin et le mercredi 2 juin 1954. Le 3 juin, la Société Française de Neurologie tiendra dans la matinée sa séance mensuelle.

La Réunion est consacrée à l'étude des séquelles neuro-psychiatriques de la méningite tuberculeuse traitée.

Les rapports suivants seront présentés:

Les aspects anatomo-cliniques des séquelles des méningites tuberculeuses traitées. — MM. R. Moreau, G. Boudin et F. Lhermitte.

Les séquelles neuro-psychiques des méningites tuberculeuses traitées. — MM. G. Heuyer et R. Boileau.

Les séquelles otologiques des méningites tuberculeuses traitées. — M. M. Aubry.

Une discussion suivra la présentation des rapports.

Des communications sur le sujet des rapports pourront être faites par les neurologistes participant à la Réunion. Des communications sur des thèmes libres pourront être présentées à l'occasion de cette Réunion, mais le titre devra en être communiqué avant le 1er mai au Secrétaire général de la Société de Neurologie et elles devront être acceptées par le bureau de la Société.

Les membres participant à la réunion qui désirent projeter un film sont priés de s'inscrire avant le 1er mai en indiquant le format de leur film et la durée approximative de la projection.

Tous les membres de la Société Française de Neurologie sont inscrits de droit à la Réunion. Cependant, les membres associés et les membres d'honneur à titre étranger qui ont l'intention d'y participer sont priés de s'inscrire chez le Secrétaire général avant le 1er mai 1954.

Les médecins français et étrangers qui ne font pas partie de la Société Française de Neurologie

peuvent demander leur inscription au Secrétaire général qui soumettra celle-ci à l'approbation du bureau de la Société; une cotisation de 2 000 fr. leur sera demandée comme droit d'inscription.

Le volume des rapports sera adressé à tous les membres participant à la réunion.

Tous les neurologistes désirant participer à la XIX<sup>e</sup> Réunion Neurologique Internationale sont priés de s'inscrire avant le 1er mai chez le Secrétaire général de la Société, le docteur Jean Sigwald, 68, boul. de Courcelles, Paris (XVII<sup>e</sup>).

La cotisation devra être versée au trésorier de la Société Française de Neurologie, Mme Sorrel Déjerine, 123, rue de Lille, Paris (VII<sup>e</sup>).

L'organisation matérielle de la Réunion est assurée par Mme Sez nec, S.O.C.F.I., 1<sup>er</sup> ter, rue Chané z, Paris (XVI<sup>e</sup>). MIRabeau 92-57.

---

### CONGRÈS INTERNATIONAL DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE, GENÈVE 26 au 31 juillet 1954

Le bulletin d'information vient de paraître; il contient tous les détails d'organisation et peut être demandé au Secrétariat général, Maternité, Genève, ou dans toutes les agences de l'*American Express Company*.

Les conférences magistrales seront faites par MM. les Prof. Butenandt (Tubingue), Caspersson (Stockholm), Houssay (Buenos Aires), Oberling (Paris), Penrose (Londres), Sigerist (Yale et Zurich), Warkany (Cincinnati). 30 à 35 gynécologues éminents du monde entier présenteront des rapports sur le thème général de la prophylaxie en gynécologie et obstétrique et 100 à 120 rapporteurs adjoints compléteront les exposés et les discuteront.

Les orateurs pourront s'exprimer à leur choix dans l'une des cinq langues officielles du congrès, le français, l'anglais, l'allemand, l'espagnol et l'italien; l'interprétation simultanée par ondes courtes et par casques se fera en français et anglais.

Un programme de 60 communications libres, non traduites, est en préparation.

Les expositions scientifique et technique suscitent le plus grand intérêt et de nombreuses inscriptions sont déjà parvenues.

Plusieurs films scientifiques ont été annoncés pour être présentés en première vision au cinéma du congrès.

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétariat du Congrès, Maternité, Genève.

### *Concernant l'Effacité —*

“La Terramycine... possède un haut degré d'activité contre une vaste gamme d'infections.”<sup>1</sup>

*et* la Terramycine peut être d'un haut degré d'efficacité même dans les cas où d'autres antibiotiques ne le sont pas.<sup>2</sup>

### *Concernant la Tolération —*

La Terramycine “...n'a pas eu d'effet de toxicité... les effets accessoires n'ont pas constitué de problème en thérapie.”<sup>1</sup>

*et* la Terramycine peut être bien tolérée même dans les cas où d'autres antibiotiques ne le sont pas.<sup>3</sup>

# CRISTALLINE Terramycine

CHLORHYDRATE  
OXYTÉTRACYCLINE MARQUE

*suggérée pour:* les infections pneumococciques aiguës, y compris la pneumonie lobaire et la bactériémie; 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 microorganismes sensibles à la Terramycine; la brucellose aiguë (abortus, mélitense, suis); les infections d'hémophilie; 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 présentée à la 144<sup>ème</sup> Réunion Annuelle de la Société Médicale de l'Etat de New-York, Ville de New-York, Section de Médecine, 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**

**PFIZER CANADA**  
Division Pfizer Corporation  
8311, chemin Royden,  
Montréal 9, P. Q.

**LE COLLÈGE DE PRATIQUE DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE AU CANADA**

*Comité exécutif provisoire.* — (1) Président, Dr M. R. Stalker, Ormstown, Québec; (2) Futur Président, Dr J. H. Black, Vancouver, C.C.; (3) Trésorier Honoraire, Dr Glenn I. Sawyer, Toronto, Ont.; (4) Directeur du conseil des représentants, Dr C. L. Gass, Tatamagouche, N.-E.

Autres membres: Dr Armand Rioux, Québec, P.Q.; Dr J. Wendell MacLeod, Saskatoon, Sask.

*Directeur de l'exécutif.* — Dr W. V. Johnston, Lucknow, Ont. (Doit entrer en fonction le premier mars 1954).

*Conseil provisoire des représentants.* — Le comité exécutif ainsi que les représentants suivants, des différentes provinces: Colombie Canadienne, Dr E. C. McCoy, Vancouver; Alberta, Dr Pat Rose, Edmonton; Saskatchewan, Dr Fritz Werthenbach, Unity; Manitoba, Dr Jack McKenty, Winnipeg; Ontario, Dr William Wilford, Warton, Dr Maurice Hobbs, Millbrook; Québec, Dr Armand Rioux, Québec, Dr Hans Geggie, Wakefield; Nouveau-Brunswick, Dr Melville Rice, Campbellton; Nouvelle-Ecosse, Dr Alex MacLeod, Dartmouth; Ile-du-Prince-Edouard, Dr L. G. Dewar, O'Leary; Terre-Neuve, Dr John Walsh, Manuels.

COLLÈGE DE PRATIQUE DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE DU CANADA

DEMANDE D'ADHÉSION

(Veuillez clavigraphier ou écrire en lettres moulées, s.v.p.)

Nom au complet ..... Date.....

Adresse du bureau..... Ville..... Prov.....

Adresse du domicile..... Ville..... Prov.....

Endroit et date de naissance.....

Etudes médicales, Ecole de médecine .....

Date de graduation..... Diplôme.....

Licencié pour pratiquer dans la (les) province(s) de.....

Autres diplômes et qualités.....

Internats — Hôpitaux..... De..... A.....

..... De..... A.....

..... De..... A.....

..... De..... A.....

Postes dans l'enseignement.....

Pendant combien de temps avez-vous pratiqué activement la médecine générale?.....

Pratiquez-vous encore?.....

Pendant combien de temps avez-vous servi d'assistant à un omnipraticien?.....

Qui avez-vous assisté?..... De..... A.....

Faites-vous partie du personnel d'un hôpital (ou de plusieurs hôpitaux)?.....

A quel titre?    Honoraire     Traitant     Affilié     Consultant     Visiteur

Nom de l'hôpital (ou des hôpitaux).....

Membre de la société médicale de.....

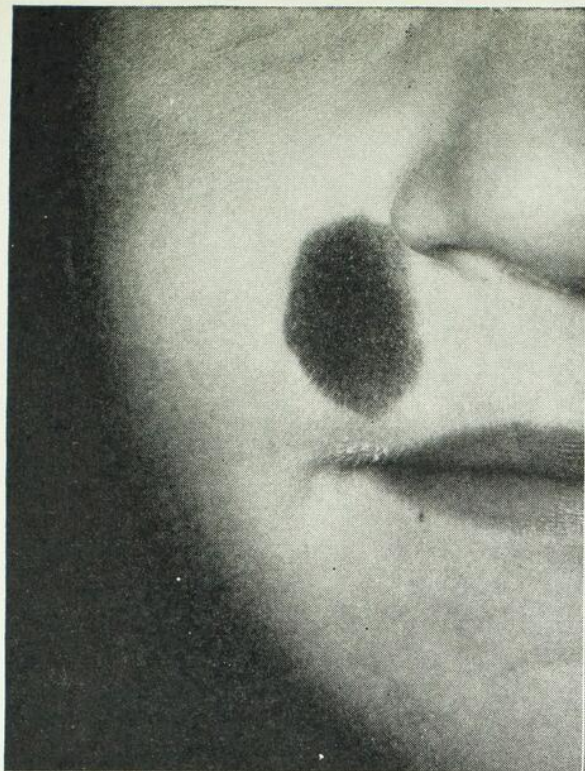
Activités éducatives des deux dernières années: Nombre d'heures approximatif

1. Réunions des sociétés savantes auxquelles vous avez assisté:

.....

.....

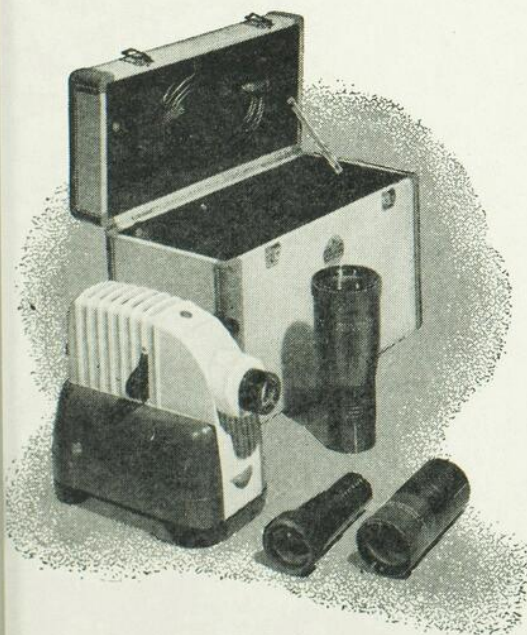
Marque pigmentaire, avant l'opération



**Pour présenter  
tous les détails  
brillamment...**

**sous un éclairage modéré... à un auditoire nombreux**

**L'AMPHITHÉÂTRE EST GRAND**: l'éclairage, modérément vif, ne peut être atténué. Des diachromies, de 2 x 2 pouces, très fouillées, doivent être présentées pour étude et discussion. La situation exige un projecteur très puissant et nettement supérieur.



**Utilisez le Projecteur Kodaslide, Modèle Master.** Avec sa lampe de 1000 watts, il peut diriger sur l'écran un flux lumineux plus puissant que tout autre appareil pour projections de 2 x 2 pouces. Quatre objectifs "Lumenized" au choix. Projections protégées par du verre qui absorbe la chaleur et un ventilateur à même qui envoie un jet d'air vers la lampe, le circuit condensateur et les deux côtés de la projection. Fonctionne sur CA de 60 cycles. Prix, avec Objectif de Projection Kodak Ektanon, (Lumenized)  $f/3.5$  de 5 pouces, et Bague Porte-Objectif, \$203.50. Mallette pour porter l'appareil, \$61.50. Prix sujets à changement sans préavis.

Pour de plus amples renseignements, voyez votre marchand d'appareils photographiques 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

Réunions des sociétés médicales régionales: *Nombre d'heures approximatif*  
 -----  
 -----

Congrès — Association provinciale, A.M.C. et autres (veuillez indiquer les noms et les dates)

-----  
 -----

2. Cours de perfectionnement que vous avez suivis (noms et dates)

-----  
 -----

3. A. Réunions du personnel de l'hôpital:

-----  
 -----

B. Toute autre activité médicale telle que cliniques et visites des salles, communications soumises ou publiées, choix de lectures ordonné, critiques d'ouvrages, relations de cas intéressants soumises ou publiées, activités dans le domaine de l'hygiène publique, etc.

-----  
 -----  
 -----

En soumettant ma demande d'adhésion au Collège de Pratique de la Médecine Générale du Canada, comme membre, je déclare faire partie de mon Association Médicale Provinciale et de l'Association Médicale Canadienne, ou de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada.

Ci-inclus un chèque au montant de mes dus pour 12 mois comme membre actif  membre associé   
 Il est entendu que cet argent me sera remboursé si ma demande n'est pas acceptée. Je m'engage, en soumettant cette demande, à respecter les règlements du Collège de Pratique de la Médecine Générale du Canada.

Recommandations:	Nom	Adresse
1.....	-----	-----
2.....	-----	-----

-----  
*Signature de l'Aspirant*

Recommandé comme — Membre honoraire  Membre actif  Membre associé   
 Candidature rejetée  Candidature remise à plus tard

Remarques:

-----  
*Comité Provincial des Créances*

Les demandes d'adhésion doivent parvenir au

Collège de Pratique de Médecine Générale du Canada,  
 244, rue Saint-Georges,  
 Toronto 5, Ontario.

*Depuis plus de trente ans . . .*

# AGAROL

*l'émulsion d'huile*

*\*minérale unique*

*. . . s'est montrée sûre et efficace dans le soulagement  
de la constipation*



L'émulsion Agarol est unique parce qu'elle est préparée selon un procédé spécial semblable à celui que l'on emploie dans l'homogénéisation du lait. Pour obtenir un degré de dispersion aussi élevé, des pressions de plus de 3000 lbs sont nécessaires.

Comme résultat, l'Agarol se disperse rapidement, uniformément et d'une façon naturelle dans le tube digestif.

\*L'Agarol contient aussi de la gelée d'agar, de la phénophtaléine (d'un degré spécial)  $\frac{3}{4}$  gr. par cuillerée à thé.

- Résultat —**
- 1. Triple action — Lubrification, plus volume, plus stimulation légère.**
  - 2. N'occasionne aucun suintement**
  - 3. Remarquablement exempt d'effets irritants**

**WARNER-CHILCOTT**

*Laboratories*

Division de William R. Warner & Co. Ltd. — Toronto, Ontario

## REVUE DES LIVRES

---

### Les Cahiers de l'Hôtel-Dieu de Québec — Chroniques médico-hospitalières 1952.

Ces sont les 7<sup>èmes</sup> Cahiers de cette vénérable institution, que nous venons de recevoir et comprenant les travaux que ses médecins ont publiés durant 1952 dans différents périodiques canadiens et étrangers.

Cette livraison, comme à l'accoutumée; est d'une présentation soignée et élégante. Elle plait avant que d'instruire. On se rend compte qu'on a voulu depuis le début de cette publication annuelle, revêtir le texte scientifique qu'elle contient d'une forme qui s'allie à l'excellence des travaux présentés.

La typographie et l'iconographie sont impeccables; l'ensemble offre un caractère de sérieux et de solide que seuls le travail et l'ambition de bien faire peuvent réaliser.

Les « Cahiers » présents sont préfacés par le Dr J. Gilbert Turner de l'Hôpital Royal Victoria de Montréal.

Ils renferment des travaux de médecine et de chirurgie générales, de différentes spécialités: orthopédie, urologie, dermatologie, pédiatrie, anesthésie, oto-rhino-laryngologie, radiologie, laboratoires.

Au début de la livraison, on évoque la figure de trois médecins récemment disparus et qui avaient été intimement associés à l'œuvre de l'Hôtel-Dieu.

Le cœur avant l'intelligence.

A la fin, un très important mémoire sur l'assurance-maladie du Dr J.-E. Pelletier qui avait été communiqué aux dernières « Semaines Sociales du Canada », mémoire excellemment documenté appuyé sur le droit des provinces, sur le droit individuel et surtout sur le sens commun, mettant au premier plan l'aspect humain et moral dans la solution de cette question de première actualité.

Dans le corps de la publication, on y peut lire des mémoires étayés de nombreuses ob-

servations personnelles et des constats anatomo-pathologiques comme celui qui traite des « tuberculoses cutanées et cutané-osseuses », comme un second qui étudie « le cancer des voies aériennes digestives supérieures », comme un troisième qui a traité à la « Colite ulcéreuse », des travaux présentés au Congrès de Québec de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada et publié dans « L'Union Médicale du Canada », au Collège Royal, et à la « Société Médicale des Hôpitaux Universitaires de Québec » qui parurent dans le « Laval Médical ».

De tout cela, qui couvre cinq cent quarante-neuf pages (549) d'un *in-quarto*, se dégage l'intention de contribuer au meilleur des possibilités actuelles à l'avancement de la science médicale dans notre monde canadien français et par-dessus tout de donner aux malades ce que la médecine possède de meilleur et de plus efficace.

Roma AMYOT.

Dr François BOLOT. — **Soins pré et post-opératoires.** — Librairie Le François, édit., Paris, 1953.

Voici un livre qui répond certainement à un besoin. Il est plaisant que ce soit un chirurgien de chirurgie générale qui l'ait écrit. Quiconque l'aura lu et mis en bonne place dans sa bibliothèque, comprendra que malgré son faible volume il tienne autant de place que les plus gros traités de technique chirurgicale.

Je sais que son auteur le destine aux étudiants et à tous les collaborateurs de chirurgie (internes, externes, infirmières spécialisées). Je le crois trop réservé dans l'avenir de son livre. C'est avant tout au chirurgien qu'il s'adresse. Le très beau travail de synthèse qu'il a fait nous montre que s'il existe des spécialités en clinique chirurgicale, la chirurgie est une, quoi qu'on fasse, et qu'à travers les détails propres à chaque spécialité l'unité

## LA BRONCHITE CHRONIQUE, PROBLÈME D'ORDRE MONDIAL, SE VOIT ENRAYÉE PAR LES ANTIBIOTIQUES

Les infections respiratoires chroniques sont considérées aujourd'hui comme comptant, dans presque toutes les parties du monde, parmi les problèmes les plus communs et les plus coûteux du domaine de la santé publique, selon ce qui ressort d'études récentes à ce sujet.

De toutes ces maladies, la tuberculose est probablement la mieux connue et celle qu'on craint le plus. Mais la science médicale a découvert que certaines affections pulmonaires dont les manifestations sont moins dramatiques mais qui sont souvent aussi tenaces sont à l'origine d'un pourcentage surprenant de cas d'absentéisme. L'une des pires de ces maladies est la bronchite chronique qui cause la perte de 13 000 années-hommes de travail annuellement en Angleterre et dans le pays de Galles seulement.

De nombreux facteurs ont tendance à aggraver cette infection des bronches. Parmi ceux-ci, l'air froid et humide et le brouillard sont les plus connus, mais la contamination de l'atmosphère par les gaz industriels, la suie, etc. est considérée également comme l'une des causes majeures d'une telle aggravation. Les récentes manifestations du « smog » (un mélange de brouillard et de fumée) dans diverses parties de l'Europe ont été accompagnées d'un accroissement marqué de l'incidence et de la gravité de la bronchite. Bien qu'on ne puisse faire grand-chose en vue de l'élimination de ces facteurs atmosphériques, les microbes se trouvant dans les voies respiratoires irritées peuvent être maintenant combattus à l'aide des plus récents des antibiotiques, selon les médecins.

Grâce au fait que les microbes qui sont la cause de la bronchite chronique ont été identifiés, il est maintenant possible d'appliquer avec succès l'antibiothérapie. Ce fut là un problème de tout premier ordre pendant de nombreuses années, car l'on trouve d'ordinaire un nombre varié d'organismes différents dans les bronches du malade. Récemment cependant, des études effectuées à l'Institut des maladies du poumon à Londres ont montré que deux — et seulement deux — espèces de microbes semblent être présents dans la plupart des attaques de bronchite chronique. Ce sont le pneumocoque, organisme à la base également de la plupart des formes de pneumonie, et l'*Hemophilus influenzae*, bactérie qu'on croyait autrefois être la cause de l'influenza.

Ayant étudié les effets de divers antibiotiques contre ces deux microbes dans les voies respiratoires des malades, le Dr C. H. Stuart-Harris et ses adjoints rapportent que la pénicilline donne d'excellents résultats contre le pneumocoque, mais des résultats moins bons contre l'*H. influenzae*. Ils ont trouvé cependant que d'autres antibiotiques plus nouveaux

**NOUVEAU!**

# Cortomyd

(suspension aseptique et onguent)



**enraye l'inflammation de l'œil  
combat les infections de l'œil  
protège l'œil blessé.**

Cortomyd est la seule préparation ophtalmique contenant de la cortisone et du sulfacétamide sodique.

D'une tolérance facile, d'une action rapide et sûre, Cortomyd peut être employé pour ses effets anti-inflammatoires et anti-bactériens sans nuire à l'usage normal de l'œil. Un soulagement symptomatique s'obtient souvent en quelques minutes, tandis que l'infection est fréquemment enrayée en l'espace de quelques heures.

### Formule:

Acétate de cortisone (ACÉTATE de CORTOGEN) 1.5% (15 mg. par cc.); sulfacétamide sodique (SULAMYD SODIQUE) 10% (100 mg. par cc.).

### Présentation:

Suspension ophtalmique aseptique en bouteille-compte-gouttes de 5 cc.; onguent ophtalmique en tube de 1/8 d'once.

*Schering*



CORPORATION LIMITED,  
MONTRÉAL

de la réaction organique à l'agression chirurgicale demeure.

M. Bolot s'est placé sous le signe de la clinique et s'en fait un point d'honneur et nous ne pouvons que l'en féliciter, mais si lui a fait l'effort indispensable pour pénétrer le sens physiopathologique et biologique, qui guide à chaque page les gestes codifiés de sa thérapeutique humaine, ne faut-il pas craindre qu'un tel livre, œuvre d'un seul, ne favorise la paresse intellectuelle de beaucoup? Souhaitons au contraire qu'il engage le lecteur à faire le même effort et peut-être à le prolonger.

On nous répondra que la complexité croissante des disciplines médico-chirurgicales interdit au spécialiste de s'éloigner de la voie étroite où il s'est engagé. C'est sans doute exact, mais regrettable. La seule façon de remédier à un tel état de choses n'est-il pas alors de créer une nouvelle spécialité pour un petit nombre, spécialité synthétique, étudiant et traitant ce qui reste commun à toutes les disciplines médico-chirurgicales: la réaction organique à l'agression? N'y a-t-il pas une discipline qu'il est urgent de servir: *l'agressologie*?

Et c'est en définitive un livre d'agressologie que nous avons aujourd'hui le bonheur d'avoir entre les mains avec l'ouvrage de M. Bolot. C'est évidemment un livre d'agressologie chirurgicale, mais tout lecteur en le refermant comprendra que la synthèse qu'il réalise a une portée beaucoup plus générale — bien que l'auteur soit resté dans un classicisme dont on ne peut que le féliciter.

« Chirurgie, discipline de la connaissance » a dit Leriche, et non point œuvre d'artisan évolué, ajouterons-nous. Un livre comme celui-ci en est la preuve la plus rigoureuse. On ne saurait trop remercier son auteur de nous la donner.

**Le cancer de l'estomac au début** — films, par les docteurs GUTMANN et J. DAOUD. Film parlant de 30 minutes, en noir. Réalisation du docteur J. Garnier, directeur des monographies médicales et scientifiques, 30, rue des Saints-Pères, Paris 7e.

Ce Film, en tous points remarquable, qui vient d'être présenté à la Société de Gastro-entérologie et à l'Académie Nationale de Médecine, a été réalisé selon une technique très originale.

Il s'agissait de faire défiler pendant 30 minutes, une série de clichés radiographiques, en évitant de lasser le spectateur.

Quatre facteurs ont permis de pallier à cet inconvénient:

1 — L'éloquence démonstrative de Gutmann, dont la conférence est un chef-d'œuvre de concision et de clarté;

2 — L'intérêt de son incomparable collection radiographique;

3 — L'animation très spectaculaire des clichés, dessins et schémas;

4 — La parfaite synchronisation, qui était particulièrement difficile.

L'auteur et le réalisateur ont ainsi réussi à transformer un film essentiellement statique en une conférence filmée extrêmement vivante, dont le pouvoir évocateur est tel, qu'elle constitue le type parfait du film d'enseignement.

Ajoutons que le Dr Jean Garnier a eu l'heureuse idée de présenter cette conférence filmée sous forme d'une Monographie spéciale qui constitue le numéro inaugural d'une nouvelle collection: Monofilms. Cette Monographie se déroule exactement comme une bande cinématographique. C'est-à-dire que, d'une part, tous les clichés, dessins et schémas sont placés dans le texte, au fur et à mesure des besoins de la conférence, et ne comportent, par conséquent, aucune légende, et que, d'autre part, le texte ne comprend aucun renvoi aux clichés.

Cette présentation nouvelle facilite indiscutablement la lecture du sujet traité et la compréhension des images. (MONOFILMS No 1: *Le Cancer de l'estomac au début* (diagnostique des formes ulcérées), 112 clichés radiographiques et dessins, présentation sur papier couché. Prix: 850 Frs, franco — Règlement à l'ordre des Editions Heures de France, C.C.P. 3470-05 Paris)

réussissent souvent à arrêter l'action de ce groupe de microbes, fondant leur opinion en grande partie sur leurs travaux avec la terramycine. Un rapport de leurs études apparaît dans le *Journal trimestriel de médecine*, une publication britannique.

Ces travaux d'ailleurs confirment des rapports précédents venus de Suisse où les docteurs G. Bickel et H. Plattner, écrivant dans la *Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, déclarent que la terramycine s'est trouvée « supérieure de façon appréciable aux autres antibiotiques » dans divers cas de bronchite chronique, y compris une bronchite compliquée d'asthme.

Récemment, un groupe de médecins américains s'étant livrés à des recherches à ce sujet ont souligné le fait que les individus souffrant d'allergie posent un problème spécial lorsqu'il s'agit de les traiter pour des infections des voies respiratoires. Ces malades auraient une tendance à une réaction exagérée des muqueuses de leur système respiratoire, et aussi seraient davantage sujets aux infections secondaires.

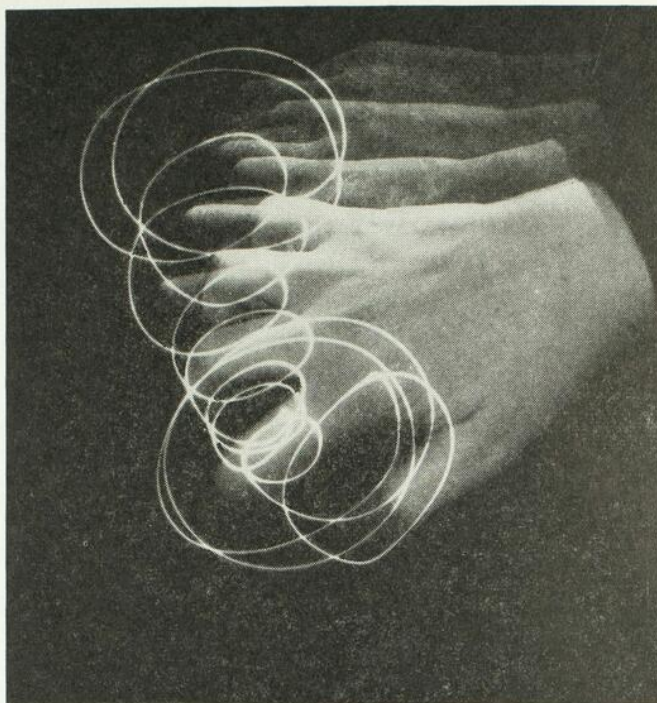
Dans le but d'empêcher la bronchite d'entraîner des attaques d'asthme, les docteurs S. D. Klotz et Clarence Bernstein ont administré de la terramycine à 114 asthmatiques souffrant de bronchite et autres affections des voies respiratoires. Ils rapportent dans le journal médical *Antibiotiques et Chimiothérapie* que cet antibiotique est d'une valeur certaine dans le traitement des infections des voies respiratoires chez les individus souffrant d'allergies.

---

**LES ÉTABLISSEMENTS PFIZER METTRONT  
À LA DISPOSITION DES MÉDECINS UN  
NOUVEL ANTIBIOTIQUE À LARGE SPECTRE : LE TÉTRACYNE**

Les Etablissements Chas. Pfizer & Co. Inc., une des principales maisons américaines de produits pharmaceutiques, ont annoncé la mise en vente prochaine — sous la marque de fabrique Tétracyne — du nouvel antibiotique à large spectre d'action, la tétracycline. Ce produit sera présenté, entre autres, sous forme de dragées, de suspension pour administration orale et de préparation pour la voie intraveineuse, qui seront désormais disponibles partout dans le monde par l'intermédiaire des filiales des Etablissements Pfizer.

La découverte de la tétracycline par les chimistes attachés aux services de recherches de la Maison Pfizer découle de leurs travaux antérieurs qui ont abouti à l'identification de la structure moléculaire de la Terramycine. Les chercheurs des Etablissements Pfizer avaient soutenu dans une communication scientifique, parue en octobre 1952, que la structure du nouvel antibiotique constitue le « squelette » chimique de base tant de la Terramycine que de l'Auréomycine.



## Pour le soulagement de la démangeaison

Crème

# EURAX

- Soulagement rapide, de longue durée
- Ne sensibilise pas, n'irrite pas
- N'est pas un antihistamine, ni un dérivé de 'caïne, ou un produit hormonal
- Ne tache pas,
- ne graisse pas,
- est inodore.

Crème EURAX (marque de crotamiton)  
en tubes de 20 gm. ou jarres d'une livre



**PRODUITS PHARMACEUTIQUES GEIGY**

Division de Geigy (Canada) Limited

286 ouest, rue Saint-Paul  
Montréal 1, P. Q.

Mars 1885

**Était-ce un anévrisme?**

Monsieur le Rédacteur,

Veillez m'accorder un court espace dans votre journal pour le rapport d'un cas que je considère propre à intéresser la profession. Je compte que ce rapport sera d'autant plus intéressant que le sujet de l'observation a été examiné par bon nombre de mes confrères voisins et, de plus, par un certain nombre de médecins de Montréal.

Pierre B..., de St-Edwidge de Clifton, aet. 50, du poids de 160 lbs à peu près, arrivait chez moi le 4 octobre 1883, dans le but de se faire examiner. Il m'était envoyé par mon confrère le Dr B... qui le traitait depuis à peu près quatre mois pour certains troubles du côté de la poitrine et quelque chose d'anormal au sternum.

Examen: — Je remarque sur la partie antérieure de la poitrine une élévation circonscrite formant tumeur, de  $\frac{3}{4}$  de pouce de hauteur, ayant un diamètre de 2 pouces à la base, sur la partie gauche du sternum, à la jonction de la seconde et de la troisième côte avec le sternum. Cette tumeur est ferme, résistance à la pression, presque indolore, la peau qui la recouvre est de couleur normale. La pensée d'avoir sous les yeux un cas d'anévrisme me vient naturellement à l'esprit. Alors, pour établir mon diagnostic, j'interroge les pulsations radiales des deux avant-bras; je compare la force du pouls de chaque côté, il me semble reconnaître une diminution de force dans le pouls gauche; j'applique mon oreille sur la tumeur, je perçois les pulsations du cœur, elles sont isochrones avec le pouls; j'applique le stéthoscope et cherche les bruits anormaux. Je ne puis parvenir à découvrir qu'un certain bruit de souffle peu prononcé; si je n'entends pas de bruit de râpe, ou le frémissement cataire, j'attribue cela au travail qui se serait déjà fait dans le sac anévrisimal datant déjà d'un certain temps, par exemple, l'organisation de la fibrine en plaques laminées qui auraient pour effet de s'interposer entre le flux du sang dans l'artère et le pavillon du stéthoscope. D'ailleurs, ces bruits anormaux ne peuvent-ils pas manquer dans quelques cas? Barker a rapporté deux cas d'anévrisme de l'aorte dans lesquels, selon lui, il n'y avait ni battements ni bruits anormaux. Du côté des organes de la respiration il y a de l'essoufflement, de l'oppression aussitôt que le sujet veut se livrer au travail. A l'appui de mon diagnostic j'apporte les grandes raisons suivantes: la nature du travail de cet homme qui est un colon défricheur. On sait à quelle somme d'ouvrage dur et fatigant ces hommes se soumettent. Un jour que notre malade était occupé à abattre des arbres, pour faciliter la chute d'un de ces géants de la forêt dans une direction particulière, armé d'un fort levier, il se mit à pousser de toutes ses forces sur cet arbre, et

durant ces efforts il sentit dans la poitrine comme si quelque chose eut cédé, craqué, suivant son expression. Depuis ce temps il a remarqué ne pouvoir plus se livrer à aucun travail assidu, et depuis ce temps-là date l'oppression à la marche, oppression qui a persisté jusqu'à la fin. Or que dit Valleix? «Lorsque l'on voit, immédiatement après une chute ou une violence extérieure, apparaître les battements de l'aorte, une tumeur dans la poitrine, etc., on ne peut pas douter que ces causes n'aient donné lieu à la formation d'un sac anévrisimal?» D'après tous les signes énumérés ci-haut, nous étions donc justifiables de baser notre diagnostic comme se rapportant à un cas d'anévrisme de l'aorte, portion ascendante. Ne voulant pas prendre seul la responsabilité de ce jugement, j'invite le sujet à aller voir mon confrère le Dr X... de Sherbrooke. Celui-ci, après examen, me renvoie le porteur de la tumeur, avec un mot en disant qu'il était d'opinion que la tumeur était anévrismale et qu'il pensait même y avoir reconnu le frémissement cataire.

Dans le printemps de 1884, le patient, sur le conseil de son médecin, se rend à Montréal. Là, il est examiné par un bon nombre de nos plus habiles chirurgiens; quelques-uns, le plus grand nombre, se prononcent pour un anévrisme, d'autres réservent leur jugement. Je dois dire ici, pour rendre justice à qui de droit, que le médecin traitant le cas ne se prononça pas; un confrère opina pour une exostose, un autre pour un abcès qui devait être ouvert... Le patient est resté sous les soins du Dr B... qui traita les symptômes. Bientôt la maladie fit des progrès, les symptômes s'aggravèrent, les troubles de la respiration devinrent tels qu'il ne put plus se coucher, puis dyspepsie, faiblesse et anasarque très prononcée et il fut forcé, pendant près de trois mois, à passer ses nuits sur une chaise.

Le 29 novembre 1884, j'apprenais la mort du malade et le Dr B... m'invitait à assister à l'autopsie.

Post-mortem: aspect extérieur: on remarque une tumeur volumineuse recouvrant presque tout le sternum, partant du niveau de la 3e côte, se prolongeant en haut sur une longueur d'à peu près huit pouces et large de trois à quatre pouces, jusque dans la région du cou; cette tumeur est nodulée, s'élevant à certains endroits à près de trois pouces, ferme et dure; la peau qui la recouvre est de couleur et consistance normale. A la vue de cette tumeur que je n'avais pas examinée depuis treize mois, mon diagnostic commence à être ébranlé; cependant le Dr B. ayant fait une incision assez profonde dans toute la longueur de la tumeur, nous constatons avec étonnement que le scalpel a sectionné une masse de substance blanche, lardacée, criant sous la lame; c'est du tissu squirreux! Il est impossible de relever le sternum solidement fixé qu'il est par la tumeur qui fait corps avec lui. Le tissu osseux n'existe plus et a été remplacé par la substance lardacée dure,

Des études cliniques préliminaires ont démontré l'action efficace de la Tétracycline dans les péritonites, les infections du tractus urinaire, les otites et les mastoïdites, la pneumonie ainsi que dans beaucoup d'autres infections. Dans un article sur le nouvel agent anti-infectieux, paru dans le numéro de février du *Journal of the American Medical Association*, le Dr Maxwell Finland, ainsi qu'un groupe de médecins de Boston, confirment le vaste champ d'action de la tétracycline et déclarent que « l'activité antibactérienne de la tétracycline se rapproche de et, à maints égards, est presque identique à celles de l'oxy-tétracycline (Terramycine) et de la chlorotétracycline (Auréomycine). »

Après avoir fait leurs commentaires sur l'efficacité du nouvel antibiotique, le Dr Finland et ses collaborateurs font remarquer que la différence clinique essentielle entre la tétracycline et les deux antibiotiques analogues à large spectre est « l'incidence nettement inférieure des troubles gastro-intestinaux » après traitement par la tétracycline. Ces médecins ajoutent que « les résultats obtenus sont encourageants et justifient des essais cliniques ultérieurs avec la tétracycline. »

Les travaux de Boston ont porté sur 179 malades traités par la tétracycline et dont la plupart étaient atteints d'infection des voies respiratoires et du tractus urinaire.

---

### LA NORDIC BIOCHEMICALS LTD.

Une compagnie, récemment entrée dans le domaine de l'industrie pharmaceutique au Canada, la « Nordic Biochemicals Ltd., » a prouvé qu'un groupement de petites associations est capable, par le truchement d'une coopération internationale, de produire des fruits dans le champ de la recherche médicale et de faire des découvertes habituellement réservées aux géants de l'industrie pharmaceutique.

La « Nordic » est un membre du groupe choisi de firmes associées à la Compagnie Danoise, les Laboratoires Fredericksberg. Elle comprend sept laboratoires pharmaceutiques, répartis à travers le monde, dans des endroits aussi éloignés que l'Australie et l'Argentine, occupés spécialement à la production de produits endocriniens. Ces sept compagnies se sont associées pour monter un institut de recherche indépendant à Copenhague, Danemark. Dans cet institut, les membres ont réuni des moyens de travail et un personnel que chaque compagnie, prise individuellement, aurait été incapable de se payer.

Les produits ACTH maintenant fabriqués et brevetés au Canada par la « Nordic Biochemicals » sont le résultat des recherches de base entreprises par cet institut. ACTON X, la marque d'ACTH de la « Nor-

### SERVICE CIVIL

#### PROVINCE DU NOUVEAU-BRUNSWICK

LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ  
ET DES SERVICES SOCIAUX DEMANDE

### DES MÉDECINS HYGIÉNISTES

#### Qualités requises :

Diplôme d'hygiène publique;  
être bilingue.

LE MINISTÈRE DEMANDE ÉGALEMENT

### DES MÉDECINS POUR SUIVRE DES COURS D'HYGIÈNE PUBLIQUE

#### Qualités requises :

Diplôme d'une école de médecine  
canadienne reconnue; être bilingue.

Allocations généreuses aux fins de voyage, de subsistance et d'enseignement pour la durée des cours. Les diplômés entrent ensuite au service du Ministère de la Santé et des Services sociaux en qualité de médecins hygiénistes.

#### Échelle de salaires :

\$6,000. - \$8,100. boni (le salaire varie selon l'expérience): augmentation annuelle de \$300.

Emplois permanents comportant tous les avantages du Service Civil, y compris caisse de retraite, trois semaines de vacances payées par année et congés de maladie payés et amplement suffisants.

Pour renseignements supplémentaires,  
s'adresser à :

La Commission du Service Civil,  
C. P. 906,  
Frédéricton, N.-B.

coriace, telle que décrite plus haut. Après beaucoup de travail on réussit à enlever la masse tout entière à laquelle est attaché le cœur, et l'on peut alors constater que la tumeur a eu la base de cet organe pour point d'origine, et de là s'est étendue à l'oreillette droite, à l'aorte (ascendante, transverse et une portion de la descendante), aux veines caves, puis au sternum. Elle adhère à la paroi thoracique en avant, et se prolonge en haut jusqu'au cou. A l'intérieur de la poitrine, elle n'a pas moins de cinq pouces de large sur sept à huit de long, et pèse environ 8 à 10 livres; son volume égale celui de la tête d'un enfant d'un an. Nous constatons en outre une effusion assez abondante de sérum dans les plèvres qui sont adhérentes sur une certaine étendue; les poumons sont congestionnés.

Remarques. — Dans mon humble opinion, il était rationnel, dans ce cas, de se prononcer pour un anévrisme, principalement dans le temps que nous avons examiné le sujet, c'est-à-dire dans les premiers mois de la maladie, et cela: 1° par le site de la tumeur qui était celui des anévrismes; 2° par les battements

perçus dans la tumeur, battements isochrones aux pulsations des artères radiales; 3° par les bruits de souffle entendus par différents confrères, bruits faciles à expliquer par la gêne de l'oreillette droite du cœur qui se trouvait comprimée dans ses mouvements par la masse qui l'enveloppait, et aussi par le rétrécissement du calibre des artères émergeant de la base du cœur; 4° par la dyspnée, et la douleur plus ou moins prononcée; 5° par l'absence, jusqu'à la fin, de la couleur jaune paille de la peau, caractéristique des affections cancéreuses, et aussi par l'absence de tout ganglion induré, à l'aisselle et ailleurs; 6° par la nature du travail de cet homme, et encore plus par l'histoire de l'accident survenu quelque temps avant la première manifestation des symptômes; 7° enfin, la rareté de cas semblables. Je ne sache pas qu'il soit fait, dans nos auteurs, mention d'un cas de ce genre. Nous avons presque tous les signes d'un anévrisme, et cependant, c'était... une tumeur cancéreuse!

Dr Ths. LaRUE.

Compton, 26 janvier 1885.

## LIVRES REÇUS

- Les Cahiers de l'Hôtel-Dieu de Québec.** — Chroniques médico-chirurgicales, 1952.
- Atlas de Radiologie pulmonaire.** — R. Ancammare. Maloine, éditeurs, Paris, 1953.
- Atlas d'hématologie.** — P. Merklen et R. Waitz. Librairie Maloine, édit., Paris, 1953.
- L'urokymographie et la radiomanométrie urinaire.** — W. Gregoir. Masson et Cie, édit., Paris, 1953.
- Le T.P.I. test de Nelson-Mayer et les nouveaux aspects immunologiques de la syphilis.** — Masson et Cie, édit., Paris, 1953.
- Official History of the Canadian Medical Services 1939-1945.** — W. R. Feasby, édit., University of Toronto.
- Comment traiter par les antibiotiques.** — René Martin. Editions Médicales Flammarion, Paris.
- Handbook of Treatment of Acute Poisoning.** — E. H. Bensley et G. E. Joron. Renouf Publishing Co., Montréal, 1953.
- Comment traiter la constipation.** — Roger Cattan. Editions Méd. Flammarion, Paris, 1953.
- Manuel pratique de vaccination par le B.C.G.** — R. Mande. Masson et Cie, édit., Paris, 1954.
- Médecine et morale.** — P. Tiberghien. Desclée et Cie, Paris, 1952.
- Soins pré et post-opératoires.** — Dr François Bolot. Librairie Lefrançois, Paris, 1953.
- Exposés annuels de biochimie médicale.** — Michel Polonovski. Masson et Cie, édit., Paris, 1953.
- Tuberculino-réactions et B.C.G.** — Courcoux, A. Meyer et J.-P. Nico. Masson et Cie, édit., Paris, 1953.
- Physiologie obstétricale** — H. Pigeaud. Masson et Cie, édit., Paris, 1953.
- La vieillesse — (Physiologie générale, diététique et comportement de la).** — R. de Grailly et H. Destrem. Masson et Cie, édit., Paris, 1953.
- L'étude radiologique des voies séminales.** — Jacques Boreau. Masson et Cie, édit., Paris, 1953.
- Chimie analytique (Mises au point de).** — J. A. Gauthier. Masson et Cie, édit., Paris, 1953.
- Guide de biologie médicale.** Cahiers 1 à 6 inclusivement. — Dr Gaston Sirjean, auteur-éditeur, 19, rue Erlanger, Paris (16).
- Ophthalmologie.** — Louis Guillaumat. Editions Médicales Flammarion, Paris, 1953.

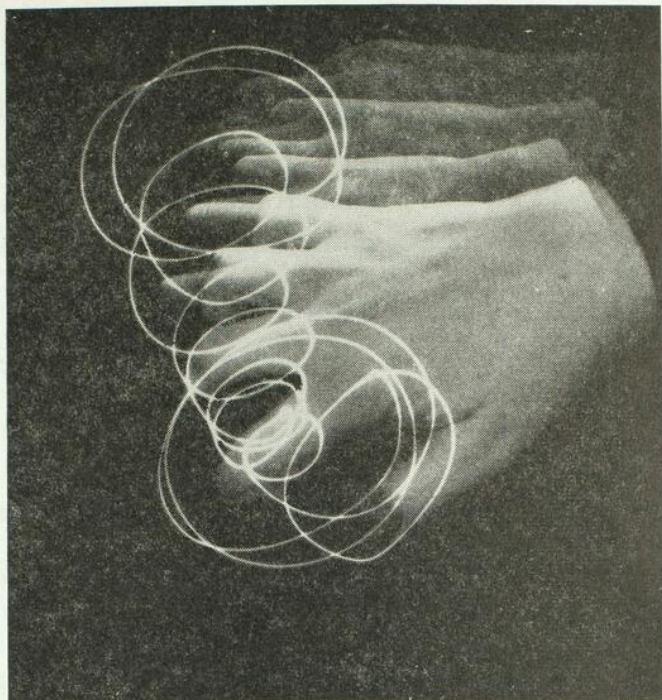
dic », fut le premier produit manufacturé au Canada, en utilisant les principes primordiaux d'abord démontrés par le Dr Astwood et ses associés au « Tufts Medical School » de Boston. La purification de l'ACTH dans ce procédé est obtenu par adsorption sur l'exyccellulose. L'adaptation du travail brillant du Dr Astwood aux procédés de manufacture a été faite à Copenhague dans un temps record et les problèmes compliqués de la production sur une large échelle ont été résolus en quelques mois.

Plus récemment, une formule entièrement nouvelle d'ACTH a été développée, qui rend possible la réduction dans la fréquence des injections de l'hormone, de quatre injections par jour à une seule tous les deux ou trois jours. Cette amélioration est due à la découverte que l'ACTH peut être combiné avec divers acides à grosses molécules pour former des sels, qui ne sont absorbés que lentement dans les tissus. Non seulement son action est prolongée, mais encore ce mode d'administration économise une grande quantité d'ACTH. La marque brevetée de cette préparation vendue au Canada est « DURACTON ».

Mais ce n'est pas seulement grâce au développement de nouveaux produits que cette coopération internationale contribue au succès de la « Nordic ». Le maintien d'un laboratoire unique de recherches biologiques favorise beaucoup plus l'uniformité de la recherche et à un coût beaucoup moins élevé que si chaque membre entretenait son propre centre. La coopération n'est pas non plus à sens unique. Chaque compagnie peut contribuer au fonds général de savoir, à ses propres recherches et à l'avancement de la technique manufacturière. La facilité avec laquelle un nouveau produit peut être étudié cliniquement est, aussi, bien favorisée par la rapidité avec laquelle on peut rassembler les résultats obtenus dans divers pays et sous toutes sortes de conditions cliniques différentes.

Cet exemple d'assistance mutuelle et de coopération sur le niveau international se retrouve de même dans le travail quotidien aux « Laboratoires Nordic ». Quoique les capitaux soient entièrement canadiens, le personnel technique représente une miniature des Nations Unies, comprenant des Canadiens français et anglais, des Danois, des Allemands et des Ukrainiens, unissant tous leur capacité spécialisée et travaillant en harmonie avec leurs collègues pour l'avancement de la médecine. La « Nordic » est un exemple de cette fusion des peuples et du savoir de tous les coins du monde, qui est représentatif du développement du Canada lui-même.

M. Edmond Hardy, bien connu de la profession médicale du Québec, s'est joint au personnel de « Nordic Biochemicals Ltd. », comme gérant des ventes pour cette province.



## Pour le soulagement de la démangeaison

Crème

# EURAX

- Soulagement rapide, de longue durée
- Ne sensibilise pas, n'irrite pas
- N'est pas un antihistamine, ni un dérivé de 'caïne, ou un produit hormonal
- Ne tache pas,
- ne graisse pas,
- est inodore.

Crème EURAX (marque de crotamiton)  
en tubes de 20 grm. ou jarres d'une livre



**PRODUITS PHARMACEUTIQUES GEIGY**

Division de Geigy (Canada) Limited

286 ouest, rue Saint-Paul  
Montréal 1, P. Q.

## 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

## ARTICHOBYL



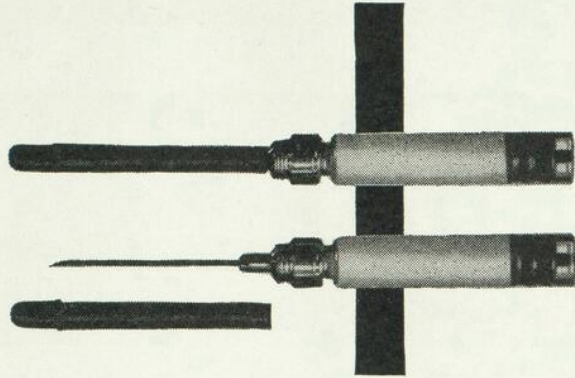
**MÉDICATION HÉPATIQUE, CHOLAGOGUE ET DIURÉTIQUE**  
à base d'extrait de feuilles d'artichaut

L'Artichobyl se caractérise par l'extrême douceur de son action. Il n'a pas de contre-indication, et les hépatiques, pourtant si sensibles aux médicaments, peuvent en ingérer des doses élevées sans inconvénient.

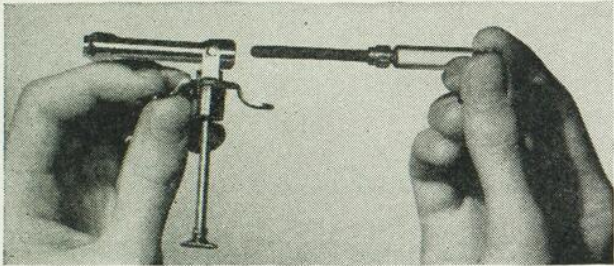
4 à 12 dragées par jour, réparties sur la journée.

**J. EDDÉ, Limitée, 1154, Beaver Hall Sq., MONTRÉAL.**

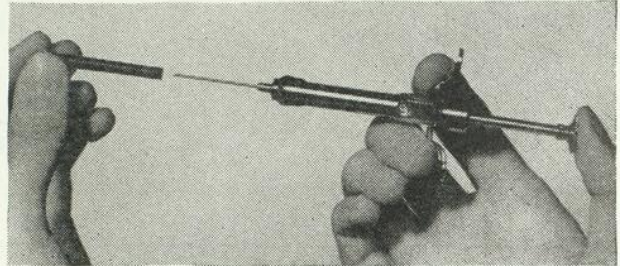
## LE NOUVEL ENSEMBLE TUBEX-AIGUILLE



### TOUT SIMPLEMENT:



1. Vous le chargez, avec la même facilité que vous chargez votre fusil de chasse. Vous verrouillez et . . .



2. Vous enlevez le capuchon de caoutchouc, vous aspirez et vous injectez!

### MEDICATIONS DISPONIBLES SOUS FORME DE L'ENSEMBLE TUBEX-AIGUILLE

**BICILLIN 600 L-A INJECTABLE** n,N'-dibenzyléthylènediamine dipénicilline-G en suspension aqueuse, 600,000 unités par Tubex.

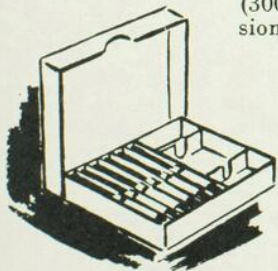
**BICILLIN C-R** Bicillin (300,000 U.I.) et pénicilline-G procaïnique (300,000 U.I.) en suspension aqueuse. Tubex de l.c.c.

**LENTOPEN 300**—Pénicilline-G procaïnique dans l'huile au monostéarate d'aluminium, 300,000 unités par Tubex.

**LENTOPEN 400**—Pénicilline-G procaïnique dans l'huile au monostéarate d'aluminium, 400,000 unités par Tubex.

**WYCILLIN 300 en SUSPENSION** — Pénicilline-G procaïnique cristallisée pour injection aqueuse, 300,000 unités par Tubex.

**WYCILLIN 600 en SUSPENSION** — Pénicilline-G procaïnique en suspension aqueuse, 600,000 unités par Tubex.



Désormais, pour votre commodité, nous offrons les produits pénicilliques sous forme de Tubex, en boîte de format pratique de 6 unités. Le nouvel emballage est prévu pour loger votre seringue à TUBEX. Existents également des cartons individuels comportant 1 Tubex.



Marque Déposée

WALKERVILLE, ONTARIO



# NEURINASE

*" amorce le sommeil naturel "*

LAB. GÉNÉVRIER . FRANCE J. EDDÉ L<sup>re</sup> MONTRÉAL



# GÉNÉVRAL

*Troubles Neuro-Cardiaques - Hypertension*

LAB. GÉNÉVRIER . FRANCE J. EDDÉ L<sup>re</sup> MONTRÉAL



# ALEPSAL

*Convulsions - Spasmes  
Calmant non déprimant*

LAB. GÉNÉVRIER . FRANCE J. EDDÉ L<sup>re</sup> MONTRÉAL



Toutes les Indications de  
l'IODE et des IODURES

# IODOGÉNOL

PÉPIN

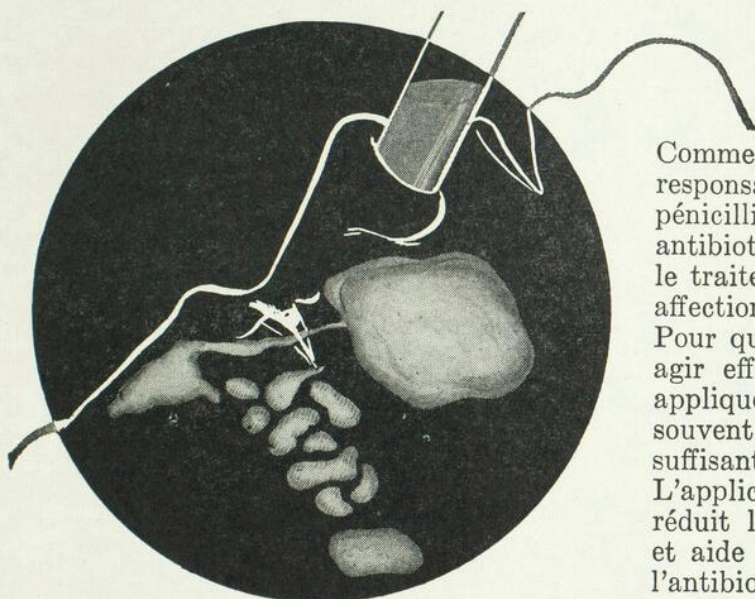
Pas d'Iodisme

AGENT GÉNÉRAL : J. EDDÉ L<sup>re</sup> - MONTRÉAL

**thérapeutique  
antibiotique  
décongestive  
de la sinusite**



## Néo-Synéphrine<sup>®</sup> Pénicilline



Comme la plupart des organismes responsables de la sinusite sont pénicillino-sensibles,<sup>1</sup> cet antibiotique convient bien pour le traitement local de cette affection.<sup>2</sup>

Pour que la pénicilline puisse agir efficacement, elle doit être appliquée sur la région malade souvent et à une concentration suffisante.

L'application de Néo-Synéphrine réduit la congestion nasale et aide ainsi à faire pénétrer l'antibiotique.<sup>3</sup>

**La Néo-Synéphrine<sup>®</sup> Pénicilline** est présentée en emballage combiné (avec diluant) pour faire 15 cc. de solution de Chlorhydrate de Néo-Synéphrine à 0.25 pour cent contenant 10,000 U. I. de pénicilline par cc.

1. Putney, J. F.: Sinus Infection, in Conn, H. J.: Current Therapy 1951. Philadelphia, W. B. Saunders Co., 1951, p. 71.

2. Craig, S. L.: New York State Jour. Med., 49:181, Jan. 15, 1949.

3. Woodward, F. D., and Holt, T.: Local Use of Penicillin in Infections of the Ear, Nose and Throat. J.A.M.A., 129:589, Oct. 27, 1945.

**Pour une Double Action contre le Coryza, la Rhinite Allergique, la Rhinite Vasomotrice et la Sinusite...**

### Néo-Synéphrine Thenfadil<sup>®</sup>

Solution Nasale Antihistaminique Décongestive

Flacons de 1 once fluide renfermant Chlorhydrate de Néo-Synéphrine 0.25% Chlorhydrate de Thenfadil 0.1%.

Néo-Synéphrine, nom déposé de la phényléphrine.

Thenfadil, nom déposé du chlorhydrate de N.N-diméthyl-N'-(3-thémyle)-N'-(2-pyridyle) éthylènediamine.

*Winthrop-Stearns*

of Canada, Limited  
Windsor, Ont.

443 ouest, rue Sandwich, Windsor, Ont.



*Protection complète*

infantol

FRANK W. HORNER LIMITED



**NOUVEAU . . .**  
**pour l'ulcère peptique**  
**ou le spasme gastro-intestinal**

**'TRICOLOÏD'**  
TRICYCLAMOL marque de fabrique

- ▶ Un anticholinergique récemment mis au point qui réduit de façon marquée la motricité et le spasme gastro-intestinal.
- ▶ Le 'TRICOLOÏD' procure, dans la plupart des cas, en quelques heures, le soulagement de la douleur rongeante associée à l'ulcère peptique.
- ▶ Le 'TRICOLOÏD' est recommandé pour le traitement médical de l'ulcère peptique et du spasme gastro-intestinal, comme adjuvant d'un régime approprié et des antiacides, ainsi que d'une thérapeutique visant à réduire la tension.

Tricoloïd' marque Tricyclamol, 50 mg.  
Comprimés dragéifiés.

Flacons de 100  
*Agréable à prendre*



**BURROUGHS WELLCOME & CO.**  
*(The Wellcome Foundation Ltd.) MONTREAL*



## SCÈNE MÉDICALE... LEÇON D'ANATOMIE

*"...vous comprenez, doc, un char c'est exactement comme le corps humain: le moteur, c'est le cœur! Si vous faites travailler vot' cœur trop fort, il ne veut plus marcher... pas vrai?... Ben, c'est la même chose pour votre moteur, ça fait que..."*

Il est probable que vous avez votre part des désagréments auxquels vous ne pouvez vous soustraire. Comme, par exemple, les gens qui veulent une consultation gratuite, les médecins amateurs ou les personnes qui "parlent la même langue que vous", tel le mécanicien représenté ci-haut.

Il existe cependant d'autres désagréments que vous n'êtes pas obligé d'endurer comme, par exemple, les irritations et les gerçures provoquées par les lavages et les brossages fréquents auxquels vous soumettez vos mains à l'hôpital. Car il est si facile de conserver vos mains douces et saines en vous servant de Noxzema. Il est merveilleusement adoucissant — il procure une délicieuse sensation de fraîcheur et aide à guérir les minuscules fissures. De plus, Noxzema ne graisse ni ne salit les mains.

Voulez-vous un autre bon tuyau?... Après une journée de travail, lorsque vos pieds sont échauffés et fatigués, frictionnez-les avec un peu de Noxzema. Vous constaterez combien il rafraîchit et quel bien-être vous en éprouvez par la suite!

### Renseignements

La formule de la Crème Noxzema ordinaire pour la peau est une modernisation de l'ancienne huile Carron; on y a ajouté du Camphre, du menthol, de l'essence de girofle et moins de ½% de phénol; l'excipient est une émulsion solidifiée non grasse — son pH est presque neutre, soit environ 7.4 — Lorsque, dans les cas d'irritations ou de brûlures, vous désirez un antipyrétique, un antipsorique ou les deux à la fois, vous pouvez en toute confiance prescrire Noxzema, la pommade médicamenteuse et non grasse.

# RHINALGAN

DÉCONGESTIF NASAL

Uniformément

*Sûr!*

POUR  
NOURRISSONS · ENFANTS  
ADULTES ET VIEILLARDS

NE CONTIENT AUCUN ANTIBIOTIQUE

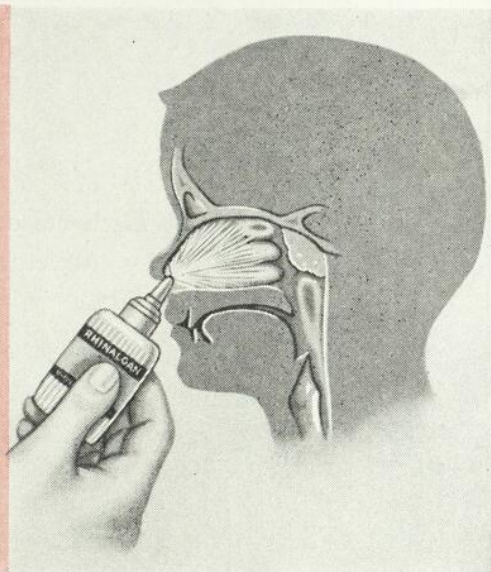
N'affecte pas

LA TENSION ARTÉRIELLE  
LA RESPIRATION  
LE SYSTÈME NERVEUX CENTRAL

Parfaitement *Sûr!* dans les cas de  
DIABÈTE—AFFECTIONS CARDIAQUES  
GROSSESSE—THYRÖÏDISME  
ET HYPERTENSION

Témoignages de sources autorisées envoyés sur demande.

ENTIÈREMENT EXEMPT D'EFFETS SECONDAIRES . . .  
aucun effet cumulatif . . . aucun problème  
de surdose . . . non-toxique.



Pour plus de *Sûreté!* EMPLOYEZ RHINALGAN

**Formule MAINTENANT modifiée qui assure un goût plus agréable!**

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

Se vend sur VOTRE ordonnance seulement!

#### Bibliographie sur RHINALGAN

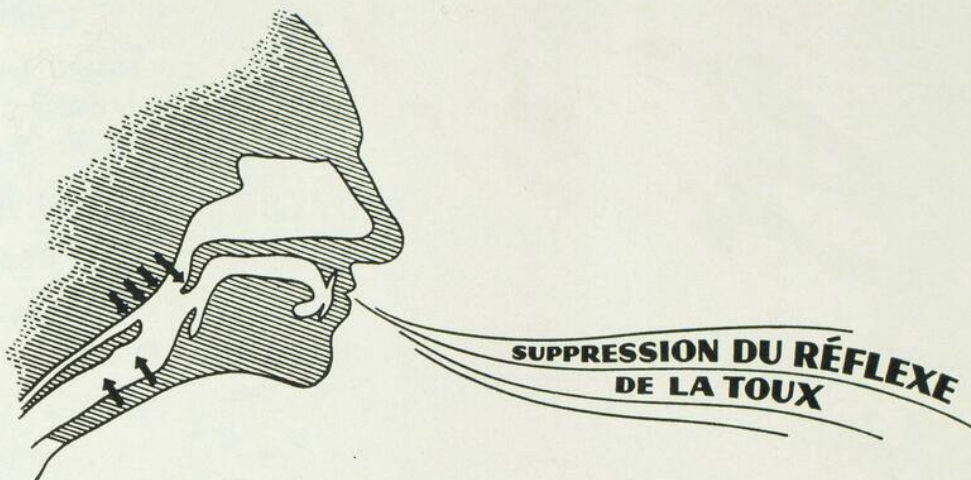
1. Van Alyea, O. E., and Donnelly, W. A.: E.E.N.&T. Monthly, 31, Nov. 1952.
2. Fox, S. L.: AMA Arch. Otolaryn., 53, 607-609, 1951.
3. Molomut, N., and Harber, A.: N.Y. Phys., 34, 14-18, 1950.
4. Lett, J. E., (Lt. Col. MC-USAF) Research Report, Dept. Otolaryn., USAF School Aviat. Med., 1952.
5. Hamilton, W. F., and Turnbull, F. M.: J. Amer. Pharm. Ass'n., 7, 378-382, 1950.
6. Browd, Victor L.: Rehabilitation of Hearing, 1950.
7. Kugelmass, I. Newton: Handbook of the Common Acute Infectious Diseases, 1949.

LE NOUVEL O-TOS-MO-SAN est un spécifique dans les infections suppurées de l'oreille (aiguës ou chroniques).

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

RECTALGAN —Liquide . . . Pour le soulagement symptomatique des: hémorroïdes, prurit, sutures périnéales.

DOHOW CHEMICAL COMPANY, LTD., Montreal • New York



IL a été démontré que Pholcodine (morpholinyléthylmorphine), un nouvel éther basique de morphine, possède une action puissante pour atténuer le réflexe de la toux.

Pholcodine, dont l'action sédative est supérieure à celle de la codéine tout en étant nettement moins toxique, est employé comme ingrédient actif dans un nouvel électuaire pectoral appelé ETHNINE.

Les avantages qu'offre ETHNINE résident dans son efficacité jointe à une faible toxicité et à une absence d'effets secondaires, tels que constipation ou dérangements d'estomac.

ETHNINE est bien toléré par les enfants et les adultes, et convient toutes les fois que l'on juge désirable d'administrer un sédatif de la toux.

# ETHNINE

CONTENANT PHOLCODINE

En bouteilles de 16 et 80 onces liquides.

*Documentation complète sur demande.*

**ALLEN AND HANBURYS COMPANY LIMITED**  
TORONTO ONTARIO • LONDON ENGLAND

80-90% répondent à...

# P.G.A.

“... il n'existe plus de raison maintenant pour se demander si la pénicilline administrée par voie buccale est sûre et efficace.

En effet, il semble que l'on peut compter sur la pénicilline orale pour la thérapeutique de 80 - 90% des infections traitables par la pénicilline.”

*Boger, et al: Pénicilline Orale:  
Evaluation sous toutes les formes,  
rapport distribué à la Session de  
New-York de l'A.M.A., 1953.*



**P.G.A. 0.25**

PÉNICILLINE G AMMONIUM 444,250 U.I.  
ÉQUIVALANT À

**0.25 GM. PÉNICILLINE G**

**P.G.A. 0.5**

PÉNICILLINE G AMMONIUM 888,500 U.I.  
ÉQUIVALANT À

**0.5 GM. PÉNICILLINE G**

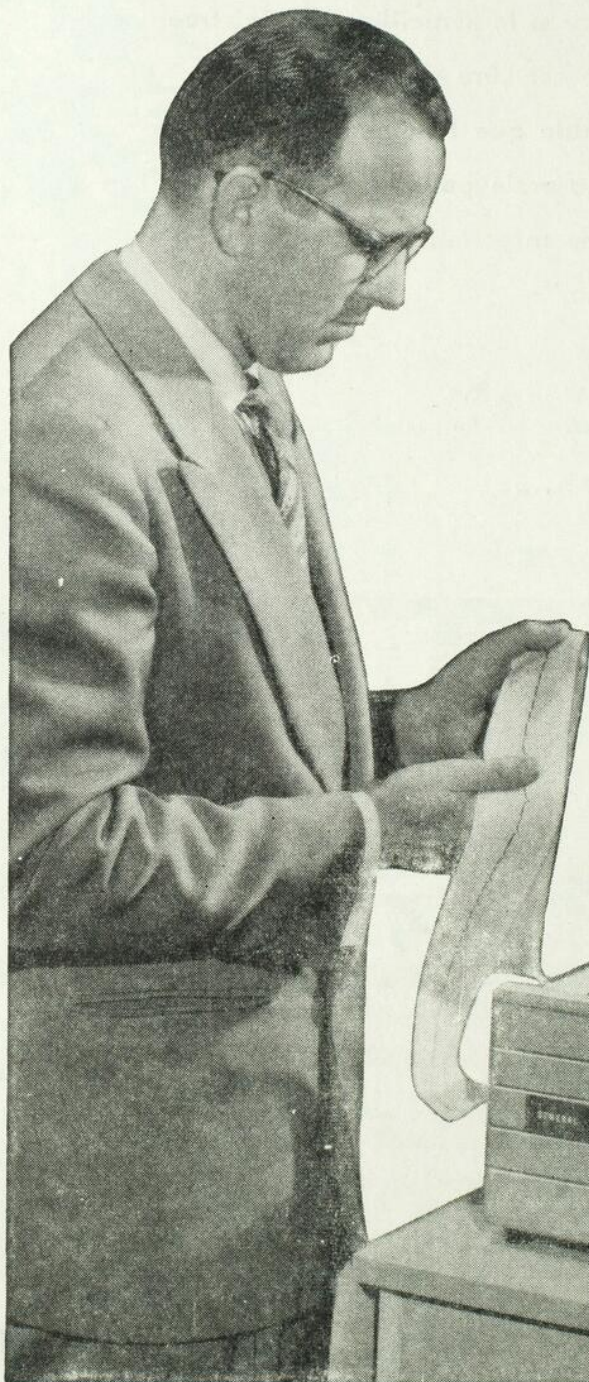
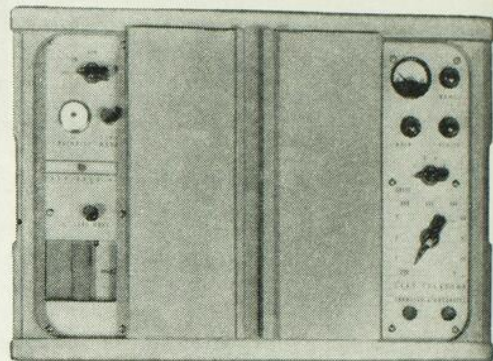
FLACONS DE 12 ET DE 100 COMPRIMÉS

EFFICACE • PRATIQUE • ÉCONOMIQUE

# BRITISH DRUG HOUSES

# MAINTENANT... votre choix

## de 30 dérivations avec le Cardioscribe "DWB" de General Electric

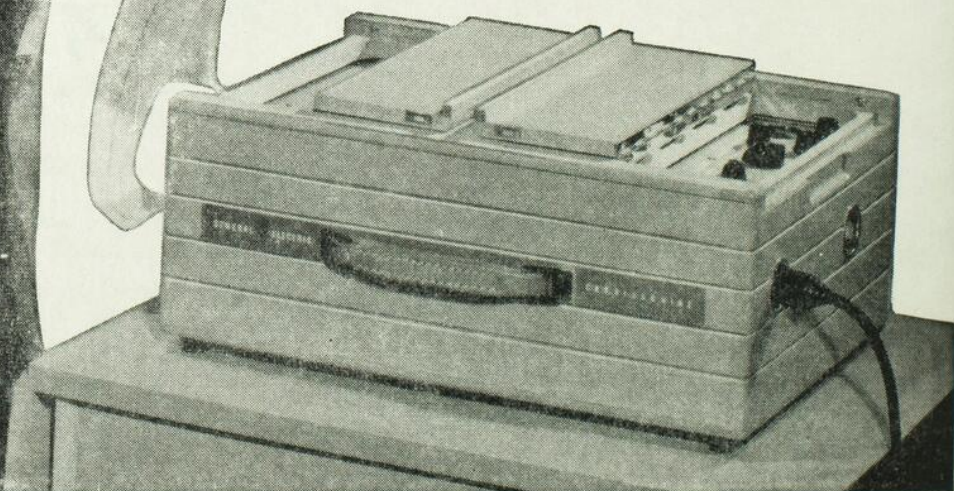


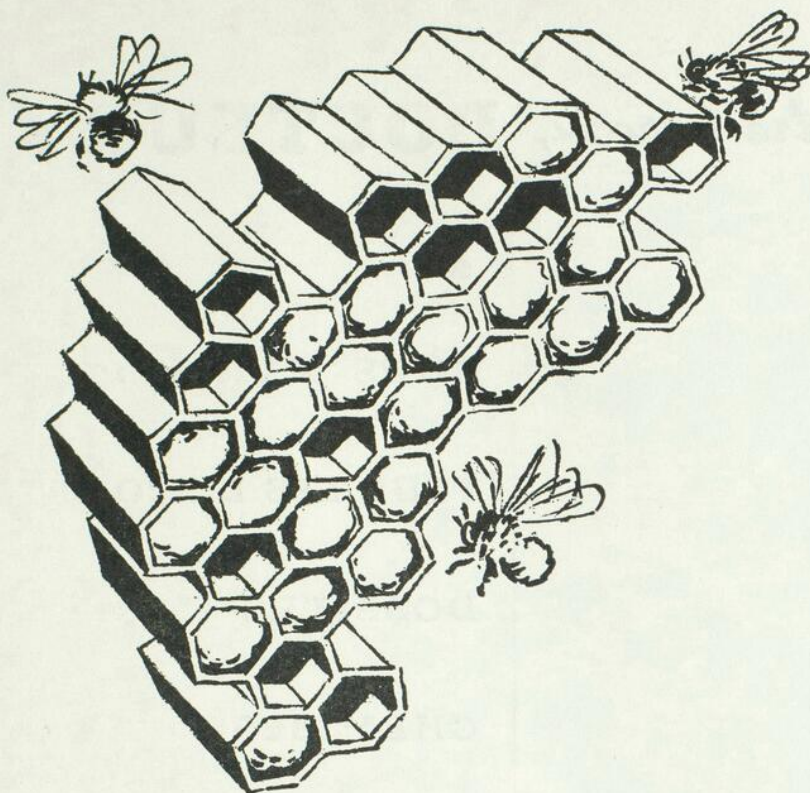
Le nouveau Cardioscribe GE vous offre les plus grandes facilités dans la précision et la vitesse de votre diagnostic jamais atteintes auparavant. Oui, vous pouvez maintenant choisir parmi 30 dérivations différentes, comprenant six pré-cordiales, sans changer les boutons sélecteurs.

D'autres améliorations techniques comprennent une stabilisation automatique qui prévient toute fluctuation dans le voltage du courant, ce qui rendait souvent les tracés impossibles à lire. Et le temps de stabilisation entre les dérivations a été réduit pour faciliter les épreuves d'effort. Vous apprécierez aussi l'amélioration de la course du papier. Indépendant du stylet, vous pouvez facilement le charger sur la bobine et ajuster la tension à votre satisfaction.

Demandez à votre représentant GE de vous montrer ces avantages en particulier et les nombreux autres du nouveau Cardioscribe GE. Vous pouvez aussi obtenir toutes les informations désirables en téléphonant ou en écrivant au bureau le plus rapproché de General Electric X-Ray Corporation, Limited — Montréal, Toronto, Vancouver, Winnipeg.

**GENERAL**  **ELECTRIC**





*dans les pneumonies*

# Terramycine<sup>\*</sup>

marque de l'oxytétracycline

“La Terramycine peut sauver la vie dans la broncho-pneumonie grave, et elle agit efficacement sur le virus de la pneumonie qui résiste aux autres antibiotiques.”

\*Marque enregistrée

Stötter, G.: *Med. Welt* 21:1150 (13 sept.) 1952.

## **PFIZER CANADA**

*Division Pfizer Corporation*

8311, Chemin Royden  
Montréal 9, P. Q.

**Pfizer**

Etablie en 1849

*Le plus grand producteur d'antibiotiques au monde*

GRAMME POUR GRAMME, PARMIS LES AUTRES ANTIBIOTIQUES À LARGE SPECTRE,  
LA TERRAMYCINE EST INSURPASSABLE.

*Pour votre bureau,* **DOCTEUR !**



**SOUS-MAINS**

**FEUILLES DE COMPTABILITÉ**

**DOSSIERS**

**CHEMISES**

**FICHIERS**

**CLASSEURS**

**LAROUSSE MÉDICAL**

**STYLOS**



UNE VISITE EST  
SOLLICITÉE À NOTRE  
SALLE D'ÉCHANTILLONS

**BEAUCHEMIN**

430, RUE SAINT-GABRIEL

Téléphone LAncaster 4236

MONTRÉAL

## Seulement

$\frac{1}{2}$  à  $\frac{1}{10}$  autant

de vitamine aqueuse A nécessité  
comparée à la  
vitamine huileuse A

# ...dans l'acné, les eczémas, la peau sèche

La supériorité clinique de la vitamine A aqueuse sur la vitamine A huileuse, dans tous ces troubles de la peau, est maintenant nettement démontrée †...

	vitamine A aqueuse (Aguasol A)	vitamine A ordinaire en solution huileuse
<b>acné</b>	25,000 à 50,000 unités par jour	au delà de 500,000 unités par jour
<b>eczéma chronique</b>	25,000 à 50,000 unités par jour	50,000 à 500,000 unités par jour
<b>peau très sèche</b>	60,000 à 100,000 unités par jour	100,000 à 300,000 unités par jour

deux formes séparées  
de vitamine A par capsule...  
sous forme de solution aqueuse :

**25,000 U. S. P. unités**

**50,000 U. S. P. unités**

\*la vitamine A en solution huileuse devient soluble dans l'eau par les esters de soirethytan; protégé par brevet des E.-U. No 2,417,299.

Echantillonnage et littérature  
médicale sur demande.

# aquasol A

capsules

les **premières** et les **seules\***  
capsules de vitamine A en  
solution aqueuse.

Flacons de 25, 100, 500  
capsules.

**U. S. VITAMIN CORPORATION OF CANADA, LTD.**  
CASIMIR FUNK LABS., INC. (filiale)  
1452, rue Drummond, Montréal, P. Q.

Un NOUVEAU  
produit NESTLÉ

## pour arrêter rapidement la DIARRHÉE et la DYSENTERIE

Très efficace dans le traitement de la diarrhée, l'Arobon procure au malade le soulagement rapide qu'il réclame.

Du fait de sa forte teneur en pectine, lignine et hemicellulose (22%), l'Arobon—fait de farine de fèves de caroubier spécialement traitée—exerce une puissante action astringente et adoucissante sur l'intestin et absorbe les toxines. Le malade se sent rapidement soulagé, et les selles deviennent plus consistantes en quelques heures.

Dans les cas de diarrhées non caractérisées, l'Arobon est tout désigné comme seul remède, pour les gens de tout âge. Dans les cas de dysenteries infectieuses, alors que des agents thérapeutiques chimiques ou antibiotiques peuvent être nécessaires, il constitue un précieux adjuvant thérapeutique. Grâce à lui, le malade peut se rétablir jusqu'à trois fois plus vite.\*

Pour les adultes et les enfants, on prépare l'Arobon en mélangeant la poudre à du lait. Dose moyenne pour adultes: deux cuillerées à table rases, dans 4 onces de lait; pour enfants: une cuillerée à table rase, dans 4 onces de lait; pour bébés: deux cuillerées à thé rases, dans 4 onces de lait écrémé ou d'eau et faire bouillir pendant 1/2 minute.

*\*cf Plowright, T.R.: The Use of Carob Flour (Arobon) in a Controlled Series of Infant Diarrhea, J. Pediat. 39:16 (juillet) 1951.*

# Arobon

MARQUE DÉPOSÉE

Préparation Nestlé antidiarrhéique  
En pots de 5 onces.



Pour échantillons et renseignements, écrivez à—

NESTLÉ (CANADA) LTD., 80 KING STREET WEST, TORONTO, ONTARIO

*Sulfate de* DEXEDRINE

*l'anti-asthénique de choix*

Dépressions nerveuses

Asthénies

Obésité

Dépression alcoolique

*Comprimés de 0 g. 005 en flacons de 100 et 500*

*Smith Kline & French Inter-American Corporation*

*Montréal 9*



DEXEDRINE marque déposée au Can. Pat. Off.

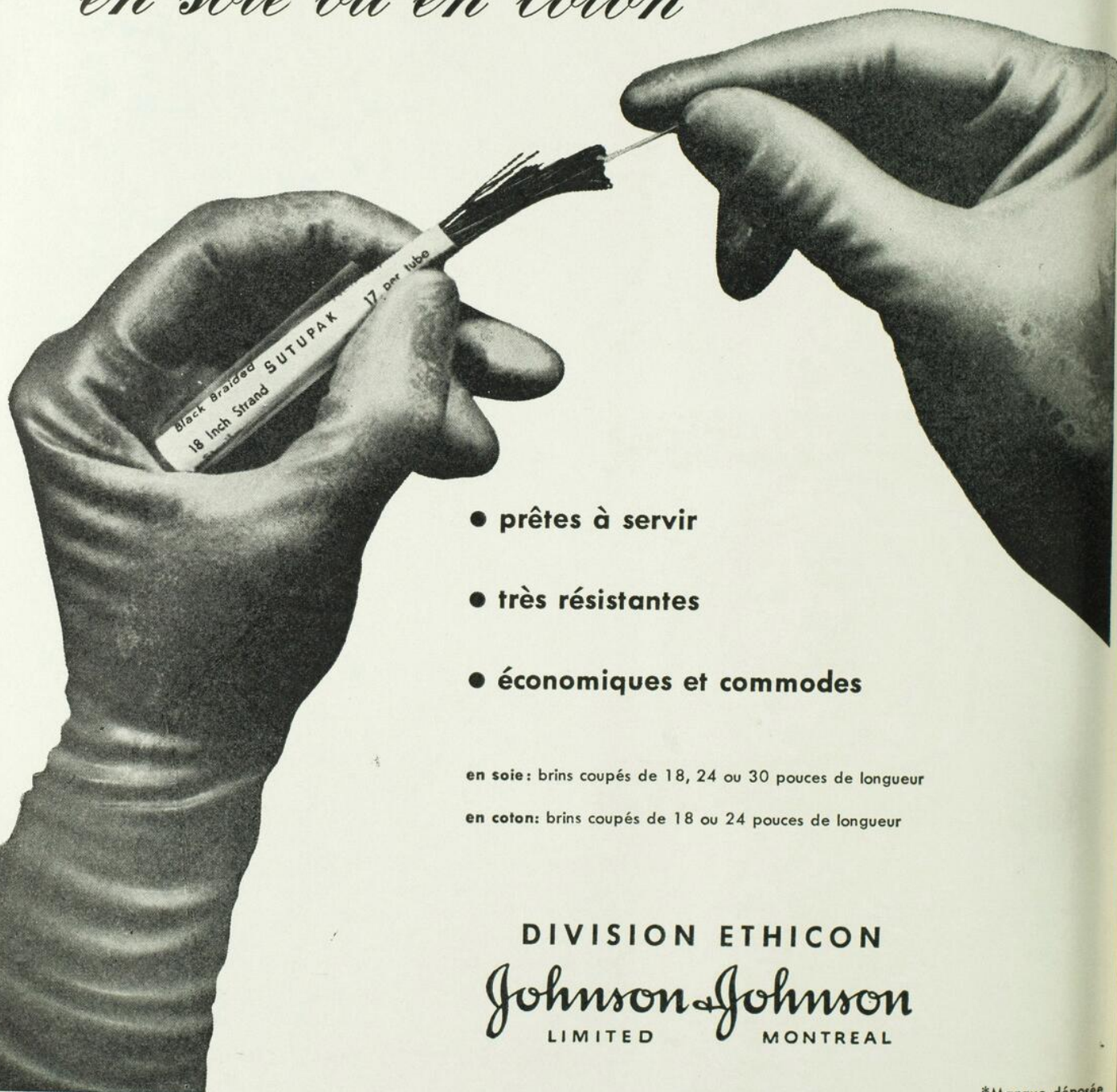
*Nouveau!*

**ETHICON**

**SUTUPAK\***

sutures aseptiques sèches— pré-coupées

*en soie ou en coton*



- **prêtes à servir**
- **très résistantes**
- **économiques et commodes**

en soie: brins coupés de 18, 24 ou 30 pouces de longueur

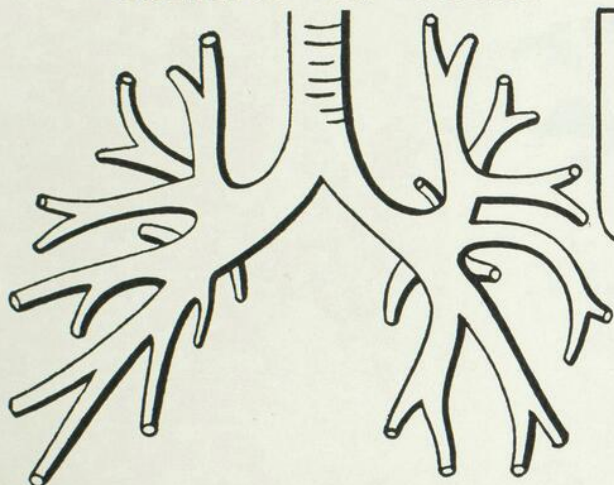
en coton: brins coupés de 18 ou 24 pouces de longueur

DIVISION ETHICON  
**Johnson & Johnson**  
LIMITED MONTREAL

\*Marque déposée

pour dégager l'appareil respiratoire  
et donner un sommeil reposant

prescrivez  
ce remède  
contre la toux



# Scilexol

avec codéine *E.B.S.*

## CONTIENT...

Chlorure d'ammonium .....  
Chloroforme .....  
Acide cyanhydrique Dil. B.P. ....  
Sirop Scillae .....  
Phosphate de Codéine .....  
Sirop Tolu .....

### Par oz. liqu.

16 gr.  
2 min.  
4 min.  
90 min.  
1 gr.  
q.s.

### Par 30 cc.

1.0 Gm.  
0.12 cc.  
0.24 cc.  
5.3 cc.  
65.0 mg.  
q.s.

### AUSSI DISPONIBLES:

SCILEXOL simple.  
SCILEXOL avec héroïne.

SCILEXOL avec méthadon.  
SCILEXOL avec teint. camph. opii.

## SCILEXOL AVEC CODÉINE...

- liquéfie activement les sécrétions des muqueuses.
- empêche les quintes de toux douloureuses et fatigantes.
- permet au patient d'obtenir un sommeil et un repos normal.
- soulage efficacement la toux sèche de la bronchite chronique.
- est employé beaucoup par la profession médicale partout au Canada.
- est généralement disponible sur ordonnance.



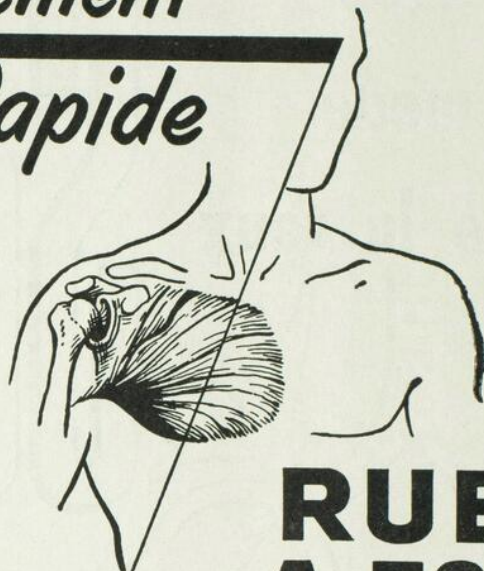
*E. B. Shuttleworth Limited*

TORONTO

CANADA

# Soulagement Rapide

*Douleur  
Musculaire  
Squelettique*



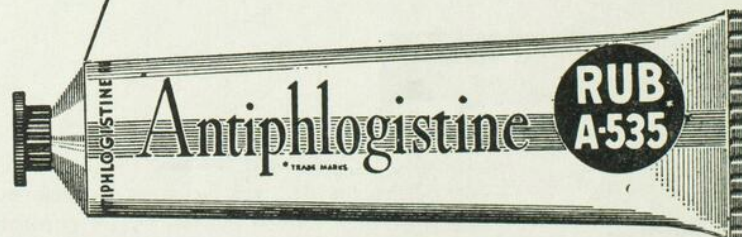
## RUB A-535

*Arthrite  
Rhumatisme  
Bursite  
Myosite  
Névrites  
Sciatique  
Lumbago*

Les ingrédients éprouvés par le temps, contenus dans Rub A-535, pommade émolliente dans un excipient genre nouveau, qui ne tache pas et ne graisse pas, facilitent l'action analgésique rapide dans le traitement symptomatique d'un grand nombre d'affections musculo-squelettiques.

Rub A-535 peut être employée après des traitements par diathermie, rayons infra-rouges, bains de chaleur et autres formes de physiothérapie.

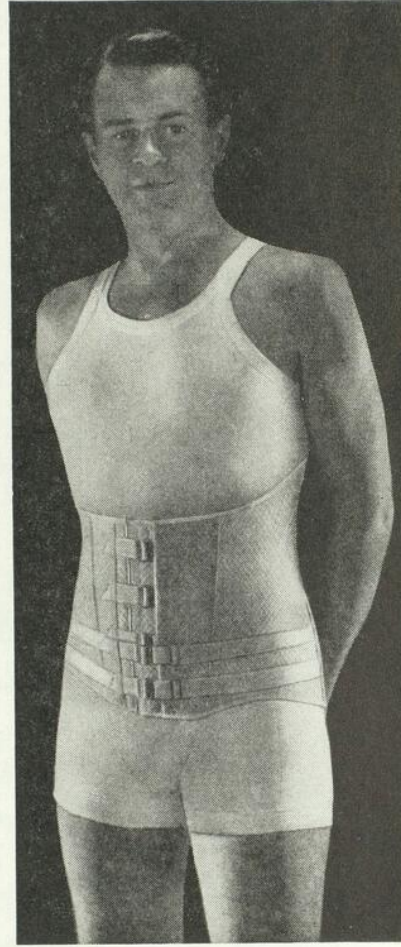
Rub A-535 renferme quatre ingrédients actifs: camphre 1%, menthol 1%, huile d'eucalyptus ½%, salicylate de méthyle 12%.



Préparée par les fabricants du cataplasme d'Antiphlogistine.

**THE DENVER CHEMICAL MFG., CO., MONTRÉAL, P. Q.**

# Pour luxation sacro-lombaire les **SUPPORTS SPENCER** sont confortables, efficaces



1 — Faire porter à un malade le support qui lui convient constitue souvent un problème médical. Ainsi, dans les troubles lombo-sacrés, un support peut limiter le mouvement avec efficacité; cependant, s'il *pinçe, entre dans les chairs, ou remonte*, le malade est porté à le laisser de côté plus souvent qu'il ne le porte ! Avec les Supports Spencer ce problème n'existe pas. Le confort, comme l'efficacité, est assuré — parce que chaque Spencer est *dessiné sur commande pour répondre aux besoins* de l'individu. Et, le résultat esthétique est un avantage de plus !

3 — Adresser le coupon ci-contre — ou téléphoner à une Corsetière Spencer (voir pages jaunes du bottin) pour renseignements.

2 — Le dos des Supports Sacro-lombaires Spencer illustrés ci-dessus s'élève jusqu'à un pouce sous les omoplates. (Si on veut limiter le mouvement des vertèbres lombaires, il faut limiter également celui des vertèbres plus élevées de l'épine dorsale.) Une bande pelvienne et un coussin se portent dans le dos, à l'intérieur du support, avec courroies extérieures en avant, afin de faciliter l'ajustement. On peut prescrire un coussin plus épais ou n'en pas prescrire du tout. Le médecin peut prescrire baleines rigides, bande pelvienne extérieure, laçage ou fermeture à boucles et courroies.

**SPENCER SUPPORTS (CANADA) LTD.,**  
Rock Island, P. Q.  
Etats-Unis: Spencer, Inc., New-Haven, Conn.,  
Angleterre: Spencer, Ltd., Banbury, Oxon.

Veillez m'adresser la brochure "Les Supports Spencer dans la Thérapeutique Moderne".

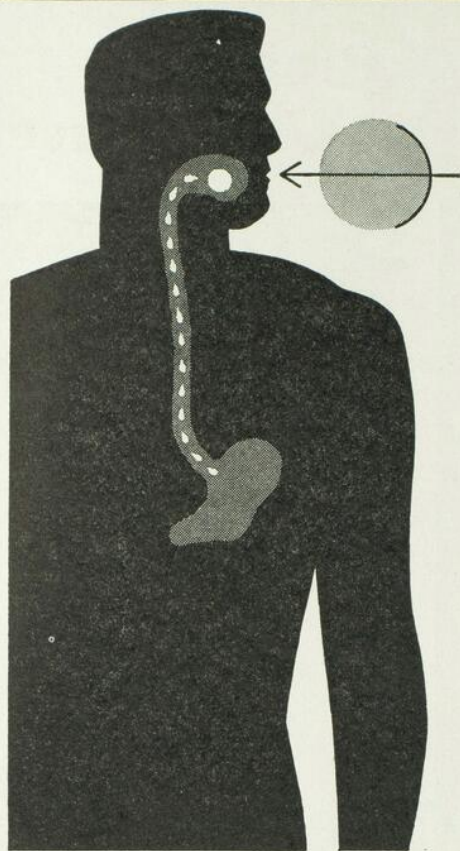
NOM ..... M.D.

Adresse .....

151-3-54

# SPENCER

**le support dessiné individuellement**



# Nulactin

pour soulager les malaises de l'ulcère peptique rapidement, commodément, efficacement

Quand on le laisse fondre lentement dans la bouche, le comprimé de NULACTIN dégage graduellement ses ingrédients antiacides qui neutralisent le suc gastrique de façon continue et complète. Le malaise et la douleur de l'ulcère peptique sont donc rapidement enrayés et tenus en respect. C'est pourquoi NULACTIN fournit une solution idéale au problème de pallier les conséquences des écarts de régime chez les ulcéreux non alités. Le comprimé de NULACTIN a une saveur très agréable et ne fournit que 11 calories. Il est préparé de lait combiné avec du maltose et des dextrines auxquels sont incorporés 3.5 grains de trisilicate de magnésium, 2.0 grains d'oxyde de magnésium, 2.0 grains de carbonate de calcium, 0.5 grain de carbonate de magnésium, et de l'huile de menthe pour aromatiser légèrement. Dose moyenne pour les malades non alités, deux comprimés entre les repas. Les comprimés ne doivent pas être croqués ou mastiqués. NULACTIN est présenté en tubes de 25 comprimés.

## Horlicks Limited

Division des Produits Pharmaceutiques

Distributeurs

BETTER PROPRIETARIES, LIMITED

579 Richmond St. W.,  
TORONTO, Ontario.



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



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

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

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

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

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

AUX MÉDECINS SEULEMENT

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

The CANADA STARCH Co., Ltd.  
Montréal

Veuillez m'envoyer

CALCULATEUR

Livret: "LES SIROPS DE MAÏS DANS L'ALIMENTATION DES ENFANTS"

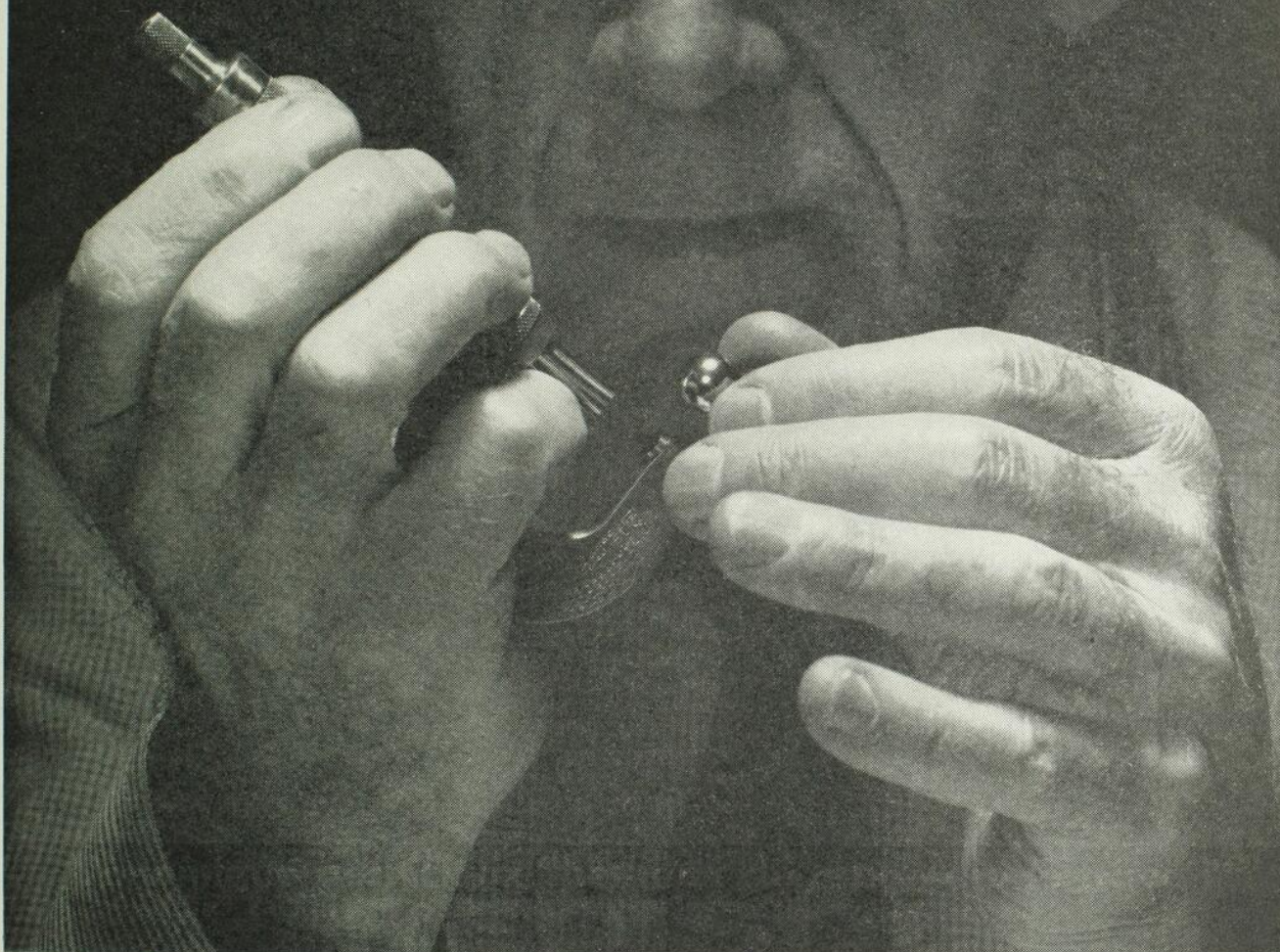
TABLETTES DE FORMULES

La brochure: "DEXTROSOL".

Nom .....

Adresse .....

.....



L'anémique pernicieux "heureux de reprendre le travail"\*

## REDISOL

VITAMINE B<sub>12</sub> CRISTALLISÉE

**Son travail exigeait de la précision.** La Vitamine B<sub>12</sub> lui a procuré la rémission des symptômes de l'anémie pernicieuse que le rendaient impotent et lui a permis de reprendre son travail.\*

De petites doses de Vitamine B<sub>12</sub> provoquent la même réaction dans l'anémie pernicieuse que des injections d'extraits hépatiques très actifs.

La Vitamine B<sub>12</sub> est également utile dans d'autres formes d'anémie; dans la sprue tropicale et non tropicale, dans la névralgie trigéminal.

**Renseignement Concis:** Le REDISOL fournit la Vitamine B<sub>12</sub> dans une gamme complète de formes posologiques. REDISOL, *Comprimés* de 25 mcg. en flacons de 36 et de 100. REDISOL *Injectable*, 30 et 100 mcg. par cc., en fioles de 10 cc.—aussi, 1,000 mcg. par cc., en fioles de 1 cc. et de 5 cc. *Elixir*, 5 mcg. par 5 cc., en flacons SPASAVER de 16 onces et en Winchester.

\*Tiré du rapport d'un cas paru dans J.A.M.A. 153:191, 1953

SHARP & DOHME (CANADA) LTD.  
Toronto 13, Ontario

# PAVERAL

reste toujours un médicament de choix pour le traitement scientifique de la

• • **COQUELUCHE** • •

est journallement prescrit avec succès pour les cas de coqueluche et des toux Coqueluchoïdes. — Ne cause ni tolérance ni complications.

Littérature sur demande.

AGENTS CANADA DRUG.CO.MONTREAL

DEPUIS PRÈS D'UN DEMI-SIÈCLE  
*Toujours le même but:*

**RÉDUIRE LE TAUX DE LA  
MORTALITÉ INFANTILE**  
*Par la Qualité de nos Produits*

*J. Joubert*  
LIMITÉE

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 Burov 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.



**“Vous m’avez  
donné le  
conseil qu’il me  
fallait . . . lorsque  
vous m’avez  
fait cesser  
l’usage du café!”**

Ce n’est pas toujours facile pour vos patients de suivre vos recommandations, lorsque vous leur conseillez de laisser le thé et le café. Mais, vous le savez par expérience, vous aurez plus de coopération de la part de vos patients, si vous leur proposez de boire du POSTUM, le breuvage sans caféine. Ils aimeront sa saveur réconfortante et trouveront plus facile de s’abstenir de thé et de café ! Pour vous aider à aider vos patients, nous nous ferons un plaisir de vous envoyer, sans frais ni obligation de votre part, notre Colis Professionnel de 12

paquets-échantillons de POSTUM INSTANTANÉ. Remplissez la formule de commande ci-dessous.

Bien qu’un grand nombre de personnes puissent consommer du café ou du thé sans en éprouver d’ennuis, d’autres, par contre, même après une ou deux tasses, peuvent souffrir de troubles digestifs, d’hypertension et d’insomnie. Voir l’article intitulé : “Caffein and Peptic Ulcer”, par les Drs J. A. Roth, A. C. Ivy et A. J. Atkinson, publié dans l’*A. M. A. Journal*, le 25 novembre 1944.

# POSTUM

## *Instantané*

UN PRODUIT DE  
GENERAL FOODS

P-513 F

**Veillez remplir cette formule pour obtenir —  
GRATUITEMENT — du Postum pour vos patients !**

POSTUM, General Foods Limited, Cobourg, Ont.

Veillez m’envoyer, sans frais ni obligation de ma part, votre Colis Professionnel de 12 paquets-échantillons de POSTUM.

Nom.....

Rue.....

Ville..... Prov.....

Cette offre expire le 31 décembre 1954. Valable pour le Canada seulement.

BANDAGE ÉLASTIQUE

**TENSOR**

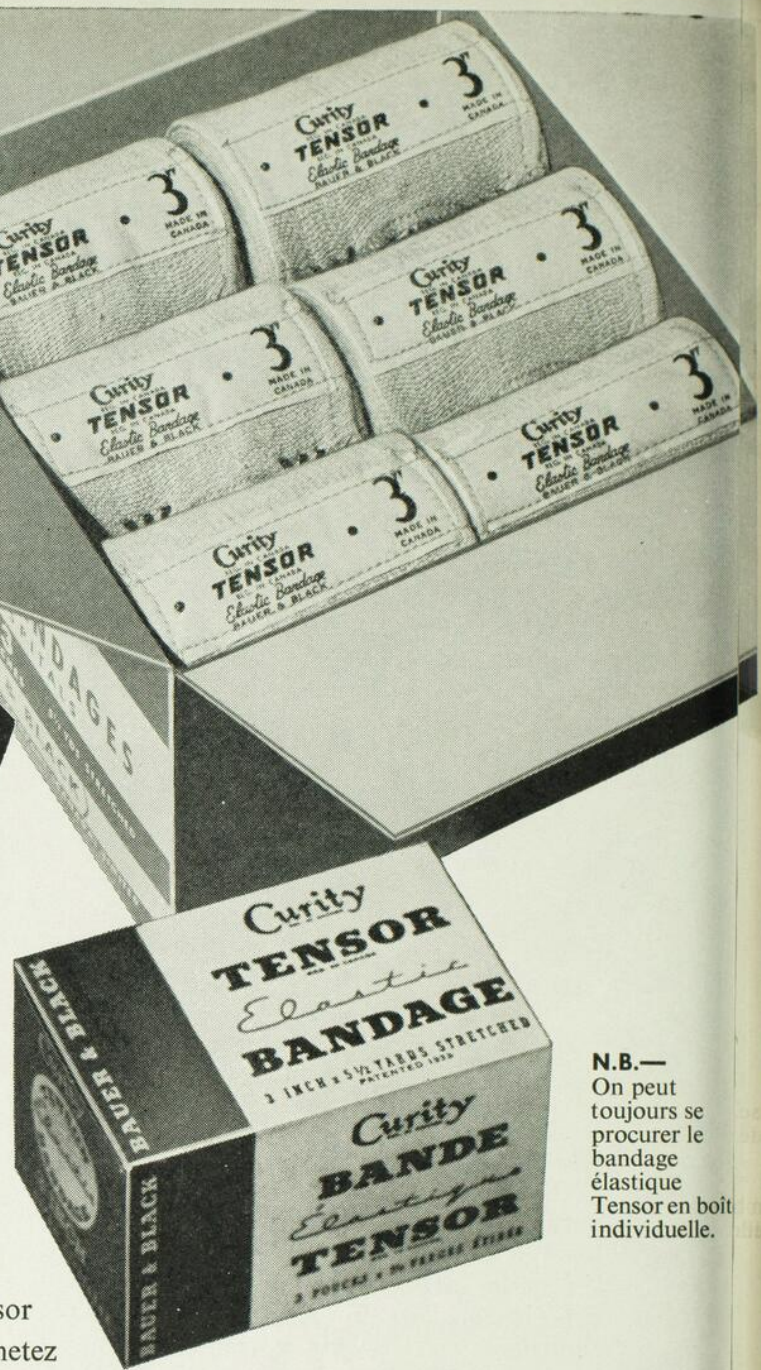
MARQUE DÉPOSÉE

**Curity**  
MARQUE DÉPOSÉE

**MOINS CHER,  
MAINTENANT,  
à la  
DOUZAINE**

**TENSOR**, le seul bandage élastique tissé de fils de véritable caoutchouc, se vend maintenant aux hôpitaux dans une nouvelle boîte commode d'une douzaine. Oui, les bandages élastiques Tensor Curity vous coûtent *moins cher* quand vous les achetez dans le commode emballage d'une douzaine pour hôpitaux.

Tensor est deux fois plus élastique que les bandages d'autrefois. Il est tissé de fils de véritable caoutchouc—pas seulement de coton. Il en résulte que vous pouvez régler la tension plus exactement—vous pouvez appliquer une pression *faible* aussi facilement et aussi uniformément qu'une pression élevée dans le traitement des maladies vasculaires et musculaires.



**N.B.—**  
On peut toujours se procurer le bandage élastique Tensor en boîte individuelle.

**Tensor s'ajuste de lui-même à mesure que l'enflure croît et décroît.** Il n'est donc pas étonnant que le bandage élastique Tensor Curity soit le bandage le plus apprécié dans les hôpitaux du Canada.

**UN PRODUIT EXCLUSIF À BAUER & BLACK**

Division de Kendall Company (Canada) Limited  
Curity Ave., Toronto 13

**Curity**  
MARQUE DÉPOSÉE

**LE BANDAGE ÉLASTIQUE LE PLUS APPRÉCIÉ**

## TABLE DES ANNONCEURS

	Pages		Pages
<b>Abbott Laboratories</b> (Erythrocin) .....	XLV - XLVI	<b>Laboratoires Jean Olive</b> (Argédrine) .....	XIV
<b>Allen &amp; Hanburys Co. Limited</b> (Ethnine) .....	LXXI	<b>Laboratoires Jean Olive</b> (Egosalyl) .....	XVI
<b>Ames Company of Canada Limited</b> (Decholin avec Belladone) .....	XXIII	<b>Laboratoires Jean Olive</b> (Hépax) — (Neuro-Solène) .....	XX
<b>Anglo-French Drug Cie Limitée</b> (Géritaïne) .....	XLIX	<b>Laboratoires Jean Olive</b> (Calcium Jol) — (Normo-Gastryl) .....	XL
<b>Armour Laboratories, The</b> (Armatinic activé) .....	XXVII	<b>Lederle Laboratories</b> (Diamox) .....	I
<b>Ayerst, McKenna &amp; Harrison Limitée</b> (Prémarine- Béminal) .....	XXI - XXII	<b>Lederle Laboratories</b> (Auréomycine) .....	XXXI - XXXII
<b>Barnes Company, Limited, A. C.</b> (Argyrol) .....	XLI	<b>Lederle Laboratories</b> (Capsules de Prénatal) .....	LIII
<b>Bauer and Black</b> (Tensor "Curity") .....	LXXXVII	<b>Lederle Laboratories</b> (Achromycin) .....	XLVII - XLVIII
<b>Becton, Dickinson &amp; Co.</b> (Aiguilles B-D) .....	XXXIX	<b>Librairie Beauchemin Limitée</b> .....	LXXV
<b>Bell-Craig Limited</b> (Pen Tetra) .....	LXXXIX	<b>Mead Johnson &amp; Company of Canada Limited</b> (Mulcin) .....	Troisième page de la couverture
<b>British Drug Houses</b> (P.G.A.) .....	LXXII	<b>Merck &amp; Company Limited</b> (Mandelamine) .....	XXIX
<b>Burroughs Wellcome &amp; Company</b> ("Tricoloïd") .....	LXVIII	<b>Merck &amp; Company Limited</b> (Hydro-Cortone) .....	XV
<b>Canada Drug Company</b> (Betagen) — (Bicalgen D) — (Tri-sulfa) — (Somenal) .....	XXVIII	<b>Merrell</b> (Kolantyl) .....	XXV
<b>Canada Drug Company</b> (Paveral) .....	LXXXV	<b>Millet, Roux &amp; Compagnie</b> (Pulmorectal) .....	III
<b>Canada Starch Co. Limited, The</b> (Sirops: "Crown Brand", "Lily White") .....	LXXXIII	<b>Nestlé (Canada) Limited</b> (Arobon) .....	LXXVII
<b>Canadian Kodak Company Limited</b> (Projecteur Kodaslide) .....	LVII	<b>Nordic Biochemicals Limited</b> (Duracton) .....	XXX
<b>Ciba Limitée</b> (Serpasil) .....	LI	<b>Noxzema</b> (Crème) .....	LXIX
<b>Commission du Service civil</b> (Médecin demandé) .....	LXI	<b>Pan Pharmacals Limited, The</b> (Berex) — (Ambermide) .....	XLIII
<b>Denver Chemical Mfg., Co., The</b> (Rub A-535) .....	LXXXI	<b>Pfizer Canada Limited</b> (Terramycine) .....	LVI - LXXIV
<b>Dohow Chemical Company Limited</b> (Rhinalgan) .....	LXX	<b>Poulenc Limitée</b> (Largactil) Deuxième page de la couverture	
<b>Eddé, J., Limitée</b> (Neurinase — Génévral — Alepsal — Iodogénol) .....	LXV	<b>Rougier Frères</b> (Digitaline Nativelle) .....	V
<b>Eddé, J., Limitée</b> (Aminophyl — Aminobaïde — Amino- Papavérine — Sédaminophyl Eddé — Artichobyl) .....	LXIII	<b>Rougier Frères</b> (Natisédine) .....	Première page de la couverture
<b>Fellows Medical Mfg. Co. Limited</b> (Sirop Fellows) .....	XIX	<b>Sandoz Pharmaceuticals</b> (Plexonal) .....	XXXVI
<b>Frost, Charles E. &amp; Company</b> ("Beforte") — (Vitamines: "Ostoco", "Ostogen") ("Vermilet") .....	VII - VIII - IX - X	<b>Schering Corp. Limited</b> (Cortomyd) .....	LIX
<b>Frost, Charles E. &amp; Company</b> ("Twin-Barb") .....	IV	<b>Searle &amp; Company, G. D.</b> (Vallestril) .....	XXXIII
<b>Geigy Pharmaceuticals</b> (Butazolidine) .....	XVII	<b>Sharp &amp; Dohme (Canada) Limited</b> (Redisol) .....	LXXXIV
<b>Geigy Pharmaceuticals</b> (Eurax) .....	LX - LXII - XII - XVIII	<b>Shuttleworth Chemical Company Limited, The E. B.</b> (Scilexol) .....	LXXX
<b>General Electric X-Ray Corporation Limited</b> (Cardioscribe "DWB") .....	LXXXIII	<b>Smith, Kline &amp; French Inter-American Corp.</b> (Sulfate de Dexedrine) .....	LXXXVIII
<b>General Foods Limited</b> (Postum instantané) .....	LXXXVI	<b>Smith, Kline &amp; French Inter-American Corp.</b> (Eskabarb Spansule) .....	XIII
<b>Herd &amp; Charton, Inc.</b> (Agripol) .....	L	<b>Smith &amp; Nephew Limited</b> (Gypsona) .....	XXXVIII
<b>Herd &amp; Charton, Inc.</b> (Algésal) .....	LII	<b>Spencer Supports (Canada) Limited</b> (Supports Spencer) .....	LXXXII
<b>Herd &amp; Charton, Inc.</b> (Sulfarlem) .....	LIV	<b>Standard Pharmaceuticals Co., Inc.</b> (Valerianets- Dispert) .....	LXXXV
<b>Herd &amp; Charton, Inc.</b> (Vichy Célestins) .....	II	<b>Upjohn Co. of Canada, The</b> (Cortef) .....	XXXVII
<b>Hoffmann-La Roche Limitée</b> (Lévo-Dromoran) — (Nisentil) .....	XI	<b>U. S. Vitamin Corp. of Canada, Limited</b> (Aguasol A) .....	LXXXVI
<b>Horlicks Limited</b> (Nulactin) .....	LXXXIII	<b>Vinant Limitée</b> (Proveinase Midy) — (Pommade Midy) — Suppositoires Midy) .....	XXVI
<b>Horner Limited, Frank W.</b> (Infantol) .....	LXVII	<b>Vinant Limitée</b> (Spartoval — Sparto-Camphre — Génistéнал) .....	XXIV
<b>Huston Co. Limited, John A.</b> (Lastonet) .....	XXXIV - XXXV	<b>Warner-Chilcott Laboratories</b> (Methium) .....	LV
<b>Johnson &amp; Johnson Limited Canada</b> (Ethicon Sutupak) .....	LXXIX	<b>Warner-Chilcott Laboratories</b> (Agarol) .....	LVIII
<b>Joubert Limitée, J. J.</b> (Produits) .....	LXXXV	<b>Winthrop-Stearns of Canada Limited</b> (Néo-Synéphrine Pénicilline) .....	LXVI
<b>Laboratoire Bio-Chimique Inc.</b> (Cholibile Fort) .....	XLIV	<b>Wyeth &amp; Bros. (Canada) Limited, John</b> (Tubex-aiguille) .....	LXIV
<b>Laboratoire Desbergers Limitée</b> (Etavéral) — (Iodaminol) .....	Quatrième page de la couverture		

## UN VASODILATATEUR CORONARIEN DE CHOIX

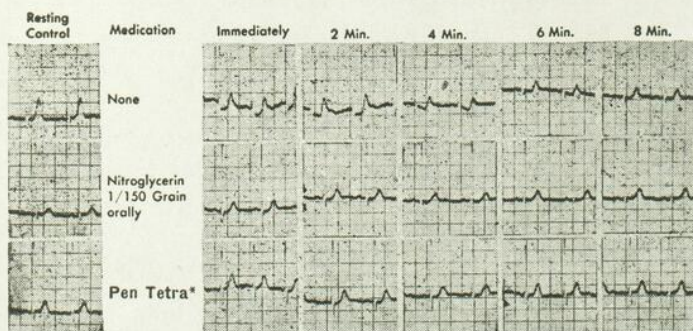
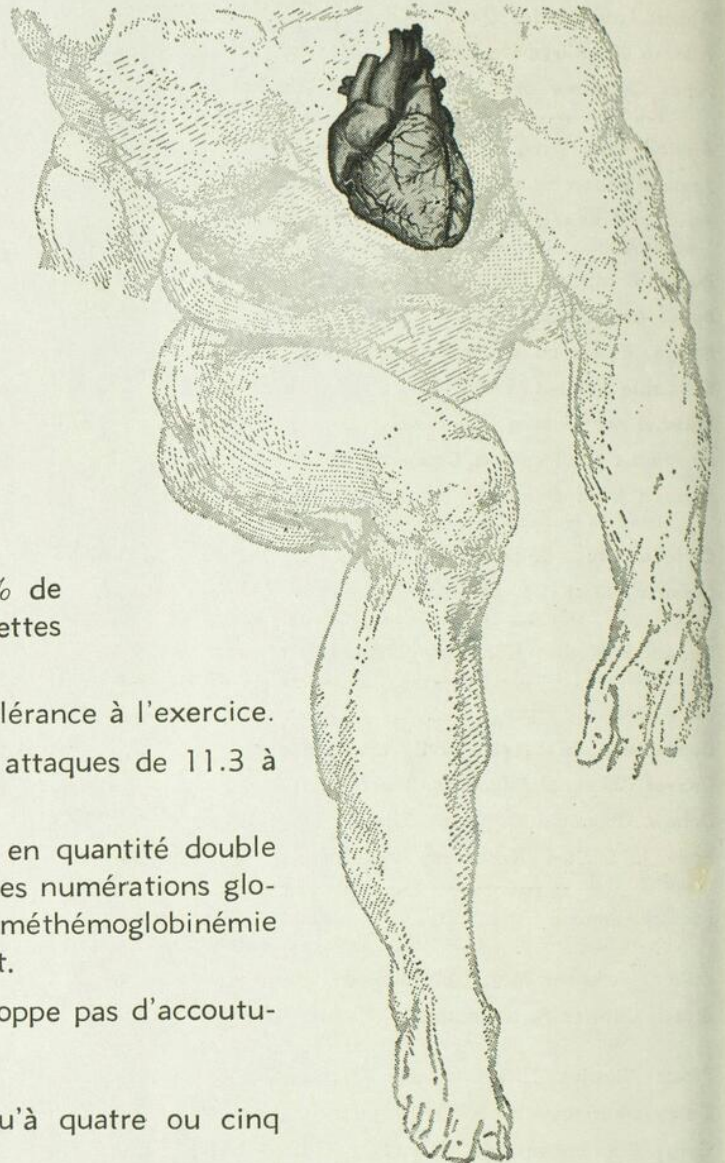
**PEN TETRA**

Le tétranitrate de  
pentaérythritol sous  
sa forme stable.

**POUR UNE THÉRAPEUTIQUE  
PROPHYLACTIQUE À EFFET  
PROLONGÉ**

- PEN TETRA produit des effets comparables à ceux fournis par la nitroglycérine. Son action est toutefois plus prolongée, ainsi que l'indiquent des électrocardiogrammes comparés.
- La quantité de PEN TETRA est à 26% de celle auparavant requise avec les tablettes à la nitroglycérine.
- PEN TETRA élève de plus de 50% la tolérance à l'exercice.
- PEN TETRA diminue la fréquence des attaques de 11.3 à une moyenne de 2.3 par semaine.
- PEN TETRA est sûr, même administré en quantité double ou triple du dosage maximum requis. Des numérations globulaires, examens d'urine et tests de méthémoglobinémie n'ont alors présenté aucun changement.
- PEN TETRA est bien toléré et ne développe pas d'accoutumance.

L'Effet supérieur démontré dure jusqu'à quatre ou cinq heures après administration.



\*Pentaérythritol tetranitrate

Effets respectifs du Trinitrate de glycéril et du Tétranitrate de pentaérythritol sur la réponse au test de Master ( $\Delta$ ), chez un patient présentant un syndrome d'insuffisance coronarienne. Le Trinitrate de glycéril a été administré cinq minutes avant le test; le Tétranitrate de pentaérythritol, une heure avant.

PEN TETRA est présenté sous deux formes :

**Comme vasodilatateur:**  
PEN TETRA  
(comprimé blanc)  
10 mg. Tetranitrate  
de Pentaérythritol

**Comme vasodilatateur  
et sédatif:**  
PEN TETRA  
(comprimé rose)  
10 mg. Tetranitrate de  
Pentaérythritol  
 $\frac{1}{4}$  gr. Butabarbital sodi-  
que.

*Littérature et échantillons sur demande.*

**BELL-CRAIG LTD.** 270 PARLIAMENT ST. • TORONTO 2

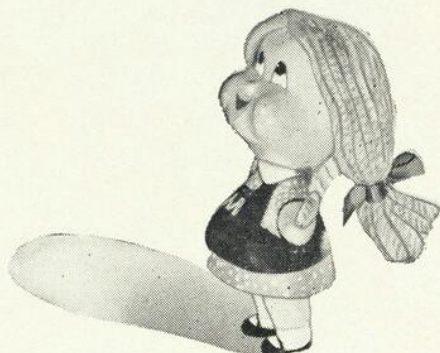




agréable  
au goût



attrayant  
pour l'œil



odeur  
alléchante

## Quand vous prescrivez **Mulcin** les enfants et les parents sont plus heureux

parce que les enfants aiment Mulcin. Ces vitamines sous forme liquide se prenant à la cuillerée ont tout ce qu'ils veulent.

Il a la délicate saveur de l'orange.

Il est d'une attrayante couleur orangée.

Son arôme plaît même aux plus difficiles.

Mulcin au goût si agréable coule facilement et il est d'un emploi très commode pour la mère. Et Mulcin fournit en proportions bien balancées toutes les vitamines dont les besoins journaliers ont été établis. Et il n'a pas besoin d'être réfrigéré. Son activité demeure assurée, même à la température de la chambre.

Mulcin renferme par cuillerée à thé (5 cc.):

Vitamine A	3,000 U.I.
Vitamine D	1,000 U.I.
Acide Ascorbique	50 mg.
Thiamine	1 mg.
Riboflavine	1.2 mg.
Niacinamide	8 mg.

Flacons de 4 et de 8 onces.

Avec **Mulcin** on prend la cuillerée de vitamines avec le sourire!

# Mulcin

MEAD JOHNSON & CO. OF CANADA, LTD.

Toronto et Belleville, Ontario



# IODAMINOL

La médication qui donne à l'iode  
une toute nouvelle importance  
en thérapeutique

## TRIPLE FORCE

Chaque comprimé contient :  
IODE (Acides Aminés Iodés)  
1/2 grain - 30 mgm.

**INDICATION**  
HYPERTHYROÏDIE

**POSOLOGIE**  
Un à trois comprimés par jour.

## TRIPLE FORCE et PHÉNOBARBITAL

Chaque comprimé contient :  
IODE (Acides Aminés Iodés) 1/2 grain - 30 mgm.  
PHÉNOBARBITAL ..... 20 mgm.

**INDICATIONS**  
GOÏTRE TOXIQUE - HYPERTHYROÏDIE

**POSOLOGIE**  
Un à trois comprimés par jour.

## ORDINAIRE

**Chaque comprimé contient :**  
0.01 gramme (1/6 grain) d'iode en combinaison organique azotée.

**INDICATIONS**  
Toutes les indications de l'iode; Etats goitreux et rhumatismaux; Toxémies de la grossesse; Artériosclérose; Septicémie.

**POSOLOGIE**  
Trois à six comprimés par jour, ou plus, selon le cas.

**CONDITIONNEMENTS**  
Flacons de 100 comprimés.

MONTREAL **DESBERGERS LIMITÉE** CANADA

**ÉTAVÉRAL**

Vasodilatateur cardiovasculaire  
et respiratoire