

XXV^e CONGRÈS DE L'A.M.L.F.C.
MONTREAL

les 21, 22, 23 et 24 septembre 1955
à l'Hôtel SHERATON-MT-ROYAL



**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 SÉCRÉTARIAT

326 est, boulevard Saint-Joseph
Montréal

Plus active que l'aminophylline . . . sans ses inconvénients

NEUTRAPHYLLINE

Nouveau dérivé de la théophylline

SOLUBLE — STABLE — BIEN TOLÉRÉ

Syndromes cardiaques et cardio-rénaux — Asthme — Dyspnées — Angor.

Comprimés — Ampoules — Suppositoires

Une association sédative . . .

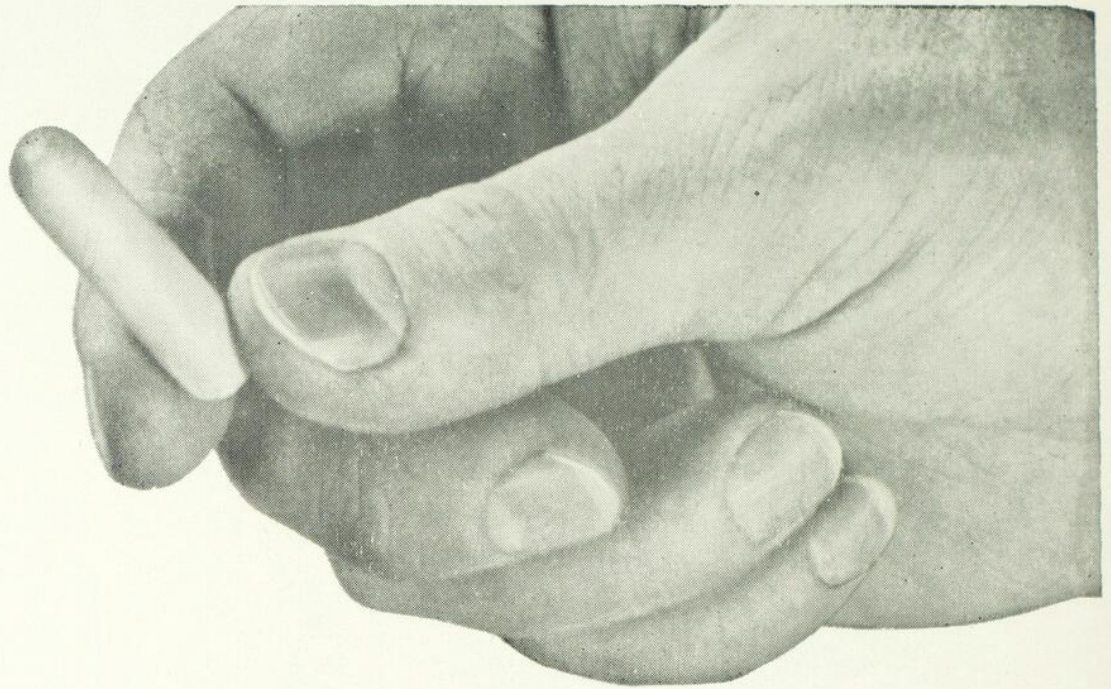
NEUTRAPHYLLINE AU PHENOBARBITAL

Renforce, complète et prolonge l'action de la Neutraphylline

Comprimés — Suppositoires

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





*soulagement des
malaises causés par
les hémorroïdes*

ANUSOL

Suppositoires Hémorroïdaux

Sans anesthésique ni analgésique, Anusol apporte un soulagement prompt et durable à la démangeaison et à la douleur.



Suppositoires Hémorroïdaux, enveloppés individuellement. S'obtiennent en boîtes de 12.

WARNER-CHILCOTT
Laboratories DIV. WM. R. WARNER & CO. LTD.

TORONTO ONTARIO

Diamox*

ACÉTAZOLAMIDE LEDERLE

MAINTENANT ACCEPTÉ DANS LES AFFECTIONS SUIVANTES:

EPILEPSIE¹

Des essais cliniques récents montrent que le DIAMOX modifie la fréquence et la sévérité des crises épileptiques. Le DIAMOX semble produire une acidose relative, d'une façon analogue au régime cétogène, et exerce peut-être aussi une action spécifique sur le tissu nerveux. Aucune action sédative directe n'est apparente.

GLAUCOME²

A la suite de l'administration orale de DIAMOX, il y a réduction significative de la tension intra-oculaire dans le glaucome aigu. Des résultats expérimentaux sembleraient indiquer une diminution de la sécrétion de l'humeur aqueuse. Le DIAMOX semble également exalter l'action des myotiques employés couramment.

OEDEME CARDIAQUE

Le DIAMOX, qui est le diurétique le plus prescrit actuellement, a été accepté immédiatement par les cliniciens parce que c'est un diurétique *oral* efficace, sûr et commode.

Présenté en comprimés de 250 mg. et en ampoules de 500 mg.
pour usage intraveineux.

1. MERLIS, S.: Le Diamox: Un Inhibiteur de l'Anhydrase Carbonique — Son Emploi dans l'Epilepsie. *Neurology*, 4: 11, 863-866, novembre 1954.

2. BECKER, B.: Diminution de la Tension Intra-oculaire Chez l'Homme par un Inhibiteur de l'Anhydrase Carbonique, le Diamox. *Am. J. Ophth.*, 37:1, 13-15, janvier 1954.

LEDERLE LABORATORIES DIVISION, NORTH AMERICAN Cyanamid LIMITED

5550, avenue Royalmount, Ville Mont-Royal, Montréal, Québec



*Marque déposée

SOMMAIRE

BULLETIN

Roger-R. DUFRESNE	
Le praticien et les accidents de la route	631
• • •	
XXVe Congrès de l'A. M. L. F. C. — Programme préliminaire	633
Roma AMYOT	
Le 13e Congrès de l'A. M. L. F. A. N. tenu conjointement avec le 23e Congrès Français de Médecine — Québec 1934	636
• • •	
G. GINGRAS et Alice LEPINE	
Aspect médical et social de la réhabilitation chez les paraplégiques de la Commission des Accidents du travail de Québec	641
Charles OUMET	
Grossesse tubaire. Etiologie et traitement — Relevé de 37 cas personnels de grossesses tubaires de 1951 à août 1954	659
RECUEIL DE FAITS	
V. LATRAVERSE	
Conduite à suivre dans les brûlures de l'œsophage	669
Victor PANACCIO	
L'action de la réserpine dans certaines affections dermatologiques	672
REVUE GÉNÉRALE	
Charles LEPINE	
Physiopathologie de l'hypertension pulmonaire	675
Jean-Marie LAPORTE	
Les progrès de la chirurgie du cœur	680

INDICATIONS :

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

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

RECOMMANDÉE ET PRESCRITE PAR LE CORPS MÉDICAL DANS LE MONDE ENTIER

VICHY CELESTINS

EAU MINÉRALE ALCALINE NATURELLE — PROPRIÉTÉ DE L'ÉTAT FRANÇAIS

MEFIEZ-VOUS DES IMITATIONS — PRESCRIVEZ CELESTINS

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

Σ

Médication Intégrale

DES AFFECTIONS HÉPATO-BILIAIRES

BILOGENE

ARTICHAUT
SOUFRE
BOLDO
BILE
FOIE

REGULARISE la fonction antitoxique du foie.
AUGMENTE la sécrétion biliaire sans troubler
le fonctionnement de la vésicule.
CONTIENT les principes cholérétiques les plus
actifs.
STIMULE la fonction hépatique.

MILLET, ROUX
MONTRÉAL



& CIE, LIMITÉE
CANADA

FLACONS DE 50, 500 ET 1000 COMPRIMÉS

SOMMAIRE

(Suite)

ÉDITORIAL

J.-Philippe PAQUETTE Tuberculose et antibiotique	693
---	-----

HYGIÈNE ET MÉDECINE SOCIALE

G. CHAREST Quelques réalisations de la médecine préventive	695
---	-----

CONGRÈS

Paul DAVID XXXe Congrès de l'Association des Médecins de Langue Française. Le Congrès d'Alger	698
--	-----

CORRESPONDANCE

Maurice PESTEL Lettre de Paris	701
---	-----

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

Symposium sur les uréthrites non gonococciques	703
Recherches et découvertes médicales	705

ANALYSES

MÉDECINE :

Une nouvelle technique bronchographique à l'aide d'une suspension de Lipiodol sulfanilidé (709). Syndrome de Loëffler secondaire à l'emploi d'une crème vaginale (709).

CARDIOLOGIE :

Tumeur métastatique du cœur (709). Sténose mitrale congénitale (710).

CHIRURGIE :

Le cancer de la vésicule biliaire (710). La décompression au trocart dans l'occlusion intestinale aiguë du grêle (711).



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.

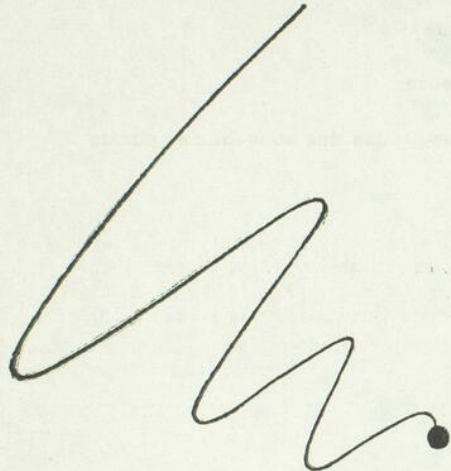


Charles E. Frosst & Co.
MONTREAL CANADA



LE NOUVEL ONGUENT

HERISAN ANTIBIOTIQUE



médicament spécifique
des dermatoses pyogéniques,
des tissus infectés, dégénérés
ou endommagés et d'autres
conditions cutanées, est
constitué de l'association
thérapeutique de . . .



Bacitracine-Tyrothricine

dont l'effet bactéricide et bactériostatique est notablement augmenté du fait de leur action synergique (démontrée par Lubowe), mais qui n'ont qu'un faible pouvoir sensibilisant et peu de toxicité; ce qui permet des applications locales prolongées sans effets secondaires nocifs.

Avec Herisan

médicament depuis longtemps reconnu et éprouvé scientifiquement, fournissant les vitamines naturelles A et D, éléments essentiels à la réparation tissulaire et à la cicatrisation rapide (dans une proportion idéale de 8 pour 1) contenus dans un excipient bien équilibré et rapidement absorbé, assurant un effet maximum des ingrédients actifs.

Il s'ensuit que le nouvel Onguent Antibiotique Hérisan (1) procure une action antibiotique très efficace, avec des quantités minimales de Bacitracine et de Tyrothricine, à cause de leur effet synergique lorsqu'ils sont associés, (2) est très peu toxique, (3) ne possède qu'une capacité très faible de sensibilisation, (4) est effectif même en présence de sang, de pus, de plasma, de tissus nécrotiques et de pénicilline, (5) assure une cicatrisation rapide et diminue ainsi la durée du traitement.



Rougier Frères

350 LE MOYNE — MONTREAL 1

SOMMAIRE

(Suite)

GASTRO-ENTEROLOGIE :

Lésion du tube digestif et de ses glandes consécutives à des agressions sympathiques à distance (711).

PEDIATRIE :

Technique permettant l'examen radiologique du prématuré et du nouveau-né, sans les sortir de l'incubateur (712).

NEURO-PSYCHIATRIE :

L'emploi d'une thérapeutique électro-convulsive chez 233 malades souffrant de maladie mentale et de tuberculose (713). Résultats thérapeutiques par l'emploi de chlorpromazine (Largactil) en psychiatrie (714).

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE :

L'emploi du Benadryl contre le vertige labyrinthique (714).

DERMATO-SYPHILIGRAPHIE :

Verrues acuminées périanales avec lésions muqueuses (715).

ANESTHESIE :

Etude de la réanimation et de l'établissement de la respiration des nouveau-nés par un travail d'équipe (715).

SOCIÉTÉS

Société Médicale de Montréal: séance du 7 décembre 1954 (717); séance du 14 décembre 1954 (717); séance du 20 janvier 1955 (718); séance du 1er février 1955 (718); séance du 15 février 1955 (718); séance du 1er mars 1955 (719).

Association des Médecins Canadiens en France: séance du 15 décembre 1954 (719).

NÉCROLOGIE	721
NOUVELLES	722
REVUE DES LIVRES	727
"L'Union Médicale du Canada" en 1886	748
NOUVELLES PHARMACEUTIQUES	752

CONDITIONS DE PUBLICATION

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

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

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

Les manuscrits doivent être dactylographiés avec double interligne.

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

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

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

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

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

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

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

pour une NUIT DE SOMMEIL QUASI NORMAL

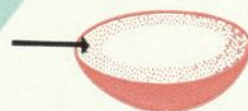
"Twin-Barb"

Le sédatif à double action

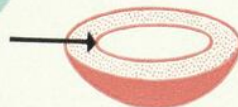
- produit son effet dans les 15 à 20 minutes.
- s'élimine du courant sanguin dans environ 8 heures.
- le patient se réveille rafraîchi, sans sensation de dépression.



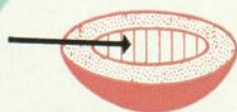
Une couche extérieure rapidement soluble.



Du pentobarbital qui produit une prompte sédation.



La couche intérieure se dissout vers le moment où l'effet du pentobarbital s'affaiblit.



Le butabarbital prolonge la sédation.

"TWIN-BARB"

Tablette N° 445 "Frosst"

Pentobarbital sodique... 65 mg. (1 gr.)
Noctinal (Butabarbital NNR) 50 mg. (3/4 de gr.)

POSOLOGIE. Une tablette avant le coucher.

Présenté en flacons de 100 tablettes.



Charles E. Frosst & Co.
MONTRÉAL CANADA

3 FORMULES

procurent un

choix de traitements pour **L'HYPERTENSION** et les **ÉTATS d'ANXIÉTÉ**

à doses thérapeutiques,

"ALSERIN"

MARQUE DE RÉSERPINE

représente une préparation **ÉCONOMIQUE** qui...

- **ABAISSÉ LA PRESSION SANGUINE**
- **RALENTIT LE POULS**
- **AGIT COMME SÉDATIF LÉGER**

L' "Alserin" (réserpine *Trossi*) est un alcaloïde d'une cristallinité pure qui fut tout d'abord isolé d'une espèce du *Rauwolfia Serpentina*, une plante qui croît aux Indes, et, plus récemment, d'autres espèces du *Rauwolfia* dont on a découvert la croissance en Amérique Centrale et en Amérique du Sud. Grâce à son **BAS PRIX** — un **NOUVEAU** facteur — le traitement continu est possible.

"ALSERIN" à 0.25 mg.

COMPRIMÉ N° 395 "Frosst"

(Divisible)

Chaque comprimé renferme:

réserpine 0.25 mg.

Posologie. Pour le traitement de l'Hypertension: de 1 à 2 comprimés (0.25 à 0.5 mg.) deux ou trois fois par jour peuvent être requis comme dose d'attaque, tandis que la dose de maintien quotidienne totale peut être aussi faible que de 1 à 2 comprimés (0.25 à 0.5 mg.) **Comme Sédatif:** de deux à huit comprimés (0.5 à 2 mg.) deux ou trois fois par jour peuvent être requis.

"ALSERIN" COMPOSÉ

Il n'est pas rare que l'hypertension soit associée à une diminution de la résistance des capillaires. Ce facteur peut être responsable de l'hémorragie rétinienne et cérébrale. L'action combinée de la rutine et de l'acide ascorbique améliore la résistance des capillaires lorsque celle-ci est faible et peut contribuer de façon importante à la diminution des hémorragies.

TABLETTE N° 455 "Frosst"

Chaque tablette enrobée de sucre renferme:

réserpine 0.25 mg.
rutine, NF 20 mg.
acide ascorbique 30 mg.

Posologie. Une à deux tablettes 2 ou 3 fois par jour.

"ALSERIN" COMPOSÉ additionné de THÉOPHYLLINE

L'insuffisance coronarienne est très fréquemment associée à l'hypertension. L'emploi de drogues hypotensives efficaces peut nuire à la circulation des coronaires et l'association d'un vasodilatateur des coronaires à ces drogues semble une sage précaution. La théophylline dilate les bronches en améliorant la ventilation pulmonaire, dilate les artères coronariennes en améliorant l'apport du sang au cœur, et augmente la circulation du sang dans les reins, ce qui a pour résultat l'augmentation de la filtration par les glomérules. La valeur de ces actions est évidente chez les patients souffrant d'insuffisance coronarienne.

TABLETTE N° 456 "Frosst"

Chaque tablette enrobée de sucre renferme:

réserpine 0.25 mg.
rutine, NF 20 mg.
acide ascorbique 30 mg.
théophylline 100 mg.

Posologie. Une à deux tablettes 2 ou 3 fois par jour.

CHACUNE DES FORMULES EST PROCURABLE EN FLACONS DE 100 TABLETTES

EFFETS SECONDAIRES

L'Alserin est toléré à doses élevées par les animaux de laboratoire, l'effet majeur étant une sédation nettement marquée. Cliniquement, les doses thérapeutiques entières peuvent causer une dépression mentale, bien que rarement. Des rêves troublants et des cauchemars ne sont pas inférieurs. L'enchifrènement peut survenir et disparaître spontanément sur diminution de la dose. On remarque parfois une augmentation de la sécrétion d'acide gastrique, et en présence d'un ulcère gastrique, l'administration d'Alserin devrait s'accompagner d'une thérapie anti-acide et anti-sécrétoire simultanée.



Charles E. Frosst & Co.
MONTRÉAL CANADA

L'INFESTATION par les **OXYURES**

**GUÉRIE DANS
ENVIRON
85% DES CAS**

POUR LES BÉBÉS ET LES ENFANTS

Facile à prendre — Agréable au goût

SIROP DE "VERMISOL"

Siróp N° 634 "Frosst"

Chaque cuillerée à thé de 5 cc. renferme:

hexahydrate de pipérazine 500 mg.
(sous forme de tartrate)

POSOLOGIE: jusqu'à 15 lbs, 1/2 cuillerée à thé par jour; de 15 à 30 lbs, 1/2 cuillerée à thé deux fois par jour; de 30 à 60 lbs, 1 cuillerée à thé deux fois par jour; au-dessus de 60 lbs, 2 cuillerées à thé deux fois par jour.

Présenté en flacons de 4 et 16 onces liquides.

POUR LES ADULTES ET LES ENFANTS PLUS ÂGÉS

COMPRIMÉS DE "VERMISOL"

C.T. N° 807 "Frosst"

Chaque comprimé renferme:

hexahydrate de pipérazine 250 mg.
(sous forme de tartrate)

POSOLOGIE: enfants jusqu'à 6 ans, un comprimé par jour pour chaque année d'âge; plus de 6 ans et adultes, 2 comprimés 3 ou 4 fois par jour.

Présenté en flacons de 100 comprimés.

On administre le Vermisol durant 7 jours, puis, repos de 7 jours suivi d'un nouveau traitement d'une semaine.

N.B. Pour prévenir la ré-infestation, on recommande d'observer les précautions hygiéniques habituelles.

AVERTISSEMENT. Administré à trop fortes doses les effets suivants sont à craindre: nausée, vertige, manque de coordination, difficulté à concentrer la vue, étoiles, et une sensation d'indifférence. Ces effets secondaires sont temporaires et disparaissent sur discontinuation de la médication.

Charles E. Frosst & Co.
MONTRÉAL CANADA

Lorsque le coût du produit doit être pris en considération, le violet de gentiane (Vermilet) continue d'être le plus économique des oxyuricides efficaces.

"VERMILET" (TABLETTES)

TABLETTES À ENROBAGE ENTÉRIQUE DE
VIOLET DE GENTIANE

Tablette N° 409 "Frosst" 3/20 de gr. (10 mg.)

Tablette N° 410 "Frosst" 1/2 gr. (32 mg.)

Présenté en flacons de 200 tablettes.

POSOLOGIE

ENFANTS: jusqu'à 10 ans, une tablette de 3/20 de gr. par jour, par année d'âge. Fractionner cette dose et la prendre avant les repas. De 10 à 16 ans, une tablette de 1/2 gr. trois fois par jour, avant les repas.

ADULTES: deux tablettes de 1/2 gr. trois fois par jour, avant les repas.

"VERMISOL"

MARQUE D'

HEXAHYDRATE DE PIPÉRAZINE

La récente application de l'hexahydrate de pipérazine au traitement de l'infestation par les oxyures représente un développement du traitement de cet état.

Le taux de guérison—qui varie entre 85 et 90 p.c.—est du même ordre que celui qui résulte du violet de gentiane.

Le "VERMISOL" (hexahydrate de pipérazine) se prend facilement, est bien toléré, est relativement non toxique, sûr, efficace et libre de la coloration associée au violet de gentiane. Son absence de toxicité, lorsqu'il est administré à doses appropriées, en fait un agent thérapeutique désirable.

Les avantages du soulagement de l'indigestion nerveuse par Bentytol

Des cliniciens^{1,2} prouvent que Bentytol
apporte un soulagement efficace ... ne cause
pas d'effets secondaires indésirables, y compris
la vue trouble et la bouche sèche.

1. McHardy et Browne: Sou. Med. J. 45:1139, 1952. 2. Lorber
et Shay: Fed. Proc. 12:90, 1952.

Bibliographie complète de Bentytol envoyée sur demande.

BENTYLOL

(Chlorhydrate de Dicyclomine)

un autre perfectionnement exclusif dû aux recherches Merrell

Rx INFORMATION

BENTYLOL

Bentytol assure une action spasmolytique directe (musculotropique) et indirecte (neurotropique). Bentytol procure un soulagement complet et confortable du spasme des muscles lisses; particulièrement dans les cas de troubles fonctionnels du tractus gastro-intestinal, côlon irritable, pylorospasme, troubles biliaires et constipation spasmodique.

Composition: Chaque capsule ou cuillerée à thé (5 cc.) contient 10 mg. de Bentytol (chlorhydrate de dicyclomine). Bentytol avec Phénobarbital a la même formule que ci-dessus, additionnée de 15 mg. de Phénobarbital.

Posologie: *Adultes*, 2 capsules ou 2 cuillerées à thé de sirop, trois fois par jour, avant ou après les repas. Si c'est nécessaire, répétez la dose au coucher. *Pour les coliques infantiles*, ½ à 1 cuillerée à thé, de dix à quinze

minutes avant les repas.

Présentation: Bentytol — En bouteilles de 50 et de 500 capsules bleues, et Sirop Bentytol en bouteilles de 16 et de 80 onces. Bentytol avec Phénobarbital — En bouteilles de 50 et de 500 capsules bleu-et-blanc et Sirop Bentytol en bouteilles de 16 et de 80 onces.

MARQUE DE FABRIQUE "BENTYLOL"



PIONNIERS DE LA MÉDECINE
DEPUIS 125 ANS

THE WM. S. MERRELL COMPANY
New York • ST. THOMAS, ONTARIO • Cincinnati

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

**L'Union Médicale
du Canada**

DIRECTION SCIENTIFIQUE

MEMBRES D'HONNEUR

Messieurs les Professeurs:
Maurice Roch (Genève),
Pasteur Vallery-Radot (Paris),
Albert LeSage,

Wilbrod Bonin, doyen,
Faculté de Médecine, Université de Montréal;
Jean-Baptiste Jobin, doyen,
Faculté de Médecine, Université Laval, Québec;

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

Rédacteur en chef émérite: Albert LeSage

BUREAU DE DIRECTION

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

MM. J.-A. Lecours, J.-M. Laframboise, Paul Letondal, A.
Marin, Donatien Marion, L.-P. Petitclerc, Jean Saucier
L.-Ch. Simard, Jean Sirois, 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): Jean-Thomas Michaud

BUREAU DE COLLABORATION

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

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

SULFOSALYL

LE MÉDICAMENT PAR EXCELLENCE DES RHUMATISMES CHRONIQUES

**Même avec ACTH ou Cortisone, le Sulfosalyl doit être
associé comme traitement de base, et surtout
comme modificateur du terrain.**

Le seul traitement de durée sans contre-indications.

Laboratoires de Thérapeutique Anti-Rhumatismale Sarein

30 Années de Succès.

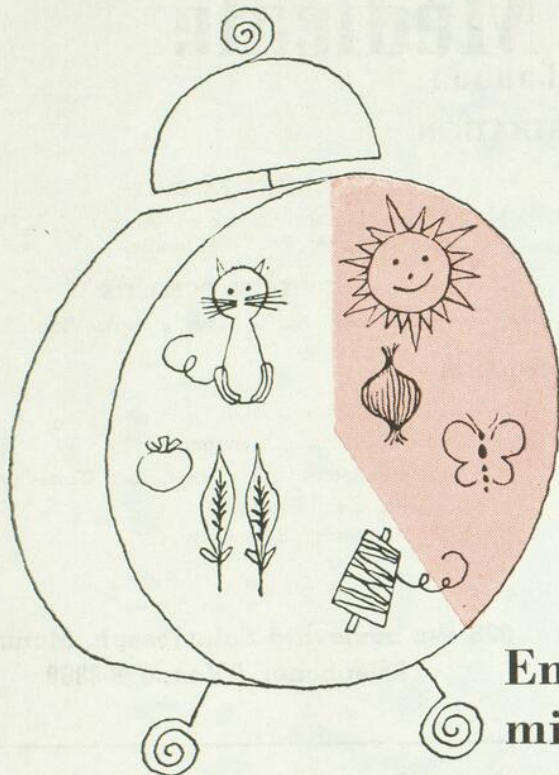
ENTROSALYL

SALICYLATE DE SOUDE PUR.

Enrobage garanti pour délitage intestinal.

CORONET DRUG COMPANY

260 EST, RUE RACHEL, MONTRÉAL



En 20 à 30
minutes...

*soulagement insurpassé de toutes allergies
sensibles aux antihistaminiques avec le*

MALEATE DE

CHLOR-TRIPOLON

(maléate de chlorophènepyridamine Schering)

L'antihistaminique le plus puissant qui existe, le Chlor-Tripolon, aide rapidement au soulagement des symptômes d'allergies — avec une efficacité plus grande que celle de tout autre antihistaminique. Les médecins utilisent de plus en plus le Chlor-Tripolon quand d'autres antihistaminiques ne procurent qu'un soulagement partiel ou échouent totalement. Selon la nature et l'intensité du trouble allergique, le contrôle symptomatique se maintient de quatre à six heures. Il y a absence presque totale d'effets secondaires.

Comprimés de **CHLOR-TRIPOLON**, 4 mg.
REPETABS de **CHLOR-TRIPOLON**, 8 mg.
REPETABS de **CHLOR-TRIPOLON**, 8 mg.
avec Pentobarbital sodique, 50 mg.
($\frac{3}{4}$ de grain)

CHLOR-TRIPOLON Injectable,
fioles de 2 cc., 100 mg./cc.
CHLOR-TRIPOLON Injectable,
Ampoules Stériles de 1 cc.,
10 mg./cc.

Schering



CHLOR-TRIPOLON

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

L'Union Médicale du Canada

ADMINISTRATION

OFFICIERS

Président: Edouard Desjardins
Vice-président: Paul Bourgeois
Secrétaire-trésorier: J.-A. Vidal
Secrétaire-trésorier adjoint: P.-R. Archambault

COMITÉ EXÉCUTIF

MM. Edouard Desjardins, Roma Amyot, J.-A. Vidal,
Emile Blain et Paul Bourgeois.

COMITÉ DE PUBLICITÉ

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

CORRESPONDANTS

MM. A. Pichet et M. Pestel (Paris),
Donat-P. Cyr (Boston, Mass.),
Charles-P. Mathé (San Francisco),
A. Fontaine (Woonsocket),
J.-E. Gaulin, L. Mantha, Horace Viau (Ottawa),
Georges-L. Dumont (Campbellton, N.-B.),

MM. R. Gaudet (Sherbrooke),
Edmond Potvin (Chicoutimi),
Aug. Panneton, J.-A. Denoncourt (Trois-Rivières),
D. Colin (Saint-Boniface),
L.-P. Mousseau (Edmonton).

ADMINISTRATION et SECRÉTARIAT
PUBLICITÉ : Jacques-D. Clerk

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

HEPAX
STIMULANT HÉPATO-BILIAIRE ET RÉNAL

STIMULANTS HÉPATO-BILIAIRES
ARTICHAUT — BOLDO
COMBRETUM — POLYPODE

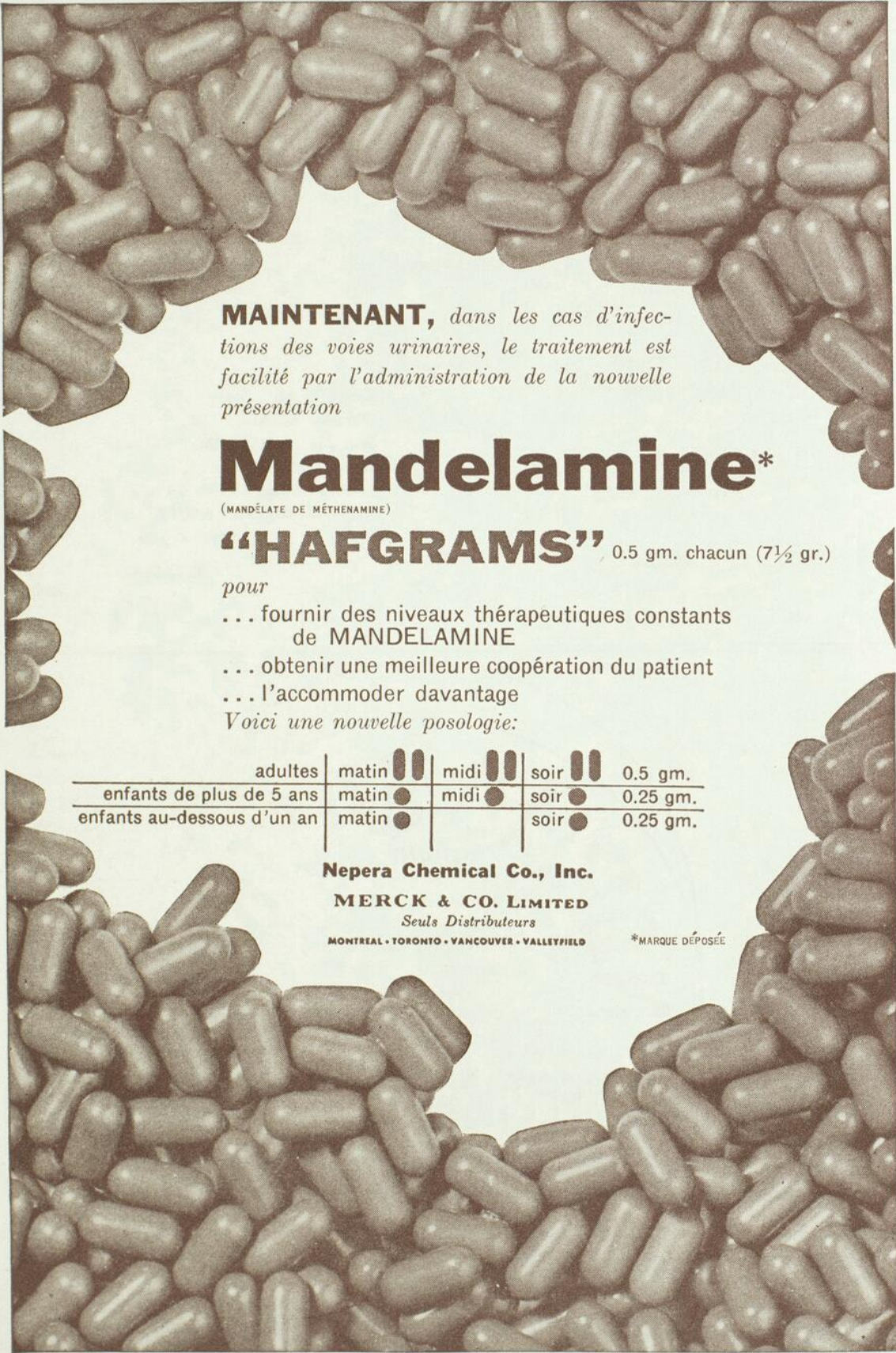
DIURÉTIQUES CARDIO-RÉNAUX
ADONIS — AUBÉPINE

DÉSENSIBILISANTS
PEPTONES — chlor. Mg.

**CHOLÉMIQUES
INSUFFISANTS
HÉPATIQUES
AZOTÉMIES
HYPERCHOLESTÉROLÉMIE
CURES DE DIURÈSE
DERMATOSES**

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

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



MAINTENANT, dans les cas d'infections des voies urinaires, le traitement est facilité par l'administration de la nouvelle présentation

Mandelamine*









(MANDÉLATE DE MÉTHENAMINE)

"HAFGRAMS", 0.5 gm. chacun (7½ gr.)

pour

- ... fournir des niveaux thérapeutiques constants de MANDELAMINE
- ... obtenir une meilleure coopération du patient
- ... l'accommoder davantage

Voici une nouvelle posologie:

adultes	matin 	midi 	soir 	0.5 gm.
enfants de plus de 5 ans	matin 	midi 	soir 	0.25 gm.
enfants au-dessous d'un an	matin 		soir 	0.25 gm.

Nepera Chemical Co., Inc.

MERCK & CO. LIMITED

Seuls Distributeurs

MONTREAL • TORONTO • VANCOUVER • VALLEYFIELD

*MARQUE DÉPOSÉE

OFFICIERS

DE

L'Association des Médecins de Langue Française du Canada

Fondée à Québec en 1902

DIRECTEURS GÉNÉRAUX HONORAIRES

R.-E. VALIN,

165 est, rue Laurier, Ottawa.

Donatien MARION,

326 est, boul. Saint-Joseph, Montréal.

DIRECTEUR GÉNÉRAL

Emile BLAIN,

444 est, rue Sherbrooke, Montréal.

EXÉCUTIF DE L'ASSOCIATION

Emile BLAIN, Montréal.

Hermile TRUDEL, Montréal.

Jean-Marie LAFRAMBOISE, Ottawa.

Roma AMYOT, Montréal.

Louis-Philippe MOUSSEAU, Edmonton, Alberta.

François ARCHAMBAULT, Montréal.

Pierre-A. TURGEON, Montréal.

SECRÉTAIRE-TRÉSORIER GÉNÉRAL

Hermile TRUDEL,

1990 est, rue Rachel, Montréal.

SECRÉTAIRE ADJOINT

B.-G. BEGIN

3440, rue Hutchison, Montréal.

SECRETARIAT:

326 est, boul. Saint-Joseph, Montréal.

Téléphone: HA. 8076



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 (triède) matin, midi, soir et au moment des malaises digestifs.

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

Canada : Laboratoires JEAN OLIVE - MONTRÉAL.

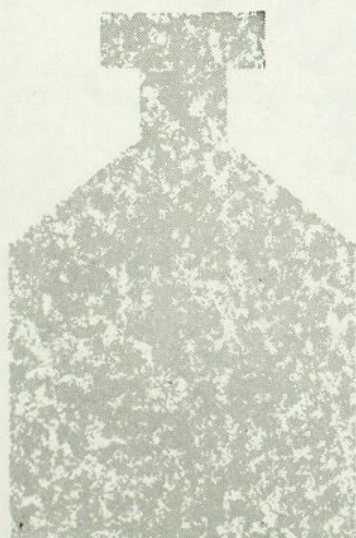
*Pour enrayer directement
la dermatite de l'herbe à puce*

**crème de
prantal 2%**

tubes de 50 grammes

Le premier anticholinergique topique pour les affections de la peau.
Soulagement rapide dans la dermatite de contact, la dermatite allergique, l'eczéma dyshidrotique, la neuro-dermatite, l'hyperhidrose localisée.

- soulage la démangeaison, combat l'irritation
- évite les complications, prévient les rechutes
- assèche les lésions suintantes en 2 à 4 jours
- ne sensibilise pas, sans effets secondaires
- bienfaisante pour les malades allergiques
- économique
- ne tache pas



Méthylsulfate de

prantal

méthylsulfate de
diphémanile, Schering

*Nom déposé.

Schering



COMITÉ DU XXV^e CONGRÈS

Roma AMYOT, président.

Louis-Philippe MOUSSEAU, 1^{er} vice-président

François ARCHAMBAULT, secrétaire

Pierre BELLIVEAU, 2^e vice-président

Pierre-A. TURGEON, trésorier

J.-Antonio LECOURS, 3^e vice-président

SECRETARIAT DU CONGRES:

Pierre SMITH, 4^e vice-président

326 est, boulevard Saint-Joseph, Montréal.

ANCIENS PRÉSIDENTS

Albert PAQUET

Arthur-L. RICHARD

J.-A. DENONCOURT

J.-A. JARRY

Edmond POTVIN

J.-B. JOBIN

Charles VEZINA

J.-A. VIDAL

René DuBERGER

Richard GAUDET

Jean-Marie LAFRAMBOISE

MEMBRES DU CONSEIL

ARCHAMBAULT, Gérard, 472, av. Laurier, St-Jean, P.Q. 1956
 BEAUCHEMIN, L.-O., 208, Edifice Grain Exchange, Calgary, Alberta 1958
 BIBAUD, Barthélemy, 65, Nicholson, Valleyfield, P.Q. 1956
 BLAIS, Roland-E., 1779, av. de l'Eglise, Montréal, P.Q. 1958
 BLANCHET, Roméo, 54, av. Laurier, Québec, P.Q. 1956
 BONIN, Wilbrod, 575, av. Davaar, Outremont, P.Q. 1958
 BROUSSEAU, L.-P., Malartic, P.Q. 1958
 COUTURIER, Alphonse, Rivière-du-Loup, P.Q. 1958
 DECARIE, Roland, 524 est, Sherbrooke, Montréal, P.Q. 1956
 DOMINGUE, Albert, Granby, P.Q. 1956
 EMARD, L.-M., 119, Marlborough, Cornwall, Ont. 1958
 FONTAINE, Auray, Woonsocket, R.I. 1958
 GAUTHIER, J.-Dominique, Shippegan, N.-B. 1958
 JOANNETTE, Albert, Sainte-Agathe-des-Monts, P.Q. 1958
 JOBIN, Pierre, 91 1/2, d'Auteuil, Québec, P.Q. 1958
 LEBLOND, S., Hôtel-Dieu St-Vallier, Chicoutimi, P.Q. 1956

LEMIEUX, Renaud, Hôp. du St-Sacrement, Québec, P.Q. 1956
 MASSON, Gaston, 148, rue Sanborn, Sherbrooke, P.Q. 1958
 MERCILLE, Jean, 4903 ouest, N.-Dame, Montréal, P.Q. 1956
 MILOT, J.-Donat, 1017 Stafford Rd., Fall River, Mass. 1956
 MORISSET, Pierre, Saint-Georges-de-Beauce, P.Q. 1956
 PAIEMENT, Horace, Sturgeon Falls, Ont. 1958
 PERRAS, Ephrem, 192, rue Principale, Hull, P.Q. 1956
 PERRON, J.-M., 2, rue Mercier, Shawinigan Falls, P.Q. 1958
 PIETTE, Edmond, Joliette, P.Q. 1958
 PILON, J.-Ls, 389 est, boul. St-Joseph, Montréal, P.Q. 1958
 POWERS, Arthur, 11, rue Front, Hull, P.Q. 1958
 RIOUX, J.-Emile, Sainte-Anne-des-Monts (Gaspé), P.Q. 1958
 R. DE SAINT-VICTOR, Henri, Ottawa, Ont. 1958
 ROULEAU, J.-Maurice, St-Grégoire (Nicolet), P.Q. 1956
 SIROIS, Jean, 22, Place d'Aiguillon, Québec, P.Q. 1958
 TETREAULT, Ad., 411, boul. Laviolette, T.-Rivières, P.Q. 1958
 THIBAUT, Eugène, 4070, boul. Lasalle, Verdun, P.Q. 1958
 VIAU, Horace, 467, rue Rideau, Ottawa, Ont. 1958



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



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

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

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

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

The CANADA STARCH Co., Ltd.
Montréal

Veuillez m'envoyer

CALCULATEUR

Livret: "LES SIROPS DE MAÏS DANS L'ALIMENTATION DES ENFANTS"

TABLETTES DE FORMULES

Nom

Adresse

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

AUX MÉDECINS SEULEMENT

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

dans le RHUME DES FOINS

phénergan



*"les résultats obtenus avec le Phénergan
dans le rhume des foins sont supérieurs
à tout ce qui s'est vu avec
les autres antihistaminiques"...

*Silbert, N. E., Ann. Allergy 10:2, May-June 1952



"l'antihistaminique
du soir"

phénergan

PROMÉTHAZINE

le plus puissant
de tous les antihistaminiques
sédatif
hypnotique
analgésique

ACTION PROLONGÉE PENDANT
PLUS DE 14 HEURES
favorise le repos de la nuit

Comprimés à 10 mg.
Dragées à 25 mg.
Ampoules de 2 cc. à 25 mg. par cc.

Sirop Phénergan
10 mg. par 4 cc. (c. à thé)
Recommandé spécialement en pédiatrie

Renseignements et échantillons sur demande

Poulenc

Limitée, 204 Place Youville, Montréal



ANAFER

"...la moins toxique de toutes les préparations avec fer"*

Anafer est la nouvelle préparation B.D.H. de sulfate ferreux avec vitamines C et K. Des essais cliniques ont démontré que le produit Anafer fournit une thérapeutique efficace pour donner du fer, avec une absence remarquable de troubles gastro-intestinaux. Même à deux fois la dose recommandée, il fut constaté que les comprimés étaient toujours bien tolérés.** Ce fait fut particulièrement évident dans les cas où d'autres préparations avec fer avaient causé précédemment des malaises sérieux gastro-intestinaux. Sur la base de ces observations, Gillhespy* a établi que le produit Anafer est le moins toxique de toutes les préparations

*R. O. Gillhespy, *Med. Press* 231: 112
(3 fév.) 1954.

**P. P. Turner, *Communication personnelle.*

avec le fer et doit être employé dans le traitement de l'anémie hypochronique.

Posologie: Un comprimé trois fois par jour, ou selon l'indication obtenue par la réaction.

Enfant: Un comprimé une ou deux fois par jour.

Chaque comprimé édulcoré contient:

Sulfate ferreux, Exsiccaté200 mg.
(équivalent à
4.3 gr. de sulfate ferreux B.P.)

Acide ascorbique10.0 mg.

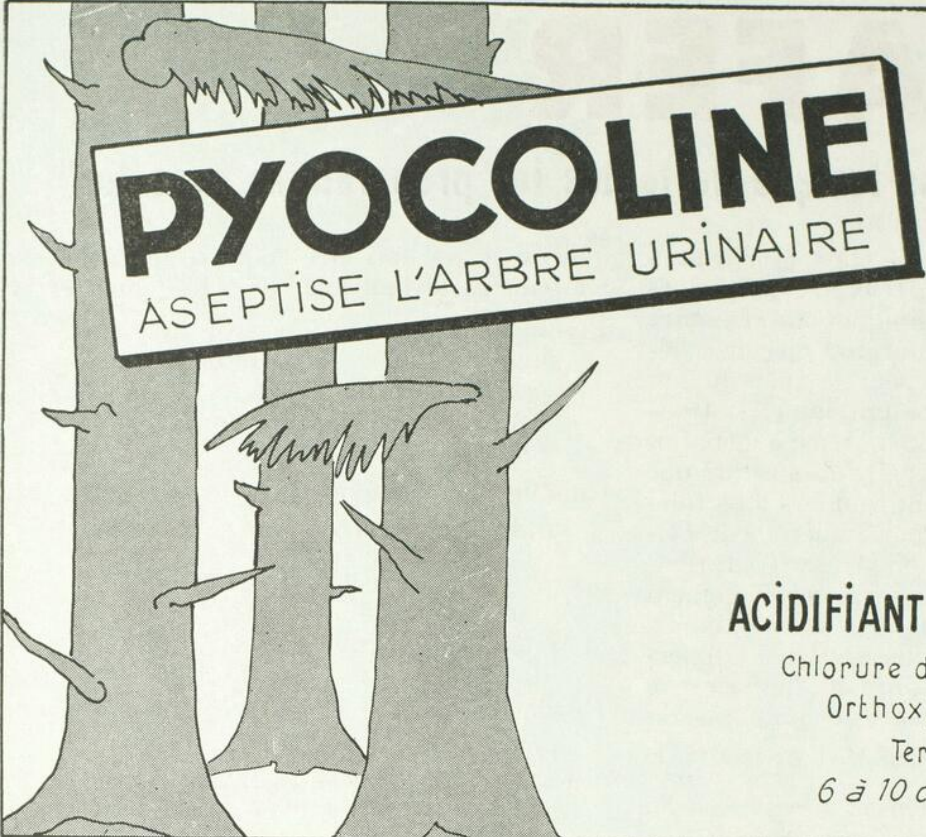
Ménadione (tel que le dérivatif
diacétyle)1.5 mg.

En flacons de 100 et 1000 comprimés.

Pont en fer à Coalbrookdale, Shropshire, conçu par T.F. Pritchard en 1779 et prétendu être le premier pont en fer du monde.



BRITISH DRUG HOUSES




PYOCOLINE
ASEPTISE L'ARBRE URINAIRE

ACIDIFIANT URINAIRE DIURÉTIQUE

Chlorure d'ammonium 0,25 gm.
Orthoxyquinoléine 0,05 gm.
Terpine 0,03 gm.
6 à 10 comprimés par jour

LABORATOIRES JEAN OLIVE . 200, RUE VALLÉE - MONTRÉAL

**ANESTHÉSIE
DE SURFACE
PAR SIMPLE CONTACT**



NESTOSYL
POMMADE

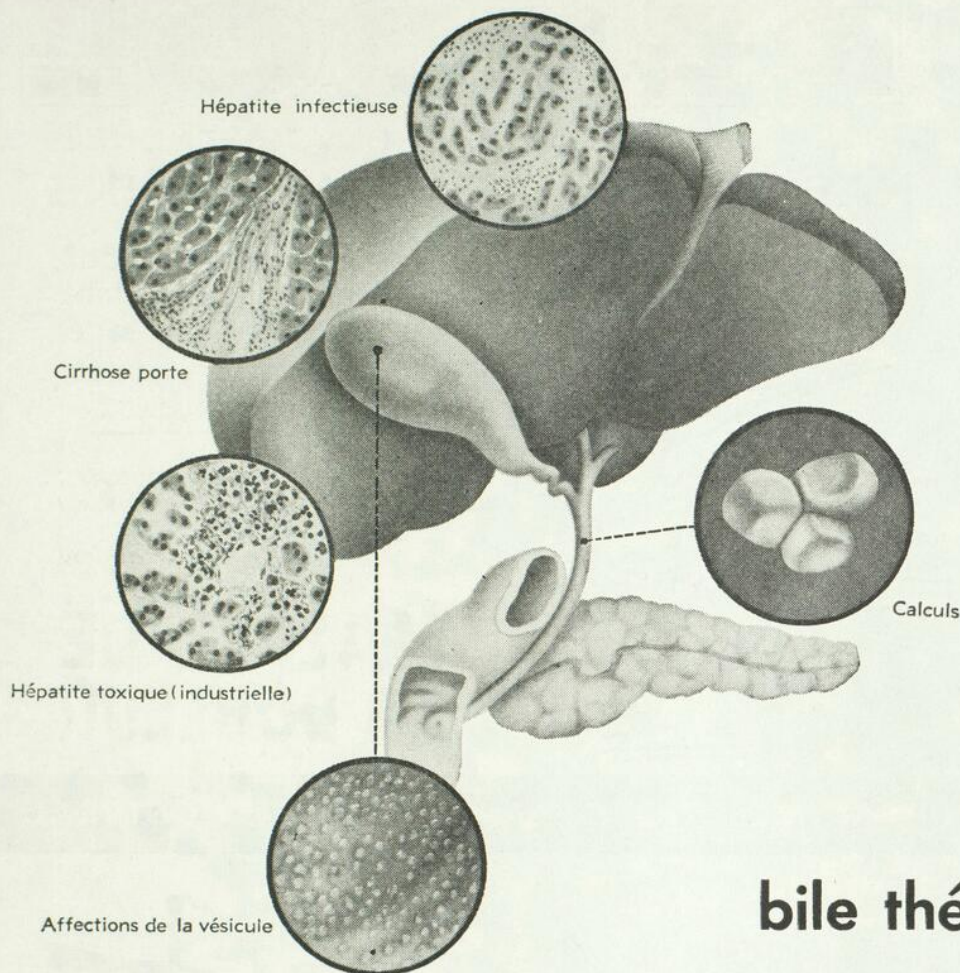
Anesthésiques insolubles et non toxiques.
cessation immédiate de la douleur sur
les tissus lésés et toutes muqueuses .

Ethers éthylique et butylique de l'acide paraaminoben-
zoïque . résorcine . oxyquinoléine . oxyde de zinc .

PRURITS, engelures, gerçures, crevasses, brûlures .
ECZÉMAS, hémorroïdes, ulcères variqueux, escarres,
crevasses du sein, dermites infantiles

LABORATOIRES JEAN OLIVE
200, Rue Vallée, Montréal .

LABORATOIRES P. BAUDE
133, Rue de l'Université . Paris. 7^e



bile thérapeutique

dans les troubles du foie et de la vésicule biliaire

“... grâce à la production d'une véritable hydrocholérèse —
une augmentation remarquable du volume et de la fluidité de la bile.”*

“... le but du traitement principal ne peut qu'en être favorisé...”*

“... encore confirmé par les expériences cliniques que
l'on a rapporté.”*

DECHOLIN[®] et DECHOLIN SODIUM

(acide déhydrocholique, Ames)

(déhydrocholate de sodium, Ames)

Comprimés *Decholin*, 3 $\frac{3}{4}$ gr. (0.25 gm.); flacons
de 100, 500, 1000. *Decholin Sodium*, solution
aqueuse à 20%; ampoules de 3 c.c., 5 c.c. et
10 c.c.; boîtes de 3, 20 et 100.

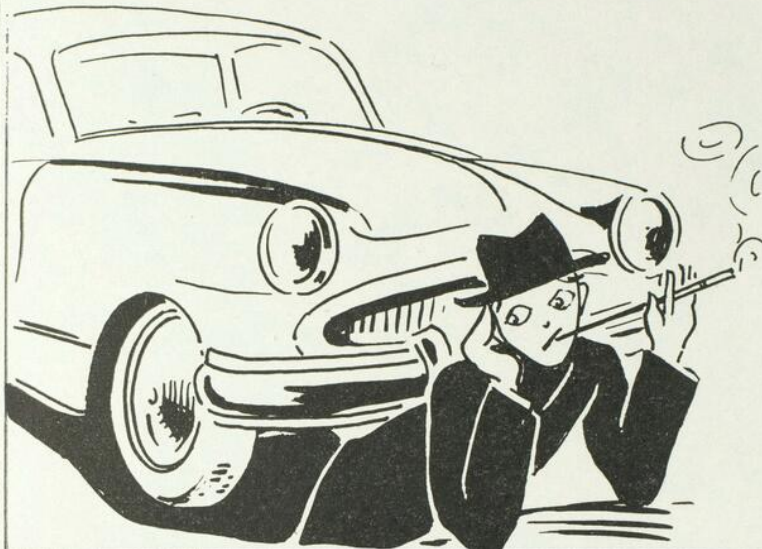
*Schwimmer, D.; Boyd, L. J., and Rubin, S. H.: Bull. New York M.
Coll. 16:102, 1953.



AMES COMPANY OF CANADA, LTD., TORONTO

SUPEUDOL

SUPPOSITOIRES D'EUDOL (DIHYDROXYCODÉINONE)
GROUPE NARCOTIQUE DE LA MORPHINE



Spasmolytique et sédatif plus fort que la morphine l'Eudol mieux toléré et moins toxique n'est pas euphorique.

Dose normale:
1/3 gr. (20 mgm)
Demi-dose:
1/6 gr. (10 mgm)

MAITRE DE LA DOULEUR

CORPORATION PHARMACEUTIQUE FRANÇAISE LTEE - MONTRÉAL

PSYCHOGLUTAL amphétaminé

Glutamate d'amphétamine.. 0 g. 0025
Substance grise.. 0 g. 2Q0
pour un comprimé dragéifié

Psychasthénie
Dépressions physiques et intellectuelles
Suites de gripes
Maladie de Parkinson **Obésité**

1 à 5 comprimés par jour

FORMULE

INDICATIONS

POSOLOGIE



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



dans tous les cas de dermatoses avec inflammation
et infection coexistente, soupçonnée ou pronostiquée

Terra-Cortril*

marque du chlorhydrate d'oxytétracycline et de l'hydrocortisone

en pommade pour usage externe

Le TERRA-CORTRIL en Pommade pour Usage Externe offre à la fois—la thérapeutique hormonale anti-inflammatoire, constante et efficace, du CORTRIL*—associée à l'activité antibiotique à large spectre, largement reconnue, de la TERRAMYCINE*, incorporées dans un excipient vaseliné de formule spéciale, facile à appliquer.

présentation: tubes de 5 et 15 g, renfermant 3% de TERRAMYCINE (chlorhydrate d'oxytétracycline) et 1% de CORTRIL (hydrocortisone, alcool libre).



FONDE EN 1849

PFIZER CANADA

Division of Pfizer Corporation, Montréal 9, P. Q.

*MARQUE DE FABRIQUE DE CHAS. PFIZER & CO., INC.

NEURINASE
*amorce le
sommeil naturel*

*Comprimés
Suppositoires*

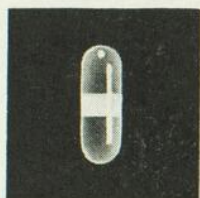
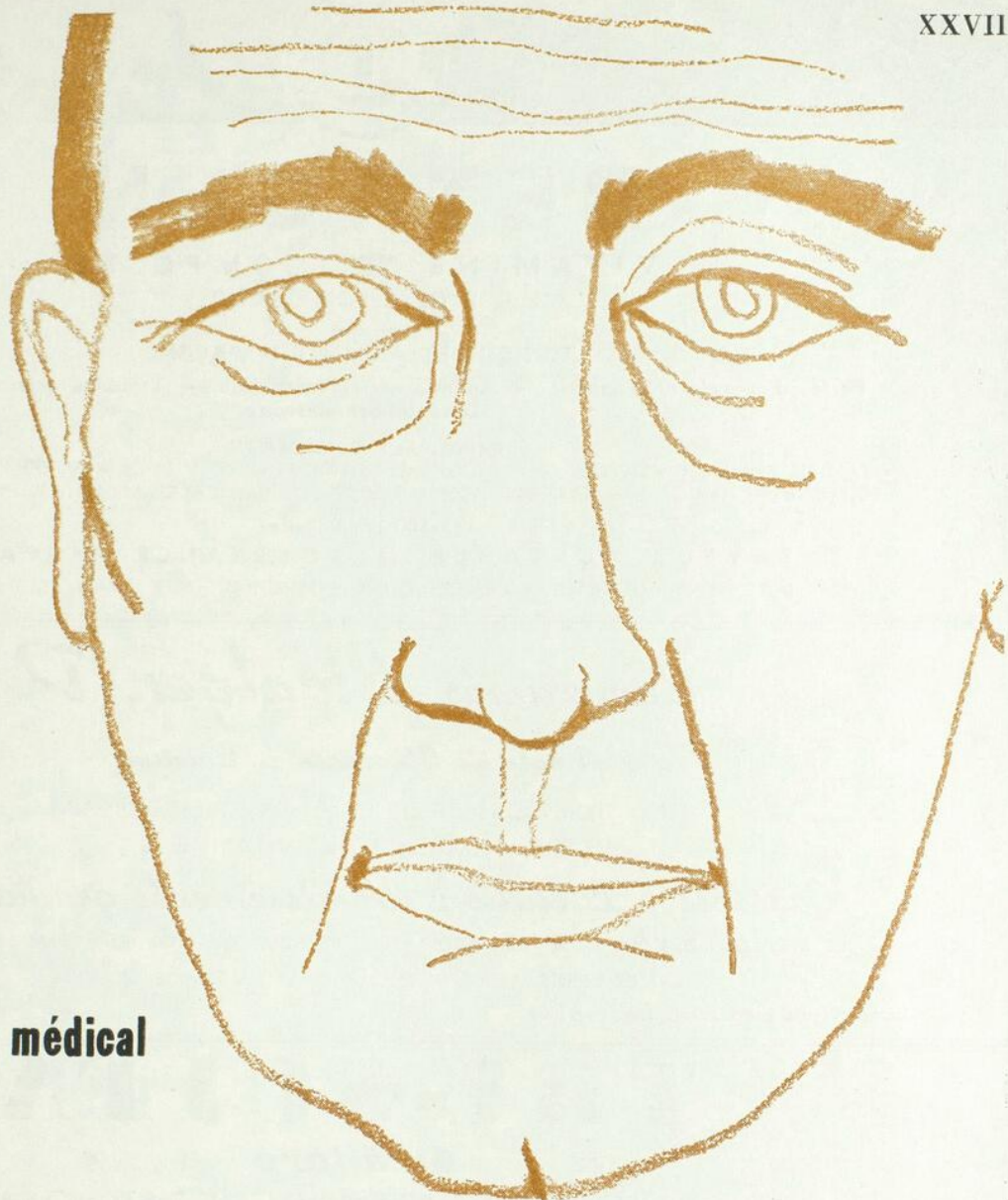
ALEPSAL
*10cg convulsions
5cg spasmes
1cg5 naupathie*

PARIS - FRANCE

GÈNÉVRAL
TROUBLES NEURO-CARDIAQUES
HYPERTENSION
ADULTES - ENFANTS.

**Laboratoires
Gènevrier**

J. EDDÉ, Limitée
1154 Beaver Hall - MONTREAL, Canada



**pour l'aider à
passer l'examen médical
l'an prochain**

Kapseals* de **GERIPLEX***

combinaison vitamino-minérale gériatrique

La formule du GERIPLEX a été étudiée dans le but spécifique d'aider à sauvegarder la santé et la vitalité durant la maturité et l'âge mûr.

Chaque Kapseal de GERIPLEX, facile à prendre, fournit de précieux facteurs nutritifs minéraux, huit vitamines importantes, et en plus de la Taka-Diastase* pour digérer les glucides et de la rutine.

posologie On donne généralement un Kapseal par jour comme supplément au régime régulier, mais la dose peut être augmentée durant les maladies fébriles, pré- ou post-opératoirement, ou chaque fois qu'il y a risque d'une plus grande déficience vitamino-minérale.

Les Kapseals de GERIPLEX sont présentés en flacons de 100 et de 500.

*Marque enregistrée



Parke, Davis & Co., Ltd.

WALKERVILLE, ONTARIO



BETAGEN

VITAMINE "B" COMPOSÉE
ÉLIXIR GLYCÉROPHOSPHATES

TONIQUE ET ALIMENT D'ÉPARGNE

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

PRINCIPAUX COMPOSANTS

VITAMINE B₁ — RIBOFLAVINE — PYRIDOXINE — ACIDE NICOTINIQUE — ACIDE PANTOTHÉNIQUE
LÉCITHINE — AVÉNINE — GLYCÉROPHOSPHATES DE SODIUM, CALCIUM, POTASSIUM, STRYCHNINE

(1/160 gr. à l'once)

SAVEUR AGRÉABLE • TOLÉRANCE PARFAITE

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

Comprimés Bicalgen-D

A base de Gluconate de Calcium

INOSITOPHOSPHATE DE CALCIUM ET MAGNÉSIUM
CÉRIUM OXALATE • VITAMINE D

Grossesse, Lactation, Vomissements gravidiques

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

Dose: Trois à six comprimés par jour.

* TRI-SULFA

Amélioré

NOUVELLE ASSOCIATION SULFAMIDÉE PERMETTANT DES DOSAGES ADÉQUATS
SANS DANGER DE CRISTALLURIE

SULFAMÉTHAZINE,

SULFADIAZINE,

SULFAMÉRAZINE

37%

37%

26%

COMPRIMÉS, ADULTES
à 0.50 gramme du mélange
par comprimé.

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

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

*Marque déposée.

DOSE : SELON L'AVIS DU MÉDECIN

Somenal

COMPRIMÉS À 12 CENTIGRAMMES

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

COMPRIMÉS À 15 MILLIGRAMMES

Butobarbital 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

DEBRIDEMENT PHYSIOLOGIQUE...

Voici ce que vous pouvez attendre de *Tryptar*



1. Morani, A. D.: J. Am. M. Women's A. 9: 313, 1954.

INDICATIONS DE TRYPTAR CHEZ DES PATIENTS AMBULANTS

- Absès
- Brûlures
- Anthrax, furoncles
- Ulcères de décubitus (cutanés indolents)
- Gangrène
- Hématomes
- Ostéomyélite
- Sinus et fistules
- Ulcérations

Chaque emballage de Tryptar comprend 2 fioles. Une fiole de 30 cc. renferme 250,000 unités Armour de trypsine purifiée cristallisée. La seconde fiole contient 25 cc. de diluant Tryptar; plus un adaptateur en plastique pour employer avec un insufflateur à poudre.

Tryptar[®]

Marque de Trypsine Purifiée Cristallisée des Laboratoires Armour

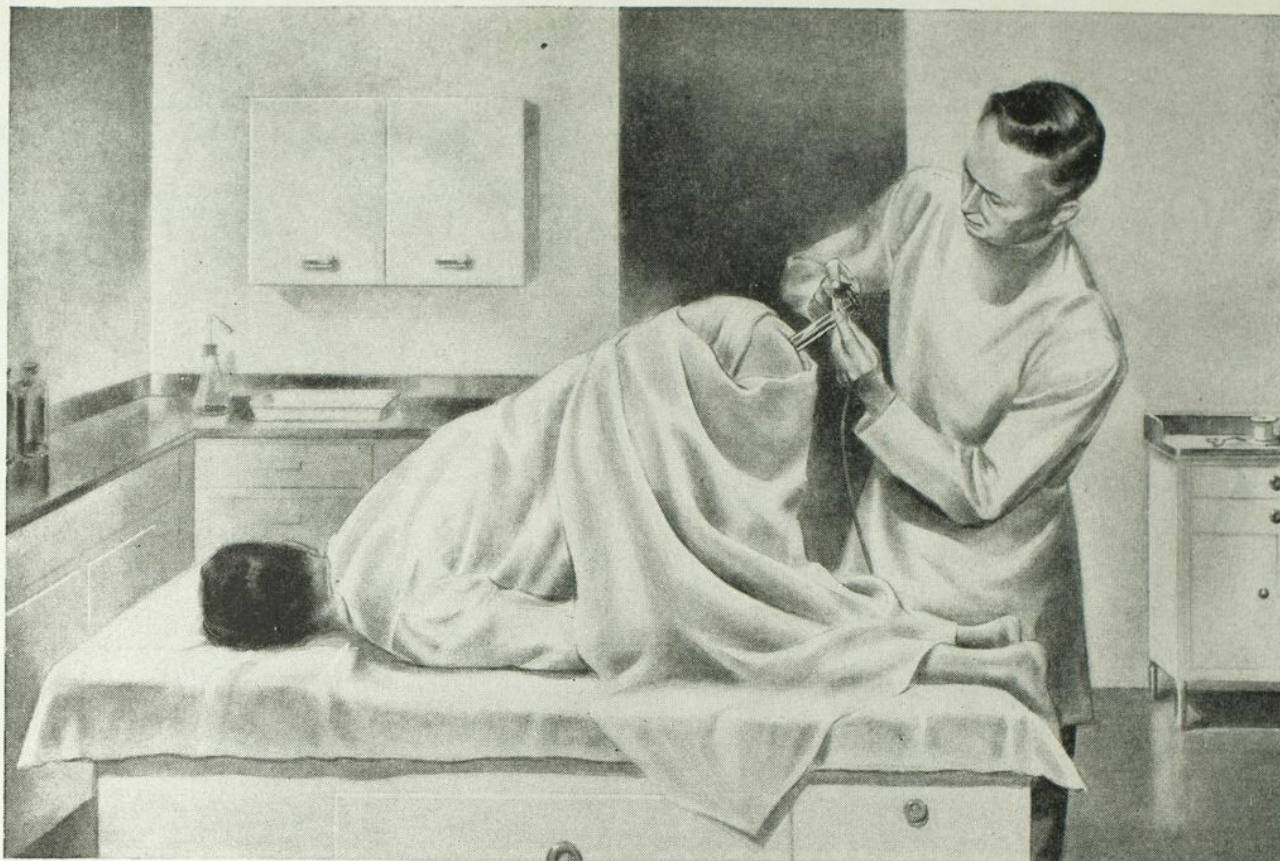


Pour renseignements détaillés s'adresser au distributeur canadien:

LAURENTIAN AGENCIES, LTEE., 429 St. Jean-Baptiste, Montréal 1, Québec, Canada

THE ARMOUR LABORATORIES

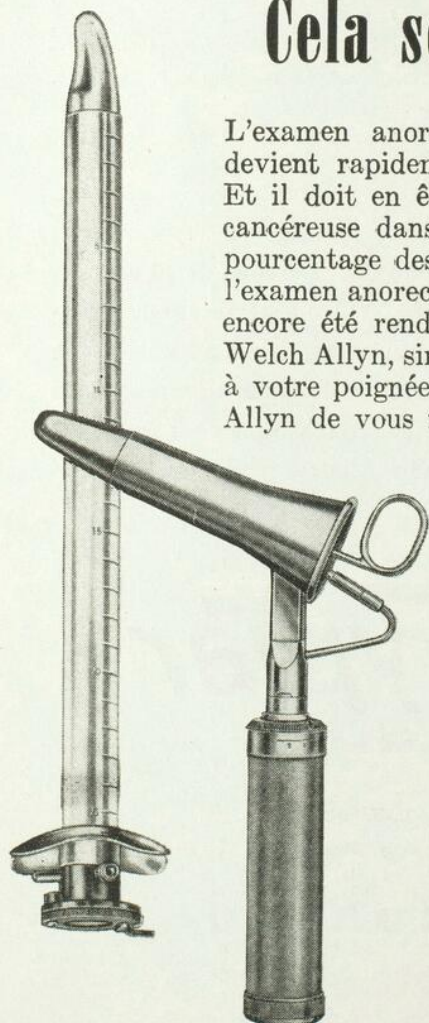
UNE DIVISION DE ARMOUR AND COMPANY • KANKAKEE, ILLINOIS



Cela se passe-t-il à votre bureau?

L'examen anorectal complet — digital, anoscopique, sigmoïdoscopique — devient rapidement partie intégrante de tout examen physique intégral. Et il doit en être ainsi, car tout diagnostic de cancer ou de lésion précancéreuse dans cette région peut grandement contribuer à augmenter le pourcentage des guérisons. Des milliers de médecins ont pu constater que l'examen anorectal n'est pas un procédé compliqué ou mystérieux. Il a même encore été rendu plus facile par l'usage des anoscopes et sigmoïdoscopes Welch Allyn, simples à manipuler, muni d'un éclairage brillant et s'adaptant à votre poignée-batterie WA régulière. Demandez à votre vendeur Welch Allyn de vous montrer ces instruments pratiques.

Vous pouvez vous procurer des copies gratuites des deux fascicules Welch Allyn — "Anal and Lomer Rectal Lesions" et "Proctologic Examination" en vous adressant à votre vendeur WA ou en écrivant à Welch Allyn, Inc., Skaneateles Falls, N. Y.



WELCH  ALLYN

***Instruments rectaux
d'emploi facile***

J. F. HARTZ CO. LIMITED
Toronto Montréal

Halifax

THE STEVENS COMPANIES
Toronto Winnipeg Calgary Vancouver

CASGRAIN & CHARBONNEAU, LIMITÉE
Montréal Ottawa Québec

Pour combattre

la nervosité

et la fatigue

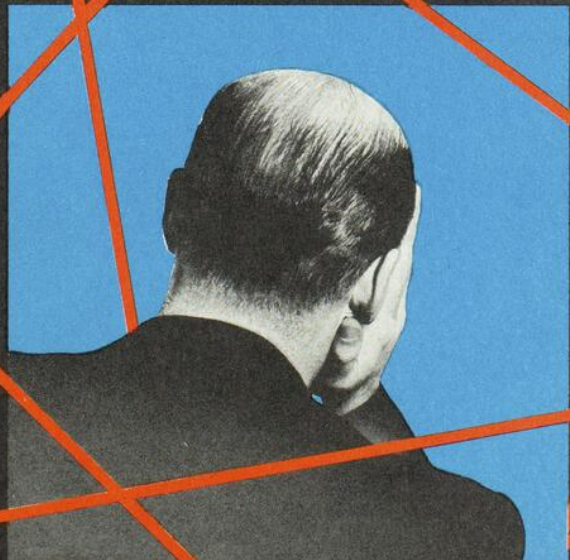
Le "Béminal" avec Phénobarbital constitue une méthode directe de traitement du syndrome de la neurasthénie, manifestation typique d'une carence de vitamines B. Le "Béminal" avec Phénobarbital exerce une action salutaire, rapide (et souvent frappante) contre la fatigue, l'insomnie, l'anorexie, le manque de mémoire et l'incapacité de concentrer.

Ayerst, McKenna & Harrison Limitée

Biologistes et Pharmaciens
Montréal, Canada

"Béminal" avec
phénobarbital
comprimés et liquide

Ayerst





soulagement

Plusieurs des **symptômes de la période climatérique** qui se manifestent longtemps avant, pendant et même des années après la ménopause, sont réellement dûs à une déficience d'oestrogènes. La thérapeutique de substitution à l'aide de la "Prémarine" — "le complexe oestrogène équin complet de provenance naturelle"* — apporte non seulement un prompt soulagement des symptômes mais procure aussi à la patiente une "sensation d'euphorie."*

*Werner, A.: Acta endocrinol. 13:87 (mai) 1953.

La **"Prémarine"** est présentée sous forme de comprimés à des dosages variés.

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



.....
 et pour un traitement combiné oestrogènes-androgène
 "Prémarine" avec Méthyltestostérone

MICTINE* - Le nouveau diurétique oral

La MICTINE de Searle, par voie orale, favorise une diurèse efficace, non mercurielle

Résultat de plusieurs années de recherches, la Mictine, marque de aminométramide, répond à un besoin depuis longtemps éprouvé pour l'emploi d'un diurétique oral plus efficace. La Mictine, 1-allyl-3-éthyl-6-aminotétrahydropyrimidinédione n'est ni un mercuriel, ni une xanthine, ni un sulfamidé.

Efficacité: Toutes les différentes épreuves actuellement connues pour calculer chez

tients; cependant à trois comprimés par jour on réduit ou fait disparaître ces effets secondaires (anorexie et nausées, mais rarement vomissements, diarrhée ou maux de tête).

Indications: La Mictine trouve son utilité première pour maintenir le malade exempt d'œdème et pour le traitement initial et continu des cas bénins d'insuffisance cardiaque avec stase. La Mictine peut aussi être utile pour la diurèse initiale et continue dans les états de stase sévères surtout quand les diurétiques mercuriels sont contre-indiqués.

Administration: La posologie recommandée dans la majorité des cas est d'un à quatre comprimés par jour aux repas en doses fractionnées ou par intermittence. Pour l'administration intermittente on peut donner la drogue tous les deux jours ou bien par périodes de trois jours consécutifs séparées par des périodes de quatre jours.

Pour les états de stase plus sévères, la dose est de quatre à six comprimés par jour aux repas, en doses fractionnées ou par intermittence tel que mentionné ci-dessus.

Présentation: Comprimés non enrobés de 200 mg.

*Nom déposé de G. D. Searle & Co.



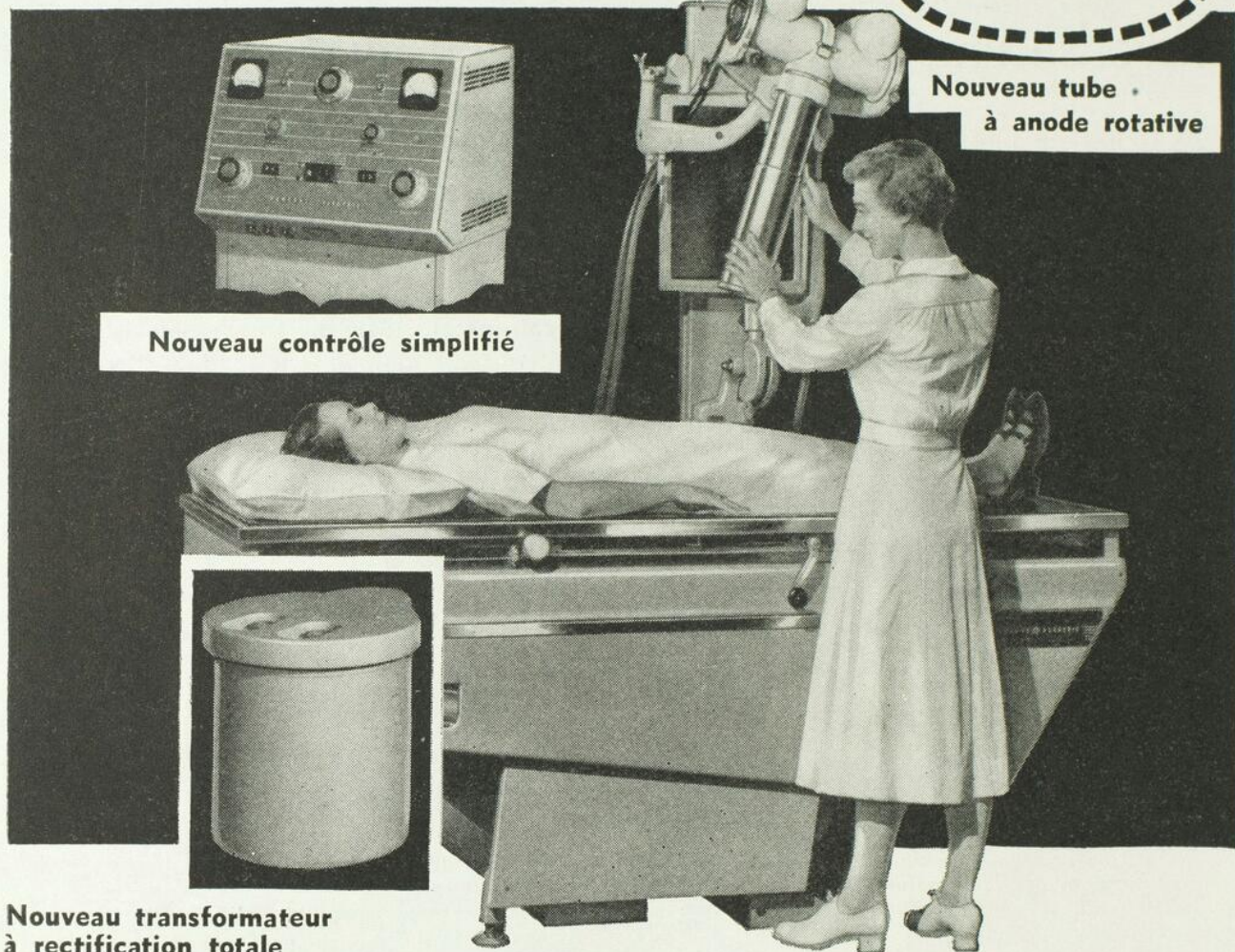
Selon toute apparence, la Mictine agit par inhibition sélective de la réabsorption des ions sodium. Ainsi, la diurèse qui en découle est caractérisée par une augmentation des ions sodium et de l'eau.

l'homme le volume de diurèse, y compris plusieurs essais biochimiques précis pratiqués sur l'homme, ont démontré sans contredit que la Mictine est un diurétique oral efficace. Et, de plus, ces expériences montrent qu'environ 70% d'œdémateux pris au hasard traités avec la Mictine oralement ont eu une diurèse satisfaisante.

Tolérance: On ne connaît pas de contre-indications à l'emploi de la Mictine, même en présence de troubles hépatiques ou rénaux et il n'existe aucun risque d'acidose. A doses élevées, la Mictine présente quelques effets secondaires chez certains pa-

Voici que G-E vous offre
un appareil à rayons-x de 200 m.a.

POUR SEULEMENT

\$4,900F.O.B. Milwaukee.
Modifiable sans avis.**Nouveau contrôle simplifié****Nouveau tube
à anode rotative****Nouveau transformateur
à rectification totale**

POURQUOI souffrir un appareil de peu de pouvoir et inadaptable? General Electric ne vous offre pas seulement Maxicon ASC — une table de bonne longueur et de construction solide — mais vous présente tout ceci pour examens fluoroscopiques et radiographiques complets: un nouvel appareil de contrôle simplifié de 200 m.a... un nouveau tube à anode rotative et de poids léger... un nouveau transformateur à rectification totale.

Ce prix de \$4,900 comprend, en plus, un calcul électronique du temps de pose: de 1/20 à 10 secondes... un diaphragme Bucky 8:1... et une écran fluoroscopique. Pour un montant

additionnel nous fournissons un mécanisme motorisé d'inclinaison de la table, un dispositif sélecteur ("spot-film device") et un diaphragme Bucky 16:1.

Il est temps d'améliorer votre équipement radiographique. Et rappelez-vous que vous pouvez vous procurer le Maxicon ASC — sans versement initial de capital — grâce au plan de location G-E Maxiservice®. Pour plus amples renseignements voyez votre représentant G-E. Téléphonez ou écrivez au bureau le plus près de la General Electric X-ray Corporation, Limited — Montréal, Toronto, Vancouver Winnipeg.

Notre produit le plus important est notre progrès

GENERAL  ELECTRIC

Nouveauté! **AMPHOJEL S·A***
ANTI-ACIDE *plus*
***SÉDATIF et ANTISPASMODIQUE**

Traitement médical complet de l'ulcère gastro-duodéal sous une forme liquide unique.

AMPHOJEL S·A

ANTI-ACIDE

AMPHOJEL S·A

plus

ANTI-SECRETOIRE

AMPHOJEL S·A

plus

ANTISPASMODIQUE

AMPHOJEL S·A

plus

ANTI-TENSION

L'AMPHOJEL S.A. représente un traitement médical d'ensemble de l'ulcère gastro-duodéal. Ce produit rationnel a pour buts de neutraliser l'hyperchlorhydrie, d'inhiber la sécrétion et l'hypermotilité gastriques et d'apaiser doucement le malade. La cure à l'AMPHOJEL S.A. favorise la cicatrisation et, en outre, apporte un soulagement symptomatique d'une durée d'au moins 24 heures. La formule comprend l'AMPHOJEL, anti-acide à double action dont l'expérience a démontré la valeur, le méthylbromure de scopolamine, nouveau et puissant parasymphaticolytique et le butabarbital, sédatif d'action intermédiaire.

FORMULE

Composition de l'AMPHOJEL S.A. par 10 cc (2 c. à thé):

Butabarbital 16 mg. (1/4 gr.)
Méthylbromure de scopolamine 2.5 mg.
dans le gel d'alumine Wyeth

En flacons de 12 onces liq. et de 1 Gallon impérial.

Wyeth

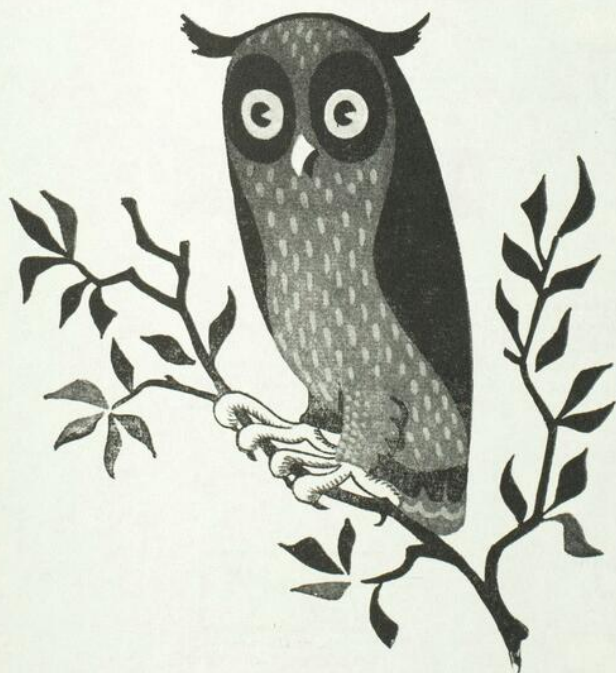
Marque Déposée
WALKERVILLE, ONTARIO
WINNIPEG - MONTRÉAL

CECITE NOCTURNE?



arovit

'ROCHE'



COMPRIMÉS: 50,000 U.I. D'ACÉTATE DE VITAMINE A

AMPOULES: 300,000 U.I. DE PALMITATE DE VITAMINE A

ET
MAINTENANT gouttes

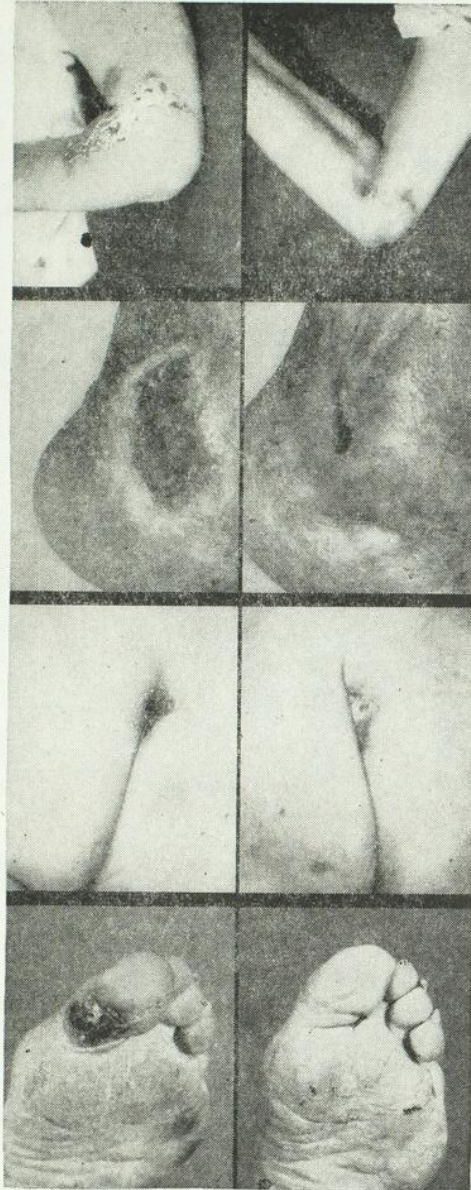
150,000 U.I. DE PALMITATE DE VITAMINE A par cc.

HOFFMANN - LA ROCHE LIMITÉE — MONTRÉAL

286 OUEST, RUE SAINT-PAUL

**soulage
la douleur
et la démangeaison...
stimule
la cicatrisation**

**même
lorsque
d'autres traitements
ne réussissent pas...**



à gauche
Ulcères par traumatisme accompagné d'œdème sur un membre paralysé.

à droite
Cicatrisation presque complète après trois semaines de traitement au Panthoderm à raison de deux applications par jour.

à gauche
Ulcère variqueux de la cheville, profond et étendu, écoulement d'odeur putride.

à droite
Cicatrisation de l'ulcère après dix semaines de traitement au Penthoderme.

à gauche
Ulcère gangréneux du siège.

à droite
Cicatrisation après quatre semaines de traitement au Penthoderme à raison de deux applications par jour.

à gauche
Ulcère diabétique du gros orteil présent depuis deux mois; a résisté aux traitements antérieurs.

à droite
Cicatrisation complète après deux semaines de traitement au Penthoderme.

crème **panthoderm**

2% de Pantothényloïl (analogue de l'acide pantothénique) dans excipient miscible à l'eau

ne sensibilise pas
d'emploi agréable



échantillons et documentation
sur demande.

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

u. s. vitamin corporation of canada ltd.

Arlington-Funk Laboratories, division

1452, RUE DRUMMOND, MONTRÉAL, P. Q.

• CATALOGUES

• CALENDRIERS

• REVUES

• RAPPORTS

• PROSPECTUS

• Programmes

Impressions de tous genres

en **NOIR** ou en **COULEUR**

BEAUCHEMIN

Vous offre les services d'un atelier complet:

- _____ Un service de maquettes gratuit
- _____ Composition mécanique dernier modèle
- _____ Le plus grand choix de caractères en ville
- _____ Des presses de tous formats
- _____ Une reliure mécanisée occupant près de 10,000 pieds
- _____ Une équipe de nuit pour une livraison plus rapide
- _____ Un publiciste-conseil d'expérience
- _____ Un bureau de rédaction et de traduction
- _____ Dessins et clichés au prix courant

UN. 1-
1 4 3 1

430, RUE SAINT-GABRIEL

- MONTRÉAL

DÉTRUITS

“... LES TRICHOMONADES
SONT INDIVIDUELLEMENT
DÉTRUITS APRÈS 10 À 15 SECONDES
DE CONTACT AVEC
UNE SOLUTION À 1/250ème
(LIQUIDE VAGISEC).”

Davis, C. H.: J.A.M.A. 157:126 (8 janvier) 1955.

Dans son article publié récemment dans le *J. A. M. A.*, le docteur Carl Henry Davis rapporte ses expériences avec le nouveau trichomonadicide que lui-même et C. G. Grand, physiologiste investigateur, ont mis au point sous le nom de “Carlendacide”. Il est maintenant disponible sous l'appellation de gelée et liquide VAGISEC*. Des épreuves cliniques ont démontré qu'il a raison des infections les plus rebelles de trichomoniose vaginale. “Traitements adéquats, au bureau et à la maison, peuvent réaliser la guérison des infections de *T. vaginalis* en quatre semaines, si elles sont localisées au vagin.”¹

Action synergique. Le liquide VAGISEC attaque le trichomonade avec trois substances chimiques agissant en surface. L'agent “chelating” arrache le calcium du protéinate de calcium de la membrane du trichomonade. L'agent imbibiteur réduit la tension superficielle et fait disparaître les cires et les matières grasses de la membrane cellulaire. Le détergent change la nature de la protéine. Avec la destruction de la membrane cellulaire, le cytoplasme absorbe l'eau environnante, se gonfle et éclate.³ Le synergisme produit ce résultat en 15 secondes!

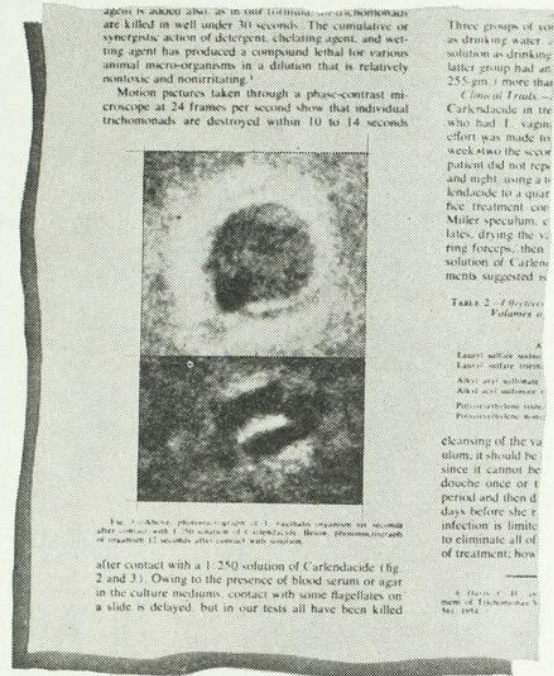
Pénétration profonde. La gelée et le liquide VAGISEC se répandent dans les débris cellulaires et parmi les mucosités qui tapissent les parois vaginales, et ils atteignent les trichomonades cachés qui restent enfouis dans les rides du vagin. Ils dissolvent les matières mucineuses et font éclater les trichomonades enfouis ainsi que ceux qui se trouvent à la surface des parois vaginales.⁴

Les trichomonades détruits en 15 secondes. Aucun autre agent ou combinaison d'agents ne détruit les trichomonades aussi spécifiquement ou avec la rapidité

JULIUS SCHMID (Canada) Ltd.
32 Bermondsey Road, Toronto 16, Canada.

†Brevet en instance

*Marque de fabrique



du liquide VAGISEC.² Le docteur Davis étudia cette action sous un microscope à phases contrastées et constata la destruction individuelle des trichomonades après 15 secondes de contact avec une solution à 1/250ème.¹

Epreuves cliniques. Le liquide VAGISEC a été éprouvé cliniquement par plus de 100 spécialistes en obstétrique et en gynécologie. Ceux qui ont suivi le plan de traitement indiqué ont obtenu plus de 80% de guérisons, avec une seule série de traitements, parmi des patientes non enceintes.

La méthode Davis† La méthode Davis est une combinaison du traitement au bureau avec le liquide VAGISEC et du traitement à la maison avec la gelée et le liquide VAGISEC.¹ Le docteur Davis considère que le traitement au bureau fait partie essentielle du traitement.

Vous pouvez obtenir un tiré à part de l'article du Dr Davis,¹ une filière donnant des détails complets sur le traitement de Davis et un livret de feuilles d'instruction pour les patientes sur le traitement à domicile, en écrivant à: Julius Schmid (Canada) Ltd., 32 Bermondsey Road, Toronto 16, Canada.

Bibliographie

1. Davis, C.H.: J.A.M.A. 157:126 (8 janvier) 1955.
2. Davis, C.H.: Am. J. Obst. & Gynec. 68:559 (août) 1954.
3. Davis, C.H.: West. J. Surg. 63:53 (fév.) 1955.
4. Davis, C.H.: J.A.M.A. 92:306 (jan.) 1929.

Principaux ingrédients : polyoxyéthylène-nonyle-phénol, tétra-acétate de sodium-éthylène-diamine, sulfosuccinate de sodium-dioctyle. La gelée VAGISEC renferme en plus de l'acide borique et de l'alcool 5% en poids.

Il a tout ce qu'il faut pour
**DESINFECTER CHIMIQUEMENT LES INSTRUMENTS
CHIRURGICAUX LES PLUS DELICATS**

Vous pouvez avoir pleinement confiance au

B-P FORMALDEHYDE GERMICIDE

contient HEXACHLOROPHENE (G-11*)

II TUE les pathogènes actifs et les sporogènes en moins de 5 minutes.*

II TUE les spores en moins de 3 heures.*

II TUE le bacille de Koch en moins de 5 minutes.*



*Marca Registrada Sindar Corp.

SUGGESTION! Les CONTENANTS B-P sont tous faits pour que vous puissiez vous en servir commodément avec le B-P GERMICIDE.

Lorsqu'on l'emploie selon les directions, il n'endommage pas le taillant des instruments les plus tranchants, la pointe des aiguilles hypodermiques ou des aiguilles pour sutures, les ciseaux et autres instruments délicats. . . . Il ne cause ni rouille ni corrosion, ni dommage d'aucune sorte au métal.

VOILA LA METHODE QUI réduit au minimum ce qu'il en coûte pour remplacer les solutions germicides et les instruments ainsi que pour réparer ceux-ci.

Peut servir plusieurs fois s'il n'est pas dilué et s'il ne contient pas de corps étrangers.

*Un tableau de comparaison vous sera envoyé sur demande.

Demandez-le à votre fournisseur

PARKER, WHITE & HEYL, INC.
Danbury, Connecticut, U.S.A.

NOUVELLE

SOLUTION STABILISÉE

d'ARGYROL*



PRESCRIVEZ LA SOLUTION
STABILISÉE
d'ARGYROL
à 10% (1/2 oz.) et
à 5% (1 oz.)

DÉCONGESTIONNE ET SOULAGE SANS CONGESTION COMPENSATOIRE
... DÉCONGESTIONNE SANS TROUBLES FONCTIONNELS

ARGYROL EXERCE UNE ACTION
bactériostatique, décongestive,
détergente et émolliente!
Compatible avec les antibiotiques
organiques.

ARGYROL NE FAVORISERA PAS
la congestion compensatoire,
la rhinite médicamenteuse,
l'apparition de souches résistantes

L'ARGYROL STABILISÉ garde
sa fraîcheur. Le protéinate d'argent
reste faible. L'efficacité étendue
d'ARGYROL et son action
physiologique bénigne en font
le médicament de choix pour le
traitement des infections de la
membrane muqueuse. S'emploie
commodément à la maison
ou au bureau.

A.C. BARNES CO. LTD.,
STE-THERÈSE, QUÉ.

**La marque déposée Argyrol
est la propriété de
A.C. Barnes Company Limited*

14 AUREO 23

De quelque point de vue qu'on l'envisage, l'AURÉOMYCINE peut revendiquer des états de service distingués: en fait d'essais cliniques publiés — il y en a plus de 7,000; quand aux doses administrées — elles approchent le milliard.

Mais c'est le temps qui est encore le critère le plus significatif. Depuis sept ans l'AURÉOMYCINE est employée chaque jour et de façon répétée par des milliers de médecins dans le monde entier. Maintes et maintes fois elle s'est avérée un antibiotique à large spectre sur lequel on pouvait compter, bien toléré, d'action rapide, efficace pour enrayer un grand nombre de différentes infections.

Une forme posologique commode convenant pour chaque besoin.

Sept ans de



7

grands services

AURÉOMYCINE*

CHLORETÉTRACYCLINE LEDERLE

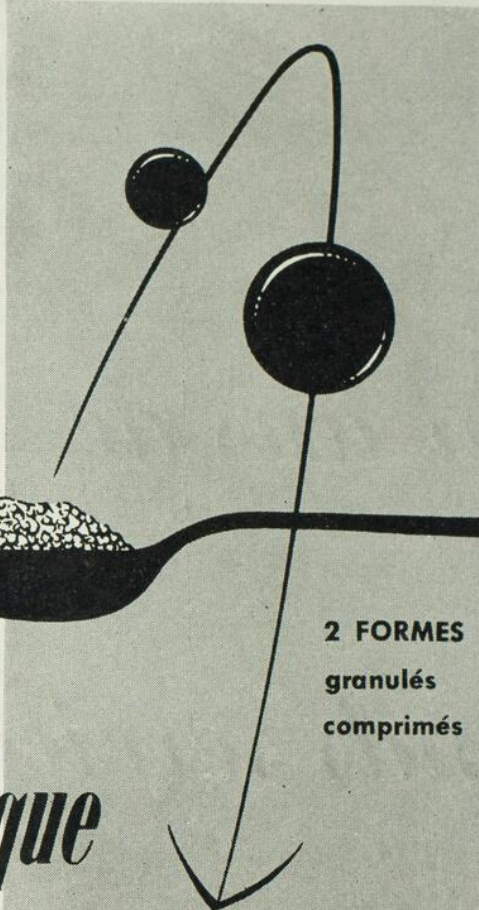
LEDERLE LABORATORIES DIVISION, *North American Cyanamid Limited*
5550, AVENUE ROYALMOUNT, VILLE MONT-ROYAL, MONTRÉAL, QUÉBEC



* Marque déposée

ACIDE **D**é-
Hydro-
Cholique

= **D**rainage
Hépatique
Cholérétique
avec



2 FORMES
granulés
comprimés

CHOLIBILE

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

"Ainsi se créent l'angiocholite, l'angiocholécystite par rétention."

Emile Sergent: L'exploration clinique médicale. Ed. 1947, page 673.

"L'acide déhydrocholique augmente de 144% la fraction aqueuse de la bile."

Schmidt, C.R.; Beazell, J.M.; Atkinson, A.J., et Ivy, A.C.: The Effects of therapeutic agents on the volume and constituents of bile. Am. J. Digest. Dis. 5:613, nov. 1938.

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

CHOLIBILE GRANULE

Formule par c. à t. rase

Acide Déhydrocholique	0.10 Gm.
Ext. de Cascara Sagrada	0.02 Gm.
Chlorhydrate de Thiamine	2 mg.

CHOLIBILE FORT

par dragée

0.25 Gm.
0.05 Gm.
5 mg.

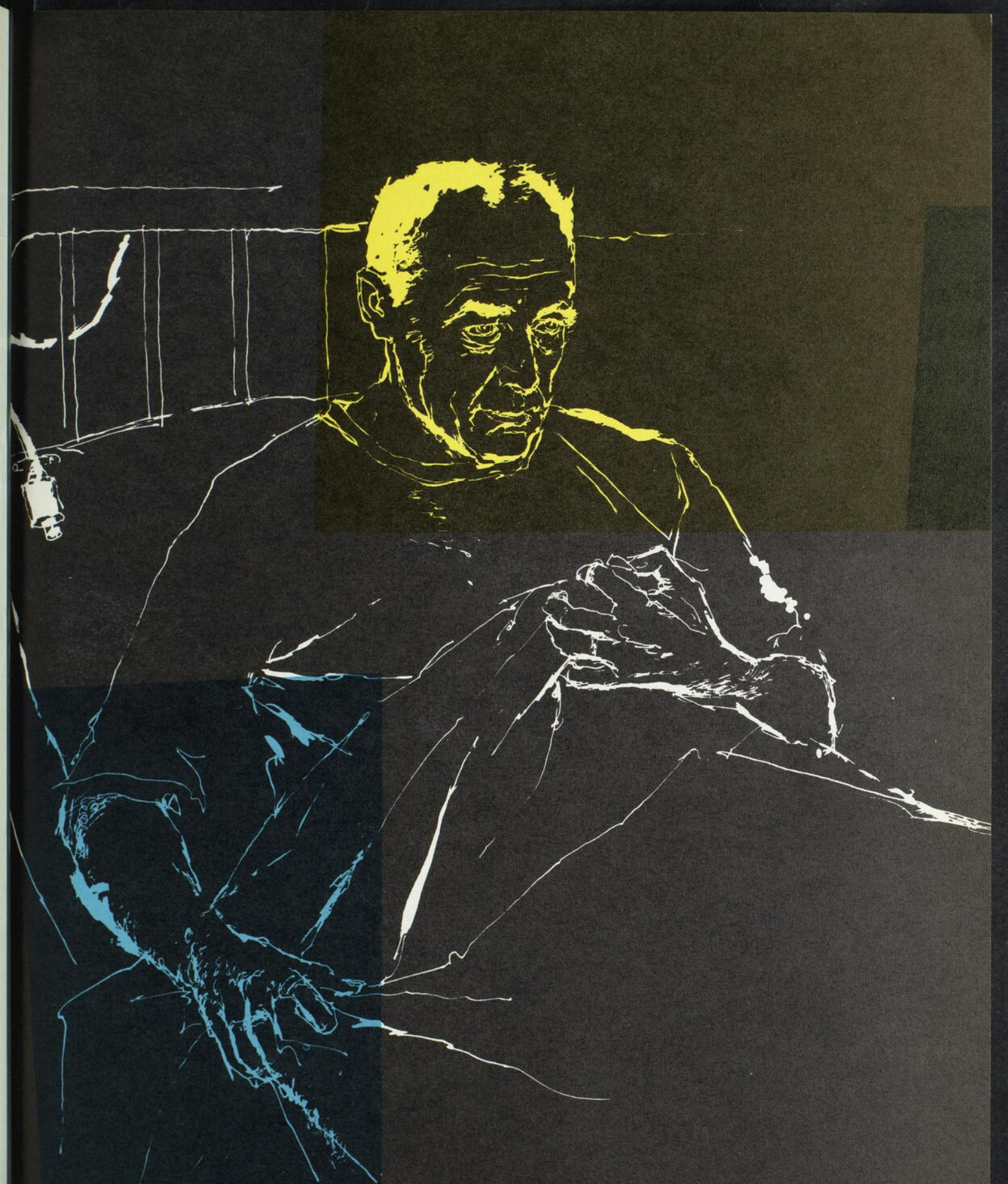
CHOLIBILE FAIBLE

par dragée

0.10 Gm.
0.02 Gm.
2 mg.

LABORATOIRE BIO-CHIMIQUE INC.

950, avenue Ogilvy, Montréal



pour provoquer un sommeil reposant

un des
44 usages du

NEMBUTAL

(Pentobarbital, Abbott)

d'action brève

but:

Calmer l'appréhension

provoquer un sommeil reposant

*diminuer la quantité
d'anesthésique général requise*

méthode suggérée:

administrer par la bouche une dose de 0.1 gramme (1½ grain) de NEMBUTAL d'action brève au coucher la veille de l'opération. Deux heures avant l'opération, administrer une dose de 0.1 à 0.2 gramme (1½ à 3 grains). Une heure plus tard faire une injection hypodermique de 10 mg. (1/16 de grain) de sulfate de morphine et 0.4 mg. (1/150 de grain) de sulfate d'atropine.

Si on désire une sédation profonde, la dose du matin peut aller jusqu'à 0.4 gramme (6 grains).

avantages:

Le NEMBUTAL d'action brève peut produire n'importe quel degré recherché de dépression cérébrale—depuis la sédation légère jusqu'à l'hypnose profonde. Les doses requises sont faibles—seulement environ la moitié de celles de beaucoup d'autres barbituriques. Par conséquent, il y a moins de drogue à inactiver, un effet de plus courte durée, une grande marge de sécurité et peu de tendance à un reliquat d'effet barbiturique le lendemain matin. A doses orales égales, aucun autre barbiturique ne réunit un effet plus rapide, plus bref, plus profond.

Abbott

BULLETIN

LE PRATICIEN ET LES ACCIDENTS DE LA ROUTE

Les journaux du matin du 23 mai nous communiquaient en première page une grande nouvelle. — En 48 heures aucune mort par accident de circulation dans la région de Montréal, et ceci malgré l'exode massif encouragé par le long congé et la température invivante.

Ce record enviable est, paraît-il, sans précédent dans nos annales. Il est probable qu'il ne se répètera pas, à chaque fin de semaine de cet été ou des étés à venir. Mais la place qu'on lui assigne dans nos quotidiens, souligne bien l'importance du problème des accidents de la circulation. La profession médicale vient d'y consacrer quelques journées d'étude, au début de ce mois. En même temps que les « Journées Médicales » de la Société Médicale de Montréal et la réunion annuelle de l'Association Médicale Canadienne tenue, cette année, dans notre ville, eut lieu la Conférence consacrée aux aspects médicaux des accidents de la circulation.

Ces journées d'études tenues sous les auspices de l'Association Médicale Canadienne; de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada, de la Société Médicale de Montréal, de la « Montreal Medico-Chirurgical Society », furent organisées de longue main par un comité local, présidé par le Dr Elliott, neuro-chirurgien de Montréal. Elles groupèrent des experts médicaux et non-médicaux, venus de tous les coins de l'Amérique du Nord et même d'outre-Atlantique. On y discuta des accidents de la circulation durant deux jours et demi, à tous points de vue: leur importance comme facteur de morbidité, de mortalité, d'incapacité; le rôle que la profession médicale doit jouer dans la prévention de ces accidents et le traitement des traumatismes.

Il nous est resté de la séance à laquelle nous avons assisté, quelques impressions d'ordre général dont nous aimerions faire part à nos lecteurs.

Personne ne contestera l'importance qu'ont pris ces accidents de la circulation comme facteur de mortalité et d'incapacité. Les statistiques qu'on nous a fournies nous montrent bien qu'en plus de nous préoccuper des maladies cardio-vasculaires et du cancer, il nous faut accorder plus qu'un intérêt personnel ou familial au fléau des acci-

dents de la route et de la rue. Et ne nous appartiendrait-il pas, à nous qui conseillons aux parents de faire inoculer leurs enfants contre les maladies infectieuses, qui réglons leur régime alimentaire et intervenons dans les habitudes de vie des adultes pour les protéger contre les complications des maladies cardio-vasculaires, d'user de notre influence auprès de chaque famille et de chaque individu, au nom de la même médecine préventive, pour combattre les différents facteurs responsables des accidents de la circulation chez les enfants et les adultes.

Le médecin de famille, le pédiatre sont bien placés pour tenir ce rôle d'éducateur. Et notre contribution, dans ce domaine, aura d'autant plus de poids qu'en définitive, parmi les facteurs responsables des accidents, il faut blâmer surtout, non pas l'état de la route, la sécurité du véhicule, ou les conditions de température, mais l'individu au volant ou le piéton. Les deux peuvent être imprudents, le premier, en plus, à l'occasion, est dangereux. Un neuro-chirurgien anglais nous a laissé entendre, avec un humour tout à fait « British » qu'en son pays, on en était venu à la conclusion que le plus sûr moyen de venir à bout du taux de mortalité par accidents de la circulation, consisterait à tuer les chauffeurs. Avant d'en arriver à cette mesure énergique, nous pourrions peut-être les choisir avec plus de soin, au point de vue médical et les éduquer! Dans l'un et l'autre domaines, la profession médicale n'est évidemment pas seule en cause, mais nous aurions tort de nous désintéresser du problème. Il s'agit ici de médecine sociale, dans le meilleur sens du mot!

Roger-R. DUFRESNE.

XXV^e CONGRÈS DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DU CANADA

Hôtel Sheraton-Mont-Royal (Montréal), 21 - 24 septembre 1955

PROGRAMME PRÉLIMINAIRE

1^o Forums

Le prurit ano-vulvaire

Dr Albéric Marin, animateur.

Drs Paul Poirier, Raymond Simard, Ivan Vallée, Réginald Archambault, Fernand Côté.

Cortisone, antibiotiques et hormones

Dr C.-E. Grignon, animateur.

Drs Paul Dumas, André Leduc, Georges Hébert, Charles Ouimet, Georges Leclerc.

Pathologie intrathoracique

Dr Jules Prévost, animateur.

Drs Paul Robert, Jacques Bruneau, Armand Trépanier, Réginald Johnson, Fernand Grégoire, André Mackay.

2^o Symposiums

L'obstruction et l'occlusion intestinales

L'aspect médical: Dr Roger-R. Dufresne.

L'aspect chirurgical: Dr Marcel Lamoureux.

L'aspect radiologique: Dr Arthur Vallée.

Le traitement du goitre et de l'hyperthyroïdie

L'aspect médical: Dr Alfred Cléroux.

L'aspect radio-actif: Dr Maurice Bélisle.

L'aspect chirurgical: Dr Geo-Etienne Cartier.

L'aspect radiothérapique: Dr Jean Michon.

La pédiatrie

Tuberculose chez l'enfant: Dr Albert Guilbault.

L'état actuel des maladies infectieuses chez l'enfant: Dr Henri Charbonneau.

Pneumopathies aiguës de l'enfance. Pneumonites et pneumonioses:
Dr Paul Letondal.

L'état actuel de l'alimentation chez le nourrisson: Dr Albert Royer.

Neuro-chirurgie chez l'enfant: Dr Claude Bertrand.

La psychiatrie

Les psychonévroses: Dr François Cloutier.

La psychanalyse: Dr J.-B. Boulanger.

Les troubles caractériels et du comportement chez l'enfant:

Dr J.-E. Marcotte.

La stérilité

Spermatogénèse chez les primates: Drs C.-P. Leblond et
Y. Clermont.

Chez la femme: Dr Roland Simard.

Chez l'homme: Dr Jean Grignon.

L'ictère

L'aspect médical: Dr S. Leblond.

L'aspect chirurgical: Dr W. Caron.

L'aspect radiodiagnostique: Dr J.-H. Lapointe.

L'aspect bio-chimique: Dr Henri Marcoux.

3° Sujets divers

La fièvre rhumatismale: Dr J.-M. Beauregard

La néphrite aiguë: Dr Roland Dussault

Les anémies: Dr Léopold Morissette

Le côlon irritable: Dr Yves Chaput

Les troubles de la coagulation sanguine: Dr Léopold Long.

L'examen du sein: (Film sonore et en couleurs) suivi de commentaires sur les dysplasies mammaires: Dr François Archambault.

Les hémorragies anté et post-partum: Dr J.-F.-A. Demers.

La poliomyélite: Dr V. Pavilanis

Le cancer du côlon: Dr François Roy

Les hépatites à virus et par le largactil: Dr L.-C. Simard

Le volvulus chronique du sigmoïde: Dr L.-P. Mousseau

De l'utilité de l'épreuve de Master dans l'angine de poitrine:
Drs R. Lessard et G. Saulniers.

4° La recherche en médecine

Dr Pierre Masson

L'orientation des recherches en microbiologie à l'Université de
Montréal: Dr Armand Frappier.

Le cancer expérimental. Orientation et appréciation des acquisitions
récentes: Dr A. Cantero.

La recherche est-elle possible dans un hôpital canadien-français?
Dr Paul David.

Cytopénie immunologique: Drs Jean-Marie Delage et Léo Gauvreau

Physiologie et traitement du choc: Dr G.-A. Bergeron

Certains aspects de l'hypertension artérielle: Dr Jacques Genest.

Recherches à l'Institut Lavoisier (Montréal): Dr Fernand Grégoire

5° Le délégué du Gouvernement français

Dr Jean-Paul Chigot, membre de l'Académie de chirurgie, chef du
service de chirurgie à l'hôpital Trousseau (Paris).

A propos de cinq cas d'adénome parathyroïdien opérés.

Problèmes posés par les polypes sigmoïdes chez l'enfant.

6° Films médicaux

2 séances d'une heure par jour.

7° **Sections**

Hygiène — Pédiatrie — Anesthésie — Ophtalmo-oto-rhino-laryngologie — Radiologie — Obstétrique.

8° **Exhibits scientifiques**

Clinique du rhumatisme: Dr Roland Dussault et coll.

Clinique du thorax: Dr Jules Prévost et coll.

Radiologie: Dr Albert Jutras et coll. Dr Paul Brodeur et coll.
Dr Yvan Vallée et coll. Dr Arthur Vallée et coll.

Chirurgie plastique: Dr A. Genest — Drs Georges Cloutier et Y. Prévost — Dr Gérard Hébert.

Neuro-chirurgie: Drs Claude Bertrand et G. Rinfret — Drs Parenteau et A.-H. Crevier.

Anesthésie: Dr Louis Lamoureux et coll.

Pédiatrie (facteur Rh): Dr Albert Royer.

L'électro-encéphalographie: Dr Guy Courtois.

La chirurgie du cœur et des vaisseaux; cathétérisme du cœur avec appareillage: Drs P. Marion, P. Cartier et E. Labelle.

* * *

Nous publierons ultérieurement le programme complet de chacune des sections en activité durant le Congrès et celui des films qui seront projetés.

L'horaire exact des sujets traités en assemblée générale sera également publié dans une prochaine livraison.

LE 13^e CONGRÈS DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DE L'AMÉRIQUE DU NORD TENU CONJOINTEMENT AVEC LE 23^e CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE — QUÉBEC 1934

Le grand Congrès fut celui de 1934 à Québec, Congrès conjoint unissant l'Association des Médecins de Langue Française d'Europe à l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord.

Heureuse et fructueuse conjonction!

L'éclat de ce Congrès ne relevait pas uniquement de cette union, mais aussi et peut-être encore plus de la commémoration du quatrième centenaire de la venue de Jacques Cartier au Canada et des Fêtes grandioses qui se déroulèrent, à cette occasion historique, dans la vieille cité de Québec.

Le Président général du Congrès fut le docteur Albert Paquet, chirurgien réputé, encore vivant et qui peut éprouver la joie d'évoquer avec nous les heureux événements qui se passèrent du 27 au 30 septembre. Le docteur Arthur Rousseau, doyen de la Faculté de Médecine de Laval devait présider la section de médecine au Congrès, soit la partie qui relevait de l'Association européenne. Mais le sort voulut qu'une mort soudaine, survenue en janvier 1934, privât le Congrès d'un Président qui s'était acquis le respect, l'amitié et l'admiration de tous les médecins canadiens de langue française et de très nombreux médecins français, universitaires et cliniciens des hôpitaux, il ravit au docteur Rousseau l'honneur et le légitime orgueil de présider un Congrès français de médecine, le 23^{ième} depuis la fondation de l'Association des Médecins de Langue Française.

Le Professeur Sergent intimement uni par l'amitié au regretté Arthur Rousseau, fut le Président adjoint.

Une nombreuse délégation française s'était rendue au Canada. Elle représentait le Ministère de l'Éducation nationale, l'Académie de Médecine, le Comité de propagande, les Facultés et Ecoles de médecine françaises, la médecine militaire française, différentes Sociétés savantes; elles comprenaient aussi douze rapporteurs. Des médecins belges représentèrent les Universités de Bruxelles, de Liège, de Genève. La « Pan American Medical Association » eut son représentant. Il apparaît bien que le Professeur Sergent de Paris et le Professeur Arloing de Lyon furent les deux principaux animateurs qui, en France, rendirent possible ce Congrès conjoint et se dépensèrent le plus dans son organisation.

Quatre grandes questions furent à l'étude:

1^o *Les syndromes pancréatiques*: aigus, par A. LeSage, R. Boucher, R. Pepin et J. LeSage, de Montréal; chroniques avec troubles prédominants de la sécrétion externe par A. Cade, P.-P. Ravault et R. Cade, de Lyon; chroniques avec troubles de la sécrétion interne par A. Puech et P. Rimbaud, de Montpellier. Les rapports écrits de cette première étude, édités chez Masson & Cie de Paris, comme les autres études d'ailleurs, forment un volume de 275 pages et constituent une mise au point complète pour

l'époque. Je ne doute pas que leur lecture, encore maintenant, serait faite avec fruit et montrerait aux générations actuelles que l'on faisait œuvre consciencieuse, scientifique et profitable à Québec et en 1934. Le rapport de nos collègues canadiens sur le sujet qui leur avait été confié est à la louange de leur esprit de travail et de leur connaissances médicales.

2° *Le traitement chirurgical des pancréatites: aiguës*, par P. Brocq et J. Varangot, de Paris; chroniques par L. Bérard et P. Mallet-Guy, de Lyon. Cette étude remplit un volume de 130 pages. De ces rapporteurs nous connaissons mieux Mallet-Guy qui vint au Canada il y a quelques années et qui nous démontra, lors de cette visite, qu'il était un grand clinicien-chirurgien et un maître en chirurgie du pancréas.

3° *Les états hypoglycémiques: la physiologie pathologique* par J. La Barre, de Bruxelles; les états hypoglycémiques en clinique par Marcel Labbé et R. Boulin, de Paris, par R. Lemieux et S. Leblond, de Québec. Un volume de 207 pages expose les communications de ces rapporteurs sur une question qui reste toujours d'actualité. Ici encore, nos rapporteurs canadiens surent présenter une étude objective à laquelle servirent leur expérience personnelle et une documentation éclectique prise aux sources françaises et anglo-saxonnes.

4° *La pyrétothérapie: généralité, agents pyrétiques biologiques. Mode d'action* par Ch. Richet, de Paris; et affection du système nerveux par H. Roger, de Marseille; dans les infections et dans les maladies de la nutrition et du sang par Fribourg-Blanc, de Paris; par moyens physiques thermogènes par A. Halphen et J. Auclair, de Paris; et pyrétoprophyllaxie antisiphilitique par moyens physiques thermogènes par A. Bessemans. Rapport écrit de 283 pages.

Des quatre questions exposées, c'est cette dernière qui a le plus vieilli et c'était celle qui était la plus destinée à disparaître. Une méthode de traitement peut toujours être dépassée, à moins qu'elle soit spécifique, facile d'application et parfaite dans son action. Ce n'était pas le fait de la pyrétothérapie. Elle servit surtout contre la syphilis. Elle a rendu curable une maladie jusque-là mortelle: la paralysie générale. Depuis lors, les antibiotiques, certains produits chimiques et biologiques contre l'arthrite entre autres affections, et que d'autres moyens thérapeutiques, ont fait de la pyrétothérapie une méthode périmée. En 1934, elle était dans toute la splendeur de ses succès et son application plus facile, moins dangereuse et plus contrôlable tout en gardant son efficacité, par la diathermie et le cabinet chauffant, généralisa son emploi, appliqué plus ou moins empiriquement, à une foule d'affections. Le temps passa, emportant la pyrétothérapie.

Des matinées dans les hôpitaux et de nombreuses communications sur des sujets variés complétèrent le programme scientifique.

Pour rendre plus fidèlement compte des événements et surtout de l'atmosphère de ce Congrès, nous ne pourrions mieux faire que de reproduire quelques paragraphes d'une vue d'ensemble sur ces assises, publiés dans le « Bulletin de l'Association » en janvier 1935, soit à un moment où les événements étaient encore frais et le récit d'autant plus véridique que rédigé par un de leurs témoins:

... « A en croire les nombreux échos élogieux, il semble aujourd'hui acquis — notre modestie eut-elle voulu l'ignorer — que le dernier Congrès de Médecins à Québec fut un grand succès. Dans le cycle régulier des Congrès de Médecins de langue française de l'Amérique du Nord, celui de 1934 prend figure de symbole par la collaboration très particulière qu'il reçut de France... »

... « La médecine canadienne-française a la mission de constituer sur le sol d'Amérique le trait d'union entre la médecine française d'une part et la médecine anglo-canadienne et américaine d'autre part. Il nous semble que le dernier congrès en était l'investiture morale... »

... « La magnifique commémoration du 41ème centenaire de la découverte du Canada par le grand Malouin ne fut matériellement rendue possible que grâce à la collaboration médicale. Il eut été à souhaiter que personne ne l'oubliât... »

... « L'arrivée presque simultanée du « Champlain » et de « l'Empress of Australia » déversa un flot pittoresque de visiteurs dans la vieille cité qui s'était parée, à défaut d'oripaux, du plus souriant soleil d'automne. L'émotion créée chez nos amis d'Europe par les fêtes de Gaspé, largement provoquées par l'accueil spontané de la population et par l'intelligent travail de la jeune équipe d'artistes inspirés par Charles Maillard, survécut à une chasse aux bagages improvisée au Château Frontenac... »

... « Dans l'après-midi de ce 27 septembre eut lieu la séance d'ouverture du congrès qui se déroula suivant le cérémonial habituel, dominée par le sympathique portrait du professeur Delphis Brochu de Québec, fondateur de l'Association des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord. Le professeur Albert Paquet, président du XIIIe Congrès, de cette Association et à la suite de la mort du Doyen Rousseau, président de la XXIIIe session de l'Association d'Europe, souhaita la bienvenue aux congressistes dans un discours éloquent et rendit un chaleureux hommage au grand disparu dont il avait assumé les fonctions dans la section européenne. Le lieutenant-gouverneur de la Province, l'honorable E.-L. Patenaude, se fit le porte-parole de tout le pays pour saluer les sommités médicales accourues non seulement d'Europe et de la Province, mais aussi de tous les centres américains, où la langue française survit et pour rendre hommage aux vertus de la profession. Le professeur Sergent, président adjoint de la XXIIIe session européenne, rappela le souvenir du regretté Doyen Rousseau dont la disparition imprégnait de mélancolie ces assises. Les professeurs Hartmann, président de l'A.D.R.M., et Arloing, secrétaire du Congrès français, nous apportèrent les souhaits d'outre-mer. Le professeur J. Vaillancourt, secrétaire du XIIIe Congrès donna le compte-rendu des activités de l'Association canadienne depuis le Congrès d'Ottawa.

A l'issue de la séance tous se rendirent en pèlerinage à la tombe du professeur Arthur Rousseau, ancien doyen de la Faculté de Médecine, où le professeur Sergent rendit un émouvant hommage à la mémoire de son ami et du grand médecin que fut Rousseau... »

... « Si l'établissement des programmes de travail avait mis la sagacité du bureau d'organisation à une rude épreuve, celui des événements sociaux fut un puzzle complet. Il faut féliciter les organisateurs, en particulier l'inlassable secrétaire, le professeur J. Vaillancourt, de l'avoir résolu sinon à la satisfaction de tous, car il y a des dyspeptiques même parmi les médecins, au moins à celle de la très grande majorité... »

... « Dans la soirée du 28 août, le professeur Albert Paquet, président du Congrès et Mme Paquet, reçurent, à un titre tout à fait personnel, tous les congressistes et leurs épouses à un bal des plus réussis suivi d'un excellent souper... »

... « Le banquet de clôture réunit tous les congressistes et leurs épouses au Château Frontenac. Ce banquet fut honoré par la présence du Gouverneur Général Son Excellence le Très Honorable comte de Bessborough, l'honorable Alexandre Taschereau, premier ministre de la province, l'honorable Dr Murray MacLaren, représentant le gouvernement fédéral, Monseigneur Camille Roy et plusieurs ministres provinciaux.

Le professeur Albert Paquet, président du Congrès, remercia l'honorable R. B. Bennett, premier ministre du Canada, l'honorable Alexandre Taschereau, premier ministre de la province, tous les membres de leurs gouvernements respectifs, de la générosité dont ils ont fait preuve envers l'Association des Médecins de langue française, et tous les congressistes des deux continents de leur collaboration. Il rendit un vibrant hommage à la médecine française et aux éminents professeurs venus d'Europe rehausser par leur présence nos assises médicales.

Lord Bessborough dans un français impeccable fit un discours des plus spirituels et rappela que Jacques Cartier méritait d'être considéré comme le premier médecin du Canada à cause de son excellente description des symptômes du scorbut, dont avait souffert son équipage lors du premier hiver passé au Canada.

L'honorable Murray MacLaren, Ministre de la Santé Nationale et des Pensions fit un bref discours en français.

L'honorable Athanase David, secrétaire provincial, répondit avec l'éloquence qu'on lui connaît, à la santé de la province de Québec et rappela ce que celle-ci faisait pour former une élite parmi les médecins canadiens.

MM. les professeurs Hartmann, Sergent, Labbé, Roch, Fiessinger (France); Mayer (Belgique); Camera (Italie); Porto (Portugal) répondirent aux santés de la France, de la Suisse, de la Belgique et des pays latins. Monseigneur Camille Roy répondit en termes éloquents à la santé de l'Université Laval dont il est le Recteur... »

* * *

Mais au sein même de l'Association et sur le plan administratif, il se fit depuis le Congrès de Montréal en 1930 un réel mouvement constructif qui en consolida sa permanence et permis d'élargir considérablement son champ d'action.

Quels furent les résultats de ce mouvement?

En 1930 on constitua le Conseil de 60 membres, on établit son Exécutif et on nomma un secrétaire-archiviste. En 1932, après le Congrès de Montréal, on nomma un Directeur Général de l'Association, le premier titulaire en fut le docteur P.-Z. Rhéaume et un secrétaire-trésorier-général, le docteur D. Marion, qui avait été désigné secrétaire-archiviste en 1930.

Après le Congrès conjoint de Québec en 1934, il fut résolu, que l'Association eut son Bulletin, trimestriel, et dans lequel devront paraître les travaux des Congrès et par lequel l'Association se tiendra constamment en relation étroite avec ses membres et manifestera une vitalité et une activité moins sporadiques que dans le passé et que par la tenue des Congrès de tous les deux ans.

En fait, ce Bulletin parut régulièrement de janvier 1935 à décembre 1937 et remplit un rôle éminemment utile.

En 1938, il se fusionna avec « L'Union Médicale du Canada » qui devint, de la sorte, tout en gardant une individualité acquise en 1872, lors de sa fondation, le Bulletin de l'Association.

Ce renouveau, ce regain de vigueur au sein de l'Association, ou plutôt cet élément de permanence et de plus ferme cohésion dans son administration furent principalement dus à l'influence et à l'action du Dr P.-Z. Rhéaume.

Ce chirurgien distingué et habile, énergique et tenace, avait été durant la guerre 1914-18 chirurgien de l'hôpital Laval en France et après avoir exercé la chirurgie à Valleyfield, avait fait partie du personnel chirurgical de l'Hôtel-Dieu de Montréal, puis assumé la direction et l'organisation des services médico-chirurgicaux de l'hôpital Saint-Luc. Il mourut en 1935, et les témoignages qu'on rendit alors à sa mémoire reconnurent unanimement que l'Association et les médecins de langue française lui devaient indéniablement une dette de respectueuse gratitude. Autant le docteur Brochu avait eu le grand mérite de la fondation de l'Association, autant le

docteur Rhéaume avait acquis le titre d'en avoir assuré la survie par la création d'une administration permanente, propre à une activité constante et extensive.

Après le docteur Rhéaume, les directeurs de l'Association furent successivement les docteurs R.-A. Valin, D. Marion et Emile Blain occupant actuellement ce poste.

En novembre 1934, un secrétariat permanent fut instauré à Montréal, afin de faciliter l'office du secrétaire-général et de satisfaire aux exigences de plus en plus nombreuses de l'administration de l'Association elle-même et de son Bulletin.

Enfin, en 1936, fut fondée l'Association Médicale franco-américaine de langue française des Etats-Unis en une société, filiale de l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord, de caractère scientifique et maintenant des rapports constants et étroits avec l'Association-mère. L'Association Médicale franco-américaine existe encore et montre une activité aussi animée qu'au début de sa jeune existence. A chacune de ses réunions annuelles l'Association du Canada lui envoie des délégués; lors de nos congrès, des confrères américains viennent assister à nos séances d'étude. Mais elle n'est plus considérée comme filiale de notre Association. Ce trait de filiation a été rompu pour la raison majeure que notre organisme, engagé de plus en plus dans des problèmes d'économie et de régie médicales exclusifs à notre pays, ne devait dès lors représenter qu'exclusivement des médecins du Canada. Ainsi, on ne pourrait invoquer aucun prétexte ni motif bien fondé de non recevoir à nos requêtes et vœux exprimés aux organismes de contrôle. Le lien officiel est peut-être rompu, celui qui tient toujours, au de là de la lettre, fait d'esprit de solidarité et de soutien moral réciproque, n'a pas cessé d'exister.

Roma AMYOT

ASPECT MÉDICAL ET SOCIAL DE LA RÉHABILITATION CHEZ LES PARAPLÉGIQUES DE LA COMMISSION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL DE QUÉBEC

G. GINGRAS,

Directeur, Institut de Réhabilitation de Montréal,
Chef de Service — Médecine Physique,
Hôpital Reine-Marie des Anciens Combattants (Montréal);

et

Alice LÉPINE,

Directrice — Service Social Médical,
Hôpital Reine-Marie des Anciens Combattants (Montréal).

Préliminaire

Le premier Centre de Réhabilitation des Paraplégiques de la Province de Québec a été inauguré à l'hôpital des Anciens Combattants de Sainte-Anne-de-Bellevue en 1946. La création d'un tel service était devenue essentielle à la suite du retour d'un nombre considérable d'anciens combattants souffrant de traumatisme de la moelle épinière au cours de la dernière guerre. Il était évident aussi que le fait de grouper ces malades sous la surveillance d'un personnel spécialisé était la seule réponse aux multiples problèmes médicaux, chirurgicaux et sociaux que présente la paraplégie. Avant l'inauguration du Centre, les paraplégiques anciens combattants, avaient été traités dans les divers services de l'hôpital, le choix du service dépendant de l'état du malade à l'admission.

En février 1949, le Centre des Paraplégiques de Sainte-Anne-de-Bellevue fut installé à l'hôpital des Anciens Combattants de Montréal où l'on institua des cadres spécialisés comprenant une salle, un gymnase, une section d'hydrothérapie et une salle de pansements spécialement aménagée pour traitements pré et postopératoires des décubiti. Cette politique non seulement a permis de traiter adéquatement les anciens combattants paraplégiques mais encore a rendu plus facile les consultations avec les divers spécialistes de la médecine et de la chirurgie dont les conseils et les interventions sont essentiels à la bonne coordination d'un service de réhabilitation. Bien entendu, le nouveau Centre est main-

tenant à la disposition des médecins, des étudiants en médecine et des membres des professions ancillaires pour l'étude de la paraplégie.

BUT DE LA PRÉSENTE ÉTUDE

Le présent exposé passe en revue tous les cas de traumatisme de la moelle épinière ayant été la responsabilité de la Commission des Accidents du Travail de Québec depuis 1934 jusqu'à la fin de janvier 1954 et qui furent admis au Centre de Réhabilitation.

Les malades présentant des phénomènes de paraparésie transitoire sans séquelles, n'ont pas été admis au Centre. Après consultation, il a été jugé préférable qu'une étude groupant tous les paraplégiques de la Commission des Accidents du Travail traite non seulement de l'aspect médical et chirurgical, mais encore considère l'état social, économique et financier de la réhabilitation de ces malades.

MÉTHODOLOGIE

A la suite d'une conférence tenue à Québec et où assistaient le président de la Commission des Accidents du Travail, de même que plusieurs responsables de la Commission, une méthode de travail et un questionnaire comprenant 100 items furent acceptés comme base de la recherche. La section administrative du questionnaire fut complétée par le chef de la section de l'aide médicale de la Commission et son assistant.

Les examens de contrôles ont eu lieu alors que les malades se présentèrent au Centre pour des examens de contrôle et de routine.

Chez les malades dont les séquelles ne présentaient pas suffisamment de gravité pour être rappelés au Centre, un questionnaire fut envoyé par la poste. Finalement, le physiatre et la travailleuse sociale ont dû rendre visite à quelques malades hospitalisés dans des maisons de convalescence.

La durée totale de l'étude a été de six mois.

LIEUX DE L'ÉTUDE

A cause du grand nombre de malades hospitalisés au Centre des Paraplégiques de l'hôpital des Anciens Combattants de Montréal, la phase la plus importante de ce travail de recherche a été complétée dans cette institution. Cependant, l'étude groupe 5 cas traités dans la section Médecine Physique et Réhabilitation de l'hôpital Pasteur et 7 autres qui, à la suite de la phase active de réhabilitation à l'hôpital des Anciens Combattants ou à Pasteur, sont devenus des patients externes à l'Institut de Réhabilitation de Montréal.

Les traitements de même que la réhabilitation de tous ces malades ont été prescrits et dirigés par le même physiatre.

PERSONNEL

Cette recherche, quoique sous la direction d'un physiatre, a réuni plusieurs médecins et chirurgiens qui ont joué le rôle de consultants au cours et à la suite du processus de réhabilitation. Le physiatre dirige une équipe composée de physiothérapeutes, d'*occupational therapists*, de callisthénistes et d'infirmières spécialisées en réhabilitation et le traitement des plaies de décubitus. Pour parfaire la réhabilitation, il s'adjoint également des travailleurs sociaux et des personnes spécialisés dans le placement, l'éducation et l'orientation au travail des handicapés.

La visite officielle des malades à laquelle assiste le personnel médical et paramédical a lieu une fois la semaine. Un conseil de réhabilitation se réunit également une fois la semaine et comprend non seulement le personnel du Centre des Paraplégiques mais encore des représentants de l'Association Canadienne des Paraplégiques. Le cas échéant,

on y invite des membres de la Commission des Accidents du Travail ou de tout autre groupement intéressé à la réhabilitation des cas discutés à ces assemblées.

SEXE ET NOMBRE DES MALADES

75 cas, tous du sexe masculin, font l'objet de la présente étude.

GROUPE D'ÂGE

TABLEAU I

GROUPE D'ÂGE

Groupes d'âge	Nombre des cas
15 - 19 ans	4
20 - 24 "	11
25 - 29 "	15
30 - 34 "	7
35 - 39 "	16
40 - 44 "	6
45 - 49 "	7
50 - 54 "	4
55 - 59 "	3
60 - 65 "	2
<i>Total</i>	75

L'étude de ce tableau démontre que l'âge des patients s'échelonne depuis l'adolescence jusqu'à la gériatrie. Le groupe le plus important (47 cas) inclus des individus âgés de 25 à 39 ans; il correspond normalement au groupement le plus nombreux généralement employé dans l'industrie. Il est important de noter que l'écart d'âge considérable existant entre les divers malades de la Commission des Accidents du Travail a rendu la réhabilitation plus difficile que lorsqu'il s'est agi des anciens combattants dont les âges variaient entre 20 et 35 ans.

TABLEAU II

NOMBRE DES CAS TRAITÉS ANNUELLEMENT

Année	Nombre des cas	Nombre de paraplégiques vivants avant l'ouverture du Centre
1934	1	
1937	1	
1938	1	
1939	1	
1940	2	
1941	2	
1943	4	
1944	2	
1945	2	

*Admission des paraplégiques
civils au Centre des Paraplégiques*

1946	4	16
1947	7	
1948	9	
1949	5	
1950	8	
1951	9	
1952	9	
1953	6	
1954	2	
(30 janv. 1954)		
Total	75	16

Ce tableau indique le nombre des paraplégiques compensés par la Commission des Accidents du Travail et nombre annuel des admissions; il sert aussi à établir une distinction entre les traumatisés de la moelle ayant souffert de paraplégie avant que le Centre des Paraplégiques de l'hôpital des Anciens Combattants n'accepte des civils.

Les 16 malades étant devenus paraplégiques entre 1934 et 1945 furent dirigés au Centre de Réhabilitation en vue d'une évaluation des possibilités de réhabilitation. Ce très petit nombre de malades ayant survécu au traumatisme spinal correspond aux statistiques d'avant guerre et aux études de Louis Guttman. Il a été démontré en effet que 80 pour cent de tous les malades ayant souffert d'une section complète de la moelle, mouraient rapidement à la suite du traumatisme initial. De 1946 au 30 janvier 1954, 59 cas dirigés par la Commission des Accidents du Travail de la Province de Québec furent admis alors que seulement 16 malades ayant souffert de paraplégie entre 1934 et 1945 survivaient encore. Bien entendu, il importe de considérer ici l'augmentation de la population et aussi l'essor industriel important de notre province. Cependant, il est très encourageant de noter qu'en dépit de ces deux facteurs importants, les malades admis annuellement n'ont pas augmenté d'une façon proportionnelle. La preuve de cet avancé est relativement facile à faire si on étudie les statistiques des accidents dans les pays où la prévention n'est pas encore organisée d'une façon adéquate.

Une étude plus poussée du tableau démontre que le premier cas à être admis au Centre, le fut 13 ans et deux mois après le traumatisme; à partir de 1946, tous les cas furent admis de un à trois mois à la suite du traumatisme spinal.

* * *

I

ASPECT MÉDICAL

1. *Diagnostic.*

TABLEAU III

ETUDE DES DIAGNOSTICS		
<i>Etiologie</i>	<i>Nombre des cas</i>	<i>%</i>
Fracture dislocation	63	84%
Fracture compliquée	10	13,3%
Méningite	1	1,3%
Commotion de la moelle ...	1	1,3%
Total	75	100%

On démontre ici que le nombre de fractures dislocations est six fois plus grand que celui des deux autres. Un seul cas de paraplégie, conséquence d'une méningite, est survenu à la suite d'une fracture ouverte avec enfoncement de la voûte crânienne. Un seul cas de commotion spinale, sans lésion osseuse, a été observé.

2. *Etiologie en relation avec le métier.*

L'étude de l'étiologie en relation avec l'occupation de l'accidenté est extrêmement intéressante. Nous croyons en effet que cette étude viendra en aide à ceux qui s'intéressent spécialement à la prévention des accidents.

Il est intéressant de noter que seulement quatre causes principales sont responsables, du moins chez les sujets présentés dans ce travail, de tous les traumatismes de la moelle. Le nombre d'accidentés ayant fait des chutes de diverses hauteurs est égal à celui des malades devenus paraplégiques alors qu'ils ont été frappés par un objet tombant. Quatre seulement ont été les victimes d'accidents d'automobile, alors qu'un autre groupe de quatre malades furent écrasés entre une structure immobile et un objet mobile. Trois individus sont devenus paraplégiques alors qu'un

TABLEAU IV
ÉTILOGIE EN RELATION AVEC L'OCCUPATION

Étiologie	Nombre de cas	%	Métier ou occupation												
			Main-d'œuvre non- spécialisée Electricien	Mineur	Riveur	Couvreur	Bûcheron	Chauffeur d'auto- mobile	Peintre	Briqueleur	Charpentier	Marin	Contremaître	Fonctionnaire	
Chute	32	43%	16	6	—	2	2	1	1	1	1	1	1	—	—
Chute d'un objet	32	43%	6	—	7	—	—	11	4	1	1	1	—	1	—
Accident d'automobile	4	5%	2	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1
Ecrasement du corps ..	4	5%	1	1	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Fracture du crâne ..	3	4%	1	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—
Total ..	75	100%	26	7	8	2	2	15	6	2	2	2	1	1	1

objet les a frappés directement sur la tête: dans ces cas, il y a eu transmission directe du choc causant un écrasement du corps vertébral, sa dislocation et conséquemment la section complète de la moelle.

Afin de pousser cette étude, l'étiologie a été étudiée en rapport avec le travail ou l'occupation de l'accidenté. Parmi ceux qui ont été blessés par des objets tombants, on rencontre des bûcherons et des mineurs; ces deux occupations constituent plus que 50 pour cent du nombre de celles incluses dans cette catégorie. Notons que parmi les ouvriers spécialisés, les électriciens devant travailler au haut d'un pylône semblent plus sujets à des chutes puisque leur nombre s'élève à 33 et tiers pour cent du total des ouvriers spécialisés. Seulement douze des individus étudiés pratiquaient un métier reconnu; le nombre d'ouvriers non spécialisés était de 26, c'est-à-dire 34.6 pour cent du total des cas étudiés et celui des ouvriers semi-spécialisés de 37.

3. Classification des lésions spinales.

Le processus de réhabilitation varie selon le niveau de la lésion et l'étendue du trauma-

tisme; la réhabilitation des malades souffrant d'une section complète au niveau des régions dorsales ou lombaires suit une norme à peu près identique; mais la situation se complique en présence d'une quadriparésie ou d'une quadriplégie alors que les facteurs temps, travail, personnel et durée d'hospitalisation sont totalement différents. Ajoutons que très souvent tout le problème de la réhabilitation des quadriparétiques et des quadriplégiques est centré sur l'attitude de la famille, sa compréhension et sa collaboration.

Les lésions chez nos cas s'établissent comme suit:

région cervicale	— 11 cas
région dorsale	— 45 cas
région lumbo-sacrée	— 19 cas

Ce tableau établit que sur les 75 sujets étudiés, 46 (61,3%) ont souffert d'une myélite transverse et complète, alors que 29 (38,7%) présentaient des signes cliniques de lésions incomplètes. Inutile de dire qu'ici encore le processus de réhabilitation diffère totalement et que son évolution dépend du degré de conservation des mouvements musculaires volon-

TABLEAU V

CLASSIFICATION DES LÉSIONS

75 cas	{	Lésion complète	{	Spastique
		46 (61,3%)		12 (26%)
	{	Lésion incomplète	{	Spastique
				29 (38,7%)
				Aspastique
				17 (59%)

taires en deça de la lésion. En effet, le degré de récupération motrice lié aux phénomènes sensoriels jouent un rôle immense quand il s'agit de la rééducation à la marche, de l'indépendance personnelle et, on le comprendra, du retour ou non à un travail rémunérateur. Une étude plus approfondie encore, démontre que chez les victimes d'une myélite transverse totale, douze (26%) présentent des spasmes des extrémités inférieures en flexion, en extension ou encore dans ces deux positions, alors que 34 (74%) sont aspastiques. Chez certains traumatisés de la moelle, les spasmes atteignent une intensité et une puissance formidables; en effet, nous avons observé chez des malades spastiques des dislocations coxo-fémorales, des fractures et aussi d'énormes escarres conséquentes à des spasmes des extrémités inférieures. Chez les quadriplégiques spastiques, ces phénomènes sont souvent associés à des céphalalgies violentes et on a noté chez ces malades certains changements de la personnalité; de même une augmentation impressionnante de la tension artérielle au moment où les spasmes atteignent un paroxysme. Alors qu'il s'agit d'une lésion irréversible, il est essentiel de prendre les moyens nécessaires afin de supprimer l'intensité des spasmes dans de tels cas. Plusieurs méthodes sont utilisées parmi lesquelles on note les interventions neuro-chirurgicales périphériques ou centrales, les myotomies, les rhizotomies, voire même

les amputations. Chez ces malades, nous pratiquons depuis 1945 l'injection d'alcool absolu dans le canal médullaire; cette méthode est la plus rapide et possiblement la plus efficace quant à l'abolition des spasmes des traumatisés de la moelle.

Alors que le problème de la spasticité dans les lésions irréversibles est relativement facile à résoudre, celui des lésions incomplètes présentant des spasticités soulève nombre de difficultés. Chez nos malades, les lésions incomplètes se divisent de la façon suivante: spasticité et lésions incomplètes: 12 cas (41%) alors que 17 cas (59%) présentaient une absence totale de spasme en deça de la lésion spinale. Dans de tel cas, on sait que la spasticité peut être présente en flexion ou en extension ou même dans les deux positions; la prédominance de la réponse en flexion ou en extension dépend du degré de stimulation et de la position dans laquelle est maintenue l'articulation au moment de l'application de cette stimulation. Chez ces malades, la réhabilitation physique et tout particulièrement l'ambulation repose entièrement sur la prépondérance qu'obtiendront après les traitements, les mouvements volontaires sur les spasmes ou, dans le cas contraire, les spasmes sur les mouvements volontaires. Inutile de dire que la rééducation musculaire faite avec soin peut, dans certains cas, renverser la formule spasme > que le mouvement volontaire et donner comme résultat une ambulation satisfaisante.

La rééducation musculaire peut, en effet, augmenter le contrôle volontaire au niveau d'un muscle ou d'un groupe de muscles spastiques encore innervés; cependant, ce procédé qui aura donné d'excellents résultats dans un groupe peut dans ce membre donner des résultats négatifs au niveau d'un autre groupe musculaire. C'est ainsi que chez certains malades, on obtiendra un contrôle volontaire en flexion, en extension et en abduction de la cuisse, sans toutefois qu'il soit possible de produire un mouvement volontaire > que spasme dans le groupe des abducteurs alors

que l'examen clinique minutieux démontre sans l'ombre d'un doute qu'il existe, mais oblitérées par les spasmes, des contractions volontaires. Dans de tels cas, la clé du problème semble être la neurectomie obturatrice. Les spasmes généralisés des extrémités inférieures et souvent de la musculature dorso-lombaire et abdominale sont tellement intenses chez certains malades qu'en dépit des mouvements volontaires, la marche est totalement impossible. Chez ces patients, il semble que le bloc spinal à l'alcool soit la procédure de choix. Par ailleurs, le problème devient particulièrement épineux et délicat, quelquefois impossible à résoudre, lorsqu'un malade présente en plus d'une spasticité importante une conservation des sensations et souvent même un certain contrôle vésical et intestinal. Chez ces malades, rares heureusement, puisque seulement quatre des 75 cas étudiés présentaient cet aspect clinique, deux présentaient également la préservation des fonctions sexuelles. Chez ces derniers, des neurectomies obturatrices ont été recommandées comme mesure palliative. Ces interventions ont été couronnées de succès puisque les malades ont pu désormais se vêtir et se dévêtir et que l'adduction permanente disparue, ils ont pu devenir complètement indépendants, quant au problème des selles et des urines.

4. Etude de l'incidence de la mortalité.

urémie 4 cas (80%)
tumeur cérébrale 1 cas (20%)

Notons que les cas 1, 2 et 3, chez qui on a fait un diagnostic d'urémie, furent admis au Centre des Paraplégiques deux ans ou plus après le traumatisme; le cas 5, âgé de 61 ans, présentait une cardiopathie pré-existante au traumatisme spinal.

ASPECT CHIRURGICAL

1. Neuro-chirurgie et orthopédie.

a) *Les Laminectomies exploratrices.* Des laminectomies exploratrices ont été pratiquées chez 45 cas (60%). Ces 45 malades avaient tous été admis dans des hôpitaux possédant un service de neuro-chirurgie. Trente et un de ces 45 cas (69%) ou 41.3% du nombre total de malades ont en outre subi une fusion vertébrale à la suite de la laminectomie.

b) *Fusions spinales.*

- i) Les fusions spinales ont eu lieu immédiatement après l'accident chez 29 cas ou 38,6% du nombre total de malades, et
- ii) cette intervention a été faite plus tard chez 8 cas (10,6%).
- iii) Toutes les fusions spinales, sauf les 31 mentionnées précédemment ont été faites immédiatement par la chirurgie orthopédique.

Les 38 malades (50,6%) chez qui aucune intervention n'avait été préconisée immédia-

TABLEAU VI

ETUDE DE L'INCIDENCE DE LA MORTALITÉ

No	Age	Cause du décès	Temps entre le traumatisme et l'admission au Centre de Réhabilitation	Lésion complète ou incomplète	Temps entre le traumatisme et la mort	Niveau de la lésion
1	28	Urémie	13 ans — 2 mois	Complète	13 ans — 5 mois	D12, L1
2	35	Urémie	2 ans — 8 mois	Complète	7 ans — 11 mois	L1, L2
3	35	Urémie	2 ans	Incomplète	5 ans	L1, L2
4	39	Tumeur cérébrale	8 mois	Complète	1 an — 4 mois	L1, L2
5	61	Urémie	3 mois	Complète	3 ans — 8 mois	D1, D2

L'étude de ce tableau indique que cinq des 75 malades sont morts; les causes de mort étant:

tement après le traumatisme, n'ont par la suite subi aucune intervention dans le domaine de l'orthopédie ou de la neuro-chirurgie.

Une étude statistique des interventions chirurgicales chez nos 75 malades de même que chez tous les paraplégiques admis au Centre de Réhabilitation, démontre que le nombre des fusions spinales augmente chez les lésions incomplètes et décroît en présence de myélites transverses et complètes.

c) *Fractures des extrémités inférieures.*

Chez 4 malades, on a constaté des fractures des extrémités inférieures à la suite du congé. Chacun de ces malades était porteur de lésions spinales complètes.

Les fractures ont été groupées de la façon suivante:

i) Fracture du col du fémur: 1 cas.

ii) Fracture du tibia et du péroné: 3 cas.

Aucune intervention chirurgicale ou orthopédique n'a été préconisée chez le malade présentant une fracture du col du fémur qui d'ailleurs fut diagnostiquée plus tard au cours d'un examen de routine. Il est intéressant de noter que ce malade n'a pu donner aucun détail quant à la cause ou la date de la fracture. Ce paraplégique dont la lésion est haute est parfaitement indépendant dans sa chaise roulante et les examens subséquents semblent indiquer qu'une attitude conservatrice est préférable chez ces malades; en effet, une immobilisation prolongée peut souvent s'avérer néfaste. Par ailleurs, l'état ostéoporotique du membre inférieur aurait certainement diminué les chances de succès éventuel d'une intervention.

Chez les trois malades ayant souffert de fractures du tibia et du péroné, des plâtres ont été appliqués chez deux d'entre eux; ce procédé a été la cause d'ulcérations très profondes au niveau des talons. Comme ces patients étaient confinés dans des chaises roulantes, il ne fut pas question ici de les hospitaliser; cependant, la cicatrisation des ulcères s'est révélée très longue et difficile.

Le troisième cas a bénéficié d'une ostéosynthèse avec plaque.

Il s'agit ici d'un problème d'importance capitale.

Tous les cas de paraplégie qui ont passé

par le Centre de Réhabilitation présentant des lésions motrices et sensorielles et souffrant d'une fracture des extrémités inférieures immobilisées dans les plâtres ont présenté des escarres dans 100% des cas. Les mêmes résultats avec la même fréquence ont été obtenus, lorsqu'à la suite d'interventions orthopédiques on a fait des immobilisations plâtrées. Ces résultats sont applicables aux anciens combattants de même qu'aux civils admis depuis l'inauguration du Centre de Réhabilitation. Cependant, depuis que l'ostéosynthèse avec plaque a été préconisée, le nombre d'escarres à la suite des fractures a été réduit à néant; cette procédure est acceptée dans tous les centres de paraplégie. Il est vrai que l'intervention est plus compliquée, mais le résultat et l'économie qui en résultent ont démontré en maintes circonstances qu'elle est la solution au problème des fractures chez les paraplégiques.

2. *Chirurgie plastique et escarres.*

Les escarres constituent à cause des mille et une complications et difficultés qu'elles entraînent, le plus important et le plus difficile des problèmes auxquels doivent faire face ceux qui dirigent et coordonnent la réhabilitation des paraplégiques. Il est arrivé assez fréquemment qu'un long programme de réhabilitation physique et éducationnel, dont le coût s'élève à des milliers de dollars, ait été complètement anéanti, alors que malgré un monde de recommandations, le malade, à cause de sa négligence, doit être réhospitalisé et traité pour une escarre. Des centaines de patients réhabilités ont prouvé à leur satisfaction et à la nôtre que les escarres peuvent être évitées. Notons parmi les causes les plus fréquentes des escarres: celles qui surviennent à la suite de frictions répétées d'un membre spastique sur les draps, les brûlures d'une cigarette ou d'un radiateur et celles aussi qui surviennent à la suite d'application de sacs d'eau chaude en deça de la lésion spinale. *Les sacs de glace et d'eau chaude doivent être bannis à tout jamais d'une salle où l'on traite les paraplégiques.*

Il semble bien évident que les escarres de décubitus apparaissent plus facilement et plus fréquemment au cours de cette phase que les neurologistes ont convenu d'appeler celle du « choc spinal ». Ce qui suit est le résultat d'observations chez plusieurs centaines de malades. Nous avons noté qu'un traumatisé de la moelle qui passe par la période du « choc spinal » sans présenter d'escarre, semble développer une résistance et, par la suite, est moins exposé aux escarres et aux plaies de lit. Nous hésitons à faire part de cette constatation qui jusqu'à présent n'a aucune base scientifique, mais qui tout de même, est une source d'encouragement et de persévérance pour ceux qui doivent s'occuper des paraplégiques au cours de la phase initiale. Une surveillance continue des malades au cours des premières journées, des premières semaines, contribuera à éviter des centaines d'heures consacrées aux pansements et autres soins nécessaires au traitement des escarres. La plupart des plaies observées chez nos malades se sont formées à l'hôpital où eut lieu le traitement de la phase aiguë du traumatisme spinal ou encore pendant le transport. Dans certains cas, croyant bien faire, on a nolisé un avion; cependant, les malades étant demeurés plusieurs heures en position dorsale sur une civière souillée de selles et d'urines, sont arrivés à l'hôpital porteurs de plaies sacrées énormes.

Parmi les 75 malades étudiés présentement, 27 étaient porteurs d'escarres au moment de leur admission au Centre de Réhabilitation. Ces 27 malades présentaient un total de 73 escarres.

Une analyse plus élaborée de ces chiffres nous semble indiquée:

TABLEAU VII

ETUDES DES MALADES PRÉSENTANT DES ESCARRES

Nombre de cas	Nombre d'escarres par patient	Nombre total des escarres
15	1	15
4	2	8
5	5	25
2	6	12
1	13	13
—	—	—
Total 27 (34,6%)	—	73

Ce tableau et les histoires de cas nous mettent en présence des faits suivants:

- 1) 15 candidats à la réhabilitation présentaient d'énormes plaies sacrées;
- 2) 4 patients étaient porteurs d'ulcérations profondes et disséquentes au niveau des deux régions trochantériennes;
- 3) 5 cas présentaient des plaies comme suit: a) région sacrée, b) les deux régions trochantérienne, c) les deux talons;
- 4) 2 malades présentaient des ulcérations aux régions suivantes: a) région sacrée, b) région trochantérienne, c) les deux ischions, d) les deux talons;
- 5) un malade, à lui seul, était porteur de 13 ulcérations.

Au Centre des Paraplégiques, nous utilisons les méthodes suivantes pour prévenir les ulcérations.

Au moment de l'admission, qu'il y ait présence d'escarre ou non et à moins qu'il ne s'agisse d'un malade présentant une lésion très haute et par conséquent une diminution de l'expansion respiratoire, on prescrit une routine qui devra se continuer jusqu'à ce que l'on ait constaté et évalué la « résistance cutanée » du malade.

Le patient est couché en position ventrale avec plusieurs oreillers sous la cage thoracique, l'abdomen et la face antérieure des cuisses et des jambes.

Cette méthode contribue à créer un espace vide sous les crêtes iliaques, les genoux et la partie antérieure des deux pieds. L'espace créé au niveau de la région pubienne permet d'installer l'appareillage nécessaire à l'évacuation des urines. Si l'on constate des rougeurs ou de l'œdème, le patient sera tourné en position dorsale aux deux heures. De cette façon, le personnel chargé du *nursing* connaîtra en très peu de temps la « résistance cutanée » du malade et c'est partant de ses observations que nous pourrions augmenter ou diminuer le laps de temps qui doit s'écouler entre le changement de la position ventrale et la dorsale et inversement. Chez le malade en position dorsale, l'espace vide demeure et sert en même temps à prévenir toute pression di-

recte au niveau de la région sacrée. En même temps que ces précautions sont prises, on devra faire en sorte d'éviter tout traumatisme au niveau des talons. Chacun sait que dans le traitement de la poliomyélite, la difformité du *foot drop* est évitée par utilisation d'une planche, couchant le malade de telle sorte que cette planche maintient le pied à 90 degrés. Chez le paraplégique, une méthode similaire doit être employée, mais fréquemment nous avons constaté des plaies causées par la friction des pieds sur la planche. Dans ces cas, on doit interposer entre la planche et la plante du pied un oreiller protecteur.

Des expériences ont été faites au Centre de Réhabilitation des paraplégiques avec un grand nombre de lits et de dispositifs de marques diverses; il semble bien qu'à cause de sa versatilité, la méthode qui consiste à employer des oreillers est la plus souple et partant, la moins compliquée. La seule exception à la règle est l'utilisation d'un *Stryker Frame* à la suite d'une intervention chirurgicale au niveau de la moelle ou de la colonne. Dès les premières tentatives de réhabilitation dans les centres de paraplégie, non seulement au Canada mais en Angleterre et aux États-Unis, on fit tant et plus pour cicatrifier les ulcères trophiques par des tonifiants généraux, des topiques et des diètes généreuses. Cependant, on a vu des phases de 6 à 8 mois s'écouler avant de pouvoir cicatrifier une escarre sacrée, qui après avoir été recouverte d'une mince couche épithéliale se brise aussitôt que l'on tente de faire asseoir le patient. Depuis 1944, la chirurgie plastique a apporté une contribution plus qu'importante et a de beaucoup hâté la réhabilitation des traumatisés de la moelle.

Les méthodes de traitement sont relativement simples, mais, cependant, requièrent une énorme dose de patience et de dextérité. Au Centre des Paraplégiques de l'hôpital des Anciens Combattants de Montréal, on a réuni un groupe d'infirmières hautement spécialisées qui consacrent tout leur temps, sous la direction d'un chirurgien plastique, aux soins pré

et postopératoires des ulcères de décubitus. Une escarre qui présente de l'infection est d'habitude prête à la chirurgie plastique environ trois à quatre semaines après l'admission. A la suite de l'intervention chirurgicale, le patient devra demeurer au lit environ six semaines et, au cours de ce temps, aucune pression ne devra être appliquée au niveau de la région opératoire. La tâche du chirurgien et de son groupe de même que la réhabilitation entière d'un malade peut être complètement gâchée, si les moindres détails de cette méthode ne sont pas suivis à la lettre. L'étude des 27 malades, responsabilité de la Commission des Accidents du Travail de Québec et admis au Centre de Réhabilitation porteurs d'escarres démontre que 42 opérations ont été nécessaires de même que des traitements pré et postopératoires. On note qu'une moyenne de trois semaines au lit avant l'intervention, suivies de six semaines d'immobilité absolue ont été nécessaires dans chaque cas pour cicatrifier les ulcères. C'est ainsi qu'une moyenne de neuf semaines d'immobilité au lit a été nécessaire dans chaque cas, de telle sorte que pour des escarres souvent dues à la négligence, les malades ont dû passer 378 semaines dans un état d'immobilité et d'inactivité totale.

Plus tard, après avoir obtenu une réhabilitation maximum et avoir été licencié du Centre de Réhabilitation, 15 des 27 malades ont dû être réadmis pour de nouvelles escarres survenues au niveau des régions hypothéquées, c'est-à-dire au niveau des cicatrices opératoires des plaies précédentes. Il a fallu 15 interventions afin de fermer ces plaies nouvelles; 135 semaines d'immobilité au total ont été requises.

Tout compte fait, il résulte que les escarres seules ont été responsables du fait qu'un lit a été occupé pendant presque 10 ans; encore ne s'agit-il que d'une fraction des 431 cas qui ont été admis des hôpitaux généraux au Centre de Réhabilitation depuis sa fondation. Il a été relativement facile de faire le compte des argents dépensés en faveur des malades civils pour le seul traitement des plaies au lit.

Le chiffre total dépasse l'imagination par son caractère astronomique.

Finissons simplement ce chapitre en répétant avec Sachs que « le moyen le plus efficace de traiter les escarres de décubitus est de les prévenir ».

ASPECT UROLOGIQUE

La question urologique dans la réhabilitation des paraplégiques suit en importance celle des ulcères de décubitus. Il y a quelques années seulement, l'incontinence empêchait un malade de se livrer à toute occupation. De nos jours, il est fréquent que l'on refuse l'hospitalisation à un paraplégique dans un hôpital général à cause de cette incontinence. Cependant, maintenant que les cystotomies suprapubiennes sont passées de mode et que la majorité des paraplégiques incontinents utilisent une prothèse urinaire, de nouveaux horizons sont ouverts pour ces malades et nous pouvons maintenant affirmer, après 10 ans d'expérience dans la réhabilitation des cas de myélite transverse, que la perte du contrôle urinaire n'est plus une objection majeure à la réhabilitation totale.

Parmi les 75 cas dépendants de la Commission des Accidents du Travail de Québec, 64 de ces malades étaient totalement incontinents, 4 partiellement alors que 7 ayant subi des lésions mineures de la moelle épinière pouvaient être considérés comme normaux. La réhabilitation urologique n'a pas seulement pour but d'indiquer aux malades l'usage et le maintien d'une prothèse urinaire, mais encore, dans certains cas, l'utilisation d'un cathéter et la stérilisation de l'appareillage nécessaire aux lavages vésicaux. De telles mesures sont essentielles chez un paraplégique incontinent alors que pour des raisons inévitables, le port d'un cathéter en permanence devient nécessaire et que ce même malade doit retourner dans une région où les services médicaux ou le *nursing* sont à peu près inexistantes.

Comme pour les escarres, la pathologie urinaire est responsable d'un certain nombre

de réadmissions au Centre de Réhabilitation. Parmi nos 75 cas, 14 porteurs de lésions complètes ont dû être réadmis pour des infections urinaires ascendantes aiguës. Si l'on considère que ces 14 malades ont dû être réadmis plusieurs fois pour une même cause, le nombre des admissions au total se chiffre à 38. Ces malades ont passé à l'hôpital une moyenne de 7,3 jours, soit 137 jours au total. Nous avons constaté que les malades souffrant de traumatisme de la moelle préfèrent de beaucoup retourner dans un centre spécialisé pour le traitement des infections urinaires ascendantes; ce même phénomène a été étudié et se rencontre dans les autres pays où se pratique activement la réhabilitation de ces malades.

SOINS ET EXAMENS POST-HOSPITALIERS

Devant la susceptibilité de certains malades aux escarres et aux infections urinaires ascendantes répétées ou encore à la lithiase vésicale ou rénale, on a recommandé qu'un certain nombre soit réadmis et que des soins post-hospitaliers soient rendus chez 42 d'entre eux. Des arrangements routiniers n'ont jamais été complétés, mais lorsqu'une recommandation a été faite par le coordinateur du service de réhabilitation des paraplégiques afin qu'un malade soit réadmis pour examen, cette recommandation a toujours été approuvée par le Bureau Médical de la Commission. Les réadmissions pour examen de routine durent environ trois jours au cours desquels le patient est soumis à des examens cliniques, radiologiques, urologiques et de laboratoire.

Il est prouvé que ces réadmissions ont été, chez de nombreux cas, une source d'économie en temps et en argent alors qu'il a été permis de poser un diagnostic précoce et de traiter le malade avec succès, surtout en présence de calculs urinaires.

* * *

II

ASPECT ÉCONOMIQUE ET SOCIAL

A. *Etat Marital.*

TABLEAU VIII

ÉTAT CIVIL		
<i>Etat civil</i>	<i>Nombre de cas</i>	<i>%</i>
Marié	47	63%
Célibataire	26	34%
Veuf	2	3%
<i>Total</i>	75	100%

Ces statistiques démontrent que presque les deux tiers des patients admis au Centre des Paraplégiques étaient mariés. Pour le personnel, il s'est agit, au début, d'un problème nouveau, alors que seulement deux anciens combattants sur 50 étaient mariés.

B. *Les dépendants.*

En réhabilitation, le problème des dépendants, surtout en présence d'une responsabilité légale, devient une question de première importance.

TABLEAU IX

L'ÉTAT MARITAL EN RELATION AVEC LES DÉPENDANTS

<i>Etat civil</i>	<i>Nombre de cas</i>	<i>Nombre de dépendants</i>	<i>Nombre total de dépendants</i>
	16	1	16
	11	2	22
Marié	6	3	18
47	8	4	32
	4	5	20
	1	8	8
	1	10	10
Célibataire	26	—	1
26			
Veuf	1	—	—
2	1	3	3
<i>Total nombre des dépendants</i>			129

Ce tableau met en évidence 129 individus à la charge des travailleurs au moment de l'accident; de toute nécessité, il a fallu considérer ces dépendants lorsqu'il s'est agit d'élaborer un programme de réhabilitation. Donc la réhabilitation de ces malades n'a pas intéressé seulement nos 75 patients, mais bien 204 individus, c'est-à-dire le candidat à la réhabilitation et sa famille.

D'autres statistiques soulignent que le groupe d'individus mariés avait à charge un total de 126 dépendants, alors que celui des célibataires n'en avait aucun. Un seul malade, veuf, avait trois dépendants.

Enfin, l'étude plus approfondie du tableau met en lumière des faits intéressants:

- a) 16 jeunes paraplégiques étaient responsables d'un unique dépendant: l'épouse.
- b) Une autre observation: 10 parmi ces 16 cas ont souffert d'un traumatisme de la moelle très peu de temps après leur mariage; dans chacun des dix cas, nous avons constaté que l'accidenté occupait depuis peu une situation nouvelle, offrant un meilleur salaire.

C. *Domicile.*

Trente et un des cas étudiés étaient des citoyens alors que 24 étaient originaires de régions rurales. Ici encore nous sommes en présence d'un problème difficile puisque l'indépendance physique totale est plus difficile d'obtention dans le milieu rural vu les difficultés de déplacement. On comprendra que marcher à l'aide d'appareils de prothèse et de béquilles, une opération qui est difficile même sur la chaussée, devient une impossibilité et un danger sur une route de campagne. Même l'utilisation d'une chaise roulante dans ces conditions présente souvent des risques et des difficultés dus aux accidents de terrain; aussi les chaises roulantes de ceux qui vivront à la campagne sont munies de roues antérieures plus grandes et de pneus offrant une surface de contact plus adéquate. Qu'il s'agisse d'un ancien combattant ou d'un civil, que ce dernier reçoive une pension ou soit indigent, la réhabilitation au travail est plus difficile à la campagne que dans les villes; les situations étant moins nombreuses et presque toujours demandant un travail manuel plus intense. Par ailleurs, nous avons l'impression qu'un autre aspect s'impose en milieu rural; il est à l'origine de nombreux succès et a été récemment décrit dans un travail intitulé: « Une étude psycho-sociale des lésions spi-

nales », par Wittkower, Mergler, Gingras, Widgar et Lépine. « ... L'état physique force beaucoup de paraplégiques à abandonner le village natal et à s'établir là où ils trouveront sans difficulté les soins médicaux et chirurgicaux dont ils peuvent avoir besoin. En même temps, ils sont absorbés par le grand nombre et se perdent dans l'anonymat... »

D. Education.

Les standards éducationnels jouent un rôle primordial dans le domaine de l'orientation au travail des handicapés. Les standards sont plus bas chez les manœuvres et les ouvriers non spécialisés et c'est un fait que, très souvent, un quotient intellectuel pauvre et une éducation minime se rencontrent chez des individus travaillant dans des circonstances périlleuses, là où une coordination physique et psychique est essentielle.

L'étude des valeurs éducationnelles chez nos 75 malades nous a mis en présence de 3 illettrés et de 34 primaires; 38 avaient passé par l'école élémentaire; trois possédaient une éducation universitaire.

La moyenne du groupe : une quatrième année.

* * *

III

ASPECT PROFESSIONNEL

A. Genre d'éducation.

TABLEAU X

ASPECT PROFESSIONNEL AVANT LA PARAPLÉGIE		
Classification	Nombre de malades	%
Métiers spécialisés	7	9%
Métiers semi-spécialisés	14	19%
Métiers non spécialisés	54	72%
<i>Total</i>	<i>75</i>	<i>100%</i>

On constatera ici que la majorité des blessés, c'est-à-dire 54 (plus que les deux tiers) peuvent être classifiés parmi les ouvriers non spécialisés (72%); 14 des candidats à la réhabilitation appartiennent au groupe des ouvriers semi-spécialisés (19%) et seulement 7 (9%) peuvent être considérés comme des ouvriers spécialisés.

Sans aucune exception, les non spécialisés s'identifient au groupe des illettrés ou des primaires. Les observations journalières, les

conversations échangées avec le personnel, les comptes rendus des cliniques de réhabilitation, les examens psychiatriques et psychologiques indiquent invariablement une absence d'initiative et d'individualité associée à une personnalité incolore. Ces constatations détruisent *ipso facto* les possibilités d'un travail demandant des connaissances spécialisées.

Généralement, on admet que les ouvriers « nomades », c'est-à-dire qui passent d'un emploi à un autre ou qui perdent facilement leur situation, sont prédisposés aux accidents à cause de leur manque d'expérience et certainement une instabilité de base. Un rapport sur le travail antérieur de chaque malade a été préparé par des spécialistes en orientation; on y a greffé ceux du service social médical et, dans certains cas, les constatations psychiatriques et psychologiques. A l'aide de ces données, nous avons pu diviser nos cas en deux grandes catégories:

les travailleurs stables 30
et

les travailleurs instables 45

Parmi les 45 instables, 43 appartenait au groupe des ouvriers non spécialisés et 2 au groupe des ouvriers semi-spécialisés.

L'étude de cet aspect a fait apparaître d'autres constatations importantes, surtout en matière d'occupations dangereuses. Ici encore nos constatations ont adopté une allure dramatique lorsque nous avons constaté que 24 des 75 ouvriers blessés avaient été embauchés que très peu de temps avant le traumatisme.

Le tableau suivant illustre bien ce qui précède:

TABLEAU XI

LAPS DE TEMPS ENTRE L'EMBAUCHAGE ET L'ACCIDENT CHEZ LES 24 OUVRIERS INSTABLES

Nombre de cas	Temps entre l'embauchage et l'accident
1	1 heure
1	2 heures
1	4 heures
1	1 semaine
1	3 semaines
4	2 - 4 mois
15	5 - 6 mois
24 cas	

L'aspect saisonnier des diverses occupations semble aussi avoir une certaine influence sur les accidents. 16 des 75 cas se livraient à un travail saisonnier comme bûcherons; serait-il possible que les individus qui se livrent à un travail périlleux pendant quelques mois de l'année seulement, puissent manquer de cette habilité et de cette dextérité, caractéristique de ceux qui s'adonnent à un même travail sans interruption. 35 des ouvriers devenus paraplégiques s'employaient à des travaux saisonniers, les uns depuis 6 mois, les autres depuis 6 mois jusqu'à 25 ans.

* * *

IV

LA RÉHABILITATION

A. Chez les blessés devenus la responsabilité d'un organisme gouvernemental, il est essentiel d'utiliser tout moyen non seulement apte à diminuer la durée d'hospitalisation, mais destiné à remettre l'individu en circulation en un temps record; ceci sans amoindrir la qualité des soins médicaux et chirurgicaux.

Avant que ne s'organise le Centre des Paraplégiques, la durée moyenne d'hospitalisation de ces malades était d'environ deux ans. Maintenant, cette moyenne s'établit à 2-3 mois pour un patient porteur d'une lésion complète et sera de 4-5 mois en présence d'une paraparésie.

Bien entendu, ces statistiques ne sont vraies que lorsque les hôpitaux généraux dirigent leurs clients au Centre de Réhabilitation, exempts d'escarres et d'infections urinaires aiguës.

Il y va de soi que la réhabilitation des paraplégiques a grandement bénéficié du fait que le même groupe de médecins et chirurgiens est demeuré attaché au Centre depuis son ouverture. Notons qu'il en a été de même pour les infirmières-chefs et leurs assistantes. Un grand nombre de publications traitant des diverses phases du traitement médical et chirurgical et de la réhabilitation des paraplégiques ont émané du Centre de Montréal et de fréquentes rencontres des responsables de la réhabilitation des paraplégiques au

Canada et aux Etats-Unis ont contribué à la standardisation des méthodes. Ces entrevues ont eu aussi d'excellents résultats quant à l'étude du port de prothèse chez les paraplégiques.

Des travaux de recherche sur la décalcification et le métabolisme chez le paraplégique et le paraparétique ont été entrepris à l'hôpital des Anciens Combattants de Montréal depuis deux ans sous la direction du docteur C. J. Pattee. Par ailleurs, on a tenté par le truchement de la presse médicale et laïque d'atteindre le public médical et paramédical et enfin toute la population, afin de propager le concept de la réhabilitation de tous les handicapés et, en particulier, des paraplégiques. Deux films très importants, en rapport avec l'aspect médical de la réhabilitation des paraplégiques ont été tournés: l'un à Montréal, l'autre à Toronto. Tout récemment, le Ministère Fédéral du Travail a publié un film sur l'emploi des handicapés où le paraplégique devient l'acteur principal. Ce film: « Tout le monde est handicapé » a été édité grâce à l'instigation de M. Ian Campbell, Coordinateur National de la Réhabilitation Civile au Canada.

Cependant, la propagande la plus impressionnante est certainement celle que les paraplégiques ont lancée eux-mêmes. Pour un grand nombre de nos concitoyens, il semble encore impossible qu'un paraplégique, confiné dans une chaise roulante puisse nager tout aussi bien qu'un individu normal, participer à certains sports ou occuper une situation importante.

B. Prothèses et ambulation.

1. Historique.

Au début de la courte histoire de la réhabilitation des paraplégiques, presque toute la réhabilitation physique fut centrée sur un facteur qui était alors considéré comme le plus important de tous: « la marche ». Il est intéressant de noter qu'en 1945 et 1946 plusieurs publications scientifiques donnaient à lire des articles contenant des statistiques émanant des centres de réhabilitation et où

l'on constatait que tous les malades « marchaient » à l'aide d'attelles et de béquilles!

Il faut avouer que presque tous les cas admis dès lors au Centre des Paraplégiques ont reçu des attelles avec ou sans bandes pelviennes, des corsets et toute une multitude de prothèse habituellement nécessaires à la marche. Il faut avouer aussi que même les cas souffrant de lésions cervicales se sont vus affublés d'appareils de prothèse.

Il est vrai qu'un grand nombre de paraplégiques ont appris à *marcher* avec une certaine dextérité alors qu'ils étaient à l'hôpital; nous avons même vu des malades porteur de lésions à D4 - D5 qui, utilisant des attelles et des corsets pouvaient, grâce à des béquilles, pratiquer un simulacre de marche entre les barres parallèles.

Heureusement que nous avons fait le point et nous n'avons plus qu'à confesser et à avouer avec Wittkower et ses collaborateurs : «... qu'il est évident qu'il est plus aisé de comprendre et de s'identifier avec le paraplégique qui marche qu'avec celui qui préfère la chaise roulante. N'oublions pas que de faire marcher l'infirmes ou l'handicapé devient une source de grande satisfaction pour le médecin. On a souvent élaboré des programmes de réhabilitation grandioses qui n'avaient d'autre but de que plaire au médecin plutôt que de répondre aux vrais besoins de l'infirmes... » Ces remarques sont vraies, mais n'oublions pas qu'on avait appris à « marcher » à ces malades dans un milieu spécialisé. Notons aussi qu'ils recevaient au cours de leur rééducation un encouragement continu de la part de thérapeutes intéressées, compétentes et, avouons-le, ne ménageant pas dans certains cas la *super-protection*.

Au cours des deux premières années qui ont suivi l'inauguration du Centre, on a souvent alloué de 6 à 12 mois pour compléter l'*entraînement* d'un paraplégique porteur de lésions à D4 - D5. A la suite d'efforts répétés il a été possible, dans certains cas, d'obtenir qu'un malade parcoure une distance d'environ 50 pieds dans le *gymnase*; cependant, des

observations subséquentes ont démontré qu'invariablement le malade retourné chez-lui, choisit la vie en chaise roulante et relègue ses attelles au grenier. D'autres facteurs nous ont aussi poussé à considérer des changements radicaux: les chutes, les plaies par friction, les fractures d'os ostéoporotiques et, aussi et surtout, l'énorme fatigue qui survient chez certains malades. La réhabilitation du paraplégique doit se faire en dépit de la circulation, des foules, des ascenseurs et, chez la plupart des cas, en chaise roulante.

2. La prescription de prothèses.

1. A cause de la récupération des mouvements volontaires des membres inférieurs, les attelles n'ont été prescrites que chez 14 malades.
2. Des appareils de prothèse ont été prescrits chez 30 malades: a) lésions incomplètes de la moelle:
 - i) une attelle courte 3 cas
 - ii) deux attelles courtes 2 cas
 - iii) une attelle longue 2 cas
 b) lésions complètes de la moelle:
 - i) deux attelles longues 1 cas
 - ii) deux attelles longues avec ceinture pelvienne 22 cas
3. 31 chaises roulantes ont aussi été prescrites.

RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE DE 1954

Le cas de chacun des malades à qui on avait prescrit des attelles a été réétudié; le résultat de l'examen est le suivant:

- a) 5 cas, lésions incomplètes, utilisent des attelles courtes à l'extérieur et une chaise roulante à la maison ou au travail;
- b) 3 cas présentant des lésions incomplètes, utilisent des attelles courtes en tout temps;
- c) 14 cas marchant au début sans attelle, ont montré aucun changement;
- d) 5 cas sont morts;
- e) 1 cas est confiné au lit;
- f) tous les autres malades sont maintenant confinés dans des chaises roulantes, pres-

crites au fur et à mesure qu'ils abandonnaient l'usage d'attelles et de béquilles.

Nous sommes maintenant convaincus de l'inutilité de la réhabilitation à la marche chez les cas de lésions complètes et de la supériorité de la chaise roulante qui d'ailleurs a permis l'indépendance de milliers de paraplégiques, au Canada, aux Etats-Unis et en Angleterre.

* * *

V

CONSIDÉRATION SOCIALE ET ÉCONOMIQUE
SPÉCIALE

A. Allocation spéciale.

Chacun sait que tous les cas dépendants de la Commission des Accidents du Travail reçoivent des compensations en argent. Cependant le montant de cette compensation varie, non seulement avec l'incapacité, mais aussi avec la valeur relative du dollar. Par exemple une compensation qui semblait fort acceptable en 1934 est maintenant complètement insuffisante surtout lorsqu'il s'agit d'un accidenté responsable d'une famille.

Dans les circonstances, une allocation spéciale a été approuvée par la Commission des Accidents du Travail de la Province de Québec; afin d'en devenir bénéficiaire:

- 1) le patient réhabilité doit demeurer chez lui;
- 2) les membre de la famille ou des étrangers doivent agir comme aide;
- 3) on demande une recommandation du médecin.

L'allocation spéciale est accordée selon le mérite et les besoins de chaque cas. Alors qu'un paraplégique réhabilité commence à travailler, l'allocation n'est pas discontinuée immédiatement, mais pourra l'être plus tard si après un laps de temps raisonnable, il semble que l'accidenté a récupéré son indépendance. Nous tenons à souligner que cette allocation spéciale qui est, somme toute, une mesure de bien-être social, a des conséquences fort intéressantes; elle a prévenu l'hospitali-

sation de bon nombre des malades dans des maisons de convalescence. Elle a souvent empêché le désintégration de la famille et s'est avérée une source d'économie pour la Commission qui, sans elle, se verrait forcée de défrayer le coût d'hospitalisation dans les hôpitaux d'incurables.

B. Etude des cas bénéficiant de l'allocation spéciale.

41 malades (66% du total) reçoivent l'allocation spéciale. Une étude a été faite en vue d'établir l'état civil des récipiendaires:

TABLEAU XII

RELATION ENTRE L'ÉTAT CIVIL ET
L'ALLOCATION SPÉCIALE

75 cas	}	Récipiendaires 41 (54%)	}	Marié 27 (66%)
				Célibataire 12 (29%)
				Veuf 2 (5%)
		Non récipiendaires 35 (46%)	}	Marié 20 (59%)
				Célibataire 14 (41%)
				Veuf 0 (0%)

Il semble que l'allocation ait été distribuée justement, puisque la majorité des bénéficiaires sont mariés et, par conséquent, ont des dépendants et des responsabilités.

C. Augmentation du nombre des dépendants à la suite de la réhabilitation.

Une étude de cet aspect social et familial chez les accidentés dépendants de la Commission, démontre que seulement deux cas se sont mariés après leur accident, alors que de nombreux paraplégiques anciens combattants ont contracté mariage. De même, contrairement aux anciens combattants, aucune adoption a été notée chez les accidentés du travail, même chez le groupe des jeunes mariés sans enfant. Disons sans plus tarder que l'état financier de l'accidenté est approximativement quatre fois moindre, si on le compare

à celui des anciens combattants.

D. *Election du domicile à la suite de l'accident.*

L'étude de ce facteur démontre que 63 cas (90% des individus vivants), demeurent chez eux, alors que 5 *seulement* ont dû être hospitalisés dans des institutions pour malades chroniques. Suivent, les constatations faites chez les malades non intégrés au foyer:

- a) 3 cas sont sans famille et leurs ressources ne leur permet pas de demeurer en pension;
- b) un cas présente un état psychiatrique nécessitant l'hospitalisation;
- c) un malade doit passer chaque année les mois d'hiver dans une institution alors que la ferme où demeurent ses parents est inhabitable pour un malade, au cours de la saison froide;
- d) deux cas sont encore sous traitement au Centre des Paraplégiques de l'hôpital des Anciens Combattants de Montréal;
- e) 5 malades sont morts.

* * *

VI

L'ÉTUDE DES OCCUPATIONS APRÈS
LA RÉHABILITATION

L'étude la plus récente indique que 29 (41,4%) des 70 patients vivants, contribuent à augmenter leurs ressources en travaillant à plein ou à temps partiel. Soulignons ici un facteur d'une importance capitale et qui a été fort loué par les spécialistes en réhabilitation; en effet, que le paraplégique travaille à plein ou à temps partiel, la pension servie dans cette province n'est diminuée en aucune façon.

Ce tableau a été préparé afin de mettre en regard divers aspects importants de la réhabilitation: l'emploi, l'allocation spéciale, l'âge et autres facteurs que nous allons maintenant analyser.

Nous constatons, en effet, que douze malades réhabilités, recevant l'allocation spéciale, poursuivent leur travail sans interruption.

Vingt-trois individus travaillent à plein temps; 6 à temps partiel.

Chez ceux qui travaillent à plein temps, 10 font un usage continu de la chaise roulante. Cet état est le même chez quatre de ceux qui travaillent à temps partiel. Nous croyons qu'il vaut la peine de mentionner le genre de travail auquel s'adonnent les paraplégiques. Un fait qui ne manque pas de nous surprendre et qui dépasse toutes les prévisions est que 5 malades occupent maintenant des situations qui commandent des salaires plus élevés que ceux qu'ils gagnaient avant l'accident et par conséquent avant la réhabilitation. On a sans doute constaté par l'étude du tableau XIII que 6 patients, au cours et à la suite de la phase de la réhabilitation, ont suivi des études afin d'augmenter leur bagage intellectuel.

Voici une compilation groupant les diverses occupations auxquelles s'adonnent les paraplégiques et le nombre d'individus par occupation:

Horloger	1
Fermier	6
Travail à l'établi	9
Electricien	2
Vérificateur	5
Chauffeur	3
Commis	1
Menuisier	1
Commissionnaire	1

Nous croyons que ces résultats sont à l'honneur des candidats à la réhabilitation, au personnel qui a contribué à leur emploi, aux employeurs et, en particulier, aux responsables de la Commission des Accidents du Travail de Québec.

En terminant, nous voulons insister sur un fait qui ne manquera pas de faire réfléchir les employeurs éventuels si jamais ils ont l'occasion de lire ces lignes. *Depuis déjà bon nombre d'années des paraplégiques réhabilités travaillent dans l'industrie et ailleurs et jamais encore avons-nous eu à faire face à un second accident.* La preuve de cet avancé a été faite des milliers de fois, non seulement dans notre pays, mais dans tous les pays et dans tous les états où la vie humaine a une valeur.

TABLEAU XIII

ÉTUDE DES CAS PRÉSENTEMENT AU TRAVAIL

<i>No du cas</i>	<i>Age</i>	<i>Ont suivi un cours</i>	<i>Allocation spéciale</i>	<i>Plein temps</i>	<i>Occupation actuelle</i>	<i>Lésion complète ou incomplète</i>	<i>Même travail qu'autrefois</i>
1	43	oui	non	oui	horloger	incomplète	non
2	49	non	oui	oui	fermier	incomplète	oui
3	52	non	oui	oui	travail à l'établi	complète	non
4	30	oui	oui	oui	travail à l'établi	complète	non
5	57	non	non	oui	électricien	incomplète	oui
6	34	non	non	non	travail à l'établi	incomplète	non
7	37	oui	oui	non	travail à l'établi	complète	non
8	40	non	oui	oui	travail à l'établi	complète	non
9	26	non	non	oui	vérificateur	incomplète	non
10	30	oui	non	oui	chauffeur	incomplète	non
11	42	non	non	oui	vérificateur	complète	non
12	40	non	oui	oui	fermier	complète	non
13	59	non	non	oui	fermier	incomplète	oui
14	36	non	non	oui	chauffeur	incomplète	non
15	26	non	non	oui	chauffeur	incomplète	non
16	44	non	oui	non	travail à l'établi	complète	non
17	36	non	non	oui	travail à l'établi	incomplète	non
18	44	non	oui	oui	travail à l'établi	complète	oui
19	32	oui	non	oui	vérificateur	incomplète	non
20	43	non	non	non	travail à l'établi	incomplète	non
21	22	oui	non	oui	commis	incomplète	non
22	35	non	non	oui	menuisier	incomplète	oui
23	59	non	non	oui	vérificateur	complète	non
24	27	non	oui	oui	vérificateur	complète	non
25	28	non	oui	non	fermier	complète	non
26	30	non	oui	non	fermier	complète	non
27	54	non	non	oui	électricien	complète	oui
28	25	non	non	oui	fermier	incomplète	non
29	25	non	oui	oui	commissionnaire	complète	non

Conclusions

1. La réhabilitation est essentiellement un travail de groupe.
2. Les âges des malades étudiés dans ce travail s'échelonnent de l'adolescence jusqu'à la vieillesse.
3. Très peu de paraplégiques accidentés du travail vivaient, lors de l'inauguration du Centre des Paraplégiques de la région de Montréal.
4. Le diagnostic de fracture-dislocations des vertèbres est le plus fréquent chez les accidentés du travail paraplégiques.
5. Les chutes ou les chocs causés par des objets tombants sont les causes principales des fractures de la colonne vertébrale, entraînant la paraplégie.
6. Parmi les ouvriers spécialisés, les électriciens tombant de pylônes sont le plus

- souvent victimes de paraplégie traumatique.
7. Les mineurs et les bûcherons sont les individus les plus fréquemment blessés à la suite de chocs causés par des objets tombants.
 8. La région dorsale est la plus fréquemment lésée au cours des traumatismes de la moelle.
 9. Les spasmes, surtout chez les porteurs de lésions médullaires incomplètes, rendent la réhabilitation extrêmement difficile.
 10. L'urémie s'est révélée la cause de décès la plus fréquente.
 11. Les laminectomies exploratrices n'ont été pratiquées que dans des centres spécialisés.
 12. Dans les cas de fracture d'os ostéoporotique, les plâtres sont formellement contre-indiqués et extrêmement dangereux.
 13. Les escarres apparaissent très tôt après l'accident soit au cours du transport du blessé, soit dans les hôpitaux généraux.
 14. La chirurgie plastique est l'un des facteurs les plus importants dans le traitement des escarres et a contribué énormément à hâter le processus de la réhabilitation.
 15. Il est important que les paraplégiques reviennent de temps à autre au Centre des Paraplégiques afin de subir des examens de routine.
 16. Le plus grand nombre des malades étudiés étaient mariés, avaient des dépendants et originaient de centres urbains.
 17. La réhabilitation des malades en provenance de la campagne s'avère plus difficile que celle des ressortissants urbains.
 18. Les standards éducationnels peu élevés et les métiers non spécialisés augmentent les difficultés de la réhabilitation.
 19. Les ouvriers instables sont prédisposés aux accidents.
 20. L'aspect saisonnier du travail semble influencer la fréquence des accidents.
 21. Le temps nécessaire à la réhabilitation du patient paraplégique exempt d'escarres, a passé de deux ans à quelques mois.
 22. On a institué un système de propagande afin d'augmenter les connaissances sur la paraplégie de la profession médicale et du public en général.
 23. Les paraplégiques porteurs de lésions complètes sont de mauvais candidats à la *marche* ; seules les lésions incomplètes s'avèrent capables de marcher.
 24. Une allocation spéciale est allouée par la Commission des Accidents du Travail de la Province de Québec aux malades résidents chez eux.
 25. Il n'y eut pratiquement aucun changement du point de vue marital ou des dépendants chez les paraplégiques de la Commission des Accidents du Travail.
 26. 63 cas (90% des 70 malades vivants) vivent chez eux.
 27. 21 cas (41% des 70 malades vivants) travaillent.

Sommaire

Nous avons étudié 75 paraplégiques, responsabilité de la Commission des Accidents du Travail de la Province de Québec, ayant souffert d'un traumatisme de la moelle de 1934 au 30 janvier 1954. La réhabilitation de ces malades a été complétée dans divers centres de la région de Montréal.

L'étude a embrassé les aspects médicaux, sociaux, financiers de même que le placement au travail des traumatisés de la moelle.

REMERCIEMENTS

Les auteurs tiennent à remercier Messieurs R. Demers et N. Laroche respectivement chef et sous-chef de l'Assistance Médicale de la Commission des Accidentés du Travail de Québec; les infirmières, les physiothérapeutes, les *occupational therapists*, les responsables du placement et de l'éducation de l'hôpital Reine-Marie des Anciens Combattants, de l'hôpital Pasteur et de l'Institut de Réhabilitation de Montréal. La collaboration et l'assistance de Mlle A. Laurin et de Mme A. Lippay ont été essentielles à ce travail de recherche. Sans le support de ce groupe dévoué, ce travail n'aurait pas été possible.

BIBLIOGRAPHIE

1. L. GUTTMAN: Rehabilitation after Injuries to the Spinal Cord and Cauda Equina. *British J. of Phys. Medicine*, 9: 130, 1946.
2. E. D. WITTKOWER, G. GINGRAS, L. MERGLER, B. WIDGOR et A. LÉPINE: Une étude psycho-sociale des Lésions Spinales. *L'Union Méd. du Canada*, 83: 860 (août) 1954. A Combined Psychosocial Study of Spinal Cord Lesions. *The Canadian Med. Ass. J.*, 71: 109, 1954.
3. G. GINGRAS, M. MONGEAU et M. BERGERON: A Study of Lower Extremities Amputations in Geriatric Rehabilitation. *B. J. of Phys. Med.*, 17: (déc.) 1954.
4. G. GINGRAS: Rehabilitation of Civilian Paraplegics in Departmental Hospitals. *Arch. of Phys. Med.*, 31: 772, 1950.
5. J. M. McINTYRE, G. GINGRAS et M. MONGEAU: Orthopedic Surgery in the Rehabilitation of Paraplegics. *D. V. A. Treatment Services Bull.*, 5: (oct.) 1952. L'orthopédie et la Réhabilitation des Paraplégiques. *L'Union Méd. du Canada*, 81: (octobre) 1952.

GROSSESSE TUBAIRE

ÉTIOLOGIE ET TRAITEMENT — RELEVÉ DE 37 CAS PERSONNELS DE GROSSESSES TUBAIRES DE 1951 À AOÛT 1954

Charles OUIMET,

Gynécologue à l'Hôtel-Dieu de Montréal.

Depuis la dernière décade, la grossesse tubaire est devenue une maladie beaucoup plus fréquente, et un facteur étiologique nouveau en serait la conséquence.

Avant de vous décrire plus précisément ce nouveau facteur étiologique, je voudrais étudier brièvement les causes qui peuvent engendrer une grossesse tubaire. A mesure que je développerai ce sujet, je vous citerai à l'occasion quelques cas personnels pour concrétiser les hypothèses avancées.

Deux grandes causes peuvent être considérées:

1. Causes ovulaires.
2. Causes tubaires proprement dites.

1. a) Parmi les causes ovulaires, nous avons les malformations congénitales de l'ovule. Strassman admet qu'il y a des ovules irréguliers et même trop volumineux pour le diamètre de la trompe. D'où la migration de

l'ovule vers l'utérus est impossible. Sypel admet l'hypothèse qu'un ovule venant de l'ovaire du côté opposé peut devenir suffisamment gros pour qu'il soit bloqué dans la trompe. Son augmentation de volume serait due au fait de son trajet péritonéal.

J'ai opéré en 1951 une malade qui avait développé une grossesse tubaire droite alors qu'elle avait eu antérieurement une ovariectomie droite. C'est un cas où nous pourrions peut-être accepter l'hypothèse de Sypel.

b) Parmi d'autres causes ovulaires, nous allons maintenant énumérer les causes d'ordre biologique en rapport avec l'ovule.

Poorsen reconnaît l'importance de la valeur biologique de l'œuf. Il admet qu'une vitalité amoindrie de l'ovule pourrait engendrer une grossesse tubaire. Cette vitalité diminuée serait secondaire à une lésion ovarienne quelconque d'après Mauthner. D'autres auteurs croient que des altérations de viscosité du liquide des follicules ovariens pourraient empêcher la migration normale d'un ovule vers

1. Travail présenté à la réunion clinique de l'Association des Chirurgiens de la Province de Québec, tenue à l'Hôtel-Dieu, le 1er octobre 1954.

l'utérus. Si la migration est lente, l'œuf atteindra alors un volume trop considérable. Enfin, d'autres auteurs croient à l'existence d'une substance sensibilisatrice sécrétée par l'œuf et ceci en un temps bien déterminé. Si toutefois, il y a apparition trop vite de cette dite substance, il y aurait alors une cytolysse de la muqueuse tubaire, ce qui provoquerait une greffe prématurée.

Toutes ces causes ovulaires logiques par elles-mêmes ne sont pas toutefois pratiques si on essaie de les appliquer dans le domaine clinique.

2. Voyons maintenant les causes tubaires qui sont de beaucoup plus fréquentes et plus importantes à se rappeler et qui sont aussi plus applicables à la clinique:

a) Les malformations congénitales.

b) Les causes d'origine mécanique.

c) Les lésions inflammatoires pelviennes chroniques.

a) Les malformations congénitales des trompes. Il ne fait pas de doute que les trompes qui présentent soit une atrésie congénitale, soit encore une hypoplasie ou de l'infantilisme, soient responsables de grossesses tubaires. Freund et Albert ont tenté de prouver que cette malformation pourrait expliquer les grossesses tubaires. Se basant sur l'embryologie de la trompe, à savoir que cette dernière lors de son développement a une forme en spirale, ils admettent que cette forme en spirale amène une torsion de la muqueuse d'où il y aurait obstacle tubaire. Cette malformation congénitale donnerait plutôt une grossesse tubaire bilatérale.

J'ai eu une malade âgée de 25 ans qui, un an après son mariage, a présenté une grossesse tubaire droite. Je l'ai opérée en septembre 1953 pour une salpingectomie droite. Huit mois plus tard, c'est-à-dire en mai 1954, elle devenait enceinte de nouveau et cette fois, elle a développé une grossesse tubaire à gauche. Ne pourrions-nous pas dans ce cas-ci penser que cette malade aurait pu avoir cette malformation congénitale?

Comme autre malformation congénitale, il y aurait celle exposée par McNelly et Wer-

quin en 1943. Ils ont démontré la présence d'anomalie de développement avec formations de canaux borgnes accessoires, permettant alors une nidation diverticulaire de l'ovule fécondé.

b) Enumérons maintenant les causes d'origine mécanique.

1. Toutes brides péritonéales ou adhérences secondaires à des pelvipéritonites d'origine annexielle ou appendiculaire peuvent déterminer des coudures ou torsion de trompe (rare), ce qui alors favoriserait une grossesse tubaire.

2. Toutes tumeurs pelviennes, c'est-à-dire fibromyomes ou kystes ovariens, etc., qui compriment ou amènent une constriction des trompes, peuvent être responsables de grossesses tubaires.

En 1938, Huber, dans un travail publié dans *Archives of Gynecology*, a démontré qu'il y a des tumeurs intra-tubaires responsables d'une migration de l'ovule. Il a démontré la présence d'endométriose et la présence de formations adénomyomateuses dans les trompes. Ces lésions se localisent surtout à la partie interstitielle de la trompe. C'est donc une cause tubaire à se rappeler en présence d'un cas de grossesse interstitielle.

c) Enfin, comme dernière cause tubaire, celle qui semble devenir la plus fréquente et qui constitue le facteur étiologique nouveau, ce sont les lésions inflammatoires pelviennes chroniques, traitées antérieurement par les antibiotiques. Ces lésions inflammatoires sont la plupart du temps secondaires à une infection gonococcique ou encore à une infection puerpérale ou post-abortum.

Il semble donc que la venue des antibiotiques ait augmenté la fréquence des grossesses tubaires. Avant les antibiotiques, les salpingites gonococciques, les salpingites post-partum, etc., amenaient presque infailliblement une obturation définitive des trompes ou encore des altérations tellement fortes qu'une grossesse ultérieure était quasi impossible et combien de fois nous déclarions une patiente stérile à la suite d'une salpingite bilatérale.

Depuis les antibiotiques, ce n'est plus le

même problème. Les lésions tubaires régressent au point même que nous pouvons dans certains cas redonner une perméabilité tubaire qui n'existait pas avant le traitement et ceci vérifié antérieurement par une hystérosalpingographie ou insufflation tubaire.

Les antibiotiques contrôlent donc bien les infections aiguës ou subaiguës des trompes. Toutefois, on ne peut pas leur demander de redonner à la trompe une muqueuse parfaitement normale. Il y persiste donc des lésions inflammatoires qui auraient provoqué des transformations de l'épithélium avec des altérations de l'activité ciliaire; ce qui pourrait expliquer une migration anormale de l'œuf et alors favoriser une grossesse tubaire.

Personnellement, sur les 37 cas de grossesses tubaires, je peux affirmer que huit ont montré des lésions inflammatoires certaines de salpingite antérieure; peut-être que ce nombre serait plus élevé si nous avions poussé nos recherches histologiques dans ce sens-là.

En 1952, Gotlib et Krohn ont publié dans « J.A.M.A. » un article intitulé: « Un nouveau facteur étiologique dans les grossesses tubaires ». Ils rapportent que les grossesses tubaires sont devenues d'une fréquence toujours croissante. Ils ont même prouvé que la fréquence des grossesses tubaires a quadruplé chez leurs cas privés diagnostiqués antérieurement comme porteurs de lésions infectieuses pelviennes et traités ensuite par les antibiotiques. Si nous comparions les statistiques de la fréquence des grossesses tubaires de 1900 à 1954, il ne fait aucun doute que le nombre de grossesses tubaires par rapport aux grossesses intra-utérines est toujours croissant.

Schuman, en 1921, à New-York, a rapporté qu'il y avait une grossesse tubaire par 303 grossesses normales. De 1931 à 1945, au New York Lying-in Hospital, on a rapporté un cas de grossesse tubaire par 268 grossesses normales. A Baltimore de 1944 à 1948, Anderson rapporte un cas de grossesse tubaire par 167 grossesses normales. D'autres auteurs vont jusqu'à dire qu'ils ont un cas de

grossesse tubaire par 126 grossesses normales. Ces chiffres sont certainement suffisants pour prouver cette fréquence accrue et les antibiotiques seraient vraisemblablement la principale cause. Une telle statistique serait intéressante à faire aussi dans le Québec.

En résumé, l'exposé de l'étiologie des grossesses tubaires que je viens de vous énumérer apporte une constatation intéressante et pratique, celle de la fréquence toujours croissante des grossesses tubaires depuis la venue des antibiotiques.

Il aurait été très intéressant d'étudier la variabilité du tableau clinique de la grossesse tubaire; mais, dans les circonstances, je préfère ici me limiter et présenter plutôt un rapport détaillé des 37 cas personnels de grossesse tubaire de 1951 à août 1954, et à l'occasion mettre en évidence certaines constatations intéressantes quant à la symptomatologie, et puis discuter des moyens d'investigation en vue de préciser le diagnostic et enfin, le traitement.

Sur 37 grossesses tubaires: 20 grossesses tubaires à droite — 17 grossesses tubaires à gauche. Il n'y a pas de localisation de prédilection, comme nous pouvons en observer avec la bartholinite qui se rencontre à gauche dans 90% des cas.

Sur les 37 cas: 21 cas de grossesses tubaires rupturées et cloisonnées, 9 cas de grossesses tubaires rupturées avec inondation péritonéale, 7 cas de grossesses tubaires non rupturées, mais saignant par le pavillon.

Étudions la fréquence des grossesses tubaires en rapport avec leurs localisations.

1) Grossesse interstitielle ou tubo-utérine, c'est-à-dire celle qui se développe au niveau de l'angle supéro-externe de la cavité utérine. Cette localisation est plutôt rare. Je n'en ai eu aucune sur les 37 cas.

2) Grossesse tubaire isthmique, c'est-à-dire celle qui se développe à la partie de la trompe qui fait suite à la partie interstitielle (3 à 4 centimètres de longueur). Sur 37, j'en ai eu quatre cas et les quatre ont été opérés d'urgence avec inondation sanguine péritonéale.

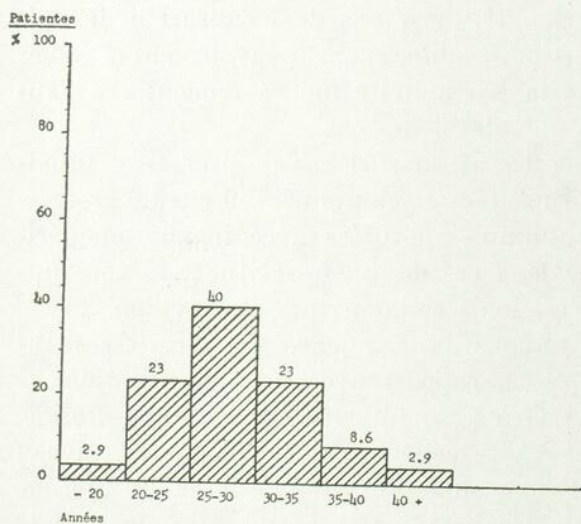
3) Grossesse tubaire de l'ampoule et du pavillon. Sur 37, j'ai eu 33 cas. Cette localisation plus fréquente expliquerait peut-être le nombre plus imposant de grossesses tubaires rupturées et cloisonnées, soit 21.

Voici maintenant le plan que j'ai suivi pour faire l'étude comparée de ces grossesses tubaires. Nous considérerons:

- 1) Le facteur: âge.
- 2) Le retard menstruel.
- 3) Les grossesses antérieures.
- 4) L'écoulement sanguin vaginal.
- 5) Les douleurs.
- 6) La température.
- 7) Le pouls.
- 8) La tension artérielle.
- 9) La numération globulaire (globules rouges).
- 10) L'hémoglobine.
- 11) La formule leucocytaire.

Nous pourrions ainsi considérer chaque facteur en particulier en établissant un pourcentage sur les 37 cas.

Graphique No. 1 - Age -



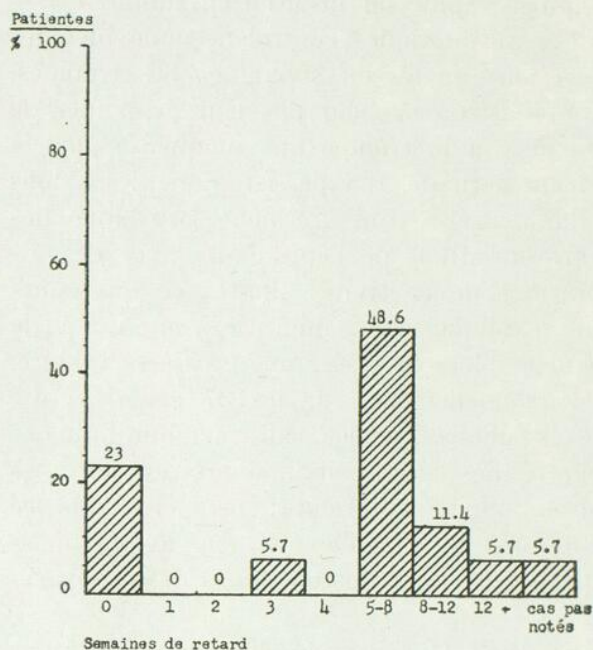
1) *Le facteur: Age.* (Voir graphique no 1).

La plus jeune: 19 ans — La plus âgée: 45 ans.

- De 20 à 25 ans — 8 cas — 23%
- De 25 à 30 ans — 14 cas — 40%
- De 30 à 35 ans — 8 cas — 23%
- De 35 à 40 ans — 3 cas 8,6%

C'est donc de 20 à 35 ans que nous rencontrons le plus de grossesses tubaires.

Graphique No. 2 - Retard menstruel -



2) *Retard menstruel.* (Voir graphique no 2). Ce graphique nous montre un rapport entre le nombre de semaines de retard.

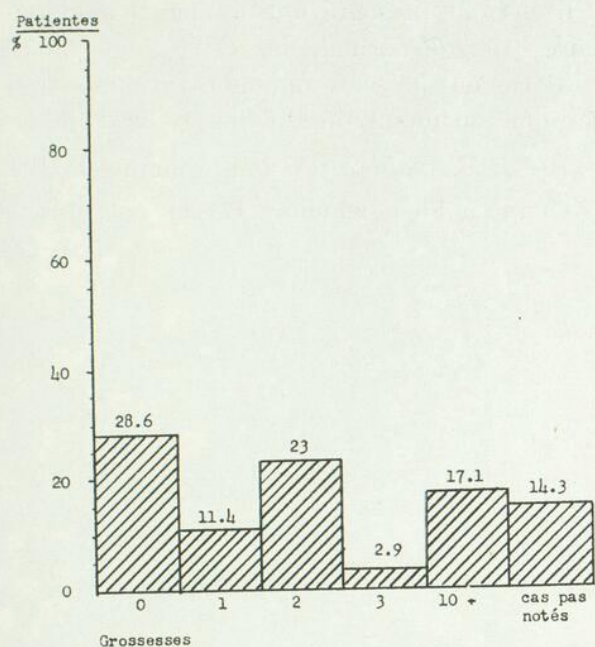
a) Fait à noter, 8 cas ont prétendu n'avoir pas eu de retard menstruel (23%). Je dois dire que nous avons insisté auprès de ces malades sur le caractère de leurs dernières menstruations. Il ne semblait pas s'agir de pseudo-menstruations. 29 cas à retard menstruel (77%).

b) A noter que sur 37 cas, 17 ont présenté des retards menstruels variant de 5 à 8 semaines (48,6%). Il ne fait pas de doute que la grossesse tubaire de 5 à 8 semaines demeure la plus fréquente. Le retard menstruel reste encore un symptôme très important.

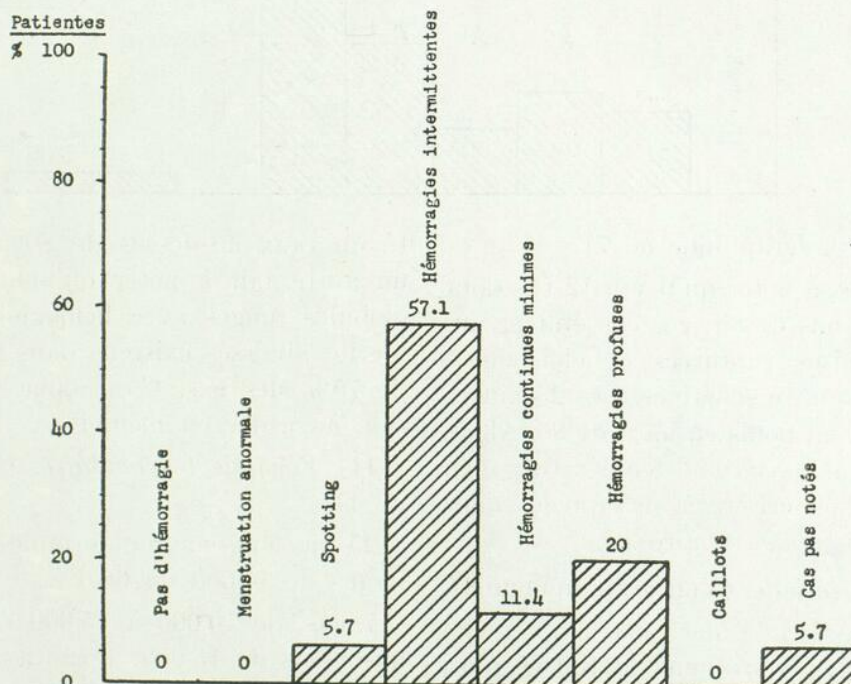
3) *Grossesses antérieures* (Voir graphique no 3).

Sur les 37 cas, 10 n'avaient jamais eu de grossesses antérieures (28,6%). Pour celles qui ont eu auparavant deux, trois ou quatre grossesses, la fréquence est assez uniforme.

Graphique No. 3 - Grossesses -



Graphique No. 4 - Hémorragies vaginales -



4) *Ecoulement sanguin vaginal.* (Voir graphique no 4).

Quant à l'écoulement sanguin vaginal, soit profus, soit minime, sur les 37 cas, nous

pouvons dire qu'il en existait dans la proportion de 85%. Ce qui veut dire que ce symptôme est à noter et que bien des fois, c'est par lui que nous dirigeons notre diagnostic vers une grossesse tubaire, si nous pouvons en même temps établir un retard de menstruations qui a précédé cet écoulement sanguin.

5) *Douleurs.* (Voir graphique no 5).

12 cas ont présenté des douleurs abdominales fortes sans perte de connaissance ou 34,3%.

9 cas ont présenté des douleurs abdominales avec perte de connaissance ou 25%.

10 cas ont présenté des douleurs sourdes sous forme de crampes ou 26%.

6 cas seulement ont présenté des douleurs avec irradiation à l'épaule ou 14,3%.

La douleur scapulaire n'existe en fait que

lorsqu'il y a inondation péritonéale généralisée. Le symptôme douleur, retrouvé sur les 31 autres cas, n'a pas un caractère unique, comme vous pouvez le constater.

6) *Température.* (Voir graphique no 6).

25 cas ont présenté une température de moins de 99° ou 65%.

Les 12 autres ont eu une température variant de 99° à 101°.

C'est un fait à se rappeler surtout quand il s'agit de poser un diagnostic différentiel entre appendicite, salpingite ou infections urinaires.

9) *Numération globulaire.* (Voir graphique no 9).

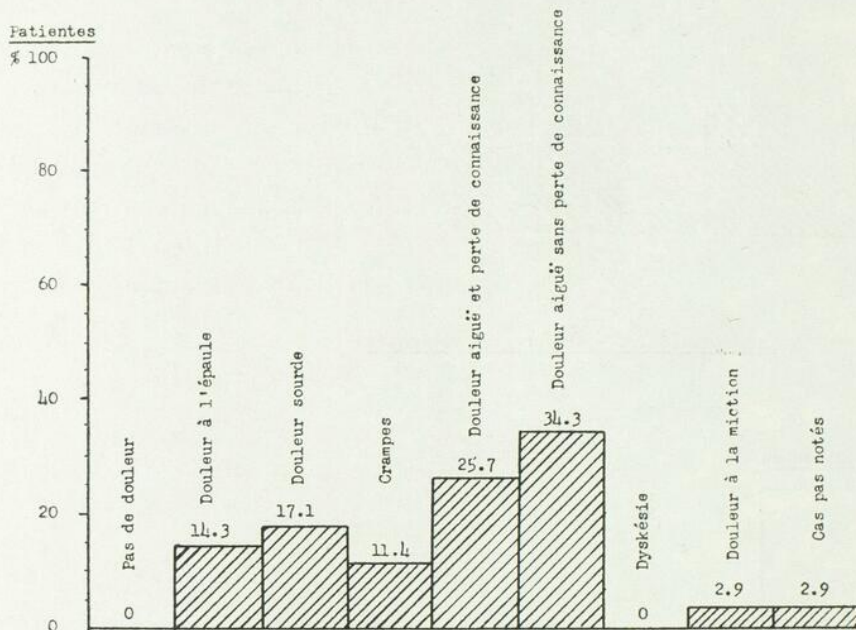
6 cas ont présenté une numération globulaire (rouge) normale ou 17,1%.

31 cas ont présenté une numération de trois millions ou moins de globules rouges.

10) *Hémoglobine.* (Voir graphique no 10).

Quant à l'hémoglobine, 12 cas ont présen-

Graphique No. 5 - Douleur -



7) *Pouls.* (Voir graphique no 7).

Sur les 37 cas, à noter qu'il y a 12 cas dont le pouls est en bas de 80; ces cas étaient des grossesses tubaires rupturées et cloisonnées depuis deux à quatre semaines. Les 25 autres cas ont tous eu un pouls en haut de 80. Alors, un pouls rapide avec une température peu élevée est un bon critère à se rappeler dans les cas de grossesses tubaires.

8) *Tension artérielle.* (Voir graphique no 8).

28 cas ont présenté une tension artérielle avec une pression systolique de 100 et plus.

Les 9 autres cas avaient une pression systolique de moins de 100. Cette tension artérielle peu modifiée peut s'expliquer, car un grand nombre de grossesses tubaires rupturées sont cloisonnées.

té un taux au-dessus de 80%. C'est encore un autre fait à noter qu'une diminution de globules rouges avec hémoglobine ou hématocrite abaissés existent dans une proportion de 75% des cas. C'est donc une considération à garder en mémoire.

11) *Formule leucocytaire.* (Voir graphique no 11).

25 cas ont eu une formule leucocytaire à moins de 10 000 ou 68,6%.

7 cas, de 10 000 à 15 000 ou 20%, 5 cas, au-dessus de 15 000. 1 cas avait 28 000 globules blancs. Cette élévation prononcée de la formule leucocytaire existe seulement dans les cas où il y a inondation péritonéale, c'est-à-dire hémorragie grave.

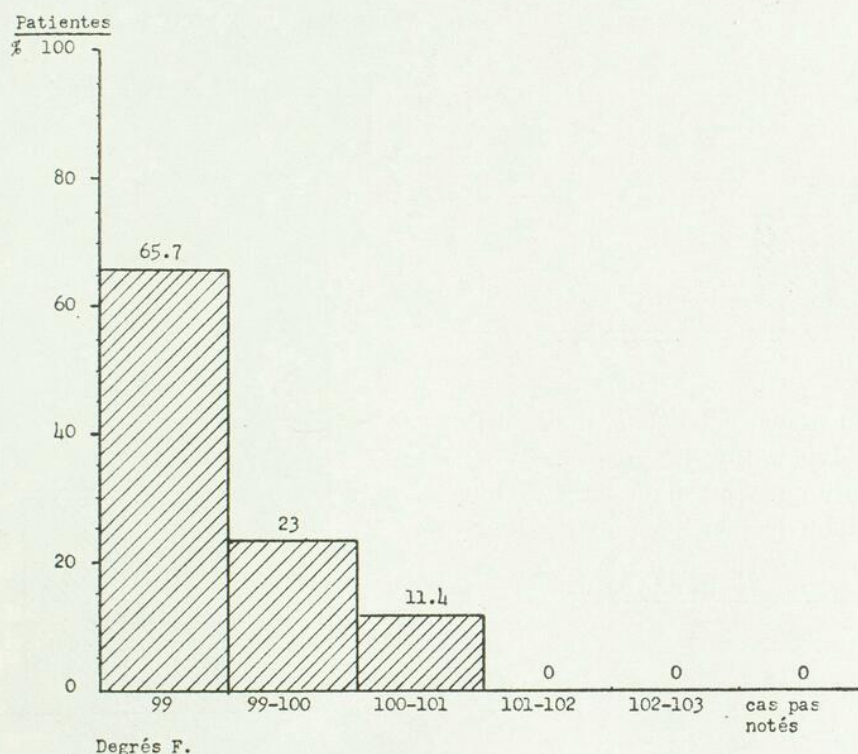
Considérant les facteurs que je viens de

vous exposer avec des pourcentages quant à leur fréquence, vous notez que dans l'ensemble, le tableau clinique classique de la grossesse tubaire n'est pas si fréquent, j'oserais dire qu'il devient de plus en plus rare. Le facteur du retard menstruel n'existe pas toujours; l'écoulement sanguin vaginal ne prend pas toujours l'aspect d'un écoulement noirâtre. La douleur n'est pas toujours une douleur sous forme de coup de poignard; etc., etc.

Si la réaction est positive, elle indique l'existence d'un œuf vivant, mais n'indique en rien le siège de cet œuf. D'ailleurs, il peut y avoir coexistence de grossesse intra-utérine et extra-utérine.

Si la réaction est négative, elle indique ou qu'il n'y a pas d'œufs, ou que ce dernier est mort, éventualité fréquente dès les premières semaines de la grossesse. En un mot, c'est un test d'une valeur plutôt relative dans un cas

Graphique No. 6 - Température -



Alors devant un diagnostic quelquefois très complexe, nous devons recourir à d'autres moyens d'investigation afin d'en arriver à une précision. Je vais donc les énumérer immédiatement et en discuter leur valeur.

Xenopus — Zondek. Sur les 37 cas, il y a eu 21 cas où un Xenopus ou un Zondek ont été demandés. Un seul cas a montré un test positif et dans ce cas, il s'agissait d'une grossesse tubaire où nous avons retrouvé un fœtus de trois mois. Disons tout de suite que ce test de grossesse n'a de réel intérêt ici que confronté à la clinique.

où une grossesse tubaire est suspectée.

Un autre moyen, mais celui-ci d'ordre chirurgical, est la ponction du Douglas, la colpotomie postérieure avec ou sans la culdoscopia.

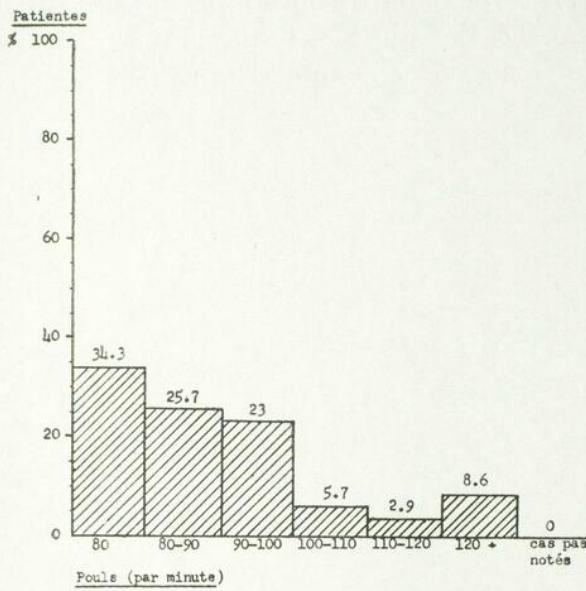
Il ne fait aucun doute que la ponction du Douglas et la colpotomie postérieure sont des auxiliaires de valeur pour le diagnostic de grossesse tubaire non rompue saignant par le pavillon, ou encore pour des cas où nous ne pouvons pas percevoir des masses annexielles. Si nous émettons la possibilité d'une grossesse tubaire en cours et que nous procédons à une

colpotomie ou ponction du Douglas, nous devrions retirer ou apercevoir un écoulement sanguin par le Douglas, ce qui confirmera le diagnostic et imposera la laparotomie. Dans

qui ne régressent pas et auxquels les antibiotiques ne semblent donner aucune résultat satisfaisant.

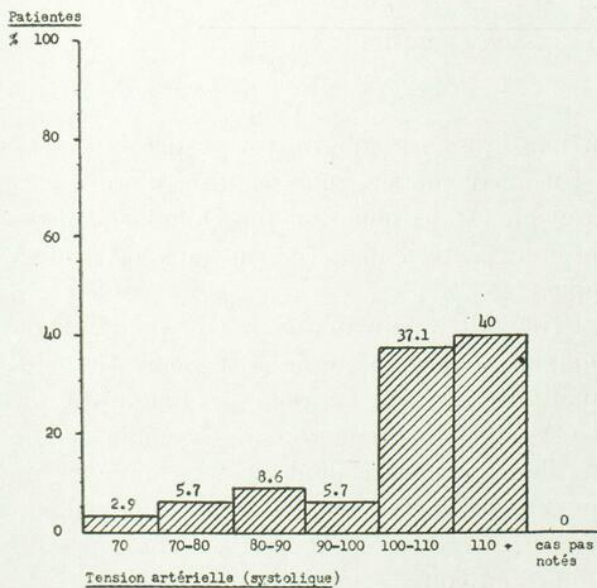
Personnellement, je préfère la colpotomie postérieure qui est une technique moins aveugle que la ponction du Douglas, et qui nous permet en plus de palper l'utérus et les annexes, s'il y a lieu. Sur les 37 cas, à trois reprises, j'ai dû faire une colpotomie. Dans deux cas, il s'agissait d'une grossesse tubaire non rompue et saignant peu par le pavillon de la trompe; le troisième cas était une grossesse tubaire en voie de résorption et recouverte par le sigmoïde.

Graphique No. 7 - Pouls -

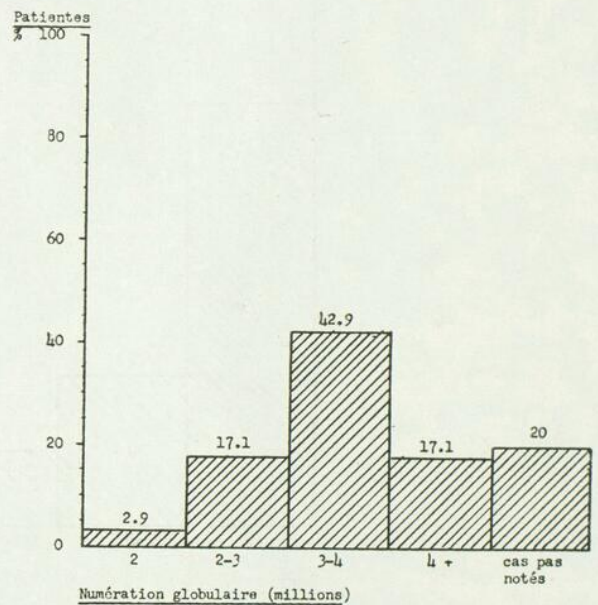


tous les cas où nous percevons une masse annexielle ou pelvienne, je ne vois pas la nécessité de ponctionner ou d'ouvrir le Douglas, sauf que pour drainer des abcès pelviens

Graphique No. 8 - Tension artérielle (Systolique) -



Graphique No. 9 - Numération globulaire (rouge) -



La culdoscopie qui nous permet de voir dans la cavité abdominale, devrait être réservée pour les cas de grossesse tubaire au début. C'est une indication difficile à poser; c'est pourquoi nous devons réserver cet examen pour d'autres fins plus précises, surtout en stérilité.

Le curettage utérin. Sur les 37 cas, nous avons fait 7 curettages; 3 ont été faits dans les 3 cas de colpotomie; les 4 autres pour éliminer une grossesse intra-utérine interrompue. Ces derniers curettages ont été faits

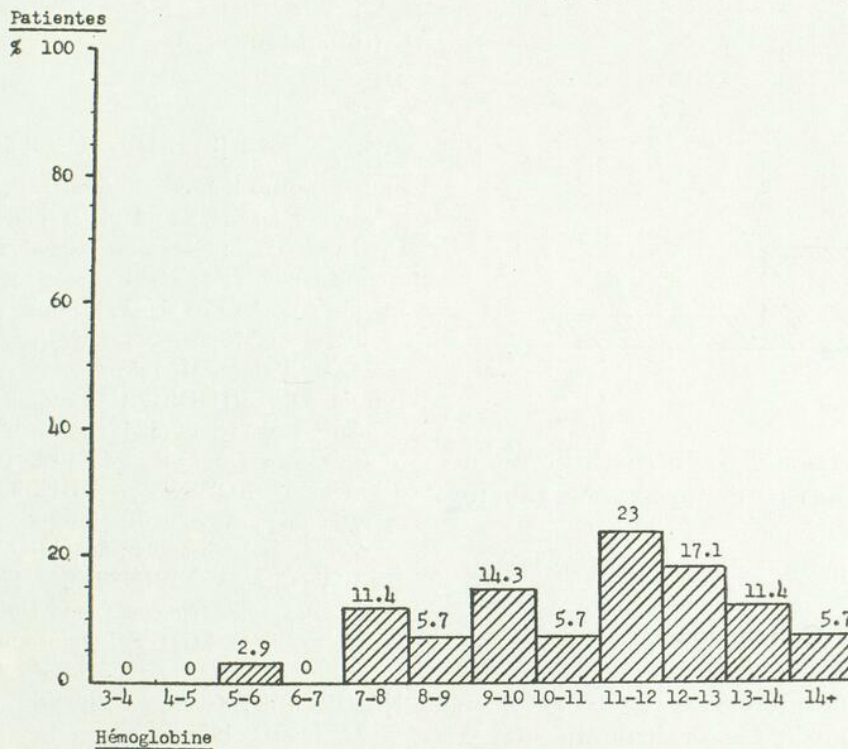
après avoir eu au préalable deux tests négatifs de grossesse.

Pour résumer, le curettage utérin n'est indiqué que pour éliminer une grossesse intra-utérine interrompue; n'attendons pas un rapport histologique qui pourra nous aider à poser un diagnostic de grossesse tubaire, car il est reconnu que la muqueuse utérine peut présenter soit une phase proliférative, soit une phase sécrétive, soit une phase déciduale,

dis que la porphyrine est normale dans une grossesse normale.

En résumé, tous ces moyens accessoires d'investigation pour préciser un diagnostic de grossesse tubaire sont bons et utiles dans certains cas bien précis; mais nous ne devons pas les considérer comme des examens de routine, car nous avons vu combien leur valeur était relative, exception faite de la colpotomie postérieure.

Graphique No. 10 - Hémoglobine -



ce qui ne nous aidera nullement au diagnostic de grossesse tubaire.

L'hystérogaphie est un test dangereux.

Il n'y a d'autres moyens d'investigation dont je n'ai aucune expérience; je les cite seulement. Il y a le test biochimique du Bécclère et le dosage du Prolan. Dans une grossesse tubaire, le taux du Prolan est moins élevé que dans une grossesse normale.

Puis enfin, un autre test étudié par Newweller, Rupp et Haller, en 1947, celui de la porphyrinurie dans la grossesse tubaire, tan-

Avant de terminer, je vous dirai un mot sur le traitement.

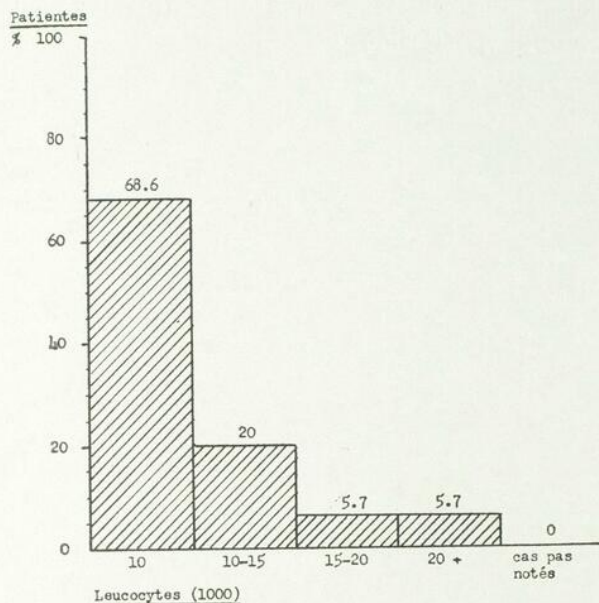
1) *Salpingectomie* — 31 cas.

2) *Salpingo-ovariectomie* — 6 cas. La salpingo-ovariectomie est indiquée surtout dans des grossesses tubaires rupturées et cloisonnées depuis plusieurs semaines. L'ovaire aura subi alors des transformations secondaires aux lésions inflammatoires existantes, ce qui nous empêchera de le conserver.

3) *Salpingotomie*. Elle est indiquée si nous

avons une grossesse tubaire non rupturée au tout début; si le reste de la trompe semble normal; si la trompe du côté opposé est obturée; et chez une patiente qui n'a jamais eu d'enfant et qui en désire.

Graphique No. 11 - Formule leucocytaire -



4) *Appendicectomie* — 15 cas. Elle est indiquée dans les cas de grossesses tubaires rupturées et cloisonnées.

Je n'ai eu aucun cas de mortalité.

Conclusions

1. La fréquence croissante des grossesses tubaires est prouvée. Ce serait dû au nouveau facteur étiologique, les antibiotiques.

2. Le diagnostic de la grossesse tubaire reste avant tout un diagnostic clinique.

3. Le traitement est: a) la salpingectomie ou b) la salpingo-ovariectomie, si l'ovaire est macroscopiquement pathologique ou c) une salpingotomie, selon les indications citées plus haut.

Grossesses tubaires de 1951 à août 1954

Grossesses tubaires droites — 20
Grossesses tubaires gauches — 17
Total: 37.

Variétés

Grossesses tubaires rupturées et cloisonnées — 21.

Grossesses tubaires rupturées (cas urgents) — 9.

Grossesses tubaires non rupturées (2 cas urgents) — 7.

Interventions chirurgicales

Salpingectomie — 31.

Salpingo-ovariectomie — 6.

Salpingotomie — 0.

Appendicectomie — 15.

Curettage — 7.

Colpotomie — 3.

Mortalité — 0.

BIBLIOGRAPHIE

- John Timothy KANE: Ectopic pregnancy. *New York State J. Med.*, **53**: 1101 (1 mai) 1953.
- Leon KROHN: New etiological factor in ectopic pregnancy. *J. A. M. A.*, **150**: 1291 (29 nov.) 1952.
- Joseph A. LUCCI, Jr.: Ectopic pregnancy — an analysis of 70 cases. *Am. J. Obst. and Gynec.*, **66**: 1178 (décembre) 1953.
- Harold D. PRIDDLE: Ectopic pregnancy — a clinical study of 136 consecutive cases. *Am. J. Obst. and Gynecol.*, **64**: 1093 (nov.) 1952.
- Seymour L. ROWNEY et HERTIG: The endometriosis associated with ectopic pregnancy. *Surg., Gynec. and Obst.*, **91**: 605 (nov.) 1950.
- H. WARE et W. WINSTON: Ectopic pregnancy. *Obstet. and Gynecol.*, **4**: (juillet) 1954.
- W. B. STROMME: Salpingotomy for tubal pregnancy. *Obstet. and Gynecol.*, **1**: (août) 1953.
- NAVRATYL: Grossesse tubaire. *Symposium Ciba*, **2**: (août) 1954.
- Rob. M. CAMPBELL: The diagnosis and management of ectopic pregnancy. *Am. J. Obst. and Gynecol.*, **63**: 54 (janvier) 1952.
- Salvatore R. CARRABLA: Diagnosis variants in the syndrome of ectopic pregnancy. *Am. J. Obst. and Gynec.*, **64**: 1154 (nov.) 1952.
- GUSTAFSON, BOWMAN et al.: Extra-uterine pregnancy. *Obst. and Gynecol.*, **2**: 17 (juillet) 1953.
- G. CARTOUX: Sur une série de 301 grossesses extra-utérines. *Gynec. & Obst.*, **49**: 390, 1950.
- C. Gordon JOHNSON: Ectopic pregnancy. *Surg., Gynecol. and Obstet.*, **98**: 481 (avril) 1954.
- W. O. JOHNSON: A study of 245 cases of ruptured ectopic pregnancy. *Am. J. Obst. and Gynec.*, **64**: 1102 (nov.) 1952.

RECUEIL DE FAITS

CONDUITE À SUIVRE DANS LES BRÛLURES DE L'ŒSOPHAGE¹

V. LATRAVERSE,

Hôpital Notre-Dame (Montréal).

En présence d'une brûlure de l'œsophage, on est toujours quelque peu désarmé. Le facteur essentiel qui réglera la ligne de conduite, c'est le temps écoulé depuis l'absorption du liquide corrosif et l'appel du médecin. Celui-ci doit se renseigner sur la nature de la substance caustique, s'enquérir de tous les renseignements utiles. Beaucoup plus fréquemment que les acides, les lessives et les alcalis seront les agents le plus souvent rencontrés; les premiers étant utilisés par des adultes pour tentative de suicide, les seconds sont le fait d'accident chez les enfants.

Dans près des 2/3 des cas, il s'agit de brûlure du deuxième degré, caractérisée par la nécrose de la muqueuse et atteignant la musculuse; quelques ulcérations profondes s'étendent parfois à la séreuse au point de produire une perforation. Aussi une radiographie nous renseignera-t-elle assez bien sur le degré d'œdème de la paroi œsophagienne.

Cet œdème nécrotique donne naissance à l'élimination de fausses membranes, suivie de la formation de tissu de granulation. Ensuite se constituera le rétrécissement de l'œsophage à moins qu'on ne fasse, tôt, obstacle au processus sténosant par l'application de méthodes appropriées.

Ces méthodes se sont développées grâce aux travaux de Jackson, Belinoff, Plummer, Tucker, Negus, Holinger, Vinson, Lemarié, Barretto, Krey, Cleland et Leary, etc. Les brillants succès de la chirurgie de l'œsophage rendent de moins en moins sombre le pronostic

des cas rebelles aux méthodes endoscopiques.

Le rôle primordial revient au médecin qui voit ou traite le patient pour la première fois, car il participe à la première étape des trois groupes de procédés thérapeutiques contre les corrosions œsophagiennes.

MÉTHODES THÉRAPEUTIQUES

Ier groupe: celles d'urgence immédiate

a) Emploi de substances neutralisantes: huile d'olive; sol. de bicarbonate de soude à 5%, associée à 2 gms de sous-carbonate de bismuth, administrés toutes les 4 heures; le peroxyde de magnésie, le sous-nitrate de bismuth peuvent servir de substitut; contre les acides, l'ingestion de petites quantités d'alcalis dilués, à intervalles rapprochés, trouve son indication durant les 5 premiers jours.

b) Moyens de combat du choc et de la déshydratation: sérums intraveineux riches en vitamines, acides aminés et électrolytes tant potassium que sodium; sédatifs comprenant barbituriques et autres dérivés.

c) Contre le ptyalisme ou la salivation exagérée, il convient d'administrer de l'atropine; l'aspiration fréquente des mucosités est d'importance primordiale et cela jour et nuit.

d) Quant au lavage d'estomac, on le tentera seulement si l'on peut introduire le tube de Levin sans danger de perforation; ce danger existe quand l'agent corrosif est un acide.

Ile groupe: méthodes de prévention du rétrécissement œsophagien

a) Faire avaler immédiatement au blessé un fil de soie tressé ou si possible un tube de

1. Travail inscrit au programme de la séance de la Société Canadienne d'ophtalmo-otolaryngologie, le 8 novembre 1954, à Montréal.

Levin en polyéthylène no 14 ou 16 (contrôle radiologique au besoin).

b) Faut-il faire pratiquer la jéjunostomie ou la gastrostomie? Bien qu'elle demande un procédé très spécial d'alimentation, la plupart des auteurs suggèrent la jéjunostomie comme méthode de routine; la gastrostomie trouve quand même son indication car étant d'abord utile au drainage et à l'alimentation elle devient plus tard nécessaire à la dilatation périodique perorale ou rétrograde; à moins que les lésions de l'estomac ne soient trop étendues tant en superficie qu'en profondeur, ce que des clichés radiologiques peuvent parfois illustrer.

c) Certains auteurs favorisent l'emploi d'ACTH ou de cortisone dont les effets demeurent encore très discutables.

d) Le bougirage périodique précoce. Son itinéraire se partage entre deux écoles. Les uns, partisans de Salzar, préconisent le passage de bougies entre le deuxième et sixième jour après l'accident. Les autres, à la suite de Plummer, Jackson et Jackson, Belinoff, Hologer et Moersch ne procèdent qu'après la deuxième semaine; ils guident leur dilatation soit sous vision directe soit le long d'un fil déjà dégluti les jours précédents.

e) Quand exécuter la première œsophagoscopie exploratrice? Au cours des premiers jours, elle est contre-indiquée et dangereuse. La même règle se pose pour l'emploi des bougies dilatatrices de Hurst (bougies tubulaires en caoutchouc remplies de mercure).

IIIe groupe de méthodes de traitement.

Il s'adresse aux rétrécissements cicatriciels, séquelles de brûlure antérieure.

Ici, c'est le succès d'une part des dilatations exécutées à la faveur d'une stomie gastrique et d'autre part celui si encourageant de la chirurgie moderne de l'œsophage.

En 1924, Tucker de Philadelphie avait mis au point sa méthode de dilatation rétrograde sur fil sans fin; il employait des bougies fusiformes pleines, maintenant il les a munies d'une lumière qui permet l'alimentation orale

intercurrente. La dilatation s'effectue de bas en haut.

Barretto de Sao Paulo a modifié cette technique. Il se sert des bougies métalliques de Plummer qu'il fait glisser de haut en bas jusqu'à l'anneau sténosant et là il y applique une traction continue à l'aide du fil qu'il fixe sur la paroi abdominale, juste en dehors de la stomie gastrique.

Harvey et Negus remplacent les bougies métalliques par des moules ou ballons en plastique en y appliquant un procédé de traction de haut en bas semblable à celui qu'on vient de décrire.

En présence d'une atrésie cicatricielle plus ou moins complète de l'œsophage, les séances de dilatation doivent s'exécuter sous l'écran d'un fluoroscope biplan.

Enfin, on doit poursuivre ces manœuvres de dilatation tant que la lumière œsophagienne de la zone sténosante ne puisse permettre le passage d'un œsophagoscope; ainsi on se rendra compte de la dilatation suffisante et nécessaire à la traversée des aliments ordinaires. C'est alors seulement qu'on pourra éliminer le fil tressé et laisser se fermer l'orifice gastrostomique. C'est maintenant que les dilatations complémentaires avec les bougies de Hurst retrouvent leur vraie valeur thérapeutique.

Observation d'un cas paradoxal

Nous venons d'énumérer les règles actuellement admises régissant la ligne de conduite à suivre dans les cas de brûlure œsophagienne par acide fort. Comme toute exception confirme la règle, nous rapportons un cas qui se faisait fi d'une bonne partie des procédés ci-haut décrits.

Observation.

Il s'agit d'un mental, âgé de 37 ans. Le 8 novembre 1953, il tente de se suicider en buvant près d'une tasse d'acide muriatique commercial. Amené à l'hôpital Notre-Dame, nous constatons un œdème grisâtre du voile du palais, œdème qui devient très volumineux au niveau du vestibule laryngé et s'étend

aux sinus piriformes. Près de deux heures plus tard, l'œdème prend un aspect blanchâtre de fausse membrane. En présence de la menace d'obstruction laryngée, nous pratiquons une trachéotomie. Le traitement médical de support est institué. La gravité est telle que la diglutition d'un fil ou d'un tube de Levin même sous vision endoscopique devient impossible. Dès le 3e jour, on est témoin du début de la desquamation des membranes nécrotiques. Le patient est toujours sous l'action des liquides nutritifs intraveineux, l'obstruction pharyngo-œsophagienne étant complète.

Comme l'état du patient devient alarmant, nous demandons au chirurgien (Dr R. Décarie) de pratiquer une gastrostomie; la paroi stomacale présente un œdème phlegmoneux et plusieurs ulcères dont certains au stade de perforation imminente; plus tard le processus nécrosant entraîne une sorte de dégénérescence de la paroi abdominale accolée à la stomie gastrique. Les soins postopératoires parviennent à maîtriser ces complications locales. Si bien que du 26 au 28 novembre une amélioration surprenante rend le patient capable de boire de l'eau *per os* et de s'alimenter graduellement. Le 4 décembre la muqueuse de la bouche et du laryngo-pharynx étant d'aspect normal, on permet la décanulation. Le 7 décembre l'exploration radiologique révèle un œsophage normal et une strangulation partielle de l'estomac, consécutive à la stomie gastrique et à l'ulcération en cratère. A cause de la hernie de l'estomac à travers la plaie abdominale, au 30 décembre 1953 seulement, une œsophagoscopie est possible: aspect normal de la muqueuse et de la lumière.

Les faits importants révélés par les analyses de laboratoire sont: hyperleucocytose de 22 000 G.B. le 26 novembre: hémoglobine à 68%; le potassium sanguin descendit à 5,8 gr. % contre 16 à 24% pour la normale; signes évidents de néphrite aiguë; hyperthermie 104°, durant les suites opératoires immédiates.

Le patient quitte l'hôpital, guéri et porteur d'une strangulation de l'estomac qui a récupéré ses fonctions digestives malgré tout.

Conclusion: les brûlures de l'œsophage par acides forts, sont plutôt rares.

Cleland est le seul auteur à rapporter un cas de brûlure par acide chlorhydrique, les autres auteurs ne font que citer le fait dans un rapport. Ainsi il semble bien que l'acide muriatique provoque une brûlure moins grave que celle produite par les acides nitrique et sulfurique.

On se demandera maintenant si dans notre cas, la jéjunostomie n'eût pas été préférable à la gastrostomie. Nous osons croire que non, devant le danger imminent de perforation des ulcères nécrotiques et profonds de l'estomac, accident qui aurait exposé le malade à une péritonite des plus graves et nécessité une deuxième intervention chirurgicale.

En résumé,

Une brûlure chimique des voies digestives supérieures pose au même moment une multitude de problèmes thérapeutiques urgents tant dans les soins immédiats que dans le traitement des complications possibles.

BIBLIOGRAPHIE

1. S. BELINOFF et J. TERRACOL: L'œsophagite corrosive aiguë. Dans *Maladies de l'œsophage*. Page 389. Masson et Cie, édit., Paris, 1938.
2. P. M. BARETTO: Traitement de l'œsophagite corrosive, des sténoses et atrésies cicatricielles. *Annales d'otolaryngologie*, 67: 403.
3. J. B. CLELAND: Hydrochloric Acid Poisoning with Sloughing of Part of Esophagus. *Medical Journal of Australia*, 1: 70 (21 fév.) 1920.
4. P. H. HOLINGER, K. C. JOHNSON et al.: The Conservative and Surgical Management of Benign Strictures of the Esophagus. *Am. Ass. for Thoracic Surgery, Paper at the Meeting*, 3 mai 1954, Montréal.
5. C. JACKSON et C. L. JACKSON: *Diseases of Nose, Throat and Ear*. W. B. Saunders Co., Philadelphie, 1945; *Broncho-esophagology*. W. B. Saunders Co., 1950.
6. H. KREY: On the Treatment of Corrosive Lesions in the Esophagus. *Acta Otolaryng. Supp.* 102 (mars) 1952.

7. W. V. LEARY: Conservative Management of Chemical Burns of the Esophagus and their Sequelae. *Proc. Staff Meet. Mayo Clinic*, **24**: 506 (28 sept.) 1949.
8. A. LEMARIEY et A. BILLET: Brûlure grave œsophagogastrique. Indication de la jéjunostomie. *Les Ann. d'Oto-Laryngologie*, **13**: 462 (sept.-oct.) 1946.
9. H. S. PLUMMER: The Value of Silk Thread as a Guide in Esophageal Technique. *Surg., Gynec. and Obst.*, **10**: 519 (mai) 1910.
10. G. TUCKER: Strictures of Esophagus, Diagnosis and Treatment. *The Laryngoscope*, **41**: 426 (juin) 1931.
11. P. P. VINSON: Cicatricial Stricture of Esophagus. *Annals of Otol. Rhinol. and Laryng.*, **36**: 40 (mars) 1927.
12. F. JUDGE: Chemical Burn of the Esophagus, Treated with Cortisone and Penicillin. *The Laryngoscope*, **64**: 98 (fév.) 1954.
13. A. V. STUMBOFF: Chemical Burns of the Oral Cavity and Esophagus. *Arch. Otolaryng.* **52**: 419 (septembre) 1950.
14. E. G. YOUNG et R. P. SMITH: Lactic acid, a corrosive poison. *J. A. M. A.*, **125**: 1179, 1944.
15. SMITH, CROMPTON et PALMER: Cortisone in Acute Lye Corrosive of the Esophagus. *Arch. Otol.*, **58**: 235 (sept.) 1953.

L'ACTION DE LA RÉSERPINE DANS CERTAINES AFFECTIONS DERMATOLOGIQUES ¹

Victor PANACCIO, S.C.P.Q.,

Service de Dermatologie, Hôtel-Dieu de Montréal.

En août 1954, Genest et ses collaborateurs (1) ont attiré l'attention sur l'action de la rauwolfia ou de ses extraits dans le psoriasis et sur la possibilité de son effet bienfaisant dans les dermatoses où le facteur psychique semble jouer un rôle important. A la suggestion du Dr Genest, nous avons voulu répéter ce travail sur le psoriasis et vérifier l'hypothèse émise. Notre travail comporte 28 cas observés pendant une période variant de 1 à 8 mois. Ces cas se partagent ainsi:

Psoriasis	15 cas
Eczéma chronique	6 cas
Lichen plan	2 cas
Urticatoire	4 cas
Prurigo	1 cas

Nous avons utilisé exclusivement la réserpine (serpasil) qui est un alcaloïde pur isolé

1. La réserpine nous a été gracieusement fournie sous forme de Serpasil par l'intermédiaire du docteur Jacques Genest, du Dépt. de Recherches cliniques de l'Hôtel-Dieu de Montréal, et grâce à la courtoisie du docteur Walter Murphy, directeur médical adjoint de la Compagnie Ciba.

en 1952 de la racine de *rauwolfia serpentina* par Muller, Schlittler et Bein (2). L'action bienfaisante de la réserpine est déjà établie dans l'hypertension artérielle, dans l'anxiété, dans la maigreur constitutionnelle et dans certains cas relevant de la neuro-psychiatrie. Son effet principal semble être surtout sédatif. La réserpine diminue la tension nerveuse et donne au patient une impression de calme et de bien-être, résultats souvent recherchés dans le traitement d'un bon nombre de dermatoses.

RÉSULTATS

1) *Psoriasis*

Nous avons confirmé les résultats de Genest et de ses collaborateurs (1). Sur 15 cas, nous avons eu 4 patients où environ 95% des lésions sont disparues et 5 autres où 50% à 75% des lésions ont régressé après l'administration de réserpine. 2 patients n'ont pas été revus après un mois de traitement, deux autres ont abandonné le traitement au bout d'un mois à cause de réactions secondaires et

absence d'amélioration. Un patient a dû abandonner le traitement à cause d'une dermatite médicamenteuse généralisée ressemblant à l'érythrodermie. Mais, fait intéressant, son psoriasis est complètement disparu!

Tous nos psoriasiques étaient porteurs de lésions généralisées depuis leur enfance. Au début du traitement nous avons administré la réserpine à raison de 0,5 mg 3 fois par jour, quitte à diminuer cette dose si le malade présentait des effets secondaires ennuyeux tels que la congestion nasale, somnolence et autres. Maintenant avec l'emploi de doses plus faibles, 0,25 mg 3 fois par jour, nous obtenons d'aussi bons résultats.

L'action du médicament est lente. Souvent nous n'avons remarqué aucune amélioration des lésions dans les premières semaines, quoique le prurit disparaissait et que certains malades ressentaient une sensation de bien-être. Graduellement, l'épaisseur des squames diminuait et les lésions guérissaient par leur centre en laissant des plaques brunâtres. Il est arrivé dans certains cas que de nouvelles lésions faisaient leur apparition pendant le traitement, mais celles-ci étaient ordinairement de très petites dimensions.

Il semble, d'après nos observations, que la réserpine constitue un agent de plus dans le traitement du psoriasis où le choc émotif est souvent le facteur déclanchant (3). Notre période d'observation n'est cependant pas suffisamment longue pour déclarer que ces patients sont totalement guéris et qu'il n'y aura pas de récurrence.

2) *Eczéma chronique*

Nous avons traité 6 patients souffrant d'un eczéma généralisé depuis plusieurs années et considéré rebelle aux thérapeutiques ordinaires. Dans tous ces cas, nous avons observé un arrêt assez rapide du suintement, un soulagement marqué du prurit et un état de calme chez le patient. Mais sauf dans un cas, cette amélioration du début restait stationnaire et après quelques semaines le patient retournait à son état original.

Cette exception. P. G., âgé de 16 ans souffrait d'un eczéma chronique localisé principalement aux mains, aux bras, aux creux popli-

tés et à la figure. Le 7 juillet 1954, il reçoit du serpasil à raison de 0,5 mg 3 fois par jour. Deux semaines plus tard, le 22 juillet, toutes ses lésions ont disparu et le patient cesse de lui-même le traitement. Le 25 août, il revient avec une récurrence de toutes ses lésions. L'administration de serpasil est reprise et, encore une fois, toutes ses lésions disparaissent après deux semaines de traitement. Depuis ce temps, le malade prend continuellement du serpasil à raison de 0,25 mg 3 fois par jour parce qu'il y a récurrence, au dire du malade, dès qu'il arrête la médication.

Par contre, nous avons remarqué un fait intéressant chez un autre eczémateux non inclus dans le groupe susmentionné. Celui-ci a présenté après sa 4^e dose de 0,5 mg une violente réaction allergique avec œdème et rougeur de la face et un état asthmatiforme avec sensation d'étouffement et d'oppression respiratoire. Deux mois plus tard, nous avons répété le traitement et, deux heures et demie après l'ingestion de 1mg, il éprouva la même réaction allergique.

3) *Urticaire*

L'administration de réserpine a donné chez 4 patients étudiés un succès remarquable en l'espace d'une semaine.

a) G.P. souffre d'urticaire depuis 2 ans. Il reçoit du serpasil à raison de 1 mg par jour. Ce traitement amène une guérison complète en 7 jours. Le médicament est continué encore pendant deux semaines. Revu après un mois, il n'y avait pas eu de récurrence.

b) H.R. présente de l'urticaire depuis 4 mois. Même traitement et même résultat que le cas précédent.

c) S.S. présente un urticaire généralisé depuis 6 semaines. Une dose de 1 mg de serpasil par jour fait disparaître le prurit en deux jours et les lésions en moins d'une semaine. Le patient n'a pas été revu.

d) J.B. souffre d'urticaire depuis 3 mois avec apparition quotidienne d'efflorescences sur tout le corps avec œdème des mains et des pieds et crises de prurit qui l'empêchent de dormir. Plusieurs antihistaminiques n'ont donné aucun résultat. Une semaine après l'administration de serpasil à raison de 1mg par

jour, le malade raconte que le prurit est beaucoup diminué, que les crises ne sont plus quotidiennes ni aussi intenses et que l'œdème est disparu. Le malade peut maintenant dormir et se considère amélioré d'au moins 75%.

4) *Lichen plan*

L.C. âgé de 32 ans souffrait d'un lichen plan aigu depuis septembre 1954 et avec lésions localisées principalement aux bras, aux jambes et aux cuisses. Il se plaignait d'un prurit intense qui l'empêchait de dormir la nuit. Le 6 octobre 1954, il est soumis au traitement par la réserpine (1 à 2 mg par jour) et le malade note une disparition complète du prurit cinq jours après. Il est revu un mois plus tard sans aucune lésion.

Mme L.D. souffre de lichen plan depuis deux ans et demi avec lésions papuleuses localisées au poignet gauche et à la jambe droite. On note, de plus, une lichénification marquée et un prurit continu. L'administration de serpasil (2 mg par jour) fait rapidement disparaître le prurit et améliore ses lésions cutanées dans une proportion d'environ 60%.

5) *Prurigo*

Mlle A.C., âgée de 20 ans, présente depuis deux mois des lésions nodulaires localisées surtout aux faces externes des membres. Ces lésions sont surmontées d'une croûte et accompagnées d'excoriations dues au grattage. Une biopsie d'une lésion confirme le diagnostic. L'administration de serpasil (1 à 2 mg par jour) fait rapidement disparaître le prurit qui reprend lorsque la patiente arrête d'elle-même sa médication. La réadministration de la réserpine amène la disparition complète des lésions.

EFFETS SECONDAIRES

Les effets secondaires les plus fréquents sont la congestion nasale, une certaine sensation de fatigue et de somnolence, des cauchemars et des gains de poids (une de nos malades a engraisé de 35 livres en six mois). Une malade a présenté des tremblements la nuit avec claquement des dents. Ces effets ont disparu soit avec le temps soit par la diminution des doses. Nous avons noté deux

réactions non décrites jusqu'ici dans la littérature médicale: une dermite eczémateuse généralisée et une crise asthmatiforme avec œdème et congestion de la figure. De plus, un malade qui recevait une très forte dose, 5 mg par jour, a présenté un syndrome parkinsonien avec tremblement des mains au repos et salivation abondante. L'arrêt du médicament suffit à faire disparaître ce syndrome.

Conclusion

L'administration de réserpine a donné d'excellents résultats dans 9 cas de psoriasis sur 15, dans 4 cas d'urticaire et 2 cas de lichen plan. Dans l'eczéma chronique, les résultats ont été à peu près nuls à l'exception d'un seul malade qui reste blanchi pour autant que le traitement est maintenu. L'étude de ces quelques cas d'affections cutanées est beaucoup trop limitée pour en tirer des conclusions générales ou définitives. Ce travail ne constitue qu'un rapport préliminaire. Cependant, nous nous croyons justifiés de conclure que la réserpine semble constituer un adjuvant précieux surtout dans le traitement symptomatique du prurit et dans les dermatoses accompagnées d'un élément psychique important.

Nous tenons à remercier le docteur Jacques Genest, directeur du Département de Recherches cliniques de l'Hôtel-Dieu de Montréal, de nous avoir suggéré ce travail en mai 1954, et de sa constante et stimulante collaboration. Il nous fait aussi plaisir de remercier garde Fernande Salvail et garde Claire Champigny pour leur généreuse coopération.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Jacques GENEST, L. ADAMKIEWICZ, R. ROBILLARD et G. TREMBLAY : Nouvelles applications thérapeutiques de la Réserpine et des extraits de la Rauwolfia. *L'Union Médicale du Canada*, **83**: 915, 1954.
Ibid.: Clinical Uses of Rauwolfia in Psoriasis and in Constitutional Leanness. Travail présenté au Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada, à Winnipeg, en octobre 1954. *Can. Med. Ass. J.*, 1er avril 1955.
- (2) J. M. MUELLER, E. SCHLITTLER et H. J. BEIN: Reserpine der sedative Wirkstoff ans Rauwolfia Serpentina Benth. *Experientia*, **8**: 338, 1952.
- (3) Robert DEGOS: *Dermatologie*. Editions Méd. Flammarion, Paris, 1953.

REVUE GÉNÉRALE

PHYSIOPATHOLOGIE DE L'HYPERTENSION PULMONAIRE¹

Charles LÉPINE,

Laboratoire de Physiologie cardiopulmonaire,
Institut Lavoisier (Montréal).

INTRODUCTION

A la suite de Forssman, qui avait démontré, en se servant de lui-même comme cobaye, qu'il était possible de placer un cathéter dans l'oreillette droite, Cournand a mis au point et vulgarisé, comme moyen d'investigation indispensable pour l'étude du système circulatoire, la technique du cathétérisme cardiaque. Depuis quinze ans, grâce à cette technique, plusieurs problèmes cliniques ont été élucidés et plusieurs entités distinctes ont été établies.

Un syndrome a tout particulièrement profité de ces progrès: celui de l'hypertension pulmonaire. Pour en expliquer le processus, les physiologistes ont souligné les trois principaux facteurs que voici:

- 1) la résistance vasculaire pulmonaire
- 2) le débit du sang circulant
- 3) la pression dans les veines pulmonaires.

L'analyse de ces trois facteurs fera l'objet de ce travail. Au préalable, il est essentiel de bien connaître les constituants de la petite circulation.

DESCRIPTION DU CIRCUIT PULMONAIRE CHEZ L'HOMME NORMAL

Le circuit pulmonaire est un système à basse pression et à faible résistance, malgré un débit sanguin aussi important que celui du reste de l'organisme. La pression de l'artère pulmonaire est d'environ 25/10 mm Hg avec une pression moyenne de 15 mm Hg alors que la pression artérielle de la grande

circulation est de 120/80 mm Hg avec une pression moyenne de 95 mm Hg. Les résistances vasculaires calculées sont de 125 unités dans le circuit pulmonaire et de 1 100 unités dans le circuit systémique. Tandis que le gradient de pression de l'artère pulmonaire à l'oreillette gauche est d'environ 10 mm Hg, il est de 90 mm Hg de l'aorte à l'oreillette droite. Le débit sanguin, par contre, est de 3,1 litres/min/m² de surface cutanée. A toutes fins pratiques, on peut dire qu'une même quantité de sang est lancée dans les deux circuits par les deux ventricules travaillant en synchronisme. En raison de la faible résistance du circuit dont il est la génératrice, le ventricule droit peut produire un débit sanguin élevé, sans élever la pression. Le fait que ce ventricule soit anatomiquement constitué en vue d'un travail minime, comparé à celui du ventricule gauche, est lourd de conséquences. On comprendra pourquoi, devant des résistances excessives, il devient rapidement insuffisant, même quand le travail imposé demeure inférieur à celui du ventricule gauche.

PNEUMOPATHIES CHRONIQUES

L'hypertension pulmonaire est presque toujours associée à une pneumopathie ou à une cardiopathie.

Seules les maladies pulmonaires chroniques, bilatérales et diffuses, telles que la fibrose et l'emphysème, sont susceptibles de la causer. Voici les facteurs qui en sont responsables.

1) *Capacité du lit vasculaire pulmonaire*

Chez un individu normal, au repos, les vaisseaux pulmonaires contiennent environ

1. Travail présenté à la Société de Cardiologie de Montréal.

800 cc de sang, soit 15-20% du volume sanguin total. Cette quantité, en dedans de certaines limites, peut augmenter sans produire d'élévation notable de la pression de l'artère pulmonaire. Certains auteurs ont même soutenu qu'à ce point de vue le poumon pouvait jouer un rôle de réservoir pour le sang, ce que des auteurs américains ont nié. De toute façon, il est certain qu'une réduction importante de la capacité du lit vasculaire doit exister pour que les résistances vasculaires et la pression artérielle soient élevées, au repos. Dans l'emphysème pulmonaire, l'exagération de la pression de l'air contenu dans les alvéoles pulmonaires produit un rétrécissement des capillaires dont le nombre est déjà diminué par suite de l'éclatement de certaines de ces alvéoles. Ces modifications anatomo-physiologiques produisent un degré d'hypertension pulmonaire que l'on peut observer surtout lorsque le débit sanguin est augmenté, par exemple lors de l'effort, d'un état d'anxiété ou d'un épisode fébrile. Dans plusieurs cas d'emphysème ou de fibrose, il arrive que la pression demeure normale au repos et qu'elle n'augmente que lors d'un effort.

2) Hypoxémie artérielle

La cause la plus importante et la mieux connue est l'hypoxémie artérielle, qui se traduit par une baisse de la saturation et du pO_2 du sang artériel. Cette cause a pu être reproduite expérimentalement par plusieurs auteurs qui ont mis en évidence quelques facteurs d'origine intrapulmonaire:

1. l'hypoventilation d'alvéoles normalement irriguées;
2. la présence d'anastomoses entre les vaisseaux systémiques et les artères pulmonaires, produisant une contamination veineuse du sang des capillaires.

L'hypoxémie peut se produire ou s'accroître dans les conditions suivantes:

1. une aggravation des lésions parenchymateuse;
2. l'obstruction bronchique;
3. les infections bronchopulmonaires;
4. un défaut d'élimination des sécrétions endobronchiques.

Toutes ces conditions finissent par entraver encore davantage la ventilation des alvéoles. Lors de l'effort, qui augmente les besoins de l'organisme et le débit du cœur droit, la perfusion des alvéoles s'accroît plus que la ventilation et le degré d'hypoxémie s'accroît.

L'hypoxémie artérielle a d'autres effets dont un des plus importants est de produire une élévation du débit cardiaque à moins que les fibres myocardiques n'aient subi des altérations profondes, comme cela s'observe dans l'insuffisance cardiaque irréversible. Elle s'ajoute aux autres causes qui augmentent le débit cardiaque, telles que l'effort, l'anxiété, la fièvre. Chez l'individu normal, une telle augmentation du débit cardiaque ne produit pas d'élévation notable de la tension dans l'artère pulmonaire. Dans l'emphysème pulmonaire, à cause du rétrécissement du lit vasculaire, il se produit une hypertension, qui dans certains cas, peut être très marquée.

3) Hypercapnie

Une mention spéciale doit être faite ici de l'hypercapnie. On sait que dans certaines conditions expérimentales chez l'animal, la rétention de CO_2 dans le sang circulant diminue la force de contraction du myocarde et produit une hausse de la tension artérielle pulmonaire, hausse qui cependant est moins marquée qu'avec l'hypoxie. Chez l'homme, on n'a pu parvenir aux mêmes conclusions, les mêmes conditions d'expérience n'étant pas réalisables. Mais on a de fortes raisons de croire que le phénomène est le même que chez l'animal.

4) Hyperglobulie-Hypervolémie

Un autre effet de l'hypoxémie est de produire sur les organes hématopoïétiques une stimulation qui conduit à l'apparition d'une hyperglobulie et d'une élévation de l'hématocrite. Celle-ci reflète les modifications apportées à la masse sanguine circulante. Le volume sanguin total augmente, cependant que le volume du plasma demeure dans des limites normales s'il n'y a pas d'insuffisance

cardiaque concomitante avec rétention sodée. En même temps que la masse sanguine globale, le volume sanguin intrapulmonaire s'accroît en chiffre absolu, bien qu'il conserve la proportion normale de 20%. A cause de la restriction du lit vasculaire, il s'ensuit une accentuation de l'hypertension pulmonaire.

5) *Hyperviscosité sanguine*

L'hyperviscosité sanguine secondaire à l'hyperglobulie constitue une autre résistance contre laquelle le ventricule droit doit travailler. Vu l'état actuel de nos connaissances, il est impossible d'évaluer en chiffres cette résistance, mais il est certain qu'elle est un facteur important.

6) *Toux*

Une dernière cause d'élévation de la pression de l'artère pulmonaire ne saurait être omise. C'est la toux, qui est un symptôme très fréquent chez ces malades. L'expérience du cathétérisme nous apprend tous les jours qu'une seule quinte de toux peut faire monter considérablement la pression pulmonaire. Des chiffres atteignant 200 mm Hg pour la tension systolique peuvent être enregistrés. On peut facilement imaginer l'effet nocif de ces quintes de toux chez un malade dont le ventricule droit est soumis à une surcharge chronique.

LÉSIONS VASCULAIRES PULMONAIRES

Un syndrome rare est de mieux en mieux connu. C'est celui de l'obstruction des vaisseaux pulmonaires. Au point de vue clinique, le tableau en est très mal défini. Il s'agit le plus souvent, d'une hypertension pulmonaire évoluant insidieusement, sans cause décelable, vers une insuffisance ventriculaire droite irréductible. La plupart du temps, le diagnostic précis ne se fait pas avant l'examen anatomique des petits vaisseaux pulmonaires. Cet examen révèle la présence de minuscules thrombi organisés, plus ou moins nombreux, dans les artérioles, ou de plaques d'athérome, avec épaissement de l'endothélium et du mésothélium. L'origine des embolies pulmonaires peut être démontrée parfois. Dans cer-

tains cas, aucune étiologie n'apparaît. Plusieurs formules ont été employées pour caractériser ce syndrome. On a parlé d'artériosclérose pulmonaire primitive, d'hypertension pulmonaire primitive, syndrome d'Ayerza, etc. L'épithète « primitive » indique l'obscurité dans laquelle se trouvent nos connaissances à ce sujet.

Au point de vue physiologique, la seule anomalie constante est une augmentation considérable des résistances vasculaires pulmonaires. La saturation artérielle est souvent normale.

Les études fonctionnelles respiratoires ne suggèrent aucune anomalie compatible avec de la fibrose ou de l'emphysème. Le débit cardiaque est normal, souvent même diminué quand le ventricule droit est en état de compensation.

Voici quelques données sur le cas d'un patient de 31 ans étudié dans notre laboratoire et sur lequel plus tard l'autopsie a permis de poser le diagnostic d'artériosclérose pulmonaire. Le jeune homme avait accusé de la dyspnée d'effort pendant quelques années et des expectorations sanglantes à plusieurs reprises. L'examen radiologique montrait une dilatation de l'artère pulmonaire et du ventricule droit. La capacité respiratoire maxima et chaque composante du volume pulmonaire étaient normales, de même que la saturation artérielle, au repos et lors de l'épreuve d'effort. Le débit cardiaque n'était pas diminué. On releva pour toute anomalie une élévation très considérable de la pression de l'artère pulmonaire (100/45 mm Hg). Par contre, aucun signe de décompensation du ventricule droit n'était décelable.

CARDIOPATHIES

La présence d'une élévation de la pression dans l'artère pulmonaire en relation avec une augmentation de la résistance vasculaire pulmonaire est de première importance dans certaines cardiopathies congénitales (vg communication interauriculaire, communication interventriculaire, persistance du canal arté-

riel). Ces modifications hémodynamiques s'accompagnent d'un débit sanguin excessif dans le circuit pulmonaire. Pendant longtemps, un grand nombre d'auteurs ont pensé que ce débit excessif pouvait déterminer dans les artérioles pulmonaires des lésions responsables de l'hypertension observée. Cependant, des travaux récents ont mis en doute cette théorie. Il reste possible que les lésions vasculaires observées soient d'origine congénitale. Néanmoins, la question demeure obscure. Il faudra pour la résoudre une longue étude.

CARDIOPATHIES ACQUISES AFFECTANT LE CŒUR GAUCHE

1) *Insuffisance ventriculaire gauche*

La première fonction troublée au début de l'insuffisance ventriculaire gauche est celle du débit cardiaque. Il s'ensuit une augmentation de la pression de remplissage du ventricule, une élévation des pressions de l'oreillette gauche, des veines pulmonaires, et finalement de l'artère pulmonaire; dans la plupart des cas, en effet, l'hypertension artérielle pulmonaire est présente, à des degrés variables.

Au repos, la pression de l'artère pulmonaire peut demeurer normale, dans la phase de début de l'insuffisance ventriculaire. Mais avec l'accroissement des besoins organiques provoqués par l'effort, quand le ventricule droit demeuré normal lance dans les poumons une quantité accrue de sang dont le ventricule gauche défaillant ne peut opérer le drainage, la pression s'élève anormalement.

La réduction du débit cardiaque aura des répercussions au niveau des reins, où le courant sanguin ralenti provoquera une rétention d'eau et de sel. La masse sanguine s'en trouvera accrue. Doyle et ses collaborateurs ont rapporté que les pressions pulmonaires, artérielle et capillaro-veineuse s'élevaient de plusieurs millimètres de mercure quand un litre de sérum physiologique était injecté rapidement par voie intraveineuse, augmentant d'autant le volume sanguin général et pulmonaire. Ils expliquèrent les variations observées par une brusque augmentation de la

quantité de sang circulant dans le circuit pulmonaire.

Dans les études qui ont eu pour but d'observer les variations de la pression pulmonaire dans l'insuffisance cardiaque avec hypervolémie, on trouve constamment une baisse de cette pression à la suite d'une amélioration de la diurèse et d'une réduction du volume sanguin.

2) *Sténose mitrale*

Dans la sténose mitrale une anomalie domine: la présence d'un barrage, faisant obstacle au passage du sang de l'oreillette au ventricule gauches. Ce barrage est à l'origine de tous les troubles rencontrés. Le débit cardiaque est abaissé au repos, il augmente peu ou diminue avec un effort léger. En amont du barrage, il y a engorgement, et nous avons le tableau décrit par Raymond de Vieussens, dès 1715. Les pressions de l'oreillette gauche et des veines pulmonaires s'élèvent. Les chiffres de la pression artérielle pulmonaire, qui peuvent être normaux au repos, ne manqueront pas de s'élever avec le moindre effort. Très souvent ces chiffres atteignent un niveau se rapprochant de la pression artérielle systémique, même au repos.

Certains cas de sténose mitrale montrent à l'observateur anatomiste une vascularite diffuse, touchant les petites artères pulmonaires et réalisant un véritable barrage secondaire. Celui-ci aurait, selon certains auteurs, comme vertu de protéger le lit capillaire et de mettre le malade à l'abri des crises d'œdème aigu, mais serait susceptible de compromettre l'heureux effet de la commissurotomie sur l'hypertension pulmonaire.

HYPERTENSION PULMONAIRE D'ORIGINE RÉFLEXE

Nous avons précédemment étudié les causes mécaniques de l'hypertension pulmonaire. Il y a aussi des causes neurogènes. Parfois il arrive même que ces deux catégories de facteurs puissent être présentes chez le même malade.

Depuis quelques années, on est de plus en plus convaincu que certains stimuli physiologiques exercent une action directe sur les vaisseaux pulmonaires. On n'a pu réussir cependant à situer de façon précise le lieu d'action de ces stimuli. Kuntz, en 1946, soutint que l'artère pulmonaire et ses branches sont plus richement innervées que les descriptions anatomiques et les conclusions des études physiologiques voudraient le faire croire. Cette assertion fut corroborée par plusieurs expérimentateurs. D'autre part, quelques auteurs ont affirmé que c'était le versant veineux du lit vasculaire pulmonaire qui était doté des plus nombreuses terminaisons pressor-réceptrices. Il est possible aussi que le tissu parenchymateux au voisinage des veines possède ces terminaisons nerveuses.

Quoi qu'il en soit, si on exclut du circuit pulmonaire des veines pulmonaires et si on les distend par un liquide sous pression, on peut créer une hypertension pulmonaire, qui fait défaut chez l'animal vagotomisé.

Certaines expériences cliniques, réalisées à l'aide de substances ganglioplégiques, ont fait émettre l'hypothèse que le système nerveux autonome pourrait causer une vasoconstriction artériolaire et jouer un grand rôle dans l'hypertension pulmonaire constatée dans l'insuffisance cardiaque ou la sténose mitrale. Pourtant, de tous les travaux rapportés, rien ne nous permet de dire que le déplacement d'une certaine partie de la masse sanguine pulmonaire vers le circuit systémique n'est pas responsable de la baisse de la pression pulmonaire dans ce cas.

Ce domaine de la régulation nerveuse du circuit pulmonaire demeure inconnu. Pour l'étudier, trop de facteurs doivent être dissociés, ce qui rend son abord difficile. Il n'en reste pas moins que de la solution de ce problème dépendent en majeure partie les progrès de la physiologie de l'hypertension pulmonaire.

Résumé

Nous avons vu, dans ce court exposé, que trois phénomènes essentiels sont à la base de l'hypertension pulmonaire:

- 1) une augmentation du flux sanguin dans la petite circulation,
- 2) une forte résistance vasculaire,
- 3) une élévation des pressions dans le secteur veineux des poumons.

Ces phénomènes peuvent s'observer dans quelques maladies pulmonaires chroniques parenchymateuses ou vasculaires, dans l'insuffisance ventriculaire gauche et dans la sténose mitrale. Ils sont théoriquement sous la dépendance de facteurs d'origine réflexe.

BIBLIOGRAPHIE

1. D. M. AVIADO, J. S. L. LING, C. W. QUINSBY et C. F. SCHMIDT: Additional role of reflexed pulmonary vasoconstriction during anoxia. *Fed. Proc.*, **13**: 4, 1954.
2. A. Cournand: Some aspects of the pulmonary circulation in normal man and in chronic cardiopulmonary diseases. *Circulation*, **2**: 641, 1950.
3. A. Cournand, J. Lequime et P. Regniers: *L'insuffisance cardiaque chronique*. Masson, édit., Paris, 1952.
4. L. G. DAVIES, J. F. GOODWIN et B. O. Van Leuven: The nature of pulmonary hypertension in mitral stenosis. *Brit. Heart J.*, **16**: 440, 1954.
5. J. T. DOYLE, J. S. WILSON, E. S. ESTES et J. V. WARREN: The effect of intravenous infusions of physiologic saline solution on the pulmonary arterial and pulmonary "Capillary" pressure in man. *J. Clin. Invest.*, **30**: 345, 1951.
6. D. T. DRESDALE, R. MICHOTOM et M. SCHULTZ: Recent studies in primary pulmonary hypertension including pharmacodynamic observations on pulmonary vascular resistance. *Bull. N. Y. Acad. Med.*, **30**: 195, 1954.
7. D. HALMAGYI et coll.: The role of the nervous system in the maintenance of pulmonary arterial hypertension in heart failure. *Brit. Heart J.*, **15**: 15, 1953.
8. V. H. KAUNITZ et M. N. ANDERSEN: An experimental study of the effect of parasympathetic denervation of the lung on pulmonary artery pressure. *J. Thoracic Surg.*, **27**: 55, 1954.
9. T. SJOSTRAND: The significance of the pulmonary blood volume in the regulation of the blood circulation under normal and pathological conditions. *Acta Med. Scand.*, **145**: 155, 1953.
10. A. Van BOGAERT, E. FANNES, L. BUYTAERT, J. de MUNCK, A. Van GENABECK, H. VANDER HENST et J. VANDAEL: Hypertension artérielle pulmonaire après ligature d'une ou plusieurs veines pulmonaires. (Etude expérimentale). *Arch. Mal. du Cœur*, **46**: 289, 1953.

LES PROGRÈS DE LA CHIRURGIE DU CŒUR

Jean-Marie LAPORTE,

Service de Cardiologie du Prof. Jean Lenègre,
Hôpital Boucicaut, Paris.

Dix ans se sont maintenant écoulés depuis la réalisation sensationnelle de A. Blalock et de Helen Taussing d'une chirurgie compensatrice chez des enfants porteurs d'une maladie bleue. Comme nous le savons tous, cette intervention, répandit et pour plusieurs raisons, l'enthousiasme dans le monde entier. Pour ceux qui s'intéressaient surtout à l'aspect scientifique de la question, ils étaient surtout étonnés par la pureté du diagnostic physio-pathologique et par le perfectionnement de la technique chirurgicale; pour les autres non versés dans la science médicale, ils étaient tout simplement émerveillés par l'audace et l'habileté du chirurgien en même temps qu'heureux de l'amélioration apportée à ces enfants bleus voués à une existence misérable.

Cette découverte, assez limitée en soi, puisque la Tétrade de Fallot n'intéresse qu'un petit nombre de cardiaques, allait donner l'élan à de nombreux chercheurs dans le monde entier et, non pas seulement sur les maladies cardiaques congénitales, mais sur les maladies cardiaques acquises. Bailey allait s'attaquer directement sur le cœur dans les cas de rétrécissements mitraux; R. C. Brock introduit la technique de la valvulotomie pulmonaire. Crafoord résecte le segment d'aorte rétréci dans les cas de coarctation de l'aorte. Nombre d'autres techniques nouvelles allaient aussi être mises au point; nous les verrons succinctement dans cet article.

En effet, après dix années d'interventions sur le cœur, je me propose de répondre à la grande question que se posent la plupart des médecins aujourd'hui. Ces opérations ont-elles tenu leur promesse? Le risque opératoire surtout, et voilà la grande inquiétude, est-il assez faible pour nous permettre de référer par exemple une maladie bleue, un rétrécissement mitral, une péricardite constrictive à

un médecin du cœur et de là à son collègue chirurgien après investigation physio-pathologique (cathétérisme du cœur, angio-cardiographie, etc.)? Voilà je crois bien la grande question du jour à ce sujet et c'est ce à quoi je vais m'efforcer de répondre le plus objectivement possible.

* * *

A) CHIRURGIE DES CARDIOPATHIES CONGÉNITALES

Commençons si vous le voulez bien, par la chirurgie des cardiopathies congénitales pour terminer ensuite par la chirurgie des cardiopathies acquises.

1° LA PERSISTANCE DU CANAL ARTÉRIEL.

Je commence par cette cardiopathie parce que, parmi les cardiopathies congénitales, actuellement opérables, elle est vraiment la plus fréquente. En effet, Maude Abbott dans sa statistique de 1 000 cas de cardiopathies congénitales, relève 242 canaux artériels dont 92 cas de canaux artériels simples et 150 cas de canaux artériels associés à d'autres anomalies.

1) *Définition et nature de la malformation*

Elle consiste dans la persistance après la naissance du court trajet vasculaire qui, pendant la vie intra-utérine, unit l'artère pulmonaire à l'aorte. Chez le fœtus ce canal est fonctionnel pour la simple raison que les poumons ne fonctionnent pas. En effet, le processus d'oxygénation du sang ne se faisant pas au niveau de l'alvéole pulmonaire du fœtus, le sang oxygéné provenant directement de la mère par les veines ombilicales, il devient inutile que tout le sang du ventricule droit passe par les poumons. Aussi une bonne partie du sang du ventricule droit passant par l'artère pulmonaire est-il versé directement dans l'aorte descendante par l'intermédiaire du canal artériel.

A la naissance grâce à la mise en fonctionnement des poumons, se produit l'arrêt de la circulation dans le canal. Mais il est bien probable que l'oblitération fonctionnelle précède l'oblitération anatomique qui ne se produit souvent qu'au deuxième mois et parfois plus tard. On ne considère sa persistance comme vraiment pathologique qu'après la deuxième année.

2) *Diagnostic clinique*

a) *Signes fonctionnels*: ils sont très rares et justement cette anomalie est souvent la découverte d'un examen médical systématique, quand ce n'est pas les parents eux-mêmes qui viennent consulter pour la constatation d'un souffle intense au cœur de leur enfant. Néanmoins il peut se présenter des signes fonctionnels, particulièrement si le shunt sanguin de l'aorte à l'artère pulmonaire est d'un gros débit. La dyspnée d'effort est le signe le plus couramment rencontré. Des palpitations, des douleurs précordiales, voire des syncopes ont été signalées. Il n'y a généralement pas de cyanose dans cette maladie, puisque le shunt est artério-veineux c'est-à-dire dans le cas présent que du sang rouge de l'aorte va se mêler au sang veineux de l'artère pulmonaire et non pas l'inverse. L'existence d'une cyanose doit nous faire suspecter la présence d'une lésion associée, éventualité qui est loin d'être rare.

b) *Signes physiques*: Dans la majorité des cas, le simple examen clinique permet d'affirmer le diagnostic. On note en effet un souffle continu, systolo-diastolique, intense et râpeux dans le deuxième espace intercostal gauche. Il est donc haut situé, sous-claviculaire et il s'accompagne d'un frémissement à la palpation. Il peut y avoir des exceptions mais elles sont rares. Ainsi Gross observe ce souffle typique chez 97 à 98% de ses 412 malades et Servelle à Paris dans 35 de 36 cas opérés a confirmé le diagnostic clinique. Néanmoins les examens complémentaires qui sont l'électrocardiogramme, l'examen radiologique et particulièrement l'étude hémodynamique sont d'une très grande utilité, parce qu'ils per-

mettent d'apprécier l'importance du trouble physiologique. De plus, ces examens et, parmi eux, le cathétérisme veineux du cœur droit, permettent de déceler d'autres anomalies associées, éventualité qui est loin d'être rare; ce dernier examen permet d'apprécier le régime de pression qui règne dans l'artère pulmonaire, le débit sanguin du shunt aorte-artère pulmonaire et de plus, il donne la certitude absolue du canal artériel par le passage direct de la sonde de l'artère pulmonaire dans l'aorte descendante.

3) *Evolution et complications de la maladie*

Bien que cette maladie paraisse être bien supportée, la durée de survie n'est fixée qu'à 24 ans pour Maude Abbott. Cet âge de survie est probablement trop bas pour la bonne raison que la statistique de Maude Abbott est basée sur un contrôle anatomique de cas évidemment graves et compliqués. Pour Keys et Shapiro, la survie est fixée à 37 ans. Les complications les plus graves de cette maladie sont: la greffe infectieuse sur le canal, l'insuffisance cardiaque et l'ectasie du canal artériel, de l'artère pulmonaire ou de l'aorte.

La greffe infectieuse est la cause la plus fréquente du décès: 26% des cas pour Maude Abbott, 41% pour Shapiro. Cliniquement, c'est le tableau d'une endocardite infectieuse de Jaccoud-Osler. L'insuffisance cardiaque survient tôt ou tard dans environ 30% des cas. Elle est due à la surcharge apportée au ventricule gauche par le shunt aorto-pulmonaire. Il peut survenir de temps à autre des crises d'œdème aigu pulmonaire qui dans certains cas sont cause de mort subite. L'ectasie, par ailleurs est rare; la mort subite peut survenir par hémorragie dans la plèvre ou le péricarde.

4) *Traitement chirurgical et résultats opératoires*

Nous pouvons facilement conclure après ce bref résumé de la maladie, à cause de la courte durée statistique de survie, et surtout à cause des graves complications qui peuvent survenir: endocardite infectieuse, insuffisance car-

diague etc., qu'un traitement chirurgical, s'il sait apporter de bons résultats, est véritablement indiqué. En fait, la mortalité opératoire est quasi nulle. Pour la majorité des auteurs, il ne meurt pas plus d'un cas sur deux cents opérés, à condition que l'on intervienne chez des sujets de 5 à 35 ou 40 ans. L'âge idéal de l'intervention est entre 3 et 15 ans. Il y a plusieurs types d'intervention pouvant se répartir en deux grandes classes: celles qui consistent à sectionner le canal et celles qui ne visent qu'à le suturer tout simplement. Nous ne pouvons passer sous silence le nom de Gross qui déjà en 1939 opérait avec succès des canaux artériels par ligature simple. C'est aussi Gross qui le premier suggère un procédé de sectionnement du canal avec suture des deux extrémités à la soie fine. En France, la plupart des chirurgiens ont adopté avec de bons résultats la technique de Blalock, qui consiste à respecter le canal par crainte d'hémorragies graves immédiates. On fait un surjet en bourse aux deux extrémités aortique et pulmonaire du canal. Ces deux ligatures sont serrées et complétées par deux ligatures perforantes à la partie moyenne. Servelle à Paris a opéré de la sorte 40 canaux sans aucun incident.

* * *

2° TÉTRADE DE FALLOT.

1) *Définition et nature de la maladie* — La Tétrade de Fallot est une maladie cardiaque congénitale cyanogène. C'est à elle que s'applique le mieux le terme de «maladie bleue» étant donné sa grande fréquence parmi les vices congénitaux du cœur avec cyanose. Fallot lui-même, auteur marseillais qui décrit la lésion en 1888, la met en cause dans 70% des cardiopathies cyanogènes.

Pour en donner une définition descriptive, disons qu'elle est formée de quatre éléments: un rétrécissement de la voie artérielle pulmonaire, une communication entre les deux ventricules, un chevauchement de l'aorte sur le

septum ventriculaire et une hypertrophie du ventricule droit.

Il y a dans cette maladie deux facteurs dominants qui expliquent le mécanisme de la cyanose: le rétrécissement de la voie artérielle pulmonaire ne permettra pas qu'une quantité suffisante de sang se rende aux poumons et l'hématose sera insuffisante. De plus, une quantité importante de sang bleu du ventricule droit sera chassée directement dans l'aorte qui est à cheval sur le septum; ceci constitue le second facteur important de cyanose.

Avant de passer au diagnostic clinique de la maladie, je me dois de préciser la nature du rétrécissement pulmonaire; c'est que contrairement à ce qui se passe dans la Triade de Fallot, que nous envisagerons tout à l'heure, le rétrécissement, en plus de siéger sur les valvules pulmonaires, se situe généralement sur une partie musculaire sise en bas des valvules qui s'appelle l'infundibulum pulmonaire et par conséquent dans le ventricule droit lui-même. Ceci la distingue nettement de la triade, non compris les autres divergences, du point de vue opératoire. Dans la triade, il sera plus facile d'user d'une technique opératoire visant à s'attaquer directement au rétrécissement valvulaire, puisque le rétrécissement se localise ordinairement à ce niveau (Technique de Brock); mais dans la tétrade, on ne saurait obvier au long chenal rétréci sans risquer un grave délabrement myocardique. Aussi dans ce cas la chirurgie employée, avec de bons résultats d'ailleurs comme nous le verrons, est-elle faite ordinairement en dehors du cœur. C'est une chirurgie correctrice indirecte. Ainsi la technique de Blalock-Taussig consiste dans l'anastomose de l'artère sous-clavière à l'artère pulmonaire. Elle s'oppose au rétrécissement pulmonaire et par là au déficit de l'hématose aux niveaux des poumons, en dérivant du sang rouge mêlé à du sang veineux venant de l'aorte à cheval vers les poumons par l'intermédiaire de cette anastomose artère sous-clavière-artère pulmonaire.

2. Diagnostic clinique.

a) Signes fonctionnels

La cyanose — Elle est modérée mais généralisée avec une particulière prédominance sur les muqueuses et sur les extrémités. Elle s'accroît lors des efforts de la toux, des émotions, de même que sous l'effet du refroidissement. Elle va aussi en augmentant avec les années, particulièrement jusqu'à la puberté après quoi elle diminue souvent ou reste stationnaire.

La dyspnée — Elle existe même au repos et il va de soi que le moindre effort l'accroît. Il n'est pas rare de voir de ces enfants qui ne peuvent faire plus que quelques dizaines de mètres de marche.

Le « squatting » ou accroupissement — L'enfant recourbe ses jambes sur ses cuisses et ses cuisses sur son thorax; il se ramasse en boule en courbant de plus sa tête sur ses genoux. Ce geste aurait pour effet de lutter contre l'anoxémie, réservant le sang oxygéné pour les organes vitaux. Parmi les autres signes fonctionnels moins importants mentionnons la soif qui est très fréquente; c'est là encore une réaction de défense pour lutter contre la polyglobulie, toujours présente dans cette maladie, et l'hyperviscosité sanguine.

b) Signes physiques

Il existe certains signes physiques, mais contrairement au canal artériel, on ne saurait aucunement affirmer cliniquement le diagnostic de Tétrade de Fallot de même que celui de Triade de Fallot; il faut nécessairement avoir recours à la radiologie, à la radioscopie, au cathétérisme veineux du cœur droit, à l'électrocardiographie, à l'angiocardographie: injection de substance opaque dans les diverses cavités du cœur et bien souvent, pour avoir un diagnostic certain, il faut avoir recours à tous ces procédés réunis.

Néanmoins, rappelons qu'il existe un retard marqué du développement physique dans plus de 50% des cas. La plupart du temps existent aussi des déformations thoraciques:

cypho-scoliose vertébrale, thorax évasé ou en carène.

L'hippocratisme digital est constant; il est causé par l'excès d'hémoglobine réduite dans le sang associé à une dilatation des capillaires des extrémités.

L'auscultation du cœur, comme il arrive souvent dans les cardiopathies congénitales, n'apporte que peu d'éléments pour le diagnostic. Dans 80% des cas on note un souffle mésocardiaque, intense et râpeux, holosystolique. Dans le reste des cas, on ne perçoit aucun souffle.

Il n'entre pas dans le cadre de ce travail, qui est avant tout un travail de synthèse destiné particulièrement aux indications opératoires et aux résultats postopératoires, de décrire tous les signes de certitudes apportés par l'angiocardographie, le cathétérisme veineux du cœur droit, le dosage chimique des gaz du sang etc. Aussi allons-nous nous placer tout de suite sur un plan pratique et passer immédiatement à l'évolution et aux complications de la maladie laissée à elle-même.

3) Evolution et complications de la maladie

Abandonnée à elle-même, cette maladie entraîne la mort avant la 20^e année dans un tableau de cyanose et de dyspnée toujours de plus en plus accentuée. La mort survient, si d'autres complications que nous verrons dans un instant ne viennent pas plus rapidement mettre un terme à la vie, dans une insuffisance cardiaque à prédominance droite.

Les accidents intercurrents peuvent être de nature neurologique: crises de convulsion, hémiplégie. Cette hémiplégie n'entraînera pas nécessairement la mort; c'est ainsi que Pierre Soulié raconte le cas d'une malade de 22 ans, dont la maladie s'était compliquée d'une hémiplégie droite massive à l'âge de 16 mois. Mentionnons aussi comme autres complications: l'endocardite maligne greffée sur le cœur droit et les crises de syncope avec apnée et cyanose marquée.

4) Résultats opératoires

Depuis l'ère opératoire, l'évolution de la forme moyenne de la Tétrade de Fallot s'est

radicalement modifiée. La technique de Blalock-Taussig ou anastomose entre l'artère pulmonaire et la sous-clavière est la plus couramment employée. La mortalité opératoire est fixée actuellement au-dessous de 10%; P. Soulié la fixe même à 5 ou 6% lorsque l'opération est faite dans de bonnes conditions v.g.: enfant de 6 à 12 ans et lorsque l'abaissement de la sous-clavière et le calibre de l'artère pulmonaire permettent la création d'un shunt suffisant. Les résultats postopératoires sont parfois saisissants: en quelques semaines la cyanose et la dyspnée regressent d'une façon considérable. Le retard pondéral, statural et intellectuel s'efface. On raconte même le cas d'une petite malade de 8 ans, extrêmement cyanosée et qui n'avait jamais marché, surprise s'essayant de faire toute seule le tour de sa chambre 48 heures après l'intervention. Elle circulait moins de dix jours plus tard. Après 18 mois, la cyanose est généralement réduite à une légère teinte lilas; l'hippocratisme digital regresse plus lentement.

Rappelons toutefois qu'on ne doit pas opérer toutes les formes de tétrades, ainsi les cas où la cyanose est très intense et où l'aorte chevauche des $\frac{3}{4}$ de son diamètre le septum ventriculaire. En pratique l'on doit opérer entre 5 et 12 ans.

Enfin soulignons que cette technique opératoire peut-être employée dans d'autres cardiopathies congénitales comme l'atrésie tricuspide et le ventricule unique dans la mesure où le débit artériel pulmonaire est inadéquat.

Mentionnons seulement pour terminer le sujet de cette maladie qu'il existe d'autres techniques chirurgicales telles l'opération de Brock ou résection de l'infundibulum pulmonaire et l'opération de Potts, anastomose directe latéro-latérale de l'aorte et de l'artère pulmonaire.

* * *

3° LA TRIADE DE FALLOT.

1) Définition et nature de la maladie

Si cette maladie inclut le nom de Fallot dans sa dénomination comme la tétrade on

ne doit pas en déduire qu'elle a pour autant dans sa définition un rapprochement avec la maladie que nous venons de traiter. Bien au contraire; et dans cette cardiopathie l'anastomose de Blalock-Taussig est formellement contre-indiquée. Elle est constituée par trois éléments bien précis: un rétrécissement de l'artère pulmonaire, une communication entre les deux oreillettes et une hypertrophie ventriculaire droite. Il n'y a pas dans cette maladie de communication inter-ventriculaire comme dans la tétrade et par conséquent aussi, puisque le septum ventriculaire est intact, pas de dextroposition aortique.

Dans cette trilogie, il est un des trois éléments caractéristiques qui mérite certains détails, c'est la nature du rétrécissement pulmonaire, particulièrement pour nous qui envisageons la technique opératoire et ses résultats. Dans cette maladie, contrairement à ce qui est le cas dans la tétrade, le rétrécissement siège dans l'immense majorité des cas exclusivement au niveau des valvules pulmonaires; elles forment une espèce de dôme saillant dans l'artère pulmonaire, percé d'un petit pertuis de un à deux millimètres de diamètre. Puisque le rétrécissement n'est que valvulaire, ceci permettra d'agir directement sur le cœur par voie trans-ventriculaire pour aller sectionner le diaphragme qui gêne l'évacuation ventriculaire droite. Il s'agit là précisément de la technique de Brock dont nous évaluerons les résultats tout à l'heure.

2) Diagnostic clinique

a) *Signes fonctionnels* — Les signes fonctionnels de la triade ressemblent beaucoup à ceux de la tétrade. Les signes physiques ne sont pas non plus caractéristiques de la maladie. Il faut, nécessairement avoir recours à la radiologie, l'électrocardiogramme, l'angiocardigraphie et particulièrement à l'étude hémodynamique à l'aide du cathétérisme. Néanmoins, puisque ces analyses de laboratoire ne sont possibles qu'entre les mains de rares privilégiés, permettons-nous de résumer ici succinctement les signes fonctionnels et les signes physiques de la triade.

La cyanose — Elle peut apparaître dès la naissance mais généralement elle ne se manifeste qu'au cours de la petite enfance. Elle s'accroît lors des efforts, sur le front, le pourtour des lèvres, les ongles. Remarquons que cette cyanose a parfois un caractère paroxystique impressionnant; c'est à ce moment que l'on peut perdre le malade au cours d'une crise syncopale avec dyspnée intense.

La dyspnée — Nous nous devons d'insister sur ce sujet car dans la triade elle prédomine sur la cyanose contrairement à la tétralogie où la cyanose est intense et apparaît presque toujours dès la naissance. Cette dyspnée est essentiellement liée à l'effort.

Enfin ajoutons la fatigabilité et l'accroissement à la fatigue, bien qu'ils semblent moins fréquents ici que dans la tétrade.

b) *Signes physiques*

Les signes physiques rencontrés sont liés à l'hypertrophie ventriculaire droite, souvent considérable dans cette maladie (davantage que dans la tétrade, parce que dans ce cas le ventricule droit qui est aussi surchargé à cause du rétrécissement pulmonaire peut s'évacuer par l'aorte à cheval) et au rétrécissement de l'artère pulmonaire.

A la palpation du creux épigastrique, on pourra percevoir les battements du ventricule droit, dû à son hypertrophie. Etendant maintenant les doigts au foyer pulmonaire dans les régions internes des deuxième et troisième espaces intercostaux gauches, on notera souvent un frémissement systolique; il est lié au rétrécissement artériel pulmonaire. C'est aussi à cause de cette sténose que l'on notera à l'auscultation un souffle intense et râpeux dans cette même région; il manque rarement. Il n'est pas pathognomonique puisqu'on peut aussi l'avoir dans le canal artériel, la tétrade, la sténose pulmonaire isolée et d'autres; néanmoins il doit suggérer avant tout la triade.

On ne trouvera pas grand-chose de plus à l'examen, sauf occasionnellement un bruit de galop lié à une insuffisance du ventricule droit.

Ne pas manquer enfin de noter un gros foie pulsatil. La pulsatilité du foie précède l'insuffisance ventriculaire droite dans cette affection.

Comme dans toute cardiopathie cyanogène, seuls des examens de laboratoire précis et variés peuvent nous amener au diagnostic exact. Il ne nous appartient pas d'en discuter ici; mais précisons bien que si ces techniques ingénieuses et profondément scientifiques à la fois n'avaient pas pris naissance dans des laboratoires comme celui de André Cournand à New-York et celui du Prof. Lenègre à Paris, le bel essor chirurgical que connaissent aujourd'hui nombre de cardiopathies et qui est tout à l'honneur de la chirurgie n'aurait jamais pu prendre jour.

Ainsi pour ne mentionner que certains éléments de la plus haute importance; l'angiocardigraphie pourra nous donner l'image directe d'une communication interauriculaire, la substance opaque injectée par le cœur droit visualisant l'oreillette gauche en même temps que l'oreillette droite. Elle pourra nous montrer aussi le rétrécissement pulmonaire de même que sa forme; ici, il est localisé quasi-constamment sur les valvules. Elle nous prouvera, signe capital, que l'aorte n'est pas à cheval, parce que celle-ci ne sera opacifiée que tardivement après retour de la substance opaque des poumons par les veines pulmonaires, l'oreillette gauche, le ventricule gauche et enfin l'aorte. L'étude hémodynamique faite à l'aide du cathétérisme est aussi d'une importance considérable. Le cadre de cet article serait dépassé d'en parler ici.

3) *Evolution de la maladie*

Fallot lui-même considérait cette maladie comme grave et d'un pronostic beaucoup plus sombre que celui de la tétrade. En fait, il s'agit bien d'une malformation sévère; la durée de survie est fixée en moyenne à 25 ou 30 ans. Nous ne pouvons faire ici de parallélisme entre la tétrade et la triade. En effet il y a beaucoup de variations dans l'évolution de la triade. Cependant que la tétrade mène à la mort à peu près toujours de la même façon par une cyanose, une dyspnée et une

insuffisance droite lentement progressive, il n'en va pas ainsi dans la triade; dans plusieurs cas la maladie est bien tolérée durant longtemps et soudainement apparaît des crises syncopales avec cyanose intense qui conduisent rapidement le malade à la mort. Cette constatation pousse aujourd'hui bien des cardiologues à conseiller l'intervention dès que le diagnostic est fait. Elle les pousse d'autant plus à conseiller l'opération que la technique de Brock, qui consiste à aller sectionner directement, en passant par le ventricule droit, les valvules pulmonaires accolées, autorise maintenant les plus grands espoirs.

4) Résultats opératoires

Pierre Soulié est d'avis qu'il faut opérer ces enfants entre 5 et 10 ans. La technique employée est celle introduite par Brock, en Angleterre en 1948. On incise le myocarde ventriculaire vis-à-vis l'infundibulum pulmonaire. C'est par l'orifice ainsi créé que l'on passera successivement les instruments mis au point par Brock: l'explorateur permettant de repérer le trajet que suivra le valvulotome qui ira sectionner le rétrécissement en dôme de l'artère pulmonaire. Une fois que les valvulotomes lancéolés à pointe mousse ont été passés, on leur substitue un ou deux dilateurs avant de fermer la paroi myocardique à l'aide des points de soie déjà mis en place. Tels sont les éléments essentiels de l'opération de Brock. Il va de soi que l'opération est encore beaucoup plus compliquée qu'elle ne le paraît; il a fallu en effet au préalable sectionner les cartillages costaux sus et sous-jacent au 3^e espace intercostal gauche, sectionner le péricarde et repérer l'infundibulum pulmonaire et l'artère pulmonaire.

Les résultats opératoires obtenus jusqu'ici sont très satisfaisants. Le débit sanguin dans l'artère pulmonaire double ou triple après l'intervention. L'hyperpression du ventricule droit diminue mais plus lentement. Par contre, la pression artérielle pulmonaire qui était anormalement basse avant l'opération (environ 10 mms) passe facilement à 20 ou 30

mms sans dépasser les chiffres normaux. S'il existait une cyanose, elle diminue très rapidement. Sur 19 cas rapportés par Blalock de Baltimore, on n'a perdu que deux malades. Servelle à Paris sur 14 malades opérés a obtenu d'excellents résultats. Brock a opéré une quarantaine de malades de cette façon.

* * *

4° AUTRES MALFORMATIONS CONGÉNITALES.

Nous ne nous attarderons pas longtemps sur la chirurgie des autres malformations congénitales qui pour la plupart sont encore au stade expérimental. Je dis la plupart mais non pas toutes. En effet, il y a déjà 10 ans au moins que Crafoord a inventé la technique qui porte son nom comme traitement de la sténose isthmique de l'aorte. Réséquant la zone rétrécie de l'aorte et suturant bout à bout l'aorte sus et sous-stridurale, cette technique apparaît comme l'un des actes les plus audacieux de la chirurgie contemporaine.

Si le diagnostic de cette maladie est relativement facile, étant donné les nombreux signes physiques qui dès le simple examen clinique nous orientent vers le diagnostic: hypertension aux membres supérieurs, hypotension aux membres inférieurs avec disparition du pouls fémoral, souffle systolique fréquent à l'auscultation du cœur que l'on peut entendre jusque dans le dos dans les gouttières paravertébrales gauches, circulation collatérale, l'indication opératoire est beaucoup plus délicate à poser. Il faut choisir les sujets: en effet si l'on opère trop jeune, l'enfant continue de croître et son aorte de même; il peut se produire une sténose relative vis-à-vis de la zone de suture, qui, elle, demeurera stationnaire. Si l'on opère dépassé l'âge de 20 ans, il y a toujours le danger de tomber sur une aorte athéromateuse qui empêchera la suture de rester en place. La plupart des auteurs s'accordent pour poser l'indication opératoire d'une coarctation vers l'âge de 10 ou 12 ans. Les résultats opératoires sont intéressants mais pas toujours, car à cette sténose isthmique s'associe trop souvent une maladie de tout le système artériel. Il ne faut pas oublier non

plus que la mortalité opératoire sur une compilation de 355 malades se fixe à 13%. Si le fait, généralement accepté, qu'un sujet atteint d'une coarctation aortique a trois chances sur quatre de mourir avant l'âge de 35 ans, légitimise l'intervention, par contre l'on considère qu'il est encore trop tôt pour apprécier le degré d'amélioration apporté par l'intervention. Voilà un traitement chirurgical qui a encore besoin de l'épreuve du temps pour le juger objectivement.

Toujours plus audacieux, les résultats indéniables obtenus particulièrement dans les canaux artériels et des maladies bleues majeures comme la tétrade et la triade de Fallot aidant sans doute pour une large part, les chirurgiens se sont attaqués à d'autres cardiopathies congénitales mais dans des conditions de travail beaucoup moins bonnes et pour cette raison avec des succès moins marqués.

Le traitement de quelques transpositions des gros vaisseaux, en créant une communication inter-auriculaire dans le but d'envoyer du sang oxygéné dans l'aorte, ici rattachée au ventricule droit, n'a guère donné que des échecs entre les mains de Blalock. Bailey et O'Neill de Philadelphie sont parvenus de leur côté à oblitérer des communications inter-auriculaires en suturant le tissu de l'auricule droit au pourtour de l'orifice septal. Les résultats sont décevants quand la communication est de grande dimension.

On conçoit facilement l'extrême difficulté que peut représenter la fermeture d'une cloison déhiscente dans un cœur en mouvement où toute visibilité est impossible. Des perfectionnements techniques devaient être nécessairement apportés, de façon à permettre au chirurgien de travailler tout le temps qu'il faut, sous le contrôle de la vue. Ceci ne peut être obtenu que grâce à des cavités cardiaques asséchées.

Les physiologistes et les chirurgiens du monde entier ont mis tous leurs efforts en commun pour fabriquer un cœur artificiel. Il faut bien admettre qu'ils n'ont pu encore y parvenir.

Néanmoins certaines communications apportées lors du Second Congrès Mondial de Cardiologie tenu à Washington l'automne dernier sont du plus haut intérêt et autorisent de très grands espoirs. L'école de Minneapolis en particulier est parvenue, grâce à la circulation croisée, le cœur du père assurant la circulation de l'enfant durant l'opération, à fermer des communications interventriculaires, sur cavités complètement vides de sang.

Ces techniques récentes semblent nous orienter vers une chirurgie cardiaque nouvelle pleine de promesses, tant dans les cardiopathies congénitales que dans plusieurs formes de maladies cardiaques acquises, dont nous allons maintenant dresser rapidement le bilan opératoire.

* * *

B. CHIRURGIE DANS LES CARDIOPATHIES ACQUISES.

Cette chirurgie comporte une masse de malades beaucoup plus imposante que celle des cardiopathies congénitales et c'est elle qui a vraiment transformé l'activité des centres cardiologiques. Nous en brosserons le bilan beaucoup plus rapidement, puisque ces différentes maladies sont bien connues de tous; nous ne nous bornerons qu'aux indications opératoires suivies de l'évaluation des résultats postopératoires, ne réservant de plus cette étude que sur les cardiopathies couramment opérées.

C'est ainsi que la chirurgie des rétrécissements aortiques ne doit pas beaucoup pour le moment retenir notre attention. Une première catégorie de rétrécissement aortique saurait très mal se prêter à la chirurgie: ce sont les rétrécissements calcifiés du type Monckeberg. Les valvules sont friables et de plus les concrétions calcaires débordent ces valvules pour atteindre les orifices des coronaires situées au-dessus et en dessous dans le myocarde, la chambre de chasse de l'aorte. Nous pouvons facilement déduire qu'un valvulotome introduit par la paroi ventriculaire gauche ne puisse guère créer d'amélioration dans ces cas et soit même un acte dangereux.

Il y a une forme de rétrécissement aortique où la symphyse des commissures est l'élément dominant et où la calcification est modérée, qui pouvait mieux se prêter à la chirurgie; c'est le rétrécissement aortique d'origine rhumatismale. Bailey et O'Neill en ont opéré une bonne série mais avec une mortalité opératoire de 20%. Un des grands dangers est celui de transformer une sténose aortique en une insuffisance, pouvant entraîner une surcharge et une défaillance ventriculaire gauche qui peut être funeste.

Nous passerons aussi très rapidement sur la chirurgie des insuffisances valvulaires qui n'ont guère donné de résultats à venir jusqu'à ce jour. Ainsi, si l'on prend l'exemple de l'insuffisance mitrale, l'on peut dire que depuis le début de la chirurgie mitrale, nombre de physiologistes et de chirurgiens ont consacré une grosse somme de travail pour en réaliser la correction. Malheureusement quelque soit la technique employée: application d'un lambeau de péricarde, greffe tendineuse ou introduction d'une valve artificielle en plastique ou autre, on n'est abouti qu'à des échecs.

Nous allons traiter pour terminer ce travail, de l'évaluation opératoire de la chirurgie de deux maladies bien connues où celle-ci a vraiment fait ses preuves: le rétrécissement mitral et la péricardite chronique constrictive.

1° CHIRURGIE DU RÉTRÉCISSEMENT MITRAL.

Nous connaissons tous cette maladie, la plupart du temps d'étiologie rhumatismale. La grande infirmité à laquelle sont condamnés les porteurs de cette maladie est conditionnée par l'engorgement de la circulation pulmonaire. En effet, que la pression du sang dans l'oreillette gauche augmente suffisamment, et conséquemment aussi dans les capillaires pulmonaires, nous assistons à une crise typique d'œdème aigu pulmonaire.

Mais si nous connaissons tous du point de vue théorique le rythme de Durozier dans la sténose mitrale pure, la grande difficulté du point de vue pratique survient quand il se mêle à cette sténose des signes d'insuffisance mitrale, phénomène très fréquent. Y a-t-il

prédominance de la sténose sur l'insuffisance? Il faut une réponse affirmative à cette question si l'on veut qu'un malade soumis au chirurgien pour, commissurotomie mitrale, tire un réel bénéfice de son opération.

L'histoire clinique peut nous donner des arguments solides en faveur d'un barrage mitral: fréquence des crises d'œdème aigu pulmonaire, dyspnée de plus en plus importante à l'effort, œdème pulmonaire d'effort. Nous soupçonnons avec raison qu'une histoire semblable témoigne d'un barrage mécanique important.

L'auscultation par ailleurs peut être fort trompeuse. Parfois le rythme du Durozier est à peine perçu dans des rétrécissements mitraux très serrés et par ailleurs on peut avoir une prédominance d'insuffisance sur la sténose du point de vue hémodynamique bien que l'on entende très bien l'éclat du 1er bruit à la pointe et le roulement diastolique, de même que le dédoublement du 2e bruit à la base.

Il est bien évident que l'on ne doit pas dissocier l'examen subjectif de l'examen physique, mais que l'on doit les unir l'un à l'autre. Malgré cela, l'appréciation de la maladie est insuffisante avant de recourir à une intervention et il nous faut absolument des examens complémentaires.

La radioscopie pourra nous apporter des renseignements importants: on y décèlera la saillie de l'arc pulmonaire témoignant de l'hypertension qui règne dans l'artère pulmonaire (cette hyperpression a pour effet de vaincre l'hyperpression des capillaires pulmonaires due en définitive au barrage mitral et à l'augmentation de pression dans l'oreillette gauche). On y décèlera aussi une grosse oreillette gauche en O.A.D. On remarquera la souffrance du lit vasculaire pulmonaire caractérisée, à la scopie par le flou surtout dans la région des hiles et l'augmentation des branches de division de l'artère pulmonaire. Cette image d'œdème pulmonaire subaigu, associée à une grosse oreillette gauche, le cœur demeurant petit dans son ensemble, est caracté-

téristique du rétrécissement mitral sans défaillance.

Mais, parmi les examens de laboratoire, c'est d'emblée l'étude hémodynamique, à l'aide du cathétérisme du cœur, qui nous apportera les critères de certitude qu'il s'agit d'un rétrécissement mitral serré, le seul qui est justifiable de la chirurgie. Le barrage mitral est jugé d'autant plus important que la courbe de pression enregistrée au niveau des capillaires pulmonaires est élevée. Bien plus, l'étude hémodynamique permettant d'affirmer si un rétrécissement mitral est véritablement serré, peut aussi nous orienter sur le pronostic opératoire.

En effet sur une base hémodynamique on tend aujourd'hui de plus en plus à distinguer deux types de rétrécissements mitraux. Un premier type *œdémateux* — il faut bien admettre cependant que ce type œdémateux avait été décrit bien avant la découverte du cathétérisme par Gallavardin de Lyon dès 1921 — où les signes de surcharge ventriculaire droite sont minimes et où le cathétérisme démontre une pression capillaire pulmonaire nettement augmentée et une pression artérielle pulmonaire modérément augmentée. Ce type œdémateux survient généralement chez des sujets jeunes où les lésions d'artérioloscélrose pulmonaire « véritable barrage réactionnel des poumons à l'hypertension sanguine provenant de l'oreillette gauche » n'ont pas encore eu le temps de se constituer. Ce sont ces cas qui bénéficient d'une façon vraiment saisissante de la commissurotomie: l'œdème pulmonaire disparaît, la dyspnée à l'effort s'efface, l'état général se transforme et le malade reprend une vie active.

Le deuxième groupe décèle au cathétérisme non seulement une pression capillaire pulmonaire élevée mais une pression dans l'artère pulmonaire encore plus élevée. Cette hypertension artérielle pulmonaire est une réaction de lutte contre le barrage artériolaire pulmonaire qui ici est constitué. Ces malades vont aussi bénéficier de l'intervention mais d'une façon moins nette: bien entendu la pression

dans l'oreillette gauche va baisser mais l'action au niveau du second barrage artériolaire pulmonaire sera beaucoup plus lente parce qu'il s'agit de lésions lentement constituées. Il faut parfois des mois avant que le « poumon mitral » se modifie. Il faut ajouter que dans ces cas le risque opératoire est plus grand; il est facile de concevoir que chez ces malades aux poumons profondément altérés, le collapsus du poumon gauche nécessaire durant l'intervention, peut réduire gravement le champ de l'hématose et le malade peut mourir dans un état d'anoxie des plus dramatiques. D'où deux conclusions de cette classification s'imposent: tâcher d'intervenir avant que des lésions pulmonaires, véritable bronchopneumopathie chronique, se soient constituées et quand on doit intervenir chez de tels cas, bien les préparer par une oxygénothérapie de plusieurs jours sous la tente.

Indications et contre-indications opératoires

L'opération est à conseiller chez des malades présentant des antécédents d'œdème aigu pulmonaire, d'hémoptysie, d'embolies périphériques, d'insuffisance du cœur droit ou d'infirmité physique de 30% ou davantage.

La fibrillation auriculaire si souvent rencontrée chez les mitraux, n'est pas une contre-indication opératoire en soi. Le rythme sinusal reprend souvent après l'intervention. Cependant, déjà en 1951, Andrus, puis Dexter et coll. signalaient que la fibrillation auriculaire augmente le risque opératoire en favorisant la formation d'embolies à partir de thrombose des parois.

En général, chez des malades présentant des antécédents d'embolies de la grande circulation, il convient d'attendre après plusieurs mois de traitement anticoagulant avant d'opérer. Autrement, on pourra avoir la constatation pénible d'une hémiplégie à l'éveil de son malade, chose que seul le chirurgien aurait pu redouter par la découverte d'un thrombus récent dans l'auricule gauche.

Il va de soi que la présence d'une infection aiguë rhumatismale en activité est une contre-indication opératoire. Il est hautement

préférable de juguler, par l'hormonothérapie si nécessaire, la poussée rhumatismale.

La présence d'une endocardite infectieuse lente ou endocardite d'Osler, surajoutée au processus rhumatismal est aussi une contre-indication opératoire, mais elle n'est aussi que temporaire. On pourra intervenir après guérison de cette maladie par les antibiotiques.

En fait le grand problème réside dans l'association d'un rétrécissement mitral à d'autres lésions valvulaires. Le problème de l'association de la sténose d'une autre valvule ajoutée à la sténose mitrale est à l'étude, mais contre-indique encore actuellement la commissurotomie mitrale. Bien entendu certains cas ont pu être opérés avec succès à certains endroits, tel le malade rapporté par Chesterman et Whitaker en Angleterre à qui on a fait une commissurotomie mitrale et quelques mois plus tard une valvulotomie tricuspidiennne pour sténose de cette valvule. Mais d'une façon générale, les doubles sténoses constituent une contre-indication opératoire.

L'insuffisance aortique à moins d'être majeure ne contre-indique pas l'intervention.

Le grand problème, celui que le cardiologue doit résoudre et qui est parfois fort difficile, est celui posé par l'association d'une insuffisance mitrale au rétrécissement mitral. Il faut, pour obtenir de bons résultats opératoires dans ces cas, qu'il y ait une prédominance très nette de la sténose sur la fuite systolique. Il y aurait des conséquences graves de faire une commissurotomie dans un cas où l'insuffisance mitrale est importante. Heureusement, ces grosses fuites systoliques sont presque toujours dépistées et l'on n'intervient pas chez de tels cas. Quand la fuite systolique est minime, elle n'a pas de conséquence importante et la commissurotomie mitrale peut même la faire disparaître.

Pour reconnaître le degré de fuite systolique causée par l'insuffisance mitrale, il y a bien l'intensité du souffle systolique de la pointe et sa propagation à l'aisselle. Ce souffle peut quand même être trompeur quand il est bien localisé à la pointe et non propagé.

En pratique, pour apprécier le degré de fuite

systolique de la mitrale, l'électrocardiogramme serait beaucoup plus fidèle. En effet, quand il y a fuite systolique importante du ventricule gauche vers l'oreillette gauche, comme c'est le cas dans une insuffisance mitrale majeure, il y a hypertrophie-dilatation du ventricule gauche, qui a un travail accru à fournir, parce qu'il a deux bouches à alimenter: l'aorte et l'orifice mitral qui a perdu son étanchéité à la systole. Or cette hypertrophie-dilatation du ventricule gauche est souvent bien visible sur l'électrocardiogramme; dans bien des cas, on aura des signes de surcharge combinée des deux ventricules, le droit ayant aussi réagi par une hypertrophie-dilatation à l'augmentation de pression considérable dans les capillaires pulmonaires.

En conclusion sur ce sujet: après avoir bien apprécié le degré d'insuffisance mitrale, il y a tout intérêt à faire opérer les cas où la fuite systolique est minime; celle-ci disparaît souvent après l'intervention. Il y a contre-indication très nette d'intervenir chez les sujets où l'insuffisance mitrale est très importante. Il y a les cas mitoyens entre ces deux extrêmes qui constituent vraiment la difficulté: en effet souvent à une fuite systolique de moyenne intensité est associé un rétrécissement *peu serré* qui sera peu amélioré par la commissurotomie. Il ne faut jamais perdre de vue que seuls les rétrécissements mitraux *serrés* bénéficient nettement de la commissurotomie.

Résultats du traitement chirurgical de la sténose mitrale

Dans la statistique qu'ils publiaient au sujet de la commissurotomie de leurs 214 premiers malades, Bailey, Glover et O'Neill, nous y voyons la mortalité (toutes causes) fixée à 12,1%. Ceci se passait en 1951 et il va de soi que depuis 4 ans, l'amélioration des techniques, une meilleure sélection des cas ont certainement quelque peu abaissé la mortalité opératoire. Soulié fixe aujourd'hui la mortalité opératoire de la commissurotomie digitale à 6 ou 8%.

Nous avons vu, lors de la distribution des rétrécissements mitraux en deux groupes, que

la commissurotomie mitrale effectuée chez des sujets jeunes dans des cas de rétrécissement mitral œdémateux, où les lésions pulmonaires d'artériolosclérose n'étaient pas encore constituées, que le résultat est saisissant: l'orthopnée disparaît et la dyspnée s'amende; les attaques aiguës d'œdème pulmonaire se font rares et l'hémoptysie cesse. Pour Soulié, ces résultats spectaculaires correspondent à 30 ou 40% des opérés.

Dans un autre groupe de 30 à 40%, les résultats sont moins brillants. L'amélioration bien qu'appréciable est limitée à cause du mauvais état dans lequel se trouve l'appareil valvulaire. Chez certaines mitrales, le chirurgien constate une résorption valvulaire et sous valvulaire. Les zones où siège le rétrécissement sont difficilement accessibles au doigt si ce n'est pas du tout. Dans les mois qui suivent, l'œdème pulmonaire d'effort peut réapparaître. L'emploi du valvulotome préconisé par certains auteurs diminuerait beaucoup ces résultats incomplets. Certaines malades ont été, grâce à lui réopérées avec succès; mais le risque opératoire bien que minime est certainement un peu plus élevé avec l'emploi du valvulotome.

Dans la statistique de leurs 214 premiers cas Bailey et O'Neill schématisaient ainsi leurs résultats: excellents: 41,6%, amélioration: 32,7%, aucune amélioration: 13,6%. Les Drs David et Gagnon, dans les débuts de leur chirurgie du cœur à l'Hôpital Notre-Dame de Montréal relevaient des résultats excellents dans 54% des cas, amélioration 18% et aucune amélioration 9% des cas.

Le plus souvent dans les cas où il n'y a aucune amélioration, la commissurotomie était impossible parce que la mitrale s'est transformée en un bloc fibro-calcaire. C'est l'échec total. Dans certains cas aussi, il faut bien admettre que la commissurotomie n'est pas pratiquée parce qu'une régurgitation mitrale importante est constatée par l'introduction du doigt du chirurgien. La fuite avait été décelée bien sûr avant l'intervention, mais on la croyait minime alors qu'elle est importante en réalité.

Pour conclure nous pouvons dire que la commissurotomie mitrale a des résultats intéressants quand les cas sont bien sélectionnés. L'amélioration quand il s'agit d'un rétrécissement serré pur est souvent saisissante. Parfois les résultats sont appréciables mais ils sont moins brillants et ceci est lié avant tout à l'état anatomique des valvules et des cordages. L'on craignait avec raison, dans les débuts de cette opération, que le processus rhumatismal ne vienne réformer l'état antérieur de sténose dans les années qui suivent. Mais cette question a bien été étudiée depuis et ce n'est le cas que chez une infime minorité de malades.

2° CHIRURGIE DE LA PÉRICARDITE CHRONIQUE CONSTRUCTIVE.

Nous ne discutons ici que d'une variété bien spéciale de péricardite dans laquelle le sac péricardique fibreux, soudé aux feuillets épaissis et symphysés du péricarde, subit un processus de sclérose rétractile progressive.

Rappel étiologique

La tuberculose du péricarde représente l'agent causal principal de la maladie (environ 50% des cas). Les autres causes sont mal connues et il arrive souvent, la plupart des tests de laboratoire demeurant négatifs, que nous ne pouvons en déterminer la cause. Selon l'avis du Prof. Lenègre, le rhumatisme articulaire aigu ne joue qu'un rôle minime ou nul.

Résumé des signes cliniques

Comme signes de constriction du cœur gauche, nous aurons la dyspnée et les pleurésies. De plus, il se présente des signes de souffrance du cœur droit, dont l'ensemble constitue le syndrome de Pick que nous connaissons tous: hépatomégalie, avec ascite souvent à répétition et des œdèmes des membres inférieurs. En outre la pression veineuse est fortement augmentée. A l'auscultation, on pourra entendre un rythme à trois temps dû au claquement du péricarde à la fin de la diastole.

Physio-pathologie de la maladie

L'ensemble des signes cliniques s'explique par un mécanisme qui a été décrit sous le

nom d'adiastolie: le cœur est étranglé par une coque scléreuse ou scléro-calcaire qui se rétracte progressivement. Cet étranglement lentement progressif du cœur s'oppose au remplissage diastolique des cavités du cœur et de là provient le terme d'adiastolie.

Conséquences directes de cette gêne diastolique du cœur: le sang s'accumule en amont: pour ce qui est du cœur gauche, encombrement pulmonaire et épanchements pleuraux; en liaison à la constriction du cœur droit, l'hypertension veineuse et le syndrome de Pick.

Il est bien important de n'intervenir que sur une adiaastolie certaine. Si le diagnostic clinique de cette maladie est relativement facile et s'il est pour ainsi dire confirmé par l'examen radiologique du cœur qui nous montre un cœur de volume non augmenté (chose hautement subjective pour des signes cliniques d'insuffisance cardiaque globale), battant mal et souvent entouré de calcifications péricardiques, c'est à l'étude hémodynamique qu'il nous faut avoir recours, à l'aide du cathétérisme veineux du cœur droit, pour évaluer dans chaque cas particulier le degré de gêne diastolique des cavités cardiaques avant de décider l'intervention.

Il nous montrera par exemple que la pression capillaire pulmonaire est augmentée, fait capital qui nous prouve bien que non seulement le cœur droit mais aussi le cœur gauche est gêné par cette péricardite constrictive. D'ailleurs pour ajouter à cette preuve hémodynamique irréfutable par elle-même, deux cas du service du Prof. Lenègre sont mentionnés où le ventricule gauche était étranglé en son milieu par un corset fibro-calcaire, constituant une véritable sténose sous-mitrale.

Conséquemment à l'augmentation de la pression capillaire pulmonaire, la pression dans l'artère pulmonaire est aussi augmentée de même que la pression ventriculaire droite. Cette dernière entraînera une hyperpression dans l'oreillette droite (moyenne: 11,5 mms de Hg) qui est responsable de l'augmentation de la pression veineuse périphérique, généra-

trice des signes cliniques du syndrome de Pick, propre à cette maladie.

Indications et résultats opératoires

L'indication opératoire dans cette maladie n'est pas discutable; c'est d'ailleurs l'une des premières cardiopathies acquises à avoir bénéficié de la chirurgie.

Elle a fait d'immenses progrès depuis l'usage des antibiotiques. En effet avant cette découverte, on opérait certes avec succès des péricardites chroniques constrictives, mais dans nombre de cas, le risque d'une généralisation tuberculeuse demeurait grand. Aussi ne doit-on jamais intervenir sans être sûr que le traitement antibiotique a produit ses meilleurs effets. Ce traitement antibiotique, protégeant le malade d'une généralisation tuberculeuse toujours possible, facilitera aussi le travail du chirurgien: le plan de clivage sera beaucoup plus facile et celui-ci aura beaucoup moins de difficulté à réaliser l'éjection du cœur hors de cette coque fibro-calcaire. Dans certains cas la coque est adhérente au myocarde sous-épicaire et peut même être la cause d'une myocardite associée; c'est une éventualité qui est rare et heureusement parce que plus la coque adhère au myocarde, plus les résultats sont imparfaits.

Si l'on veut présenter un résumé de l'amélioration thérapeutique de cette maladie, l'on doit rappeler les trois motifs à laquelle elle tient.

1° Une meilleure étude physio-pathologique permettant en particulier de mieux préciser les régions à libérer. L'étude hémodynamique révélant le degré de pression régnant dans les capillaires pulmonaires, nous révèle avant l'opération la part supportée par le cœur gauche dans cette constriction.

2° L'usage étendu des antibiotiques, stérilisant l'infection latente ou active, protège le malade d'une généralisation infectieuse et de plus elle facilite le travail du chirurgien rendant moins difficile les plans de clivage.

3° L'amélioration des techniques chirurgicales permettant une décortication plus étendue.

**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 84, No 6 — Montréal, juin 1955

**TUBERCULOSE ET
ANTIBIOTIQUES**

Il y a près de quatre ans, la presse d'information diffusait sous ses plus hautes manchettes une nouvelle importante: la découverte d'une nouvelle drogue contre la tuberculose. C'était, croyait-on, le début d'une ère au cours de laquelle la peste blanche serait vaincue.

Cette maladie devait disparaître et les sanatoria fermer leurs portes. C'est du moins ce que le public pouvait déduire des articles élogieux écrits au sujet des dérivés de l'acide iso-nicotinique. Tout ce bruit était le résultat d'indiscrétions sur certaines expériences cliniques en cours depuis 5 ou 6 mois seulement; ces résultats n'avaient donc pas de recul.

La réaction du public, surtout du « public tuberculeux », fut énorme. La même frénésie à laquelle on avait assisté quelques années plus tôt à l'avènement de la streptomycine s'empara des malades. Ce fut la course aux pilules miraculeuses...

Les traitements d'hier, si prolongés, ont donné des preuves de leur valeur. Combien cependant il était difficile de faire accepter une cure sanatoriale bien comprise et bien faite! Admettre qu'il faille garder le lit 22 heures sur 24 pour plusieurs mois; devoir ensuite subir une collapsothérapie ennuyeuse ou

une chirurgie mutilante, laquelle devait, elle aussi, être suivie de cure prolongée, tout cela exigeait un courage et une abnégation hors pair.

Voilà pourquoi l'avènement des antibiotiques antituberculeux a fait luire non seulement l'espoir d'un traitement facile, réduit à quelques semaines, sans séjour en sanatorium, mais celui d'un traitement sans arrêt du travail.

Ce traitement ambulatoire est-il recommandable? Les expériences que nous avons vu faire nous le font déconseiller. Une forte proportion des sujets qui y ont été soumis, viennent tôt ou tard dans les sana avec des lésions assez avancées. Il faut alors un retour aux antibiotiques, une cure prolongée ou une chirurgie qui aurait pu être évitée par une cure de repos dès le diagnostic.

Il est évident aujourd'hui que les antibiotiques: streptomycine, acide para-amino-salicylique, acide iso-nicotinique administrés en association s'avèrent une thérapeutique excellente. Depuis qu'on les utilise, les taux de mortalité ont baissé partout. Dans notre province le chiffre de décès est passé de 30 par 100 000 de population en 1947 à 15,6 en 1954.

En scrutant les causes de cette diminution de la mortalité, on peut voir qu'elle est liée à deux autres points essentiels de la lutte contre la tuberculose: « le dépistage en masse et l'augmentation du nombre de lits ».

Les drogues antituberculeuses agissent de façons multiples: elles abrègent le temps de cure, elles diminuent les besoins de collapsothérapie, elles permettent la chirurgie d'exérèse.

Ici cependant une mise au point s'impose. Loin de moi l'idée d'enlever

aux antibiotiques le crédit qu'on leur reconnaît dans tout milieu bien informé mais il importe d'insister sur leur association avec la cure hygiéno-diététique et les traitements connexes.

Nous insistons donc sur les faits suivants: 1) appliquées seules, ces drogues peuvent aboutir à un véritable désastre; 2) elles guérissent bien certaines formes par leur association à une cure de quelques mois; 3) elles permettent des collapsothérapies ou des chirurgies sans elles impossibles. Toujours cependant, les traitements de base doivent être leur « conjoint » inséparable.

Avant de terminer, disons quelques mots de la morbidité. Nous venons de voir que la mortalité (toujours par T.B.) a considérablement diminué. Nous pouvons même constater qu'en nombre de pays où la lutte antituberculeuse est bien organisée, il y a maintenant trop de lits.

Nous avons vu aussi que plusieurs facteurs ont concouru à cet état de choses.

Mais si le taux de la mortalité a baissé il n'en est pas de même de l'incidence de la tuberculose ou de la morbidité, car statistiques et enquêtes nous le prouvent. Celles de la ville de Montréal en 1954, nous démontrent une chute de 30% dans le taux de la mortalité, alors que cette chute n'atteint pas 10% dans la morbidité.

Si nous avons raison d'être fiers des succès obtenus, il est cependant encore trop tôt pour songer à abandonner cette lutte que nous devons à mon humble avis, poursuivre encore au moins de 15 à 20 ans, si l'on veut mâter ce fléau.

Quel sera le modus de cette éradication? Nous ne le savons pas encore.

Que le tarissement des sources du Koch se fasse par la chimie ou la biologie, peu importe. Ce que nous voulons, c'est la libération de son emprise sur le genre humain. Il semble que nous soyons en voie d'accéder graduellement à cet idéal.

J.-Philippe PAQUETTE.

HYGIÈNE ET MÉDECINE SOCIALE

QUELQUES RÉALISATIONS DE LA MÉDECINE PRÉVENTIVE¹

G. CHAREST, M.P.H.,

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

Le sujet de ma causerie intitulée « Quelques réalisations de la médecine préventive » ne doit pas vous laisser croire qu'il existe une cloison étanche entre la médecine curative, celle-ci exercée par les médecins praticiens et la médecine préventive plus spécialement dévolue à des médecins faisant partie de services, d'organisations, d'organismes de santé publique.

D'ailleurs, les organismes ou services de santé publique ont une existence légale assez récente puisqu'on convient généralement que la première loi, « le Public Health Act », a été adoptée en Grande Bretagne, en 1848, vers le milieu du XIXe siècle, sur l'instigation d'Edwin Chadwick, qui favorisa la création d'un département gouvernemental connu sous le nom de « *General Board of Health* ».

A cette époque, les maladies épidémiques, telles que le choléra, la typhoïde et la variole se succédaient sans laisser de répit aux populations qui en étaient atteintes, sans oublier la diphtérie qui sévissait avec une virulence accrue.

La médecine curative ou hippocratique, elle, remonte à la plus haute antiquité et n'entend pas abdiquer ses droits envers un partenaire si jeune; d'ailleurs, il est convenu de nos jours, qu'il doit y avoir intégration complète des deux disciplines et qu'un médecin praticien doit avoir en vue, en traitant l'individu malade, de prévoir le retentissement et la répercussion possibles de sa maladie dans la famille et la société.

Il faut également se rappeler que les problèmes de salubrité et le contrôle des mala-

dies contagieuses auxquelles je veux limiter mes observations aujourd'hui, peuvent être résolus seulement par une action organisée de la communauté ou de la collectivité.

Durant la deuxième moitié du XIXe siècle où a pris naissance la notion de santé publique, on attribuait encore à des miasmes et à des causes diverses comme la malpropreté et les mauvaises odeurs, l'origine des épidémies.

C'est alors que Louis Pasteur, ce grand bienfaiteur de l'humanité, prouva par ses recherches systématiques et intensives, que la cause véritable d'un grand nombre de maladies résidait dans l'infection de l'organisme humain par des infiniment petits ou microbes.

Le seul agent de prévention à cette époque était le vaccin antivariolique qui avait été découvert d'une manière empirique par Edward Jenner en Grande Bretagne, en 1798.

Les découvertes dans le domaine bactériologique se succédèrent par la suite rapidement et, vers 1900 déjà, on savait qu'il existait pour un grand nombre de maladies, un agent spécifique responsable de l'éclosion de cette maladie particulière.

C'est donc des réalisations obtenues dans la prévention des maladies contagieuses à partir du début du XXe siècle, dont je veux surtout vous entretenir maintenant.

A Montréal, en 1900, avec une population d'un peu plus de 250 000 personnes, le taux de mortalité générale était de 28,0 par 1 000 de population, soit trois fois plus qu'en 1954 où le taux fut de 9,0.

La vaccination antivariolique avait été rendue obligatoire après l'épidémie de 1885 qui avait occasionné à Montréal, 3 164 décès au nombre desquels se trouvaient 2 716 enfants.

1. Causerie prononcée à la « Tribune des Conférenciers de CKAC — Quart d'heure de Concordia », lundi, le 21 mars 1955, à 10 h. 30 du soir.

Il y eut 870 cas de variole et 25 décès dus à cette maladie de 1900 à 1905 et pour renforcer la Loi d'Hygiène Publique de la Province de Québec, un règlement municipal fut édicté par la ville de Montréal en 1904, rendant obligatoire la production d'un certificat de vaccination efficace avant l'entrée à l'école.

De 1910 à 1915, il y eut 640 cas déclarés mais, depuis ce temps, la maladie a décliné graduellement et a été reléguée finalement dans l'ombre depuis 1930. Par contre, tous les états ou pays qui ont laissé cette vaccination facultative continuent d'être aux prises avec cette maladie à tendance épidémique.

La sécurité dont nous jouissons n'est que relative car la coutume de ne faire vacciner l'enfant contre la variole que vers l'âge de 6 ans est encore pratique courante et seulement 50 pour cent des enfants qui atteignent leur cinquième anniversaire de naissance, ont été vaccinés avant cet âge. De plus, la revaccination à intervalles fixes n'est soumise à aucune exigence stricte ou légale et un faible pourcentage seulement d'adolescents ou d'adultes se font revacciner soit pour occuper un emploi où cette pratique est exigée ou soit pour faire un voyage à l'étranger.

Durant le mois d'août, chaque année, le Service de santé organise des séances spéciales de vaccination dans les consultations municipales réparties à travers la ville et une clinique temporaire est ouverte toute la journée durant les vacances sur le terrain des jeux du Parc Lafontaine.

Les médecins praticiens sont toujours à la disposition des parents pour pratiquer l'inoculation du vaccin car celui-ci est fourni par le Service de santé et distribué dans les neuf centres sanitaires de même qu'au bureau central de la division des maladies contagieuses situé dans l'annexe de l'hôtel de ville.

La diphtérie a toujours été une maladie contagieuse redoutée car elle évolue sournoisement, avec rapidité et est souvent fatale. La diphtérie n'a jamais paru plus virulente que pendant le XIX^e siècle. Pierre Breton-

neau, un médecin français, l'avait identifiée comme entité distincte à la suite de nombreuses autopsies faites en série, soixante ans, avant que le microbe fut découvert en 1883-1884 par deux bactériologistes allemands Klebs et Loeffler.

En 1894, au congrès de Budapest, le sérum antidiphtérique était donné au monde comme un moyen de traitement efficace contre la maladie presque en même temps par Behring de l'école allemande et par Roux de l'école française.

Par la suite, on s'est bien rendu compte que ce sérum ne solutionnait pas le problème et c'est grâce à la découverte de l'anatoxine par Ramon, environ trente ans plus tard, qu'il fut possible de subjuguier cette terrible maladie.

En 1927, un an avant que cette anatoxine fut employée par le Service de santé, il y eut 1 826 cas et 202 décès dus à la diphtérie, mais finalement au mois de septembre 1928, on commença à administrer ce produit biologique et, après 25 ans d'efforts et de campagnes d'éducation poursuivies sans relâche, il n'y eut durant toute l'année 1953, aucun décès attribuable à cette maladie. En 1954, il n'y eut que 4 cas déclarés et, pour la seconde année consécutive, aucun décès dû à la diphtérie ne fut enregistré, ce qui signifie que cette maladie est évitable à condition de continuer à immuniser tous les enfants dès l'âge de 3 mois jusqu'à 10 ans.

En 1944, on entreprenait la lutte contre la coqueluche, maladie qui est d'autant plus grave, qu'elle survient durant les deux premières années de la vie. Afin de ne pas augmenter le nombre des injections, le vaccin anticoquelucheux fut combiné à l'anatoxine de Ramon et eut pour effet d'augmenter le taux des anticorps vis-à-vis la diphtérie et l'on se rendit compte de cet avantage, en comparant les résultats d'enfants immunisés avec les produits injectés séparément et avec le vaccin combiné donné dans la même injection.

Il fallait également tout en réduisant le nombre d'injections, les donner le plus tôt

possible, de sorte qu'au lieu de les donner à 6 mois, alors qu'on injectait contre la diphtérie seule, présentement on les donne à 3 mois, car la coqueluche peut atteindre le nouveau-né dans les premières semaines de la vie. Il semblerait même indiquer de donner des injections de vaccin anticoquelucheux à la mère enceinte, à partir du cinquième mois de la grossesse, si l'on veut obtenir une protection dès la naissance chez le nourrisson.

En 1954, il y eut 1 220 cas de coqueluche déclarés à la division des maladies contagieuses et 6 décès sont survenus chez de jeunes enfants. Alors que l'immunisation antidiphtérique s'est révélée efficace dans une proportion de 95%, le vaccin anticoquelucheux n'a semblé fournir une protection que chez 75% des enfants immunisés. Chez 25%, on voit se développer les symptômes d'une maladie plutôt bénigne et qui est souvent masquée par des symptômes qui n'ont pas les caractères de l'évolution classique de la coqueluche.

Depuis le mois de juin 1951, le Service de santé emploie le vaccin trivalent qui contient un troisième produit, l'anatoxine tétanique qui a été ajoutée aux deux autres déjà mentionnés et protège contre une maladie qui est signalée à l'occasion d'accidents divers comme les chutes sur le sol ou piqûres par des clous rouillés ou contusions avec plaies ouvertes. Ces différentes lésions de la peau servent de porte d'entrée au microbe que l'on trouve, sous forme de spores, dans la terre ou la poussière.

L'efficacité de ce produit en médecine militaire durant la deuxième guerre mondiale, a consacré l'emploi de ce vaccin même dans la vie courante car les causes des blessures corporelles se multiplient avec les développements de la technique moderne de sorte que

cette nouvelle addition au vaccin est un précieux adjuvant dans le domaine préventif.

Si l'enfant a reçu le vaccin trivalent, il suffit d'injecter lors d'un traumatisme où il y a doute de contamination par le microbe du tétanos, une dose de rappel de l'anatoxine tétanique pour obtenir une protection certaine contre les complications souvent graves de cette maladie.

Chez un enfant qui a déjà contracté la coqueluche durant les premières années de la vie et n'a pas été immunisé préalablement contre la diphtérie et le tétanos, il est possible de se servir d'un vaccin ne contenant que les deux anatoxines diphtérique et tétanique.

La fièvre scarlatine au tout début de la période de 50 ans que nous essayons de revoir ensemble rapidement, était souvent associée à la diphtérie et comme celle-ci, revêtait un caractère de gravité qui s'est atténué surtout depuis 1930, pour des raisons qu'il n'est pas facile d'expliquer. Depuis ce temps, l'apport des sulfamidés et des antibiotiques a permis de sceller le sort d'une maladie autrefois redoutable et de la transformer en une maladie bénigne.

Il existe un vaccin qui protège contre le rash produit par la toxine du streptocoque hémolytique mais n'empêche pas les infections causées par le même microbe et étiquetée « maux de gorge septiques », de se manifester en dépit de l'emploi du vaccin.

Le grand nombre d'injections qu'il faut donner, soit cinq, et les réactions qui accompagnent quelquefois les injections ajoutées aux faits déjà rapportés, ont réduit l'usage de la vaccination antiscarlatineuse à des cas d'exception.

Dans une autre causerie, je compléterai l'exposé des autres maladies contagieuses contre lesquelles nous possédons des agents de prévention utiles et efficaces.

CONGRÈS

XXXe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE

LE CONGRÈS D'ALGER

Le trentième congrès des médecins de langue française a tenu ses assises à Alger les 4, 5 et 6 avril 1955. Cette association a pour but de grouper les médecins d'expression française du monde entier et d'organiser à leur intention un congrès tous les deux ans. Jusqu'à la dernière guerre, une étroite collaboration unissait l'Association Française et l'Association Canadienne. L'intérêt des médecins canadiens de langue française vis-à-vis de l'Association mère semble avoir grandement diminué. Pourtant des membres canadiens demeurent titulaires à deux des douze postes du comité de direction. Le Dr J.-B. Jobin de Québec en fait partie tandis que la mort du Dr Albert LeSage laisse vacant l'autre fauteuil. A ce propos, on peut lire dans le tome 4, no 3 du bulletin de l'Association des Médecins de langue française, un magnifique témoignage posthume signé par le Professeur P. Delore, secrétaire. « Si le Dr Albert LeSage laisse à ses compatriotes le souvenir d'un médecin au sens le plus complet du mot, il laisse aux membres de l'Association des Médecins de langue française le souvenir d'un ami de toujours et d'un véritable apôtre des relations franco-canadiennes. Sa perte sera particulièrement douloureusement sentie par les membres de notre Association ».

Alger, cadre exceptionnel de congrès, construite sur le flanc de la montagne, face à la Méditerranée, magnifique par son soleil et son ciel d'azur. Alger, croisement de la civilisation française et arabe, est à la fois moderne dans son ensemble et barbaresque dans sa kasbah. Le grand nombre d'inscriptions au congrès constitue le meilleur témoignage du choix de cette cité. Il faut souligner l'excellence de l'organisation des moindres dé-

tails par le Président, le Professeur Edmond Benhamou et ses secrétaires, le Professeur Robert Raynaud et le Dr Jean Robert d'Es-hongues.

L'intérêt et le respect portés à la Médecine se sont reflétés à mes yeux par la collaboration des Corps Publics à l'organisation du congrès d'une part et à sa participation dans les très nombreuses activités du programme scientifique et social.

A l'ouverture, présence du gouverneur général d'Algérie, M. Jacques Soustelle, du Député-Maire, M. Jacques Chevalier; au banquet, allocution du Dr Bernard Lafay, Ministre de la Santé Publique et de la Population de France. Il convient d'ajouter les réceptions offertes aux Congressistes, le 3 avril par le Député-Maire de la Ville d'Alger, le 4 par le Gouverneur Général d'Algérie, le 5 par le Préfet d'Alger. Peut-on imaginer preuves plus tangibles!

Chaque journée avait son thème de travaux. *Les thromboses artérielles* LE LUNDI, *les maladies avec auto-anticorps* LE MARDI et *les nouveaux antibiotiques et l'orientation actuelle de l'antibiothérapie* LE MERCREDI. Pour ne pas dépasser le cadre de ma compétence, je limiterai mes remarques sur les travaux du congrès, à la journée consacrée aux thromboses artérielles, pour laquelle j'avais préparé un modeste travail.

Il faut souligner que tous les rapports de ce congrès étaient réunis dans trois volumes (un pour chaque journée) et remis à chacun à l'ouverture. Le volume des thromboses artérielles publié par Masson et Cie compte 533 pages et 200 illustrations (figures, tableaux, schémas). Pour couvrir certains sujets, les auteurs ont fait une revue objective et com-

plète de la littérature mondiale. Citons à ce point de vue les rapports suivants:

— *Thromboses intra-cardiaques* par MM. P. Soulié et P. Chiche (Paris) = 51 pages.

— *Thromboses artérielles pulmonaires et embolies pulmonaires* par MM. J. Lenègre et A. Gerboux (Paris) = 126 pages.

— *Formes anatomiques et cliniques des oblitérations coronariennes* par R. Froment et collaborateurs = 163 pages.

A côté de ces travaux « des géants » de la cardiologie française, nous avons eu le plaisir de lire des rapports succincts et originaux de MM. J. Roskam, J. Hugues et Y. Bounameaux (Liège) sur « *L'Introduction à l'Etude générale des thromboses artérielles* », de MM. Robert Raynaud et J. Robert d'Eshongues (Alger) sur « *les aspects humoraux de la thrombose artérielle* ». Nous félicitons bien vivement les organisateurs d'avoir réussi à nous remettre des textes complets de ces travaux, qui furent résumés par leurs auteurs aux séances. Je ne peux m'empêcher de féliciter les éditeurs pour la présentation parfaite dans le texte et les illustrations de ces articles. Comme nous sommes loin de l'« à peu près convenable » qui satisfait bon nombre de rédacteurs de revues médicales!

A côté de ces activités scientifiques, on avait organisé les manifestations sociales déjà énumérées et fort réussies et des visites touristiques qui ont donné un aperçu des problèmes algériens. Soulignons une organisation médicale remarquable, une sérieuse crise du logement à Alger, un accroissement formidable de la population arabe par diminution surtout de la mortalité infantile. Nous avons été impressionné par les « cités du bonheur » construites de toute pièce sous l'initiative énergique de M. Jacques Chevalier, Député-Maire, en moins de deux ans. Citées situées dans les limites de la ville, pourvues de centres d'achats, d'écoles, de parcs; dont les appartements à prix modique sont pourvus des éléments essentiels du confort moderne. Ces logements sont loués suivant une échelle de priorité à ceux qui en ont le plus besoin. On travaille jour et nuit, y compris le dimanche,

à cette œuvre de charité pressante. La seule énergie d'un homme de devoir a réussi ce tour de force qui pourrait en inspirer d'autres. Bien que participant au congrès d'Alger à titre personnel, on me pria de dire quelques mots au banquet de clôture au nom des médecins canadiens de langue française.

Je vous livre le texte des quelques pensées exprimées en votre nom:

« Dans l'immensité du monde anglo-saxon d'Amérique du Nord, un oasis français constitue l'une des dix Provinces du Canada. Nos aînés ont réussi à conserver assez intact le patrimoine édifié par trois cents ans d'histoire. A nous maintenant de faire la relève et de resserrer des liens rendus relativement fragiles par notre position géographique.

Je remercie les organisateurs de ce congrès, du grand honneur qu'ils me firent, en me permettant de présenter un travail. Je les remercie de l'accueil chaleureux qu'en ma personne, ils adressent à la médecine canadienne d'expression française. Stimulé par ces journées d'étude, enthousiasmé par les réalisations algériennes, réconforté par les témoignages de nombreux médecins, amis du Canada, je retourne à Montréal plus décidé que jamais à développer davantage les ressources intellectuelles dont n'est jamais dépourvu un descendant de la France. Le congrès d'Alger demeurera inoubliable et j'en félicite bien chaleureusement M. le Président et tous ses collaborateurs ».

Avec le plus vif plaisir et beaucoup d'émotion, j'ai profité des quelques jours passés à Paris pour visiter les services de mes maîtres, Lenègre d'une part et Soulié d'autre part. Les visites jointes aux faits observés à ce congrès m'ont convaincu du dynamique enthousiasme de la médecine française. Je connais peu de services de cardiologie, y compris les services américains qui peuvent leur être comparés. Et que d'hommes remarquables par leur esprit de synthèse et d'analyse, leur puissance de travail et leurs connaissances physio-pathologiques et cliniques des problèmes de la cardiologie moderne.

Ces services sont de mieux en mieux utilisés et un effort louable afin d'améliorer le sort des malades, autrefois empilés dans des dortoirs a été très remarqué. A lire les travaux cités plus haut, on est frappé par l'objectivité des auteurs qui puisent leurs documents dans toutes les littératures, ces auteurs dont les générations passées de patrons ont créé la médecine, ce que l'École Américaine, en particulier, a depuis longtemps oublié.

Nés avec leur tempérament français, j'ai l'impression que nos médecins ont de sérieuses raisons de chercher à compléter leurs connaissances par un séjour en France, sans pour autant négliger un stage chez nos voisins. Malheureusement, un bon nombre de médecins-étudiants en France ont comme premier souci de voyager. D'ailleurs, s'ils voyagent bien, ils acquièrent une culture impossible à imaginer sur notre terre trop neuve d'Amérique. Mais ce souci ne devrait pas masquer le but officiel du voyage, l'étude. Pour s'imposer dans un service français, il ne suffit pas d'assister passivement aux cliniques du patron. Il faut s'associer aux travaux du service et travailler ferme.

Je m'en voudrais de ne pas souhaiter un contact beaucoup plus étroit entre nos deux associations. La nôtre a depuis longtemps pris la bonne habitude d'inviter à son congrès annuel des représentants de la médecine française. Cet échange pourrait être bilatéral. Pourquoi notre association n'enverrait-elle pas un représentant à chacun des congrès de l'Association mère, c'est-à-dire tous les deux ans, représentant actif qui présenterait un travail. Il ne s'agit pas de rivaliser avec les services de France, mais on peut avec nos modestes moyens de travail figurer aux côtés

des médecins d'expression française de Belgique, Suisse, Hollande et d'Afrique. L'infériorité psychologique dont se croit atteinte la médecine canadienne française se dissipera grâce aux contacts plus étroits avec des médecins susceptibles de comprendre nos problèmes et de nous aider. Je prétends qu'à l'heure présente, il est possible dans toutes les spécialités de trouver un porte-drapeau représentatif de notre médecine. Le temps est venu de sortir de cette léthargie qui nous rend satisfaits de pratiquer une médecine de routine dont la seule qualité est d'être bien faite et de reposer sur les lois les plus chrétiennes de la charité. Sur la carte locale, cette politique est excellente, sur la carte internationale, elle ne présente aucun avenir.

Je prétends que la médecine canadienne d'expression française peut devenir productive. Elle a l'avantage d'être placée sur la route de deux autres civilisations dont on pourrait grandement profiter. Le médecin qui désire faire de la recherche ne devrait pas l'imaginer dans les seuls cadres d'un laboratoire. La recherche, elle est partout en médecine. Chaque malade est un fait. Evidemment le médecin qui soigne à l'Hôpital, qui examine au bureau, qui se déplace jour et nuit à domicile accumule les faits sans jamais avoir le temps de les analyser. Nos universités, hôpitaux, dirigeants et nous-mêmes avons un immense effort à réaliser pour nous dégager d'une ambiance malsaine qui n'apporte, sauf exception, aucun crédit à notre médecine d'expression française.

Telles sont quelques-unes des réflexions qui ont alimenté mes pensées sur la route maritime du retour.

Paul DAVID,

Directeur Institut de Cardiologie de Montréal

CORRESPONDANCE

LETTRE DE PARIS

Le Congrès Français de Médecine — Alger, avril 1955.

Il est toujours réconfortant de sentir derrière une communion de langue une même communauté de pensée et de culture. On se retrouve ainsi en famille et c'est l'une des raisons qui fit du récent Congrès des Médecins de Langue Française à Alger, une manifestation d'amitié totale.

Là se trouvaient réunis, à côté des Français de la Métropole et ceux de toute l'Algérie, les médecins Belges, Hollandais, Suisses, et Canadiens surtout. La présence du Professeur David de Montréal apportait le témoignage indispensable de nos frères éloignés.

Trois sujets ont servi de thème aux journées de travail: les thromboses artérielles, les maladies par auto-anticorps et les acquisitions récentes sur les nouveaux antibiotiques.

De ces trois sujets, les thromboses artérielles sont peut-être les plus actuelles, tant sur le plan strictement médical que sur l'orientation sociale que prend de plus en plus la pathologie vasculaire. J. Roskam, de Liège, dans un préambule, a montré avec précision le mécanisme de formation du thrombus et, grâce à la microphotographie et à la micro-cinématographie, il a révélé l'importance du thrombus blanc agglutinat leucocyto dans la genèse de la thrombose.

La thrombose intra-cardiaque fut ensuite présentée par P. Soulié, de Paris. La thrombose intra-cardiaque des maladies rhumatismales et du rétrécissement mitral en particulier, thrombose des cardiopathies artérielles et de l'infarctus du myocarde, thrombose enfin des diverses cardiopathies d'autres origines. Toutes ont leur tableau clinique et leur pathogénie et celle-ci reste incertaine, ce que reflète bien la thérapeutique. Car, si l'effet remarquable des anticoagulants dans les phlébites emboligènes est hors de doute, bien moins évidents, pour ne pas dire discutables, sont les effets de ces mêmes médications dans la thrombose intracardiaque et les thromboses artérielles.

Les thromboses artérielles pulmonaires que J. Lenègre, de Paris, étudie ensuite dans une revue très complète font l'objet d'un chapitre thérapeutique où l'état de la chirurgie cardiaque est confronté avec les résultats de la médication anticoagulante. Fervent partisan actuellement de cette dernière, J. Lenègre montre son rôle dans la prévention des complications thrombo-emboliques postopératoires ou des cardiopathies.

Dans un volumineux rapport, R. Froment, de Lyon, détaille ensuite les formes anatomiques et cliniques des oblitérations coronariennes et leurs conditions actuelles de traitement.

Plus nouveaux apparaissent les aspects humoraux de la thrombose artérielle que R. Raynaud d'Alger développe avec l'appui de techniques récentes d'explorations sériques, particulièrement du protéinogramme et du lipidogrammes. Il montre qu'à côté des données schématiques que suggère l'étude d'un nombre important de thromboses, la clinique apporte le correctif de ses nuances et souvent de ses démentis. Il n'empêche qu'il y a là une voie nouvelle dans laquelle la pathologie vasculaire va s'orienter.

Dans un rapport clair et précis où se retrouvent les qualités chères aux cliniciens français de l'école anatomo-clinique depuis Laennec, P. David, E. Edouard Eddie et O. Gialeretto de Montréal ont apporté leurs conclusions d'une étude des thromboses auriculaires massives. S'il n'est pas possible de schématiser leur tableau clinique, il est bien utile de savoir qu'à côté d'une insuffisance cardiaque irréductible, et plus particulièrement peut-être au cours d'une sténose mitrale avec fibrillations, on doit penser à cette complication devant l'apparition des éléments suivants: manifestations asphyxiques des extrémités, dyspnée paroxystique non contrôlable, douleurs précordiales, cyanose et syncopes, hyperthermie sans raison apparente. Un tel diagnostic n'a pas seulement l'intérêt de la virtuosité clinique, on

peut espérer qu'avec les progrès de la chirurgie cardiovasculaire, l'extraction du thrombus pourra être suivie d'une commissurotomie.

L'exposé des cas personnels des auteurs apporte la confirmation de ces données et fait très judicieusement le point d'une question de grande actualité.

Les thromboses leucémiques qu'étudie ensuite G. Giraud de Montpellier constituent des particularités en matière de thromboses. Ici en effet, l'intégrité de la paroi vasculaire est toujours respectée et les coagulations dépendent essentiellement de la pléiocytose sanguine génératrice de stases, la leucémie myéloïde en est la cause la plus fréquente. La thérapeutique cytostatique étant la seule logique car les anticoagulants s'avèrent inutiles et dangereux, la saignée inopportune, l'ACTH et la cortisone contre-indiquées.

Les thromboses vasculaires de la maladie de Vaquez qu'étudie ensuite J. Tapie de Toulouse, atteignent également veines et artères et sont susceptibles de réaliser les aspects cliniques les plus variés, les plus déroutants même, quand elles ouvrent la scène clinique. Aussi leur recherche est-elle de règle devant un tableau de maladie de Vaquez dont elles représentent la complication la plus fréquente et la plus dangereuse.

Terminant ce groupe de rapports, R. Garcin et M. Pestel exposent le chapitre nouveau ou plutôt rénové de pathologie vasculaire cérébrale que constituent les thrombo-phlébites des veines cérébrales. Ils montrent leur fréquence, particulièrement sur des terrains prédisposés: l'enfant, où en matière de vaisseaux, les veines ont le pas sur les artères, les parturientes où la thrombose est si fréquemment observée. Ils précisent les caractères cliniques de ces thromboses, céphalées, crises convulsives, déficit moteur dans un cortège infectieux souvent très atténué, qui en sont les principaux signes. Leur caractère évolutif labile, tout au moins dans les localisations corticales, ajoute encore à la confusion longtemps faite de ces accidents avec les encéphalites. Une étude anatomique complète cette description clinique et invite les praticiens tout comme les neurologues, à

penser davantage à la réalité de ces faits devant un tableau de lésions cérébrales en foyers.

* * *

On appréciera, par ce simple aperçu, l'intérêt scientifique et la haute tenue de ces journées d'étude. Elles forment matière d'ailleurs, à trois forts volumes qui sont autant d'exposés complets de ces grands thèmes d'actualité. Mais si, quittant la salle des séances et suivant le Congrès dans les manifestations artistiques et les excursions qui y étaient adjointes, nous résumons nos impressions, nous ne pouvons que mesurer le chemin parcouru depuis l'époque encore proche ou le Père de Foucauld gagnait à dos de chameau en trois semaines de marche, le Hoggar et son ermitage, et l'époque actuelle où il faut moins de trois heures d'avion pour y parvenir. Au cours de ce voyage d'ailleurs, là où les marais entretenaient une infection permanente de malaria qui décima nos troupes lors de la conquête d'Alger, nous avons vu s'étendre des plaines cultivées avec soin, déroulant tout au long d'une bande côtière, le tapis coloré des cultures et primeurs diverses.

Mêmes progrès dans les installations sanitaires, mêmes métamorphoses. Un réseau hospitalier moderne, des dispensaires nombreux qu'offre le pays, faisant tomber de façon vertigineuse la courbe de la mortalité infantile. Réalisations économiques et sociales enfin où un plan de construction a mis en route et réalisé en moins d'une année une véritable petite ville sur les hauteurs d'Alger. Partout, ce travail et ces efforts avec l'aide de la métropole surmontent les problèmes et les difficultés de l'heure en leur donnant une solution profondément humaine.

De ces efforts, les Congressistes qui les ont vus, pourront porter témoignage et très opportunément rappeler que l'Algérie, cette belle province Française a su conserver dans son développement, les caractères et les aspirations d'une civilisation que la France se donna mission de répandre et qu'avec le recul des ans, elle peut déjà contempler le front haut.

Maurice PESTEL.

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

SYMPOSIUM SUR LES URÉTHRITES NON GONOCOCCIQUES

L'Union Internationale contre le péril vénérien et les tréponématoses organisait un symposium sur les urétrites non gonococciques à Monte Carlo du 21 au 24 septembre 1954 dont voici les principales résolutions adoptées lors de la dernière séance ainsi que quelques-uns des travaux présentés.

A. TERMINOLOGIE

1. Il est recommandé que toutes les différentes espèces d'urétrite non gonococcique soient à l'avenir désignées — ainsi — soit en anglais "*non gonococcal urethritis*" (N.G.U.) en français « urétrite non-gonococcique » (U.N.G.) et en latin "*Urethritis non-gonorrhoeica*" et qu'il soit entendu que ce nom s'applique à toutes les formes qu'elles soient aiguë, sub-aiguë ou chronique.

2. Il est aussi recommandé que le syndrome complexe appelé « syndrome de Reiter » soit à l'avenir connu sous le nom de syndrome urethro-conjonctivo-synovial et qu'il soit étudié au chapitre des urétrites non gonococciques.

3. Il est également recommandé que cette terminologie soit considérée par l'Organisation Mondiale de la Santé en vue d'une révision possible de la terminologie médicale internationale.

B. ASPECTS CLINIQUES

1. Il est recommandé que des études additionnelles soient entreprises en vue de délimiter le syndrome urethro-conjonctivo-synovial et les syndromes qui s'y rattachent.

2. Il est reconnu que les urétrites non gonococciques ont tendance à récidiver et à produire des complications locales et générales. L'urétrite est généralement la cause de ces complications bien qu'elle n'en soit pas la seule et unique cause.

C. EPIDÉMIOLOGIE

1. Le nombre des urétrites non gonococciques tend à égaler et même à dépasser celui des urétrites gonococciques.

2. Le nombre des urétrites non gonococciques ne semble pas influencé par la race, le temps de l'année, l'âge ou les habitudes sexuelles du sujet. Cependant certains auteurs remarquent que les trichomonas paraissent se rencontrer plus souvent chez la race noire.

3. Il n'a pas été possible de définir le rôle exact s'il en est un des antibiotiques dans l'apparition des U.N.G.

4. La durée d'incubation des U.N.G. est considérée comme plus longue que celle des urétrites gonococciques sans qu'il soit encore possible de la fixer.

5. Il est possible que certaines causes déclenchantes, en particulier l'absorption d'alcool et les excès sexuels, soient l'occasion du réveil d'infections latentes dans quelques foyers profonds (prostate en particulier) dues à l'agent ou aux agents responsables des U.N.G.

6. Les individus atteints de certaines malformations urétrales notamment l'hypospadias semblent contracter les U.N.G. avec une fréquence particulière.

7. Les femmes et en particulier les partenaires d'hommes atteints d'U.N.G. ne présentent généralement pas de lésions apparentes mais peuvent être des porteurs sains du ou des agents des U.N.G.

D. ETIOLOGIE

Les causes invoquées sont multiples. Parmi elles, l'infection par le *trichomonas vaginalis* semble créer un tableau clinique particulier surtout du fait que les complications oculaires ou articulaires ne s'y observent pas.

En dehors de cette cause:

1. Les cultures de PPLO ont souvent été positives mais le rôle étiologique de ces agents n'est pas établi et doit être l'objet d'études complémentaires.

2. L'on trouve parfois des inclusions dans les cellules de l'urètre; parmi celles-ci, certaines ont un aspect particulier rappelant celui des virus; d'autres sont polymorphes et il a été avancé qu'il pouvait s'agir de PPLO sans qu'on puisse apporter de preuves formelles à cet égard.

3. Certains bactéries ou protozoaires autres que le *trichomonas vaginalis* ont été constatés dans les U.N.G. mais ce point mérite des études complémentaires qui doivent être entreprises dans des instituts spécialisés et adaptés à ces recherches.

En attendant les conclusions de ces travaux, il est recommandé, du point de vue pratique:

a) de rechercher le *trichomonas vaginalis* d'abord par le simple examen direct, mais si cet examen est négatif d'utiliser les méthodes de coloration après fixation et de cultures.

b) de ne pas attacher dans la pratique immédiate d'intérêt à la positivité des cultures de PPLO ou à la présence d'inclusions.

4. D'autres facteurs étiologiques ont été évoqués:

Il ne semble pas que la constatation de champignons ou celle de protozoaires autres que le *trichomonas vaginalis* mérite d'être prise en considération.

Par contre, diverses bactéries doivent être l'objet d'études plus approfondies et une commission d'experts a été constituée à ce sujet.

L'allergie ne paraît pas devoir être invoquée, mais il semble que des traitements locaux intempestifs puissent être mis en cause.

E. EXAMENS DE ROUTINE CONCERNANT LES SUJETS ATTEINTS D'U.N.G.

1. On éliminera le gonocoque par coloration ou par culture.

2. On recherchera les autres bactéries par culture.

3. Le *trichomonas vaginalis* sera recherché comme indiqué ci-dessus.

4. Il sera pratiqué un examen sérologique pour le dépistage de la syphilis.

5. Les investigations urologiques courantes, telles que massage de la prostate, etc., seront pratiquées.

F. TRAITEMENTS

1. En cas de présence de trichomonas et en l'absence actuelle d'un traitement spécifique général, il est suggéré d'utiliser les traitements locaux habituels: acidification des urines à pH inférieur à 5, instillations ou grands lavages, massages de prostate, destruction du foyer sous urétroscopie.

2. Lorsque le trichomonas n'a pas disparu et en tous autres cas les tétracyclines sont considérées comme constituant le traitement le plus actif mais elles doivent être employées avec précautions.

Un traitement combiné par pénicilline et streptomycine est également recommandé.

G. LUTTE SOCIALE

Les U.N.G. sont d'une importance sociale réelle:

1. Pour l'individu, elles peuvent constituer une cause d'invalidité prolongée et de complications graves.

2. Pour la société, elles provoquent des dépenses importantes même en ce qui concerne seulement le coût élevé du traitement.

3. Des cas de contagion ont été constatés chez des partenaires et cette contagion s'exerce parfois en chaîne d'individu à individu.

4. Il apparaît, en conséquence, qu'il est souhaitable de demander aux services médico-sociaux (*follow up services*) de prendre les mesures susceptibles d'interrompre cette transmission.

5. On peut se demander si les administrations sanitaires ne devraient pas attirer sur ce point l'attention des services intéressés.

6. Il a été reconnu qu'il est des cas d'U.N.G. justifiables de mesures préventives et thérapeutiques similaires à celles prises pour les uréthrites gonococciques.

Voici quelques-uns des articles présentés à ce congrès:

C. Durel, A. Siboulet, V. Roiron Ratner et C. Sorel: *Non gonococcal urethritis in mobs.*

RR. Wilcox: *Erythromycin and Tetracycline in the treatment of non gonococcal urethritis.*

S.S. Ambrose, Lieutenant M. C., USNR.: *Pathogenesis of non gonococcal urethritis.*

Maurice C. Shepard: *Pleuropneumonia-like-organisms in men with non gonococcal urethritis at Camp Lejeune, North Carolina.*

Professeurs A. Medina et F. Serrin: *Epidemiological position of non gonococcal urethritis in Italy.*

Phillips Thygeson: *Inclusion urethritis and cervicitis.*

RECHERCHES ET DÉCOUVERTES MÉDICALES

Fièvre pharyngo-conjonctivale, une nouvelle entité pathologique.

La thérapeutique préopératoire par la pénicilline empêche l'apparition de la bactériémie transitoire après amygdalectomies.

Le vaccin BCG augmente la résistance à l'égard de la tuberculose virulente chez les sujets de tout âge.

La thérapeutique par les cortico-stéroïdes et par les moutardes à l'azote est efficace dans la palliation et la rémission du cancer.

Parmi les progrès significatifs réalisés en médecine par les savants des Etats-Unis d'Amérique pendant le mois de mars figurent, en première ligne, la découverte d'une maladie respiratoire aiguë, les succès des mesures préventives contre la tuberculose et la bactériémie postopératoire, ainsi qu'une nouvelle thérapeutique palliative du cancer.

Une équipe de médecins, travaillant à l'Institut National de Microbiologie du Service de la Santé Publique des Etats-Unis (*U. S. Public Health Service*), sous la direction du docteur Joseph A. Bell, observèrent plus de 300 cas d'une affection respiratoire aiguë offrant l'apparence d'une maladie nouvelle et hautement contagieuse (1).

Les signes diacritiques principaux de cette maladie sont la fièvre, qui s'élève souvent à

104 degrés Fahrenheit (40 degrés Centigrade) et persiste habituellement de quatre à six jours; la pharyngite, associée ordinairement à de légers maux de gorge; et la conjonctivite du type folliculaire non purulent, intéressant souvent un seul œil et persistant ordinairement d'une à trois semaines. L'affection est apparue sous forme d'une épidémie localisée et sous forme de cas sporadiques, atteignant des sujets de tout âge — quoique surtout les enfants — et des deux sexes.

L'étude portait sur cinq groupes épidémiologiques observés à Washington, D.C., et dans ses environs. Le groupe 1 comprenait le personnel et les enfants externes d'une colonie de vacances estivales, et le groupe 2, leurs parents et autres membres du ménage. Les groupes 3 et 4 comprenaient des cas survenus parmi les résidents de deux localités distinctes. Le groupe 5 portait sur des cas sporadiques.

Un nouveau virus, adénoïdo-pharyngo-conjonctival (APC) type 3, fut isolé chez quarante-huit de 186 malades étudiés. Les chercheurs sont par ailleurs persuadés que « le virus était 100 pour cent responsable de la maladie », car on ne parvint pas à l'isoler chez 48 personnes qui ne manifestaient aucune maladie par suite de contact avec des cas cliniques patents.

Le mode d'apparition de la maladie porta à croire que les sujets humains infectés cons-

tituaient une source d'infection commune, que les porteurs de germes sains ne représentaient pas une source d'infection importante, que la réceptivité était assez élevée chez les sujets plus jeunes, et que les personnes plus âgées étaient vraisemblablement mieux immunisées. Les observations indiquent que la période d'incubation est probablement de cinq à six jours. La durée de la période de transmission est indiquée par le fait que le nombre de virus présents diminue de 100 pour cent pendant les premiers jours de la maladie, étant réduit presque à zéro après le neuvième jour. Les chercheurs estiment également qu'un quart à deux cinquièmes des cas ne seraient pas cliniquement reconnaissables s'ils étaient rencontrés isolément.

* * *

La proportion élevée de bactériémie post-opératoire notée après amygdalectomies chez les malades n'ayant reçu aucun traitement préopératoire par les antibiotiques a amené le docteur Paul S. Rhoads et ses collaborateurs à conclure que, dans de tels cas, le besoin d'une thérapeutique préopératoire de plusieurs jours par la pénicilline est « évident » (2).

Sur les cent trente-huit malades étudiés, 68 sujets témoins ne reçurent aucun traitement antibactérien préopératoire. Vingt sujets reçurent de la pénicilline procaïnée par voie intramusculaire à raison de doses variant entre 600,000 et 800,000 unités par jour, pendant des périodes allant de 4 à 10 jours, y compris le matin de l'amygdalectomie. Chez les enfants âgés de moins de cinq ans, on administra la moitié de cette dose. La durée moyenne du traitement fut de sept jours. Un groupe de 29 malades reçurent une dose analogue par voie intramusculaire 12 à 18 heures avant l'intervention, et une autre dose juste une heure avant. A sept malades, on administra une cuillerée à café d'une émulsion de pénicilline (300,000 unités) par voie orale soit trois fois, soit cinq fois par jour, pendant les cinq à sept jours avant l'intervention. A un groupe de 7 malades, on administra 100 à 300 mg.

d'érythromycine par voie orale quatre fois par jour pendant les 5 à 7 jours précédant l'opération. Les sept autres malades reçurent divers autres antibiotiques.

Les hémocultures pratiquées juste avant l'amygdalectomie montrèrent que 28,3% des sujets témoins avaient des hémocultures positives. Selon les auteurs, ceci fut « le résultat le plus inquiétant » de l'étude. La bactériémie était toutefois transitoire, car il ne se produisit pas de septicémie prolongée. La bactériémie fut réduite à 5,9% chez le groupe de vingt sujets ayant reçu de la pénicilline par voie intramusculaire pendant les quatre à dix jours précédant l'amygdalectomie. Le groupe de 29 malades n'ayant reçu que deux doses de pénicilline, tout comme les sept malades n'ayant reçu l'antibiotique que par voie orale, n'accusèrent aucune diminution du taux de bactériémie par rapport au groupe témoin. L'érythromycine ne les protégea pas contre la bactériémie. La série où l'on employa d'autres antibiotiques fut trop limitée pour permettre d'en tirer une conclusion quelconque.

Dans la majorité des cas, les échantillons pharyngés cultivés sur de la gélose au sang furent prélevés dans la salle d'opérations juste avant l'intervention. On constata que, souvent, les cultures pharyngées ne sont pas une sûre indication de la flore bactérienne se trouvant effectivement dans la masse amygdalienne car, quoique les streptocoques bêta hémolytiques n'étaient présents que dans 28,26% des cultures pharyngées, ils furent subséquemment décelés dans 57,35 pour cent des cultures pratiquées après broyage des amygdales extirpées des malades en question. Les médecins soulignent que le fait de ne pas trouver des streptocoques bêta hémolytiques dans les cultures des prélèvements du nez et de la gorge dans la phase aiguë d'une infection respiratoire « ne prouve nullement qu'une infection à streptocoques bêta hémolytiques n'était pas de fait présente ».

* * *

Se fondant sur vingt années d'études, le

docteur Soy Roy Rosenthal, de Chicago, conclut que la vaccination au BCG réduit de 54 à 100 pour cent la morbidité et la mortalité dans la tuberculose (3).

Ce programme à long terme de recherches contrôlées englobait des sujets d'âge varié, les groupes comprenant des nourrissons nouveau-nés, tant avec que sans contact tuberculeux, des enfants de moins de 12 ans, des enfants de 2 à 18 ans, jusqu'à des infirmières stagiaires et des étudiants en médecine. La durée des périodes d'observations de ces travaux s'échelonna entre 8 et 15 ans.

Il fut démontré que la morbidité et la mortalité imputables à la tuberculose étaient principalement déterminées par le degré d'exposition, et que les conditions de logement, de nutrition et d'éducation ne constituaient que des facteurs secondaires. Les taux de morbidité et de mortalité les plus faibles furent relevés dans les cas où la vaccination par le BCG avait servi à compléter un programme antituberculeux intégral.

Selon le docteur Rosenthal, la viabilité du vaccin BCG, séché par congélation, demeure constante pendant un laps de temps pouvant se prolonger jusqu'à trois ans, si on le conserve à la glacière (4 degrés Centigrade). Une étude portant sur trois souches différentes de BCG montra que malgré les variations en étendue des lésions locales produites par l'injection intradermique de ces souches, elles accusaient des pourcentages égaux de conversion tuberculinique.

La vaccination fut effectuée par la méthode des ponctions multiples, à l'aide d'un mince disque en acier inoxydable muni de 36 pointes fines. Ce procédé est simple, donnant des résultats uniformes et n'entraînant presque pas de complications ou cicatrices.

Le taux de conversion obtenu moyennant telle méthode est élevé (90-100%) et supérieur aux résultats obtenus avec les méthodes parentérales. La conversion était de 92,3% chez les nourrissons nouveau-nés 42 à 47 mois après la vaccination.

* * *

Après avoir traité 100 malades cancéreux, le docteur William D. McCarthy, spécialiste des tumeurs, rapporte que « l'association thérapeutique de cortico-stéroïdes et de moutardes à l'azote a entraîné une palliation satisfaisante dans un bon nombre de cas avancés, et qu'elle n'a pas produit les sévères nausées, les vomissements et la dépression de la moelle osseuse habituellement notées après l'administration des seules moutardes à l'azote » (4).

D'après le docteur McCarthy, « de bien plus d'importance furent les extraordinaires rémissions, s'étendant jusqu'à des périodes de trois ans ».

Les cent malades étaient porteurs d'une vaste gamme de cancers et tous se trouvaient à un stade avancé ou terminal de la maladie. Le traitement ne fut institué que dans les cas dont le caractère évolutif avait été dûment déterminé par des procédés adéquats de chirurgie ou de radiothérapie, ou des deux conjointement.

La durée moyenne d'hospitalisation fut de cinq ou de six jours pour chaque série de traitements. Dès l'entrée à l'hôpital, on institua immédiatement l'administration d'ACTH ou de cortisone, précédant d'au moins douze à dix-huit heures la première des injections intraveineuses de moutardes à l'azote, que l'on poursuivit nuit et jour durant la période d'hospitalisation. Les injections intraveineuses de moutardes à l'azote furent donc commencées le matin du second jour à l'hôpital, et administrées quotidiennement pendant cinq jours.

La dose quotidienne moyenne de moutardes à l'azote était de 0,1 mg. par kilogramme de poids corporel. La dose la plus efficace d'ACTH variait entre 60 et 80 unités, administrées par voie intramusculaire toutes les six heures jusqu'au dernier jour du traitement, date à laquelle la dose était d'abord graduellement diminuée, puis la thérapeutique interrompue.

La cortisone, qui s'avéra plus efficace que l'ACTH dans le traitement du cancer du sein

et de la prostate, fut administrée par voie orale ou parentérale. La dose optimum variait entre 50 et 75 mg toutes les quatre heures, jusqu'à une dose totale de 300 à 450 mg. par jour. Après leur sortie de l'hôpital, les malades ayant reçu l'association de cortisone et de moutardes à l'azote furent soumis à une thérapeutique de doses d'entretien quotidiennes de 100 à 200 mg. de cortisone par voie orale, avec des compléments de 3 ou 4 g. de chlorure de potassium par jour, et mis à un régime sans sel.

On observa plusieurs cas où les tumeurs retrocédèrent après la première série de traitements, accusant une reprise rapide de la croissance d'un à trois mois plus tard. Tous les malades ayant démontré une bonne réponse à la thérapeutique initiale reçurent une seconde et une troisième série de traitements à un mois d'intervalle, comme mesure de précaution contre les rechutes.

L'association thérapeutique hormone-moutardes à l'azote fut explorée parce que les deux médicaments semblaient posséder « plusieurs attributs individuels complémentaires ». Selon

l'auteur, tous deux se sont révélés être anti-mitotiques et lympholytiques ; de plus, les moutardes à l'azote ont démontré des propriétés radiomimétiques, tandis que l'ACTH et la cortisone se sont avérés capables d'augmenter la radio-sensibilité de certains néoplasmes. Le pouvoir qu'ont les hormones de minimiser les symptômes de stress causés par des agents toxiques, tels que les moutardes à l'azote, plaide également en faveur de la thérapeutique combinée.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Joseph A. BELL et coll. Pharyngoconjunctival Fever. *Journ. of the Amer. Med. Ass.*, **157**: 1083, mars 1955.
- (2) Paul S. RHOADS et coll.: Bacteremia Following Tonsillectomy. *Journ. of the Amer. Med. Ass.*, **157**: 877, mars 1955.
- (3) Sol Roy ROSENTHAL: Standardization and Efficacy of BCG Vaccination Against Tuberculosis. *Journ. of the Amer. Med. Ass.*, **157**: 801, mars 1955.
- (4) William D. McCARTHY: The Palliation and Remission of Cancer with Combined Corticosteroid and Nitrogen Mustard Therapy. *The New England Journ. of Medicine.*, **252**: 467, mars 1955.

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

C. SCARINI. — **Une nouvelle technique bronchographique à l'aide d'une suspension de Lipiodol sulfanilidé.** "La Presse Médicale", 62: 204 (24 février) 1954.

L'auteur constate qu'une suspension de lipiodol sulfanilidé est supérieure au lipiodol simple, parce qu'il ne diffuse pas aussi rapidement dans les alvéoles et parce qu'il est sécrété plus complètement par la suite. Autant d'avantages dont les spécialistes devraient pouvoir profiter.

Paul-René ARCHAMBAULT.

J. F. KLINGHOFFER. — **Syndrome de Loëffler secondaire à l'emploi d'une crème vaginale.** (*Loeffler's syndrome following use of a vaginal cream.*) "Annals of Internal Medicine", 40: 343 (février) 1954.

L'infiltration pulmonaire de Loëffler avec son éosinophilie habituelle est maintenant reconnue comme une maladie allergique et l'allergène spécifique est souvent suspectée chez de plus en plus nombreux cas.

Or, l'auteur rapporte un cas de ce syndrome de Loëffler qui s'est développé chez une femme qui faisait usage d'une crème vaginale. Cette crème contenait un produit sulfonamidé. C'est le premier cas rapporté où la voie vaginale a causé cette sensibilisation. Comme il s'est ajouté des douleurs musculaires, des nausées, des vomissements, ces troubles prouvent bien que le poumon n'a pas été le seul organe atteint par cette réaction hypersensibilisatrice.

Ces faits démontrent bien que le syndrome de Loëffler peut produire des réactions plus

diverses qu'on ne le pense, bien que les signes pulmonaires soient toujours les premiers à attirer notre attention.

C'est réellement une maladie allergique où le poumon est le siège de la réaction la plus évidente, il faut bien l'avouer.

Paul-René ARCHAMBAULT.

CARDIOLOGIE

J. M. YOUNG et I. R. GOLDMAN. — **Tumeur métastatique du cœur.** (*Tumor Metastasis to the Heart.*) "Circulation", 9: 220 (fév.) 1954.

Les symptômes les plus fréquents des métastases cardiaques sont: tachycardie, dyspnée, toux, cyanose, douleur précordiale, arythmie, œdème des membres inférieurs; mais les symptômes ne permettent pas en soi de poser le diagnostic.

Le patient qui a des métastases cardiaques peut montrer un certain nombre de signes qui suggèrent le diagnostic: arythmie, frottement péricardique, insuffisance cardiaque réfractaire à la thérapeutique, épanchement péricardique souvent hémorragique, bruits cardiaques lointains et une pression artérielle qui diminue. L'examen radiologique, graphie et scopie, peut être utile. Ces signes comprennent une augmentation de l'image cardiaque par dilatation ou épanchement, et la fixation d'un contour du cœur. Le débit de symptômes ou signes de maladie cardiaque sans cause apparente chez un patient porteur d'un cancer est très suggestif d'atteinte cardiaque métastatique. Les modifications électrocardiographiques ont été bien étudiées par plusieurs auteurs et comprennent fibrillation auriculaire, flutter auriculaire, bloc de branche, bas voltage, changements de T, contractions auriculaires prématurées, tachycardie, dissociation A.V.

Les voies métastatiques sont les lymphatiques, le courant sanguin et une extension directe. Cette dernière voie est non habituelle

parce que le péricarde est une barrière solide contre l'invasion.

Le carcinome bronchogénique intéresse le cœur ordinairement par voies des lymphatiques médiastinaux. La moitié des cas de mélanomes malins ont des métastases cardiaques. Des lymphomes malins, le lymphosarcome lymphocytaire et lymphoblastique touchent le cœur le plus souvent. Ils intéressent en général l'épicarde et le péricarde. Les carcinomes du pancréas et de l'œsophage du sein se conduisent comme les lymphomes.

Cette étude a porté sur 476 patients qui sont morts de tumeur (les leucémies et les tumeurs du cerveau ont été éliminées). 91 fois le cœur était intéressé, soit une incidence de 19,1. Dans tous ces cas, il y avait des métastases en dehors du cœur.

Paul DAVID.

C. FERENCZ, A. L. JOHNSON et F. W. WIGLESWORTH. — **Sténose mitrale congénitale.** (*Congenital Mitral Stenosis.*) "Circulation", 9: 161 (février) 1954.

Les auteurs ont étudié neuf cas trouvés dans les archives du Children's Memorial Hospital et 34 cas dans la littérature.

Incidence depuis 1934: 0,43% de toutes les autopsies et 4,3% des autopsies avec des malformations cardiaques. Très grande fréquence de lésions associées du cœur ou des vaisseaux. 8 cas seulement sur 43, de sténose isolée. Lésions les plus fréquentes: aortiques, canal artériel — 2 cas de communication interventriculaire — Aucune de communication interauriculaire. Ce fait semblerait confirmer l'opinion que dans le syndrome de Lutembacher, la sténose mitrale est une lésion acquise. Des 43 cas, un seul a dépassé l'âge de 3 ans. Cette lésion semble donc avoir des conséquences graves car dans presque tous les cas, les autres lésions sont tolérées plus longuement. Les auteurs n'ont trouvé aucun critère permettant un diagnostic défini. 11 patients ont eu bonne santé puis eurent un début brusque de symptômes habituellement respiratoires. De la cyanose, souvent terminale, fut observée 19 fois. Rarement on observa le roulement ca-

ractéristique de la sténose mitrale. Plus importante semble l'accentuation de M1 et de P2. Dans l'ecg, une image d'hypertrophie droite fut toujours démontrée dans les précordiales.

Le diagnostic pourrait être soupçonné lorsque l'histoire suggère un œdème pulmonaire, lorsque l'image clinique d'entites connues comme une persistance du canal artériel ou une coarctation de l'aorte est atypique, lorsque l'ecg montre une hypertrophie disproportionnée du ventricule droit.

Un examen microscopique des poumons dans les 9 cas montre des changements importants semblables à ceux trouvés dans la maladie acquise.

Un traitement chirurgical de cette forme congénitale a été essayé. Un seul patient, d'après la littérature actuelle, aurait survécu. Dans les cas de lésions associées, on devrait réparer en même temps que la dite lésion la sténose mitrale.

Paul DAVID.

CHIRURGIE

F. W. FITCHETT, A. J. SAVITT et E. M. ALRICH. — **Le cancer de la vésicule biliaire.** (*Carcinoma of the gall-bladder.*) "Surgery", 18: 726-732 (mai) 1955.

L'article reprend l'étude du cancer de la vésicule biliaire à la faveur de 29 cas observés de 1936 à 1952 à l'hôpital universitaire de l'Université de Virginie. Pendant ce laps de temps, il y eut à cet hôpital 202 554 admissions de malades et 1020 interventions sur la vésicule biliaire. Les 29 cas relatés sont de ce nombre, soit une proportion de 4,4% des cas opérés pour la vésicule. Sur les 29 cas, il y avait 26 femmes et 3 hommes; le plus jeune avait 46 ans et le plus vieux 80 ans, la moyenne d'âge était de 65 ans.

Les signes cliniques constatés chez les 29 malades n'avaient rien de particulier, sauf qu'ils duraient depuis au moins un an. A l'examen, la douleur était fréquemment constatée à l'hypochondre droit, le foie était palpable

chez sept malades et la vésicule paraissait perceptible dans 12 cas.

Tous les 29 malades ont été opérés; chez 16 toutefois, l'opération, faite tardivement, n'a permis qu'une biopsie; 13 malades ont subi une cholécystectomie. Le diagnostic de cancer de la vésicule biliaire chez ces 13 malades n'a pas été fait avant l'opération, 6 cas ont été des trouvailles de l'examen histologique, mais 7 cas ont été reconnus par les signes macroscopiques à l'opération.

Des calculs ont été trouvés dans 18 cas sur 29, soit dans une proportion de 62%; 2 cas cholécystectomisés n'avaient pas de calculs et 9 cas étaient trop avancés pour que la présence de calculs puisse être constatée.

Sur les 29 cas, un seul a survécu plus de deux ans; 2 autres vivent et se sentent bien après un peu plus d'un an.

Le traitement par la simple cholécystectomie ne s'est donc pas avéré très efficace. Il semble donc qu'à la cholécystectomie devrait être ajoutées la résection hépatique partielle et l'exérèse complète des lymphatiques de la zone portale et hilaire du foie.

Edouard DESJARDINS

J. Leyton BARNES. — **La décompression au trocart dans l'occlusion intestinale aiguë du grêle.** (*Trocar decompression in acute small bowel obstruction.*) "Surgery", **37**: 542 (avril) 1955.

Dans l'occlusion intestinale aiguë du grêle, quelle qu'en soit la cause, les phénomènes généraux sont très rapidement graves. La distension par les gaz et les liquides de stase en amont de l'obstacle est le plus souvent très marquée et constitue un des problèmes qui aggravent la technique opératoire. Cette distension énorme des anses grêles favorise l'éviscération de celles-ci, dès la cavité abdominale ouverte; la sortie en masse et avec pression de ces anses crée un état de choc que l'anesthésiste constate aisément et n'aide en rien à la recherche par le chirurgien du siège et de la nature de l'obstacle.

L'auteur, contrairement à la coutume établie d'aller, dès le ventre ouvert, à la poursuite

de l'obstacle, cherche au contraire à décompresser d'abord les anses dilatées et ne se rend au siège de l'occlusion qu'après cette décompression. Cette méthode lui a rendu de précieux services, ainsi qu'à 17 de ses collègues qui, sous son inspiration, l'ont également mise en pratique.

Cette décompression consiste à introduire un trocart spécial dans une anse jéjunale dilatée; des points en bourse sont assujettis sur cette anse que le trocart perfore au centre de la boucle; puis les fils sont noués autour du trocart. L'instrument est ensuite introduit sur toute sa longueur dans la lumière intestinale. La succion est établie et l'évacuation se fait rapidement et sans contamination. La décompression désirée une fois atteinte, le trocart est retiré et la solution de continuité intestinale est fermée suivant la technique établie.

Dans la majorité des cas, une seule décompression est suffisante; l'auteur ne voit aucune objection toutefois à introduire le trocart dans une seconde anse grêle dilatée, si le ballonnement est très considérable. L'auteur est satisfait de son trocart, mais il est convaincu que tout autre instrument du genre peut rendre les mêmes services. Bien que la méthode ne soit pas strictement aseptique au sens rigoureux, elle n'apporte, si elle est bien faite, aucun très grand danger de contamination.

Nous avons personnellement déjà fait cette décompression à plusieurs reprises dans des cas d'occlusion grêle avec énorme distension et n'avons eu qu'à nous louer de cette méthode.

Edouard DESJARDINS

GASTRO-ENTEROLOGIE

R. COUJARD, J. CHEVREAU, H. DAUM et M. MAILLET. — **Lésion du tube digestif et de ses glandes consécutives à des agressions sympathiques à distance.** "Arch. Mal. App. Dig.", **43**: 907 (sept.-oct.) 1954.

Les auteurs expliquent comment l'étude, par l'un d'eux, du mode d'action des hormones morphogènes par l'intermédiaire du sympa-

thique, les a amenés à « étendre » la notion des phénomènes de Reilly; à la suite de destruction unilatérale de ganglions ou de fibres sympathiques (surtout dans la zone génitale).

Ils rapportent à la suite d'agressions diverses: phénolisations de l'uretère, fistules transversales du canal déférent, et compressions d'encéphaliques, des résultats généraux précoces, dont une part importante intéresse le tube digestif. Ils obtiennent ainsi des ulcères gastriques, des infarctus de la paroi gastrique, des infarctus et des ulcères coliques, et aussi une cirrhose biliaire.

Ces lésions s'accompagnent assez fréquemment d'infarctus du myocarde, de la surrénale et des lésions rénales presque constantes.

Quelquefois il se développe, en un temps variable, une véritable maladie ulcéreuse.

Des lésions tardives, tout aussi constantes, apparaissent après la constitution chirurgicale de fistules transversales du canal déférent, les lésions des fibres sympathiques du pédicule sous-maxillaire, ou la phénolisation de l'artère spermatique.

Les ulcères gastriques sont souvent cicatrisés, et présentent une métaplasie malpighienne.

Mais des ulcères jeunes coexistent habituellement. Les ulcus de l'intestin grêle et du côlon ne sont pas rares, et il peut même se développer une tumeur sur la cicatrice de l'ulcère. Les perturbations de la spermatogénèse sont souvent profondes et définitives.

Il apparaît qu'un lien étroit sympathique existe entre la glande salivaire et le testicule.

Les lésions sympathiques salivaires perturbent la spermatogénèse (mécanisme possible de l'orchite ourlienne), et réciproquement les lésions de la sphère génitale peuvent, parfois avec une fréquence surprenante, déterminer des tumeurs adénomateuses de la glande salivaire.

Les phénolisations ou sections envisagées atteignent inmanquablement les fibres sympathiques, tout comme une lésion localisée du diencéphale.

C'est cette lésion localisée du sympathique périphérique ou central se manifestant à grande distance, que les auteurs ont voulu établir, en soulignant que les lésions unilatérales sont plus graves que les lésions symétriques.

L'intérêt de cette étude est de souligner le rôle trophique du sympathique dans la croissance harmonieuse dans laquelle il pourrait agir comme organisateur.

Guy ALBOT.

PEDIATRIE

SILVER et NYHAN. — **Technique permettant l'examen radiologique du prématuré et du nouveau-né, sans les sortir de l'incubateur.** (*A technique for Roentgenographic examination of newborn, premature, or ill infants without removal from an incubator.*) "Pediatrics", 14: 666 (décembre) 1954.

Les auteurs décrivent une technique permettant l'examen radiologique du prématuré sans interruption de l'oxygénothérapie et sans modification du degré d'humidité et de température ambiantes.

Il s'agit simplement de remplacer le lit métallique et le matelas de caoutchouc de l'incubateur (Isolette, Air Shields Inc.) par un support de plastique transparent. Cette plate-forme mesure 66 cm. sur 35,5 cm. et repose à 5,5 cm. de la base. Lors de l'examen radiologique, on soulève de quelques pouces le couvercle de l'incubateur et l'on glisse sous cette plate-forme la cassette ordinaire de 25 cm. sur 30 cm. recouverte d'une enveloppe stérile.

Dès l'admission, le prématuré est posé directement sur cette plate-forme enveloppée d'une couverture de coton; il peut y demeurer pendant tout son séjour à l'hôpital.

Pendant le transport de l'incubateur au département de radiologie, on peut donner de l'oxygène à l'aide d'un petit ballon portatif placé dans l'armoire du cabinet. S'il se produit quelque retard au département, on connecte ou relie de nouveau l'appareil à une prise électrique. On coupera cependant l'électricité et l'administration d'oxygène pendant les quelques instants de la prise des films.

Les films sont habituellement pris à une distance de 100 cm., avec une puissance de 300 M.A. et 55 R.C. à 1/60^e de seconde.

On peut laisser l'incubateur dans le département de radiologie jusqu'à ce que le film soit développé; ce qui permet de répéter tout de suite l'examen si nécessaire, et cela, encore une fois, sans nuire aucunement au prématuré.

Robert SAINT-MARTIN.

NEURO-PSYCHIATRIE

H. PLEASURE. — **L'emploi d'une thérapeutique électro-convulsive chez 233 malades souffrant de maladie mentale et de tuberculose.** (233 patients with mental illness treated with electroconvulsive therapy in presence of tuberculosis.) "Am. J. Psych.", 111: 177 (septembre) 1954.

L'emploi de l'électro-convulsion en présence de tuberculose a toujours été un sujet de controverse dans le monde des psychiatres et des phtisiologues. L'opinion actuelle varie entre l'abstention la plus farouche et l'usage le plus libéral mais aucune étude complète n'avait été faite récemment sur cette question; aussi l'auteur nous apporte-t-il une contribution appréciable. La tuberculose est une maladie fréquente dans les hôpitaux pour maladies mentales tout autant que le tuberculeux est un terrain extrêmement favorable pour le développement de réactions psychiques morbides, surtout à base de dépression. L'auteur a commencé à traiter par électro-convulsion les patients souffrant de tuberculose et de maladie mentale en 1945; les premiers patients traités le furent avec beaucoup de précautions et seulement lorsque la tuberculose était bien stabilisée et il n'y a eu reprise de la maladie tuberculeuse que dans un cas sur 40. Ces premiers résultats ont permis d'étendre la thérapeutique et l'auteur emploie maintenant la méthode de sélection suivante:

A. — *Tuberculose active; indications urgentes pour E.C.T.*: en se basant sur les résultats obtenus l'auteur traite de prime abord, indépendamment de l'intensité ou de l'activité de la tuberculose, les dépressions sévères, les

cas de tentative de suicide, les catatoniques et les négativistes et enfin les cas d'agitation sévère. Il est cependant important de faire un diagnostic précis entre les psychoses vraies et les troubles mentaux causés par un délire, une méningite tuberculeuse, etc...

B. — *Tuberculose active; pas d'indication urgente pour E.C.T.*: 1) lorsque les lésions sont instables, seulement les cas qui offrent un bon pronostic psychiatrique reçoivent le traitement: schizophrènes catatoniques et paranoïdes, manie et mélancolie, etc... Lorsque c'est possible l'électro-convulsion est retardée pour permettre une cure et un traitement bio-chimique. 2) Les patients ayant des lésions pulmonaires stabilisées sont traités librement avec les mêmes indications que pour un patient ordinaire en comprenant que la maladie mentale est la plus importante.

C. — *Tuberculose inactive*: indications psychiatriques usuelles. L'auteur donne les conclusions suivantes de son travail qui s'étend sur plusieurs années d'évolution.

1. — Sur 160 patients avec tuberculose active il n'a été noté aucun envahissement hémotogène comme tuberculose miliaire ou méningée et aucune atteinte d'un organe éloigné.

2. — Dans 21,3% des patients avec tuberculose active, la tuberculose est devenue plus grave, mais il y avait une forte probabilité que ceci ne serait pas survenu si la condition mentale avait été améliorée par l'électro-convulsion, ou si la maladie n'avait pas été aussi avancée, et si les crachats avaient été négatifs. Lorsque l'E.C.T. n'amène pas d'amélioration symptomatique de la maladie mentale, il y a plus de 50% de chance que la tuberculose s'aggrave.

3. — Dans chaque groupe, celui où la tuberculose a été aggravée et celui où elle n'a pas été affectée, 66% des patients ont reçu 19 traitements ou plus.

4. — Lorsqu'il y a eu reprise de la maladie, cette reprise a été peu importante et facilement traitée lorsque le patient acceptait de coopérer.

5. — Les patients avec une tuberculose arrêtée ou inactive n'ont pas eu plus de rechutes après E.C.T. que le nombre présumé autrement.

6. — Le taux de mortalité n'a pas été augmenté dans cette série.

7. — Les médicaments antituberculeux ne furent pas très actifs pour prévenir ou traiter une reprise de la tuberculose chez les patients troublés; ils furent très efficaces dans le cas d'une rechute là où il y avait amélioration de la condition mentale.

J.-M. BORDELEAU.

H. E. LEHMANN. — **Résultats thérapeutiques par l'emploi de chlorpromazine (Largactil) en psychiatrie.** (*Therapeutic Results with Chlorpromazine (Largactil) in Psychiatric Conditions.*) "The C. M. A. J.", 72: 91 (15 janvier) 1955.

Ce travail apporte les résultats obtenus avec l'emploi du Largactil chez 283 malades mentaux à l'Hôpital Protestant de Verdun. Il débute avec un exposé des effets pharmacologiques de ce produit sur le système nerveux central. Il produit une inhibition affective, motrice et autonome et cela sans troubler de façon marquée les fonctions intellectuelles. De cette propriété inhibitrice découle son indication thérapeutique dans les maladies mentales, s'accompagnant d'agitation psychomotrice, qu'il s'agisse de schizophrénie, de manie, ou hystérie. Les résultats cliniques sont très souvent favorables et cela a permis d'apporter certaines modifications au traitement des malades agités.

L'auteur apporte ensuite l'analyse des résultats obtenus dans les différentes maladies mentales et insiste sur la valeur de ce médicament quand il est appliqué au tout début des réactions psychotiques. La durée moyenne des épisodes psychotiques se trouve écourtée même quand par la suite il faut associer des électro-chocs. Une forte proportion des schizophrènes avec des réactions psychotiques aiguës ont été améliorés. Plus élevé encore a été le nombre de maniaques contrôlés et guéris au moins momentanément.

Certaines maladies neurologiques telles que la chorée et le syndrome parkinsonien ont pu également bénéficier de ce traitement.

Les complications, en général peu graves, sont énumérées et analysées. Les complications hépatiques sont longuement étudiées.

Les doses, le mode d'administration, la technique générale du traitement sont exposés et, dans la partie finale, l'auteur fait quelques commentaires instructifs et pratiques.

Cet article est très utile car outre l'exposé des résultats obtenus on y trouve la description des mesures à prendre pour éviter ou réduire au minimum les complications qui peuvent survenir au cours de l'administration du Largactil.

Julio VASQUEZ.

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

D. D. DeWEESE. — **L'emploi du Benadryl contre le vertige labyrinthique.** (*Benadryl in the control of vertige.*) "The Laryngoscope", 64: 345 (mai) 1954.

Au cours des 4 dernières années, on nota l'action de plus en plus efficace des amines tertiaires (dramamine, benadryl, thorazine). Ils auraient une action élective dépressive sur le trigone du vague situé au plancher du 4^e ventricule, de même qu'une action antagoniste antivomitique à la suite de l'administration d'apomorphine, de morphine et d'ergot. Mais ces amines n'arrêtent pas les vomissements causés par une lésion gastrique. Leur action idéale se manifeste contre le mal de mer ou la maladie du mouvement et le vertige labyrinthique.

En 1951, McCawley, a constaté les heureux effets du Benadryl à raison de 100 mgs, dissous dans 10 cc d'eau distillée, administrée en injections sous-cutanée chez les opérés de fenestration chirurgicale du labyrinthe membraneux, qui cause toujours de forts vertiges.

L'A. modifia cette technique en administrant le 100 mgs de benadryl en injection intraveineuse soit dissous dans une seringue de 10 cc d'eau distillée lentement injectée ou ajoutée à 1 000 cc de sérum intraveineux so-

dique ou glucosé 5% soit pendant une ou deux fois par jour pendant 2 ou 3 jours. Quand les vertiges sont sous contrôle, la médication d'entretien s'effectue par la bouche, à raison de 50 mgms toutes les 6 heures pour une semaine ou deux, puis en diminuant.

Les indications thérapeutiques se partagent entre les quatre groupes de patientes que voici:

- 1) vertige post-opératoire à la fenestration;
- 2) vertige post-opératoire à mastoïdectomie ou évidemment pétro-mastoïdien;
- 3) crises vertigineuses de la maladie de Ménière;
- 4) vertiges associés à labyrinthite supprimée.

En conclusion, fort des résultats obtenus avec le benadryl, l'A. suppose qu'on devrait obtenir des effets analogues avec dramamine, thorazine, banthine, hydergine etc., contre les vertiges accompagnée de nausées et de vomissements.

V. LATRAVERSE.

DERMATO-SYPHILIGRAPHIE

B. G. CHESTER et B. SCHWIMMER. — **Verues acuminées périanales avec lésions muqueuses.** (*Perianal verruca acuminata with mucosal lesions.*) "A. M. A. Arch. of Dermatology", **71**: 149 (février) 1955.

Le fait que l'on peut trouver des condylomes acuminés sur la muqueuse rectale, au delà du point de jonction cutanéomuqueux, est souvent négligé. Les auteurs n'ont pu trouver qu'une seule référence à ce sujet dans la littérature médicale, de 1941 à 1955.

Ces verrues de la muqueuse rectale ne révèlent leur présence par aucun symptôme particulier mais elles méritent d'être recherchées parce qu'elles peuvent être la cause de récurrence des lésions périanales.

De décembre 1948 à septembre 1953, les auteurs ont fait, de routine, un examen au proctoscope dans tous les cas de condylomes périanaux qu'ils ont rencontrés. Dans sept cas ils ont trouvé des condylomes sur la muqueuse rectale. Ces lésions, détruites par électrofulguration, n'ont pas récidivé.

Tous les cas qui ne s'accompagnaient pas de lésions de la muqueuse rectale ont été traités au moyen de la résine de podophyllin.

Henri SMITH.

ANESTHESIE

Roy F. GODDARD. — **Etude de la réanimation et de l'établissement de la respiration des nouveau-nés par un travail d'équipe.** (*The Role of an Infant Resuscitation Team in Investigative Studies of Respiratory Onset at Birth.*) "Current Researches in Anesthesia and Analgesia", **34**: 1 (janv.-fév.) 1955.

La contribution de l'anesthésiologiste, du pédiatre et de l'accoucheur est essentielle dans la lutte contre la mortalité par déficience respiratoire.

On classe les nouveau-nés, qui ont besoin de réanimation, en trois catégories: ceux qui ne font aucun effort respiratoire, ceux qui respirent spontanément mais avec atélectasie partielle et, enfin, les enfants anoxiques qui bénéficient d'inhalation d'oxygène. Les enfants atteints simplement d'anoxie survivent habituellement tandis que ceux qui ont des troubles cérébraux importants courent de plus grands dangers.

On doit exiger de tout appareil à réanimation les caractéristiques suivantes: 1° distendre les poumons des nouveau-nés qui ne respirent pas seuls à la naissance; 2° corriger l'atélectasie partielle lorsqu'elle existe; 3° oxygéner les anoxiques; 4° humidifier et vaporiser les aérosols; 5° aspirer les sécrétions pharyngées, trachéo-bronchiques et stomacale; 6° être simple de manipulation tout en donnant une sécurité absolue. Une étude des différentes pressions utilisées et de la durée variable de cette pression a démontré qu'une distension des zones non-aérées des poumons ne peut être obtenue à moins d'y appliquer une pression inspiratoire positive minimum de 30 cm. d'eau pendant une durée minimum de 0,2 de seconde et que cette pression doit souvent être augmentée en raison de la résistance offerte au niveau des voies respiratoires, de la cage thoracique ou à l'intérieur de l'appareil. A la

suite d'une expansion initiale maximum, il est recommandable de diminuer graduellement la pression d'insufflation. Une période de pression négative alternée n'est pas profitable.

L'étude de la ventilation pulmonaire a été contrôlée chez les prématurés et chez les enfants à terme et on a établi que l'enfant normal d'un jour respire 64 fois à la minute avec une circulation d'air courant de 24 cc et un volume respiratoire de 1,44 litre à la minute tandis que le prématuré n'atteint rarement cette capacité respiratoire qu'après le vingtième jour. A la suite de ces constatations cliniques, on s'est appliqué de mettre au point un réanimateur qui permet d'obtenir une pression suffisante, avec la durée nécessaire pour distendre complètement les poumons, tout en mesurant le volume de gaz introduit à chaque impulsion et en tenant compte des pressions intrapulmonaires et de la résistance de la cage thoracique. Cet influx doit agir comme stimulant de la respiration chez les enfants.

Les auteurs ont perfectionné leur appareil manuel GBL (Goddard-Bennett-Lovelace) et ont établi certains principes de réanimation à observer: 1° obtenir des voies respiratoires libres; 2° arriver à un drainage du tractus respiratoire supérieur par drainage de position ou aspirations nasale ou pharyngée; 3° produire l'expansion pulmonaire par pressions positives intermittentes; 4° administrer de l'oxygène; 5° maintenir une température et humidité convenables; 6° lavage gastrique si nécessaire; 7° stimulants chimiques ou excitants réflexes.

Les deux premiers impératifs doivent s'exécuter à la sortie de l'enfant que l'on doit placer sur le dos avec un coussin au niveau du cou afin d'obtenir une hyperextension de la tête; la succion se fait au moyen d'un ca-

théter mou No 8. F. Si la respiration ne s'installe pas immédiatement, on donne de l'oxygène sous une pression positive de 50 à 60 cm. d'eau pour 15 à 20 impulsions avec une durée de 0,2 à 0,3 de seconde. Après une expiration, on succionne de nouveau et l'oxygène est appliquée cette fois à une tension de 20 à 40 cm. d'eau ce qui est habituellement suffisant pour inciter la respiration normale chez les nouveau-nés n'ayant pas de troubles cérébraux importants.

Lorsque le travail de réanimation s'est avéré efficace, il reste certains soins à ne pas négliger: 1° maintenir l'oxygénothérapie avec drainage postural, stimulants et chaleur; 2° conserver une humidité élevée par vaporisation de détergents ou aérosols; 3° éviter les régurgitations en ne surchargeant pas l'estomac mais en hydratant par voie hypodermique; 4° prévenir l'infection par asepsie parfaite et antibiotiques; 5° empêcher les hémorragies par des injections de vitamine K; 6° conserver leur énergie en les manipulant le moins possible; 7° adaptation progressive à son milieu extérieur.

L'auteur résume en affirmant qu'une réanimation efficace ne peut être faite qu'avec le concours de l'anesthésiologiste, de l'accoucheur et du pédiatre. Une expansion pulmonaire convenable ne peut être obtenue avec une pression moindre de 50 cm. d'eau; la durée de la pression à maintenir doit être de 0,2 à 0,3 de seconde. L'air courant d'un prématuré est considérablement moindre que celui d'un enfant à terme. L'appareil à réanimation G. B. L. répond à toutes les exigences en ayant un contrôle précis de pression, de durée et de volume en plus de sa simplicité et commodité d'utilisation.

Eug. ALLARD.

SOCIÉTÉS

"L'Union Médicale du Canada" publie les comptes rendus scientifiques de toute société savante de langue française de l'Amérique du Nord. Ces comptes rendus doivent cependant être rédigés succinctement en dactylographie par les secrétaires respectifs et être adressés, sans retard, à la Rédaction.

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL

Séance clinique,
tenue à l'hôpital de Verdun,
le mardi 7 décembre 1954

Présidence du Docteur René Rolland.

SYMPOSIUM SUR LA GÉRIATRIE

Une série de huit communications, limitées à sept minutes chacune, se rapportant aux différents systèmes les plus fréquemment touchés, nous fut donnée par les représentants des divers services de l'hôpital de Verdun. C'est ainsi que le Dr *Fernand Charest* nous montra, au moyen de radiographies et en nous rapportant trois cas, la nature silencieuse des tumeurs cérébrales chez les vieillards, qui nous porte à penser bien plus à des accidents cérébraux d'origine vasculaire, que néoplasique.

Le docteur *Gérard Beaudoin*, psychiatre, nous cause ensuite des symptômes d'anxiété chez les patients âgés. Ceux-ci peuvent être amoindris en faisant comprendre au patient qu'il vaut mieux s'occuper, avoir un « hobby », afin de minimiser les petits troubles physiques journaliers.

Les troubles de la nutrition, chez les vieillards, nous sont exposés par le docteur *Robert Lachance*. Il traite succinctement des avitaminoses, des états de dénutrition, d'obésité, de diabète, etc.

Les problèmes de chirurgie générale rencontrés en gériatrie sont aussi traités brièvement par le chirurgien *Jacques Prince*. L'âge physiologique du patient est un facteur plus important que l'âge chronologique. Il souligne les lésions les plus fréquentes rencontrées chez ces patients.

L'aspect cardiaque du problème gériatrique est souligné par le docteur *Georges Lachaine*, qui expose brièvement les maladies du cœur, les plus fréquentes, rencontrées chez les vieillards. Il parle de la conduite à tenir dans leur traitement, de même que de leur prévention.

Le docteur *Marcel Bélanger*, urologue, nous fait part de son expérience dans les traitements d'ordre urologique des vieillards. Ces méthodes devront toujours être les plus simples, les moins longues.

Les troubles respiratoires du vieillard sont exposés par le docteur *Guy Provost*. Il nous cause surtout de la broncho-pneumonie des personnes âgées et de l'emphysème pulmonaire.

Les troubles d'ordre oculaire du patient âgé sont exposés par le docteur *Gérard Pouliot*, qui nous parle des cataractes, du glaucome.

Quant aux troubles d'ordre auditif, c'est le docteur *Hubert Tougas* qui nous expose, d'une manière succincte et claire, le problème de la sclérose.

* * *

Séance spéciale,

tenue à l'hôpital Saint-Luc,
le 14 décembre 1954

Présidence du Docteur Paul Dumas.

Une séance spéciale de la Société Médicale de Montréal a été tenue, à l'hôpital Saint-Luc, le 14 décembre 1954.

Le but de cette séance était de fournir aux docteurs *Murray Stalker* et *Armand Rioux* l'opportunité d'expliquer aux médecins de la région de Montréal les buts, la nécessité et l'organisation sur un plan provincial d'un Collège de Pratique générale du Canada.

* * *

*Séance du 20 janvier 1955***Tenue au Cercle Universitaire**

Présidence de M. Paul Dumas

**Rapport du jury du Prix de la Société
Médicale de Montréal, octroyé par la
Compagnie Ciba**

Cet honneur échoit au docteur Albert Jutras, radiologiste de l'Hôtel-Dieu, pour son travail intitulé « La cholégraphie endoveineuse ». Le chèque, au montant de \$1,000.00, lui est présenté par le docteur Murphy, de la compagnie Ciba.

Conférence

La conférence inaugurale de l'année 1955 nous est donnée par le docteur Paul Dumas, président de la Société Médicale de Montréal.

D'une façon très compréhensive, il nous montre « Où va la médecine ». Esquissant succinctement les différentes phases par lesquelles la pratique de la médecine est passée, le conférencier nous fait comprendre les raisons pour lesquelles la médecine, telle que pratiquée aujourd'hui, est tout à fait différentes de celle d'hier. L'art médical a évolué, tout comme les autres sciences, mais ce n'est qu'au cours du dernier siècle, et plus précisément au cours des dernières cinquante années, que celui-ci, d'un bond prodigieux, a atteint des sommets inespérés jusqu'alors. Aussi, ce progrès très marqué de la science médicale en est-il un de travail d'équipe. Tous lui ont apporté leur contribution, chimistes, physiciens, bactériologistes, génétistes, etc. Aussi, la somme totale des connaissances médicales et paramédicales, telle qu'on la conçoit de nos jours, est niée à qui que ce soit, fût-ce l'être le plus doué sur terre.

« Où va la médecine », eh bien, le docteur Dumas nous a montré d'où elle venait et vers quels nouveaux horizons elle se dirige.

* * *

*Séance du 1er février 1955***Tenue à l'hôpital Sainte-Justine**

Présidence de M. Paul Dumas

Etant donnée la nature même de cette réunion, les membres furent dispensés de l'audition de la lecture du dernier procès-verbal.

Tous ceux qui s'étaient donné rendez-vous au nouvel immeuble de l'hôpital Sainte-Justine eurent l'occasion de voir différents exhibits scientifiques exposés par certains membres du Bureau Médical de cette institution. Les rapporteurs étaient tous à l'œuvre et à la disposition des membres de la Société Médicale pour répondre aux questions que voulaient bien leur soumettre ceux-ci.

Un excellent buffet fut servi aux visiteurs après la visite de cette exposition médicale.

* * *

*Séance du 15 février 1955***Tenue à l'Hôtel-Dieu de Montréal**Présidence de MM. Paul Dumas et
W. Scott**SYMPOSIUM SUR LA PSYCHANALYSE**

Le travail scientifique de la soirée consistait en un symposium sur la psychanalyse.

Tour à tour, messieurs Jean-Baptiste Boulanger, Jean-Pierre Labrecque, André Lussier et Miguel Prados nous exposèrent: le premier, ce qu'est la psychanalyse et ce qu'est un psychanalyste; le deuxième, les indications et contre-indications de la cure psychanalytique; le troisième, la collaboration nécessaire entre le psychanalyste et le médecin, et, le dernier, la neurophysiologie du processus psychanalytique.

Prirent part à la discussion générale: MM. les docteurs Roma Amyot, Jean Saucier, Paul Larivière, François Cloutier et Lucien Larue, de l'hôpital S.-Michel-Archange, de Québec.

L'exposé des rapporteurs, de même que la mise au point de ceux qui participaient à la discussion générale a eu pour effet de pro-

mouvoir une série de questions de la part de l'auditoire nombreux qui s'était rendu à l'amphithéâtre de l'Hôtel-Dieu pour assister à cette très intéressante soirée.

N'ayant pas d'avis de motion, ni de motion, pas plus que d'affaires nouvelles, la séance fut levée à minuit moins le quart, alors que tous et chacun regagnèrent leur foyer contents d'avoir assisté à une des belles réunions de la Société Médicale.

* * *

Séance du 1er mars 1955

Tenue à l'Hôtel-Dieu de Montréal

Présidence de M. Paul Dumas

Etude clinique de l'hibernation artificielle.

M. Gérard MIGNAULT

Ce travail présenté par le docteur Gérard Mignault, nous montre les avantages que peut rendre l'hibernation artificielle dans les traumatismes crâniens, troubles vasculaires cérébraux, cure de sommeil, hyperthermie d'origine centrale et en anesthésie. Pour mieux nous faire comprendre ce nouveau mode de traitement, il se servit de nombreux graphiques représentant l'abaissement de la courbe de température chez les cas précités.

La fenestration.

M. Léopold MARCHAND

Etant donné l'impossibilité dans laquelle se trouvait le rapporteur de nous montrer ce film, avec lequel il voulait faire voir ce qu'est la fenestration, il lui a fallu, au moyen de schémas sur le tableau, donner succinctement le procédé opératoire employé pour améliorer les porteurs d'otosclérose. Plusieurs questions, de la part de quelques oto-rhino-laryngologistes présents dans l'auditoire, ont eu pour effet d'éclairer certains points qui étaient demeurés obscurs au cours de la présentation.

La prostatectomie trans-vésico-capsulaire.

M. Jean-Paul BOURQUE

Ce troisième travail de la soirée nous montra les stages successifs par où est passé cette nouvelle technique d'extirpation des adénomes prostatiques.

C'est au moyen d'un film en couleur, d'une présentation excellente, que le docteur Bourque nous expliqua cette opération qui lui servit dans la préparation de ce rapport préliminaire de ses cent premiers cas de prostatectomie transvésico-capsulaire.

Le rapporteur eut à répondre à plusieurs questions de la part de l'auditoire intéressé, auditoire nombreux à cette intéressante présentation.

Le secrétaire des séances,
Pierre-A. TURGEON.

ASSOCIATION DES MÉDECINS CANADIENS EN FRANCE

Séance du Comité d'Orientation de la Maison Canadienne.

**Tenue à la Maison Canadienne,
le 15 décembre 1954**

La séance est présidée par le prof. R. Kourilsky, le docteur Hillemand et le docteur Chigot; le prof. Kourilsky est assisté du docteur Decroix.

De nombreux auditeurs parmi les médecins canadiens actuellement en France sont présents, ainsi que le docteur Camille Laurin et M. le directeur de la Maison Canadienne à la Cité Universitaire qui réserve à tous un très cordial accueil.

La séance est entièrement consacrée à la réorganisation du Secrétariat, à la coordination des différentes activités du Comité d'Orientation et à la discussion de la question de reconnaissance officielle de séjour dans l'enseignement en vue de l'obtention du Fellowship du *Collège Royal*.

Après une courte allocution de M. Lemay, directeur de la Maison Canadienne, il est pro-

cédé à l'élection du nouveau président de l'Association des Médecins Canadiens en France et le docteur Camille Laurin est élu à l'unanimité.

Le prof. Kourilsky prend alors la parole et expose les motifs essentiels de la réunion qui sont les suivants:

1° — Réforme du Secrétariat: une secrétaire permanente est attachée au comité et ses activités doivent être dirigées et coordonnées par le docteur Decroix, premier Médecin assistant du prof. Kourilsky, qui accepte ainsi d'aider dans sa tâche le professeur.

2° — L'enseignement: il est annoncé la création, par le doyen de la Faculté de Médecine, d'un Cours de Médecine Interne et des différentes spécialités, dont la durée sera d'au moins trois mois et auquel les Médecins Canadiens pourront participer.

3° — La question de l'enseignement des Sciences de Base est également discutée. A cet effet est décidée, lors de la prochaine Séance du Comité d'Orientation, la réunion avec les Membres du Comité d'un certain nombre de personnalités de la Faculté de Médecine de Paris, responsables de l'enseignement des différentes disciplines, dont le but sera de mettre sur pied les modalités pratiques d'application de cet enseignement. Il est spécifié que cet enseignement de Sciences de Base devra être fait sous la forme d'un Cours de révision dont la durée totale ne devra pas excéder un an, à raison de trois heures par semaine, soit 217 heures.

4° — L'amélioration de l'orientation et de la situation des Médecins Canadiens dans les Services Parisiens est également discutée; il est nettement spécifié que tout Médecin Canadien, conseillé à partir du Canada et recommandé à un Chef de Service, devra, le plus rapidement possible, en faire part, dès son arrivée, au Comité d'Orientation; à cet effet, une permanence sera assurée par le docteur Decroix, tous les matins, dans le Service du prof. Kourilsky, à l'hôpital Saint-Antoine. En outre, l'octroi des responsabilités étendues aux Médecins Canadiens dans les Services qu'ils fréquentent peut être facilement réglé par les Chefs de Service eux-mêmes.

A l'issue de cet exposé, une discussion libre est ouverte pour permettre de répondre aux questions des assistants.

En outre des précisions sont données au docteur Beauchêne et au docteur Cotton en ce qui concerne leur activité.

Un nouvel inscrit est enregistré: le docteur Laporte de Saint-Norbert, prov. de Québec.

La prochaine séance est alors fixée au 2e mercredi de janvier 1955; elle aura pour objet la discussion de l'enseignement des Sciences de Base avec la Commission prévue plus haut.

La conférence du docteur Hillemand: «Tendance de la gastro-entérologie française moderne» est reportée au 2e mercredi de février.

La séance est levée à minuit quinze.

NECROLOGIE

LE PROFESSEUR JULES TAILLENS (1871 - 1954)

La Revue *Pédiatrie* nous apprenait récemment le décès du professeur Jules Tailens, de l'Université de Lausanne, survenu à l'âge de 83 ans. Le doyen des pédiatres de la Suisse Romande avait été professeur de clinique infantile à la Faculté de Médecine, de 1917 à 1941, succédant au professeur A. Combe. Il avait collaboré à *L'Union Médicale du Canada* et publié, en avril 1923, un mémoire sur « Les maladies congénitales du cœur ».

Il convient de rendre hommage à ce grand clinicien, qui avait une vaste culture générale et une forte personnalité.

J'ai connu le docteur Tailens, en 1923, à la clinique infantile de Lausanne. Ses présentations de malades à l'amphithéâtre, deux fois la semaine, étaient des modèles de clarté et d'élégance. Sa formation et sa longue expérience clinique lui permettaient de parler avec autant d'aisance de la poliomyélite et des myopathies, que des troubles digestifs du nourrisson et de l'eczéma infantile.

Il nous a été permis de suivre dans son service un cas de maladie de Hirschsprung, dont nous avons publié l'observation dans les *Archives de Médecine des Enfants de Paris* et dans *L'Union Médicale du Canada*, au cours de l'année 1924.

Le docteur Tailens avait une influence et un prestige considérable à l'Association des Pédiatres de Langue Française, dont il avait présidé le Ve Congrès, à Lausanne, en 1927.

Il est l'auteur d'un livre sur « les enfants tuberculeux », publié en 1931, où il avait pris nettement position sur la question du BCG. Il avait collaboré au *Traité de Médecine des Enfants*, de Nobécourt et Babonneix, paru en 1934, et rédigé le chapitre sur les « affections des méninges ».

Le professeur Tailens, qui a été recteur de l'Université de Lausanne, de 1924 à 1926, laissera le souvenir non seulement d'un éminent pédiatre et d'un incomparable enseigneur, mais également d'un citoyen intègre, d'un homme de caractère et d'un véritable universitaire, conscient de ses hautes responsabilités.

Au nom de *L'Union Médicale du Canada*, nous prions Madame Tailens et ses enfants, particulièrement l'abbé Tailens, d'agréer nos sincères condoléances et l'expression de notre bien vive sympathie.

Paul LETONDAL,

*Président de l'Association des
Pédiatres de la Province de Québec*

NOUVELLES

CONGRÈS DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LA RIVE SUD

Le programme sommaire du Congrès de l'Association des médecins de la Rive Sud, tenu à Rimouski les 10 et 11 juin se lit comme suit:

10 juin - Vendredi - 8.00 p.m. — *Forum Médical Public — Amphithéâtre — Centre des Loisirs.*

Invités d'honneur: Drs Roméo Blanchet, Jean Bouchard, Armand Frappier, Jean Grégoire, Lucien La Rue, — Marc Trudel.

Réception offerte à nos Invités d'Honneur

11 juin - Samedi - 9.30 a.m. — Séance clinique à l'Hôpital de Rimouski — 12.00 a.m.: Déjeuner — « Rencontrez vos gouverneurs » — 2.00 p.m.: Forum Médical — Hôpital de Rimouski.

Invités d'honneur: Drs Carleton Auger, Paul David, Edouard-D. Gagnon, Fernand Grégoire, Jacques Genest, Jean Bouchard, Maurice Turcotte.

1.30 p.m.: Pour les dames: Institut Familial.

Visite d'une exposition; Conférence sur la peinture moderne par M. Guy Viau, artiste-peintre de Montréal et commentateur d'Art à la Télévision.

4.00 p.m. Pour les dames: Visite accompagnée, des studios de Radio et de Télévision. — Thé offert par les autorités des postes de Radio et de Télévision de Rimouski.

7.00 p.m. Coquetel.

8.00 p.m. Banquet: Hôtel St-Louis — Danse: Hôtel Rocher Blanc.

Le comité du Congrès de Rimouski est constitué des officiers suivants: Président: Jacques Ringuet, vice-président: J.-Octave Drapeau, secrétaire: Marcel Boudreau.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE-FRANÇAISE D'ÉLECTRO-RADIOLOGIE MÉDICALE

Une réunion de la Société Canadienne Française d'Electro-Radiologie Médicale a eu lieu à l'Hôpital St-Joseph, 779, rue Ste-Julie, Trois-Rivières, sous la présidence du docteur L.-A. Gagnier à la date du samedi 28 mai 1955 à 8.30 heures du soir.

L'ordre du jour comprend les communications suivantes:

1) Dr Jules Gosselin: Régistre radiopathologique: exposé des bases scientifiques; proposition et discussion. 2) Dr Henri Lapointe: a) Rapport sur le 5e Congrès Inter-Américain de Radiologie (Washington); b) Angio-cardiographie (film); 3) Dr Ls-Yvan Vallée: Etude radiologique des réactions pulmonaires

dans les maladies contagieuses de l'enfance. 4) Dr Jean-Jacques Garneau: Vérification de diagnostics radiologiques: présentation de clichés.

LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE QUÉBEC

La première séance de la nouvelle Société de Chirurgie de Québec a eu lieu le 14 mai 1955 au Château Frontenac. Après les discours d'usage, les membres de la Société ont entendu l'éloge funèbre du regretté doyen, le docteur Charles Vézina, prononcé par le docteur François Roy.

Les officiers de la Société de Chirurgie de Québec sont les suivants: président: docteur Paul Poliquin; président élu: docteur Florian Trempe; vice-président: docteur Louis-Philippe Roy; secrétaire-trésorier: docteur Wilfrid Caron, conseillers: les docteurs M. Elliot, François Roy, Jacques Turcot, Euchariste Samson et Hector Beaudet.

LA SOCIÉTÉ D'ORTHOPÉDIE ET DE TRAUMATOLOGIE DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

La Société d'orthopédie et de traumatologie de la province de Québec, a tenu une séance le 7 mai 1955 à 9.30 a.m. à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Cartierville.

Le programme se lisait ainsi:

1. Tumeur à myéloplaxe par le docteur P. Potvin.
2. Synovectomie — T.B. genou par le docteur G. Lafond.
3. Ostéochondrite disséquante de la hanche par le docteur Cusson.

4. Fracture de Colles par le docteur Henri Hébert.

11.00 heures — Elections

5. Désarticulation interscapulo-thoracique par le docteur Jacques Smith.

6. Coxa-vara congénital — Traitement par les docteurs G. Lafond et Paiement.

CONFÉRENCE À SAINT-HYACINTHE DES DOCTEURS JACQUES GENEST ET FERNAND GRÉGOIRE

Le docteur Jacques Genest de l'Hôtel-Dieu de Montréal et le docteur Fernand Grégoire de l'Institut Lavoisier ont été les invités du bureau médical de l'hôpital St-Charles à Saint-Hyacinthe le 15 mai dernier. Le docteur Grégoire a décrit le traitement

moderne de l'asthme et le docteur Genest a parlé du développement hétéro-sexuel et des nouvelles méthodes de diagnostic des désordres endocriniens.

CONFÉRENCE DU PROFESSEUR GEORGES BROUET

Sous les auspices de la Clinique des maladies du thorax de l'hôpital Notre-Dame, vendredi, le 13 mai 1955 le prof. Georges Brouet, de Paris, France a prononcé une conférence intitulée: Etude anatomique des lésions tuberculeuses après antibiothérapie prolongée sur pièces d'exérèses.

SÉANCE SCIENTIFIQUE À L'HÔPITAL SAINTE-JUSTINE

Le Bureau Médical de l'hôpital Sainte-Justine a tenu une séance d'étude le 30 avril 1955. Liste des travaux scientifiques: docteurs B. Gauthier et P. Labelle: La Banque d'os en orthopédie; docteur R. Destroismaisons: Présentation d'un cas de surdité complète secondaire à une thérapeutique à la streptomycine; docteur A. Royer: Derniers développements en thérapeutique de l'oxyurose.

NOMINATION DU DOCTEUR GEORGES GRÉGOIRE

On nous apprend que le docteur Georges Grégoire, directeur médical de la Ligue antituberculeuse de la province de Québec, vient d'être élu président du Chapitre canadien pour la province de Québec de l'*American College of Chest Physicians*.

BOURSIERS DU CONSEIL NATIONAL DE RECHERCHE

Le Conseil National de recherche (section médicale) annonce l'octroi de 26 bourses de spécialisation et de recherche en médecine. Parmi les titulaires de ces bourses, on remarque les docteurs Jean-Marie Loïselle et Jean-Yves McGraw de Québec, Bernard Thérien et Gérard Pepin de Montréal. Ces derniers seront attachés au laboratoire de recherche clinique de l'Hôtel-Dieu de Montréal. Le docteur Loïselle ira en biochimie à McGill et le docteur McGraw en physiologie expérimentale à Laval.

OFFICIERS DE L'ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE, DIVISION DU QUÉBEC

Lors de l'assemblée annuelle de l'Association médicale canadienne, division du Québec, on a procédé aux élections des officiers pour le prochain terme: —

Ce sont: président: le docteur Arthur Powers de Hull; président-élu: le docteur T. James Quintin de Sherbrooke; président de l'exécutif: le docteur W. de M. Scriver de Montréal; secrétaire: le docteur G. W. Halpenny de Montréal; trésorier: le docteur J. G. Howlett de Montréal. Les représentants de chaque région sont: le docteur Davidson (Ormstown) pour Beauharnois; le docteur Mooney (Farnham) pour Brome-Missisquoi; les docteurs Church (Aylmer) et Wallingford (Buckingham) pour Hull; les docteurs Craig, Georges Leclerc, H. S. Morton, Jacques Durivage, Crutchlow et McKins pour Montréal; les docteurs W. L. Delaney, J.-M. Lemieux et Renaud Lemieux pour Québec; les docteurs Bogert, Réal Lafond et J. Olivier pour Sherbrooke; le docteur J.-J. Garneau pour Trois-Rivières et le docteur Sylvio Leblond (Chicoutimi) pour le Lac St-Jean.

OFFICIERS DU COMITÉ PROVINCIAL DE DÉFENSE CONTRE LA TUBERCULOSE

Le bureau pour 1955-56 du Comité provincial de défense contre la tuberculose sera constitué des officiers suivants: président: docteur Alphonse L'Espérance de Québec; vice-président: docteur Hervé Beaudoin des Trois-Rivières; secrétaire: docteur Philippe Landry, Montréal; conseillers: les docteurs Armand Frappier, Montréal; Hermann Gauthier, Mont-Joli; Learn Phelps, Saint-Agathe; Gaëtan Jarry, Montréal; Marcel Verschelden, Montréal; Aimé Gagnon, Lac Etchemin; J.-J. Lecuyer, Maniwaki; Jean Grégoire, Québec et J.-A. Vidal, Montréal.

CONFÉRENCE SUR LA RESPONSABILITÉ DU MÉDECIN-CHIRURGIEN

L'hon. Yves Prévost, ministre des Affaires Municipales, a présenté récemment à Sherbrooke devant l'Association des Médecins de Langue Française des Cantons de l'Est une conférence sur la responsabilité du médecin-chirurgien. La réunion était sous la présidence du docteur Jean-Paul Fortier.

MADemoiselle BÉCLÈRE À LA SOCIÉTÉ CANADIENNE-FRANÇAISE D'ÉLECTRO-RADIOLOGIE MÉDICALE

La Société Canadienne-Française d'électro-radiologie médicale a organisé le 7 mai 1955, sous la présidence du docteur L.-A. Gagnier, un dîner-mixte en l'honneur de Mademoiselle Antoinette Béclère, fondatrice du Centre Antoine Béclère de Paris. Le dîner a eu lieu au club Saint-Denis et a été suivi d'une conférence avec projections en couleurs donnée par l'invitée d'honneur sur les activités du centre An-

toine Bécélère. Celle-ci a été présentée par le président de la Société, le docteur L.-A. Gagnier et remerciée par le docteur Albert Jutras.

SOUTENANCE DE THÈSE EN PHYSIOLOGIE

Mademoiselle Marthe Demers a soutenu à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal une thèse pour l'obtention d'un doctorat (Ph.D.) en physiologie le 16 mai 1955. Le sujet de la thèse se lisait: Métabolisme de l'Adénosine triphosphate au cours de la sénescence.

SOUTENANCE DE THÈSE EN BACTÉRIOLOGIE

M. François Twoo Takahashi a soutenu à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal une thèse pour l'obtention d'un doctorat (Ph.D.) en bactériologie le 16 mai 1955. La thèse portait sur l'étude du déterminisme de la lyse du sarcinata lutea par le lysozyme et la variation du taux en lysozyme dans différents sérums.

ELECTIONS À LA SOCIÉTÉ D'ORTHOPÉDIE DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

Lors de l'assemblée annuelle de la Société d'Orthopédie de la province de Québec, on a procédé à l'élection de l'exécutif pour le prochain terme qui sera ainsi formé: président: le docteur J.-Léo Walker; vice-président: le docteur Roger Gariépy; secrétaire: le docteur E. Lépine; trésorier: le docteur P. Potvin; président sortant de charge: le docteur Rossignol.

LA SOCIÉTÉ CANADIENNE D'OPHTALMO-OTOLARYNGOLOGIE

La Société canadienne d'ophtalmo-otolaryngologie a tenu une séance le 7 mai 1955 à l'hôpital Ste-Foy, 2705 Blvd Laurier, Ste-Foy, Québec.

Le programme de la séance comportait: 8.30 a.m.: Présentation de malades.

9.00 a.m.: Section d'O.R.L. (président: docteur F. Letarte).

1. Cholestéatome primitif: docteurs R. Blais et L. Michaud.

2. Symposium sur la maladie de Ménière.

a) Anatomie, physiologie labyrinthique, étiologie: docteur P. Fugère.

b) Description clinique, diagnostic différentiel: docteur M. Caux.

c) Méthodes d'examen labyrinthique: docteur R. Lavoie.

d) Traitement: docteur B. Morin.

10.15 a.m.: Section Ophthalmologie (président: docteur J. Boulanger)

1. Symposium sur la réfraction.

a) Examen objectif: la skiascopie: docteur M. Plamondon.

b) Examen subjectif: docteur A. Plante.

c) Correction du presbyte: docteur C. Gélinas.

d) Correction de l'aphaque: docteur J. Audette.

e) L'examen cyclopégique: docteur M. Rochette.

f) Lunetterie: docteur J. Boulanger.

11.30 a.m.: Séance plénière sous la présidence du docteur P.-E. Julien. (élection d'un nouveau conseil exécutif).

1.00 p.m. Déjeuner au Cercle Universitaire de Québec.

LE DOCTEUR JACQUES FORTIER, CHEF DE SERVICE

Le Bureau d'Administration de l'Hôpital Notre-Dame a nommé récemment sur la recommandation du Conseil médical, le docteur Jacques Fortier, chef du service d'Obstétrique, en remplacement du docteur Donatien Marion, démissionnaire et élu médecin honoraire.

LE DOCTEUR PAUL LETONDAL DÉLÉGUÉ AU XV^e CONGRÈS DES PÉDIATRES DE LANGUE FRANÇAISE À MARSEILLE

Le docteur Paul Letondal, médecin à l'Hôpital Ste-Justine et pédiatre consultant à l'Hôpital Général de Verdun, était le délégué officiel du Ministère de la Santé de la Province de Québec et de la Société de Pédiatrie de Montréal au XV^e Congrès des Pédiatres de Langue Française, qui avait lieu à Marseille les 23, 24 et 25 mai dernier, sous la présidence du Prof. Paul Giraud.

DÉCORATION CONFÉRÉE AU DOCTEUR ORIGÈNE DUFRESNE

S. Eminence le Cardinal Paul-Emile Léger a procédé dans la chapelle de l'Université de Montréal vendredi le 13 mai 1955 à l'investiture du docteur Origène Dufresne comme chevalier de l'Ordre Equestre de Saint-Sylvestre. Le docteur Origène Dufresne a présidé la session de Pax Romana qui s'est tenue à Montréal.

SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE

La réunion annuelle de la Société Canadienne de Pédiatrie aura lieu cette année du 15 au 18 juin, à Québec. Cette réunion aura l'envergure d'un véri-

table congrès, puisqu'elle sera tenue conjointement avec la British Pediatric Society, l'American Pediatric Society et l'American Pediatric Research Society. A cette occasion, une soixantaine de communications seront présentées et l'on s'attend à la présence d'un très grand nombre de pédiatres dans la vieille capitale.

ASSOCIATION DES PÉDIATRES DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

L'Association des Pédiatres de la Province de Québec, fondée à Montréal en 1949, a tenu son assemblée générale annuelle le 14 mai dernier, à Québec, au Château Frontenac, sous la présidence du docteur Albert Guilbeault.

Dans son allocution comme président sortant de charge, le docteur Guilbeault remercia ses collègues de leur coopération et profita de la circonstance pour rendre hommage au président-fondateur, le docteur Paul Letondal, ainsi qu'au secrétaire, le docteur de la Broquerie-Fortier. Ce dernier souligna dans son rapport le succès de la séance conjointe avec les médecins hygiénistes de la ville de Montréal, le 26 mars dernier, et de la réception civique qui suivit la réunion.

Au cours de l'année 1955-56, les destinées de l'Association seront dirigées par un nouvel exécutif, qui est le suivant: président, le docteur Alan Ross; 1er vice-président, le docteur J.-Henri Charbonneau; 2ième vice-président, le docteur Harry L. Bacal; secrétaire, le docteur de la Broquerie-Fortier; trésorier, le docteur Isobel L. Wright; directeurs, les docteurs Roland Thibodeau, Albert Royer, R.-L. Denton et Marcel Langlois.

BCG À 7 666 PERSONNES

Durant le mois de mars, il y a eu dans les territoires desservis par les Unités sanitaires de la Province de Québec, 322 cliniques anti-tuberculeuses au cours desquelles les spécialistes ont examiné 6 284 personnes. Il ont fait 1 773 visites à domicile et procédé à 5 333 épreuves à la tuberculine. Pendant cette même période, 7 666 personnes ont reçu le vaccin contre la tuberculose (BCG).

CLINIQUE À MONTRÉAL POUR ÉPILEPTIQUES

L'hon. Paul Martin, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, annonce aujourd'hui que l'Institut neurologique de Montréal recevra une subvention fédérale de \$10,100. Cette subvention contribuera à l'établissement d'une clinique pour épileptiques

de tous les âges. Cette clinique s'occupera des recherches et de la réadaptation.

M. Martin fait remarquer que l'épilepsie est une maladie plus commune au Canada qu'on ne le croit. Peu d'épileptiques, cependant, ont besoin d'un long traitement dans une institution. Avec les soins voulus, quatre épileptiques sur cinq peuvent mener une existence normale.

MALADIES CONTAGIEUSES

Les hygiénistes du ministère provincial de la Santé ont dépisté 1 394 personnes souffrant de maladies contagieuses dans le courant du mois de mars. Par suite de ce fait, ils ont dû examiner 10 117 contacts et cas suspects et visiter 822 écoles dont ils ont exclu 1 146 enfants. Le nombre des maisons visitées a atteint 1 275.

Durant la même période, dans les régions desservies par nos Unités sanitaires, on a immunisé 2 624 enfants contre la diphtérie, chacun ayant reçu les trois injections requises. On a également conféré 2 279 immunisations de rappel.

Rappelons encore une fois à tous que c'est un devoir pour chacun de nous de tendre tous nos efforts et nos énergies à la sauvegarde et à l'accroissement de notre capital le plus précieux, notre capital humain. C'est en protégeant l'enfant contre la variole, la diphtérie, la coqueluche et les autres maladies infectieuses qui menacent sa santé et sa vie que nous parviendrons à préserver et à accroître ce capital.

AIDE FÉDÉRALE À CINQ HÔPITAUX ONTARIENS

L'hon. Paul Martin, ministre fédéral de la Santé, annonce aujourd'hui que cinq hôpitaux ontariens recevront un montant global de \$92 352 en subventions nationales à l'hygiène.

Les religieuses du Bon-Pasteur de Québec recevront \$58 756 comme subvention à la construction de l'hôpital St-Cœur-de-Marie, à Hawkesbury. Ce nouvel hôpital public aura 44 lits pour le traitement des maladies aiguës, une pouponnière, un centre de santé et une maison d'infirmières.

L'hôpital général de Kingston recevra \$17 873, qui seront attribués à la transformation en laboratoire d'une partie de ses immeubles actuels.

Une subvention de \$7 400 permettra au *Toronto East General and Orthopaedic Hospital* d'agrandir son service de radiographie.

Une subvention de \$5 500, à l'hôpital St-Joseph, à Kenora, contribuera à l'addition de 11 lits à sa

maison d'infirmières. Quant au *Humber Memorial Hospital*, de Weston, il reçoit une subvention de \$2 823 afin de développer son service de diagnostic.

On est prié d'adresser toute demande d'information au Secrétaire général, Dr Paul H. Holinger, 700 North Michigan Ave., Chicago 11, Illinois, U.S.A.

SIXIÈME CONGRÈS INTERNATIONAL D'OTOLARYNGOLOGIE

Le Sixième Congrès International d'Otolaryngologie aura lieu à Washington, D.C., du dimanche 5 mai au vendredi 10 mai, inclus sous la présidence du docteur Arthur W. Proetz. La souscription pour les Membres a été fixée à 25 dollars (U.S.A.) Cette souscription donne le droit d'assister à toutes les sessions officielles du congrès à l'exception du banquet. Les personnes accompagnant les Membres peuvent être inscrites en qualité d'Associés pour la somme de 10 dollars.

Les sujets choisis pour les sessions plénières (combinées), qui auront lieu dans la matinée de lundi, mercredi et vendredi, seront: 1. Suppuration chronique de l'os temporal; 2. Maladies collagènes de l'appareil respiratoire; 3. Le papillome laryngé.

Des autorités de réputation internationale ouvriront la discussion de chacun de ces sujets.

Les Membres sont invités à participer au programme de deux manières: 1. Contributions à la discussion des sujets choisis, limitées à 5 minutes. 2. Communications originales, limitées à 15 minutes. Les communications devront être adressées dans l'une des quatre langues officielles: Anglais, Français, Allemand, Espagnol.

Des films seront présentés continuellement excepté au cours des sessions plénières. Il y aura également des expositions scientifiques et techniques.

Un programme intéressant de voyages d'agrément, de réceptions et de visites aux points d'intérêt de Washington même et de ses alentours est actuellement à l'étude.

20 263 CAS DE MALADIES INFECTIEUSES EN 1954

Au cours de 1954, dans la province de Québec, il y a eu 20 263 cas de maladies infectieuses dont 8 186 avaient été déclarés et 12 077 dépistés. Il a fallu examiner 119 638 contacts et cas suspects, visiter 14 692 habitations et 8 717 écoles d'où l'on a exclu 7 702 enfants.

117 736 PERSONNES EXAMINÉES POUR LA TUBERCULOSE

Durant l'année 1954, dans les territoires desservis par les Unités sanitaires de la province de Québec, les spécialistes en tuberculose du ministère de la Santé ont tenu 2 876 cliniques au cours desquelles ils ont examiné 117 736 personnes et procédé à 66 027 épreuves à la tuberculine. En plus, ils ont fait 25 248 visites à domicile. D'autre part, pendant l'année qui vient de finir, on a vacciné contre la tuberculose (B.C.G.) 91 803 personnes.

On ne saurait trop insister sur l'importance de l'examen médical et de la radiographie des poumons quand il s'agit de prévenir la phtisie. Une tuberculose pulmonaire peut être découverte bien avant qu'on en ressente les atteintes. Si l'examen révèle que vos poumons sont parfaitement sains, vous n'en serez que plus heureux. S'il indique que vous avez déjà surmonté une attaque, vous en serez certainement satisfait et si la peste blanche commence de s'attaquer à votre organisme, vous aurez l'avantage de pouvoir vous faire traiter immédiatement.

REVUE DES LIVRES

Practical Fluid Therapy in Pediatrics. —

Fontaine S. HILL, M.D. Collège de médecine de l'Université du Tennessee, Memphis. Un vol. de 273 p. W. B. Saunders Co., édit., Philadelphie, 1954. (\$7.50).

Voici un livre qui rendra service: chez l'adulte, on est plus au courant des quantités et de la qualité des liquides à administrer; chez l'enfant, on hésite davantage: peu de livres en effet donnent les sortes de liquides qu'on doit préférer suivant les circonstances; peu de livres aussi donnent les quantités de liquides à prescrire alors que l'exactitude s'impose particulièrement chez l'enfant.

L'auteur, un pédiatre, explique dans la préface trois raisons pour lesquelles les troubles électrolytiques apparaissent plus fréquemment chez les enfants:

1°. Les échanges quotidiens en eau sont relativement plus marqués.

2°. L'incidence des vomissements et des diarrhées est plus fréquente.

3°. La correction rénale est moins efficace, particulièrement chez le tout-petit.

Le livre est divisé en trois parties: une première traite des principes de base indispensables à une bonne compréhension de la thérapie électrolytique: elle s'accompagne d'un glossaire: partie indispensable mais aride. La seconde partie est plus intéressante: l'auteur traite du diagnostic et du traitement des conditions cliniques; sous chaque chef de maladies, le pédiatre résume la symptomatologie, explique brièvement la physiologie pathologique, note les examens de laboratoire nécessaires ou utiles, donne le traitement.

En troisième partie, l'auteur expose les diverses techniques pour obtenir du sang chez l'enfant, et les façons variées d'administrer des liquides par voie parentérale.

En voici d'ailleurs les divisions:

1ère Partie: Principe de base et leur signification clinique.

Chapitre 1: Rôle de l'eau dans l'organisme.

Chapitre 2: Composition électrolytique normale du sang, du plasma, du liquide interstitiel, du liquide intra-cellulaire, des sécrétions gastriques.

Chapitre 3: Anomalités électrolytiques.

Chapitre 4: Régulation liquidienne rénale et équilibre électrolytique.

Chapitre 5: Déshydratation et intoxication aqueuse.

2ème Partie: Diagnostic et traitement des divers syndromes.

Chapitre 6: Solutions à administrer par voie parentérale.

Chapitre 7: Diarrhée.

Chapitre 8: Coma diabétique.

Chapitre 9: Thérapie liquidienne chez les rénaux.

Chapitre 10: Sténose pylorique et vomissements.

Chapitre 11: Thérapie des liquides dans l'infection aiguë.

Chapitre 12: Empoisonnement par les salicylates.

Chapitre 13: Thérapie des liquides en chirurgie.

Chapitre 14: Thérapie des liquides dans les brûlures.

Chapitre 15: Acidose et alcalose respiratoires.

3ème Partie: Techniques.

Chapitre 16: Comment obtenir du sang.

Chapitre 17: Comment donner des liquides par voie parentérale.

On le voit donc par la table des matières, ce livre rendra service aux médecins de médecine générale et particulièrement aux anesthésistes et aux pédiatres.

François CLICHE.

Médecine légale judiciaire, par C. SIMONIN. 70 expertises médico-judiciaires — 448 figures, 50 tableaux. Troisième édition entièrement revue et augmentée. Ouvrage couronné par l'Académie des Sciences — Prix Chaussier, 1947. — Librairie Maloine, édit., Paris, 1955.

Avec cette 3e édition qui compte 1 054 pages, le *Précis de Médecine légale judiciaire* a subi une cure importante de rajeunissement. En effet, tous les chapitres ont été révisés, complétés, et ont bénéficié des travaux français et étrangers les plus récents; chaque page a été revue et amplifiée.

La division des grands chapitres a été maintenue:

Médecine légale générale où la Criminologie contemporaine et la Simulation médico-légale occupent une place particulière.

Médecine légale traumatologique où les « Accidents d'automobiles », les « Affections médicales d'origine traumatique » et « L'Expertise médicale du dommage physique » ont été développés pour répondre aux exigences des nombreux médecins et chirurgiens experts, et des médecins-conseils, consultés fréquemment sur ces intéressantes questions.

Médecine légale sexuelle où la « Recherche de la paternité » a profité des derniers progrès apportés par les travaux de biologie humaine.

Médecine légale toxicologique que les procès d'actualité, les empoisonnements accidentels si fréquents et les ravages causés par l'alcoolisme, portent à l'ordre du jour.

Médecine légale thanatologique où l'autopsie médico-légale apparaît comme une opération destinée à « faire parler un cadavre » pour éclairer la Justice.

Médecine légale criminalistique qui montre comment l'identification d'un squelette ou l'étude des « témoins scientifiques » — traces biologiques, sang, sperme, cheveux, poils, empreintes digitales, etc. — conduisent à la découverte d'un fait judiciaire et de son auteur.

Médecine légale psychiatrique qui traite en particulier de la détection du mensonge, de la narco-analyse et du suicide.

La mise à jour a consisté également à accen-

tuer le caractère pratique de l'ouvrage pour qu'il devienne à la fois un Précis, un Album et un Guide.

Dans ce sens, l'illustration du texte — qui est le paysage d'un livre — a été enrichie de 150 figures et tableaux.

Pour montrer l'application pratique des vastes connaissances indispensables aux médecins pour remplir « en honneur et conscience » les missions toujours graves et importantes que leur confient les Tribunaux, des Expertises médico-judiciaires typiques, au nombre de 70 appartenant à tous les chapitres et évoquant des « drames humains », sont présentées sous le titre « La Médecine au service de la Justice ».

Enfin, un Index alphabétique très complet permet de trouver très rapidement le renseignement cherché.

Médecins, Chirurgiens, Spécialistes, Toxicologues, Magistrats, Avocats, Officiers de gendarmerie, Commissaires et Inspecteurs de police, placés devant les problèmes médicaux ou biologiques que soulève l'application des lois pénales, civiles ou sociales, vous consulterez avec intérêt et profit cet ouvrage où la « Médecine légale moderne » se présente comme une discipline réaliste, vivante et sociale.

Les monographies médicales et scientifiques

— La Revue mensuelle de l'omnipraticien. Directeur: Dr Jean Garnier, 30 rue des Saints-Pères, Paris 7.

Nutrition, fasc 3 (Maigreurs et amaigrissements) — Décembre 1954 — 76 pages, 12 clichés, par le Pr Ag. Gilbert-Dreyfus. Etude clinique et thérapeutique des différentes formes de maigreurs. Numéro spécial: 200 fr.

La maladie rhumatismale — Janvier, février 1955 — 92 pages, 14 clichés, par les Drs Ablard et Larcen, préface du Pr de Lavergne. Etude clinique et thérapeutique des différentes formes de rhumatisme articulaire aigu, avec quelques schémas d'ordonnance. Numéro spécial: 200 fr.

Monofilms — Revue trimestrielle spécialisée — Directeur: Dr Jean Garnier, 30 rue des Sts Pères, Paris 7.

Revue de luxe, sur papier couché, de présentation entièrement originale: clichés radiographiques *en plein texte, sans légendes, sans renvois aux figures avec dessins explicatifs à la gouache.*

No 2 — L'Ulcère du bulbe, 116 pages, format 21/27, avec 183 clichés radiographiques et dessins explicatifs, par les Drs R. A. Gutmann et J. Daoud. Etude radiologique du duodénum normal et des différentes déformations de l'ulcère bulbaire (niche, encoche, aspect diverticulaire, rétrécissement, aplatissement et sténose), suivie d'un chapitre de thérapeutique.

La médecine au temps des Pharaons, par le docteur Naguib RIAD. Un vol. de 320 pages, avec 71 figures (1.800 fr.). — Librairie Maloine, édit., Paris, 1955.

Cet ouvrage comble une importante lacune, car jusqu'à présent les ouvrages traitant de l'Histoire de la Médecine ne consacraient que quelques pages à la médecine Egyptienne.

Cependant les sciences médicales égyptiennes sont infiniment vastes et méritent une importance beaucoup plus grande.

Hippocrate a d'ailleurs tiré la plus grande partie de sa médecine des Egyptiens. Cette médecine a été perfectionnée en Egypte pendant plus de 4 000 ans avant notre ère. Elle est même arrivée à résoudre beaucoup de problèmes que l'Europe et l'Amérique abordent à peine aujourd'hui.

Plusieurs facteurs ont motivé et permis la publication de cet ouvrage:

1° Le progrès immense que l'on a fait depuis Champollion dans le déchiffrement de la langue égyptienne antique.

2° L'introduction de l'Histoire de la médecine dans les programmes de plusieurs Facultés de Médecine.

3° L'effort prodigieux des missions scientifiques de fouilles, qui a permis de découvrir une grande documentation sur l'Egypte ancienne et ses sciences.

4° Les études très poussées sur les momies égyptiennes par les radiographies, les autop-

sies, les examens histologiques et même bactériologiques.

5° La vérification par les savants modernes des données et des recettes mentionnées dans des papyrus datant de 3 500 ans.

6° La découverte du Papyrus Edwin Smith, qui a mis fin à toutes les accusations, niant la valeur médicale égyptienne, en montrant que la connaissance de la chirurgie et de la médecine au temps des Pharaons équivalaient à nos connaissances médicales d'aujourd'hui.

Cet ouvrage, dans lequel sont exposées toutes les connaissances sur la Médecine au temps des Pharaons est d'une importance capitale non seulement pour l'histoire de la médecine, mais aussi pour celle de la Pensée, dont il reconstitue la première étape incontestable sur le chemin de la Science.

Stratégie et tactique en chirurgie abdominale d'urgence, par Charles CLAVEL. Un vol. de 580 pages, avec 37 fig. (Broché: 3.200 fr.; cartonné toile: 3.800 fr.). — Masson et Cie, édit., Paris, 1955.

Cette importante monographie se présente comme un « essai », basé sur les faits, sur le dépouillement de plus de 6 000 observations recueillies en vingt-deux ans, ne cachant rien des difficultés de la chirurgie abdominale d'urgence, ni de ses opprobres, ni de ses échecs ».

A la lumière d'une déjà longue expérience, l'Auteur fait la place aux acquisitions valables et qui ont déjà fait leurs preuves, à côté de « l'acquis solide, des chances considérables de succès données par une manière de faire qui a subi l'épreuve du temps ».

On a déjà beaucoup traité de la Chirurgie Abdominale d'urgence. Mais il s'agit, rappelons-le, d'une branche de la chirurgie qui comporte, dans certains cas, une mortalité de vingt à trente pour cent (occlusions, péritonites en deux temps, péritonites dites généralisées), et même de cinquante pour cent (pancréatites hémorragiques, infarctus, volvulus sphacelés, iléus biliaires, etc...). Elle mérite donc d'être étudiée de près. D'autre part, le progrès, en Art, n'est pas toujours technique et collectif, il comporte un élément

individuel qui existe pour chaque artiste au fur et à mesure qu'il avance dans sa carrière. N'est-il pas utile qu'un praticien de la chirurgie abdominale d'urgence rapporte, sans fard, toutes ses observations et décrive toute l'évolution de ses idées au cours d'une carrière de plus de vingt-deux ans?

Certes les « Diagnostiques Urgents (Abdomen) » de Mondor atteignent la perfection au point de vue clinique. Les questions d'indication opératoire, de technique, sont exposées dans d'autres ouvrages. Mais les candidats aux concours, les chirurgiens de garde, les chirurgiens isolés dans les villes de province, les médecins praticiens, ressentent sans doute le besoin d'un ouvrage précis, montrant comment la Clinique, la Technique, s'intriquent intimement dans l'exercice de l'art chirurgical, surtout lorsqu'une occlusion, une péritonite, une hémorragie interne, un « syndrome abdominal X » (il y en a encore), nécessitent une décision prompte d'intervention ou d'abstention.

Quel ouvrage indique comment, au cours de la laparotomie d'urgence, l'exploration parfait et parfois corrige le diagnostic, comment un plan opératoire doit être modifié vite et bien, comment on peut redresser la situation pendant une bataille qui menace d'être perdue?

La « stratégie » (diagnostic, préparation des malades, problèmes humoraux), est aussi importante que la « tactique » (complément de diagnostic obtenu parfois en cours d'intervention, et modifications possibles de l'opération antérieurement prévue).

Enfin, la question angoissante des interventions itératives (réinterventions), pendant les suites opératoires immédiates d'une intervention abdominale, se pose encore quelquefois, et les travaux d'ensemble concernant ce sujet difficile ne sont guère nombreux. Les gastrectomies, les colectomies, les opérations gynécologiques, les opérations sur les voies biliaires, les néphropexies, les néphrectomies, sont loin d'avoir régulièrement des suites idéales. Ce chapitre expose avec franchise les suites opératoires difficiles, l'indication et le mode de réalisation des interventions itératives.

Divisions de l'ouvrage

Généralités: Historique. — Principes de la chirurgie abdominale d'urgence. — Les maladies mortelles du péritoine. — Du diagnostic en chirurgie abdominale d'urgence: à la recherche du symptôme minimum. — De l'abstention en chirurgie abdominale d'urgence. De l'indication opératoire. — Tactique et technique opératoires générales. — Soins postopératoires. — De l'équilibre humoral en chirurgie abdominale d'urgence.

I. Les péritonites: Causes, évolution et traitement des péritonites aiguës. — Principes du traitement des péritonites. — Péritonites d'origine gastro-duodénale. — L'appendicite aiguë. — Les péritonites d'origine iléale. — Les péritonites par perforation du gros intestin. — Les péritonites d'origine biliaire. — Les péritonites d'origine gynécologique. — Les péritonites d'origine urinaire. — Les péritonites primitives.

II. Les occlusions: Causes et évolution des occlusions intestinales aiguës. — Les hernies étranglées. — Les occlusions gastro-duodénales aiguës. — Les occlusions du grêle. — Les occlusions du gros intestin. — Les occlusions de causes rares.

III. Les hémorragies: Les hémorragies digestives. — Les hémorragies intrapéritonéales. — Les hémorragies abdominales spontanées rétro-péritonéales.

IV. Les syndromes mixtes: Les torsions et les gangrènes simulant les torsions. Les infarctus intestinaux. — Les pancréatites aiguës. — Le purpura abdominal aigu. — Syndromes abdominaux aigus attribués à l'allergie. — Manifestations abdominales aiguës dues à la tuberculose. — Statistique.

V. Les traumatismes de l'abdomen: Les contusions de l'abdomen. — Les plaies de l'abdomen. — Les traumatismes exceptionnels. — Statistique personnelle.

VI. Les réinterventions: Causes générales des complications abdominales postopératoires. — Indications générales. — Indications particulières.

VII. Les oppobres et les séquelles de la chirurgie abdominale d'urgence: Les erreurs de diagnostic. — Les morts imprévues. — L'éviscération aiguë postopératoire. — Les parotidites aiguës postopératoires. — Les séquelles.

Table analytique des matières.

La transfusion intra-artérielle, par Louis HOLLENDER et André BERNER. Un vol. de 164 pages, avec 22 fig. (1.200 fr.). — Masson et Cie, édit., Paris, 1955.

La chirurgie moderne — qu'il s'agisse de la chirurgie radicale du cancer, de la chirurgie endothoracique, de la chirurgie d'urgence ou de la chirurgie de guerre — oblige parfois réanimateurs et chirurgiens à faire face à des

docteur, dormez en paix...
...prescrivez

séco-trazol

(BARBITURIQUE COMPOSÉ)

ÉLIMINE:

malaises du réveil, accoutumance néfaste, intoxication
accidentelle, suicide.

ASSURE:

un sommeil bienfaisant et récupérateur.

FORMULE

Sécobarbital de sodium N.N.R.	100 mg. (1 1/2 grain)
Pentylènetétrazol U.S.P.	300 mg.
aussi: Sécobarbital de sodium N.N.R.	50 mg. (3/4 grain)
Pentylènetétrazol U.S.P.	150 mg.

N. B. A la dose moyenne indiquée, le pentylènetétrazol a l'avantage **particulièrement chez les vieillards** de soutenir l'activité du centre respiratoire, favoriser l'échange CO₂—oxygène, stimuler la respiration tissulaire, entretenir les fonctions psycho-motrices.

POSOLOGIE

Dose moyenne: une capsule.

PRÉSENTATION

Flacons de 24, 100 et 500 capsules.

ANGLO-FRENCH DRUG COMPAGNIE LIMITÉE

209 est, rue Sainte-Catherine, Montréal 18





ACHRO

dans les capsules scellées

Chaque capsule contient:

ACHROMYCINE, Tétracycline Lederle	250 mg.
Acide Ascorbique	75 mg.
Mononitrate de Thiamine	2.5 mg.
Riboflavine	2.5 mg.
Niacinamide	25 mg.
Pyridoxine-HCl	0.5 mg.
Pantothénate de Calcium	5 mg.
Vitamine B ₁₂	1 mcg.
Acide Folique	0.375 mg.
Vitamine K (Ménadione)	0.5 mg.

Egalement disponible: Suspension Orale d'ACHROMYCINE SF — 125 mg. par cuillerée à thé (5 cc.).

MAINTENANT DISPONIBLE!

ACHROMYCINE avec FORMULE VITAMINIQUE POUR LE STRESS

ACHROMYCINE^{*} SF

TÉTRACYCLINE

REPLIES À SEC, EXCLUSIVES à Lederle

La nouvelle ACHROMYCINE SF réunit l'antibiotique à large spectre le plus important à l'heure actuelle et la formule vitaminique pour le stress suggérée par le Conseil National de Recherches des Etats-Unis. Elle fournit, dans une seule dose, une puissante action anti-infectieuse et, en plus, un supplément de facteurs de nutrition pour hâter la convalescence et le rétablissement.

PLUS EFFICACE. Des essais cliniques récemment terminés démontrent que

les Capsules d'ACHROMYCINE SF, remplies de poudre sèche, s'absorbent plus rapidement et plus complètement. Elles ne contiennent ni huile ni pâte.

Quand vous désirez une thérapeutique antibiotique fortifiée avec une formule vitaminique pour le stress dans les cas de maladies prolongées, prescrivez l'ACHROMYCINE SF pour enrayer promptement l'infection et procurer le maximum de confort au malade.

LEDERLE LABORATORIES DIVISION *North American Cyanamid Limited*

5550, Avenue Royalmount, Ville Mont-Royal, Montréal, Qué.



*Marque déposée

situations dramatiques résultant d'une perte de sang abondante ou d'un état de choc grave.

C'est pour attirer l'attention sur un mode de réanimation relativement récent, dont les possibilités et les indications sont encore trop peu connues et surtout trop parcimonieusement exploitées, que les auteurs ont réalisé cette monographie. Elle constitue une mise au point complète et très détaillée de tout le problème de la transfusion intra-artérielle. Il est indéniable en effet, que dans certains cas bien définis, la méthode intra-artérielle possède sur la voie intraveineuse des avantages manifestes. Dans des états de choc apparemment désespérés, elle est à même de rétablir la situation alors que la transfusion intraveineuse et toute autre tentative de réanimation avaient complètement échoué.

Les différents chapitres présentent une documentation où chacun trouvera profit. Les bases physiologiques de la transfusion intra-artérielle sont longuement exposées et discutées. L'ensemble des travaux ayant trait au sujet est analysé avec un grand souci d'objectivité.

Les publications cliniques parues sont étudiées en détail ainsi que les diverses conclusions qui s'en dégagent. Les auteurs fournissent leur contribution à ce débat en rapportant un certain nombre de leurs observations personnelles, qui illustrent les multiples aspects de ce problème de réanimation.

Après avoir nettement précisé et délimité les indications de la transfusion intra-artérielle, les auteurs abordent les questions techniques. Les différents montages, du plus simple au plus perfectionné, sont décrits. Le souci pratique n'est jamais perdu de vue, car un des buts de ce travail est de permettre la réalisation d'une transfusion intra-artérielle avec le matériel dont normalement tout bloc opératoire dispose.

Un chapitre spécial est consacré aux complications qui ont été observées; la façon de les éviter et d'y remédier est décrite.

La bibliographie est abondante et les auteurs se sont efforcés, dans la mesure du pos-

sible, de consulter tout ce qui a paru sur le sujet dans la littérature mondiale.

Divisions de l'ouvrage

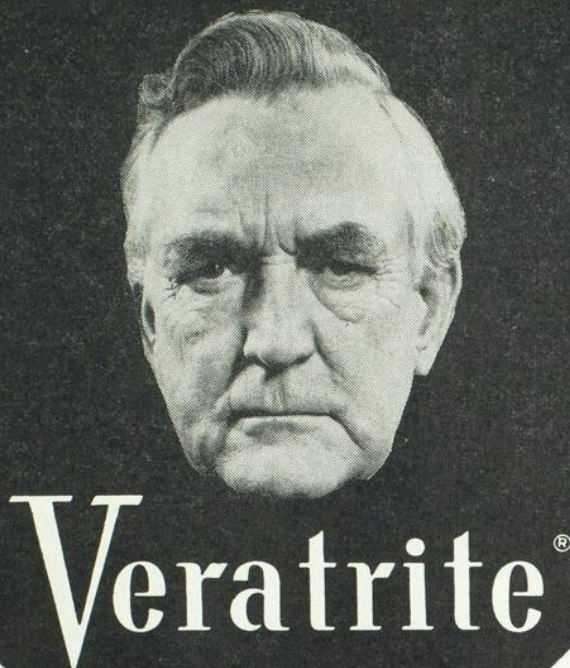
Introduction. — Etude historique. — Les bases physiologiques de la transfusion intra-artérielle. — Les résultats cliniques de la transfusion intra-artérielle. — Les indications et les contre-indications de la transfusion intra-artérielle. — La technique de la transfusion intra-artérielle. — Les complications de la transfusion intra-artérielle et leur traitement. — Problèmes physio-pathologiques en suspens, esquisse d'un plan de travail. — Conclusions. — Références bibliographiques. — Index analytique des matières.

Principes de radiobiologie, par Z.M. BACQ, prof. à l'université de Liège, et P. ALEXANDER. Un vol. de 478 pages, avec 136 figures et nombreux tableaux. (4.250 fr.). — Masson et Cie, édit., Paris, 1955.

Le nombre des personnes appelées à s'engager dans l'étude de la Radiobiologie augmente rapidement, car l'extension des connaissances en ce domaine fait apparaître sans cesse de nouveaux débouchés pratiques: meilleur traitement du cancer, prévention des risques croissants inhérents à l'utilisation de l'énergie nucléaire, possibilités de prophylaxie et de traitement du mal des rayons.

Les recherches du Dr. Alexander en radiochimie ont considérablement élargi les vues dans ce domaine nouveau. La radiochimie est devenue grâce à lui, une des bases de la radiobiologie. L'œuvre du Prof. Bacq sur la protection offerte par les substances chimiques est bien connue des radiobiologistes. En tant que physiologiste et pharmacologue, il s'est intéressé pendant longtemps aux réactions de l'organisme entier à l'irradiation.

Ces auteurs — collaborateurs dans la recherche et professeurs expérimentés — ont voulu établir un ensemble cohérent et vivant qui s'adresse à chacun des groupes de savants intéressés à l'étude de la radiologie et de ses effets sur l'organisme vivant. Leur livre permettra à ces derniers de suivre le développement des questions qui les intéressent dans les disciplines voisines, et de mieux situer leurs travaux dans l'ensemble des tendances contemporaines.



Veratrite®

Vératrite Simple

Chaque tablette contient:

Phénobarbital ¼ grain
Crypténamine*3 mg†
(sous forme de tannate)
Nitrite de soude . 1.0 grain

Vératrite-R (avec Rauwolfia)

Chaque tablette contient:

Phénobarbital ¼ grain
Résépine05 mg
Crypténamine*3 mg†
(sous forme de tannate)
Nitrite de soude . 1.0 grain

CONÇU EXPRESSÉMENT POUR L'HYPERTENSION DE L'ÂGE MÛR

- provoque une sensation de bien-être
- prévient les accidents cérébraux-vasculaires
- améliore la circulation

L'addition de la Crypténamine* à la formule du Vératrite donne à ce médicament un pouvoir hypotensif jusqu'ici inconnu.

Vératrite est le médicament tout indiqué par l'expérience pour le traitement de l'hypertension des personnes âgées. Il est expressément destiné aux hypertendus pour qui les agents hypotenseurs puissants sont contre-indiqués.

Vératrite améliore la circulation des organes vitaux, soulage le mal de tête et l'étourdissement. Associé à la formule du VERATRITE, le Rauwolfia, reconnu pour son action sédatrice, procure une sensation de bien-être sans euphorie exagérée.

*Ester des alcaloïdes du Veratrum viride obtenu par un procédé d'extraction non aqueux exclusif à Irwin-Neisler.

†Equivalent à 40 unités du Réflexe du Sinus Carotidien.

Dosage: 3 à 6 tablettes par jour, de préférence deux heures avant les repas.

Présentation: Flacons de 50, 100, 500 et 1000 tablettes.

Documentation et échantillon aux médecins sur demande.

Manufacturé par IRWIN NEISLER & CO., Decatur, Illinois, U.S.A.

Représentants exclusifs dans la Province de Québec et Ottawa

HERDT & CHARTON, INC., MONTREAL

Le lecteur appréciera l'étude critique que les auteurs ont faite de domaines bien obscurs et diffus jusqu'à présent — intervention endocrine et réactions des Mammifères à l'irradiation totale, par exemple — ainsi que l'exposé de la biochimie pathologique des tissus irradiés.

Les Principes de Radiobiologie s'adressent donc spécialement:

aux Radiothérapeutes, à qui ils permettront de renouveler leurs connaissances, tant du point de vue physico-chimique que biologique, sur l'action des agents physiques qu'ils utilisent tous les jours. Les aspects fondamentaux de ces problèmes se sont d'ailleurs complètement modifiés au cours des dix dernières années;

aux Physico-Chimistes et à tous ceux qui utilisent des radiations dans la recherche physico-chimique;

aux Radiobiologistes et Cancérologues qui étudient les effets des radiations ionisantes, et quelle que soit la discipline dont ils se réclament: biochimie, pathologie, histologie, cytologie et génétique;

enfin à tous ceux qui, pour une raison quelconque, s'intéressent à l'utilisation de l'énergie atomique: aux médecins, ingénieurs et physiciens qui travaillent dans des établissements nucléaires ou qui occupent des postes de responsabilité à la Sécurité civile ou dans les forces armées.

Un index alphabétique permet au lecteur de trouver rapidement les faits et la bibliographie qui l'intéressent particulièrement.

Divisions de l'ouvrage

Les effets des radiations ionisantes sur la matière. — Action directe et indirecte des radiations ionisantes. — La radio-chimie des systèmes aqueux. — Effet des radiations sur les macromolécules. — Phénomènes cytologiques et génétiques. — Biochimie normale et pathologique de la mitose. — Les substances dont les actions ressemblent à celles des radiations ionisantes. — L'effet oxygène en radiobiologie. — Radiosensibilité comparée des organes vivants. — Biochimie pathologique des organismes irradiés. — Les processus de restauration après irradiation. — Intervention de l'hypophyse et de la surrénale. Le Stress dans le mal des rayons. — Physiopathologie et thérapeutique

du mal des rayons chez les mammifères. — La protection chimique contre les rayonnements X et γ . — Protection physique d'une partie de l'organisme. — Injections d'homogénats de rate et de moelle osseuse. — L'expérience humaine.

Postface. — Index alphabétique.

M. MAILLET. — **Le nourrisson — puériculture pratique. Eléments d'hygiène physique et psychique du premier âge.** Un vol. de 578 pages (1.000 fr.). — Librairie Maloine, édit., Paris, 1954.

Cet ouvrage comprend trois parties.

La première a trait au *Nourrisson bien portant* — et aux caractéristiques de son développement et de son *Hygiène physique*.

La seconde partie est consacrée à l'*Hygiène psychique* du premier âge, qui constitue actuellement un élément essentiel de la Puériculture moderne; la connaissance du développement psycho-moteur du Nourrisson est aussi importante que celle de sa croissance et de son alimentation.

La troisième partie concerne le *Nourrisson malade*.

Le premier chapitre est consacré à l'*observation* de l'enfant souffrant: il est indispensable que l'entourage du bébé sache reconnaître diverses manifestations anormales nécessitant l'appel du médecin.

Le second chapitre comprend quelques notions élémentaires, et purement cliniques, à propos des *grands symptômes* des principales maladies du Nourrisson.

Cet exposé succinct donne aux personnes appelées à soigner des bébés, et aux mères de famille elles-mêmes, la possibilité de dépister, au début ou au cours de la maladie, certains symptômes, et de faire diverses constatations, que seul permet un contact quotidien avec le petit malade, et qui ont pour le médecin, une importance souvent considérable.

Le troisième chapitre envisage des *soins usuels*, d'application courante chez un bébé malade, et quelques *soins urgents*, plus particuliers, mais que toute personne s'occupant de jeunes enfants doit savoir mettre en œuvre, en attendant la venue du médecin.



*2 alternatives
pour le patient
sujet à la fièvre
des foins*

- 1 Fuir les régions des pollens
 - ou
 - 2 Soulager les symptômes de
la fièvre des foins
- avec

Pyribenzamine

Comprimés à 50 mg., boîtes de 12 et flacons de 50 et 500.

Comprimés à "Action Retardée" à 50 mg., flacons de 50 et 500.

POUR LES ENFANTS, Élixir, contenant 5 mg. par ml.,
flacons de 16 et 80 onces.

Le quatrième, et dernier chapitre est consacré à l'*Alimentation* des nourrissons atteints de troubles digestifs.

Il est de toute nécessité, pour quiconque a charge d'élever des jeunes enfants, de savoir les éléments de la *Diététique* pratique, qui occupe une place prépondérante dans l'Hygiène des Enfants du Premier Age.

Luis A. SURRACO, prof. d'Urologie de Montevideo. — **Le kyste hydatique des voies urinaires. — Le kyste rénal (le signe de la coupe). Le kyste rétrovésical.** Préface du prof. G. Marion. Un vol. de 284 pages, 116 radios (1.600 fr.). — Librairie Maloine, édit., Paris.

En France les kystes hydatiques des voies urinaires sont rares. Beaucoup d'urologues de certaine expérience n'en n'ont jamais observé.

En Amérique du Sud le kyste hydatique est beaucoup plus fréquent que dans nos pays. En particulier, les kystes hydatiques de l'appareil urinaire, sans être aussi fréquents que les maladies courantes de cet appareil, ne sont pas une rareté. Le Prof. Surraco, de Montevideo, grand maître de l'urologie en Uruguay et même on peut le dire en Amérique du Sud, a observé un nombre considérable de ces kystes: cinquante-cinq cas de kystes hydatiques du rein et neuf cas de kystes rétro-vésicaux. Son expérience est donc très grande en la matière et il l'a exprimée dans ce livre sur les « *Kystes hydatiques des voies urinaires* ».

Les urologues qui s'intéressent à la question y trouveront l'histoire la plus complète de l'affection hydatique des voies urinaires qui ait été écrite jusqu'ici.

L'étiologie, les rapports des kystes avec l'organe dans lequel ils se développent et avec les organes voisins sont longuement étudiés, de même que la symptomatologie, l'évolution, les complications, le diagnostic, la thérapeutique, et tout cela avec un luxe d'observations et de figures extrêmement intéressantes et démonstratives.

Mais le Prof. Surraco, et cela constitue la partie originale de son traité a pu, grâce aux

nombreux cas qu'il a observés, mettre en lumière certains caractères pyélographiques particuliers des kystes du rein dont le diagnostic est parfois très difficile, caractères qui permettent à eux seuls d'affirmer la nature de la lésion dans bien des cas, de la soupçonner dans d'autres. Ces caractères indiqués déjà par Surraco dans différentes communications sont devenus aujourd'hui absolument classiques. Ils sont au nombre de six: *signe de la coupe*, le plus caractéristique, *signe du croissant de lune*, *signe de la grappe*, *signe de l'épi*, *signe de la griffe*, *signe du niveau*.

Des radiographies et des schémas donnent une idée très exacte de ces modifications que le kyste hydatique du rein apporte à l'aspect pyélographique normal de l'organe et aux aspects pyélographiques d'autres affections. Tous ces signes mis en lumière par Surraco, attachent pour toujours son nom à l'histoire des kystes hydatiques des voies urinaires.

A. BREGEGERE. — **La prothèse podologique étudiée et l'équilibre par la base.** Un vol. de 112 pages, 74 figures. — Librairie Maloine, édit., Paris.

Le premier livre paru en France traitant de la Prothèse Podologique et de l'équilibre par la base.

L'auteur s'appuyant sur 40 ans d'expérience et de pratique a su mettre en valeur toutes les ressources que les lois de l'équilibre mettent à notre disposition pour corriger les mauvaises statiques et les aplombs de la charpente osseuse en s'attaquant aux asymétries des voûtes plantaires intimement liées au comportement de la colonne vertébrale.

Tous ceux qui s'intéressent à cette branche technique de la Podologie trouveront dans cet ouvrage des conseils sur « ce qu'il faut faire » et surtout sur « ce qu'il ne faut pas faire ».

Ayant payé lui-même la rançon de l'expérimentation, il a pu en dégager les erreurs au profit d'une technique nous rapprochant d'un pied normalement constitué, rétablissant l'équilibre de la charpente osseuse par

traitement moderne d'une vieille affection

ACNOMEL*

pour soigner les lésions physiques et psychiques causées par l'acné

Indication—Acné juvénile polymorphe

PRÉSENTATION—

Pommade 'ACNOMEL' pour peaux grasses—en tubes de 1 once $\frac{1}{2}$

Compact 'ACNOMEL' pour peaux sèches et sensibles—en boîtes

de matière plastique contenant 1 once

SMITH KLINE & FRENCH

Montréal 9

* Marque déposée au Canada



la base en rectifiant les bascules du bassin, origine de certaines lombalgies rebelles et sciatiques décevantes.

Etude des déformations des pieds, confection des semelles, en liège, latex, matière plastique, post-opératoires, scientifiques, leur adaptation, confection des moules en plâtre, étude des différents matériaux, les déformations classées par profession, la chaussure, différents déroulements du pied pendant la marche, 70 dessins explicatifs.

L'auteur a voulu mettre à la disposition de l'élève prothésiste un livre capable de le diriger dans sa profession, et un guide sérieux pour les anciens, tout en offrant des possibilités nouvelles aux Masseurs kinesithérapeutes, et une documentation utile aux Médecins qui s'intéressent de plus en plus à la Podologie.

J. et P. REYMOND. — **Guide pratique du malade à Vichy. — Les cures — les régimes.** 30^e édition. Un vol. de 164 pages (360 fr.). — Librairie Maloine, édit., Paris.

Cet ouvrage a pour but d'apprendre aux malades la valeur thérapeutique de l'Eau, de leur fournir des indications générales sur les différents modes d'administration et de traitements et de leur donner une idée aussi exacte que possible de l'importance et de l'intérêt de la cure qu'ils vont faire.

Il répond aux questions que se pose si souvent le malade pendant sa cure et le met à l'abri de nombreuses erreurs de psychologie et de pratique.

« *Le guide pratique du malade à Vichy* » reste dans une note de vérité scientifique suffisante, tout en pouvant être compris de tous.

René RESTEN et Jacques DEMAREST. — **Médecine du travail et hygiène industrielle.** Un vol. de 506 pages, 8 figures (1.000 fr.). — Librairie Maloine, édit., Paris.

Faire tenir dans un seul ouvrage la masse de connaissances exigées d'un Médecin du Travail était un tour de force.

Législation, commentaires des principaux

textes et décrets relatifs à l'organisation des services médicaux du travail, à l'hygiène et à la sécurité, au travail des femmes et des enfants, organisation et contentieux de la Sécurité Sociale, adaptation de l'homme au travail, physiologie et psychologie du travail, toxicologie et maladies professionnelles, hygiène industrielle, etc., etc., chacune de ces divisions du livre de MM. Resten et Demarest justifierait à elle seule un gros traité.

Les auteurs sont restés fidèles au programme qui fait le succès de la Collection des « Petits Précis »: clarté, concision, peu de mots, des idées, pas de théories.

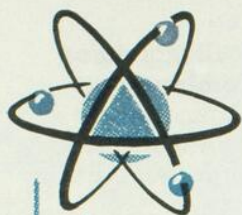
Leur livre, conçu pour rendre service, est un ouvrage essentiellement pratique. Un index alphabétique permet de trouver sans peine le renseignement cherché.

Cet ouvrage sera très apprécié pour la préparation du Certificat de Médecine du Travail et d'Hygiène Industrielle: tout l'essentiel du programme y est traité, avec concision, mais d'une façon complète.

Enfin, par sa présentation élégante et peu encombrante, ce petit Précis sera utilisé journellement par le médecin du travail, qui y retrouvera les informations et les textes législatifs qu'il est impossible de conserver dans sa mémoire. Quant aux praticiens qui ne sont pas spécialisés en médecine du travail, cet ouvrage leur apportera, au moyen d'une lecture agréable, des connaissances que les conditions actuelles de l'exercice médical ne permettent pas d'ignorer. Les directeurs d'usines y trouveront également de nombreux renseignements qui leur seront des plus utiles.

P. RENAULT et J. CHRETIEN. — **La tuberculose des bronches. Travail du laboratoire d'anatomie pathologique de la Clinique de la Tuberculose.** Préface du prof. Etienne Bernard. Un vol. contenant 83 illustrations, 27 tableaux (3.200 fr.). — Librairie Maloine, édit., Paris.

Ouvrage d'ensemble consacré à l'étude anatomo-pathologique des lésions bronchiques dans la tuberculose pulmonaire de l'adulte, à l'occasion d'une enquête personnelle



UROPRAXINE



Avec

SOUFRE COLLOÏDAL

DISSOUT

et

ÉLIMINE

L'ACIDE

URIQUE

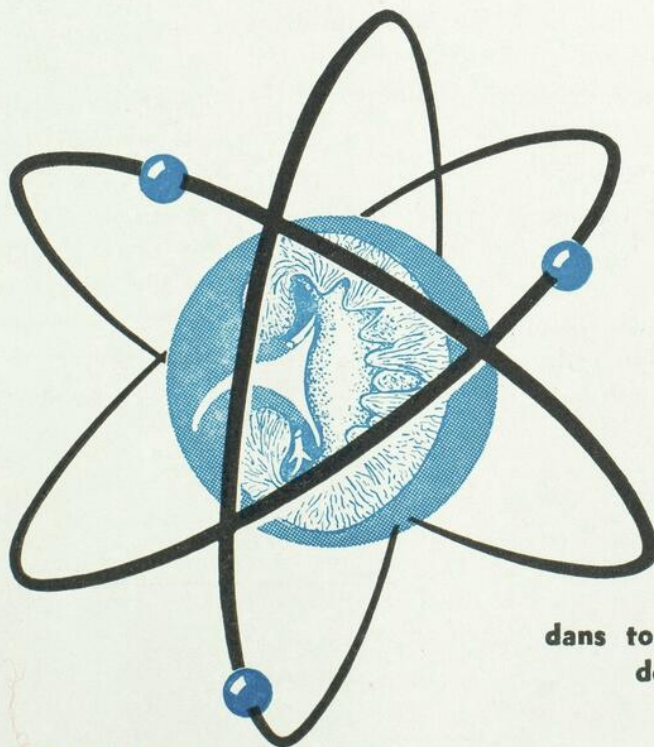
FORMULE :

Hexamethylenetetramine

Benz. de lithine, Bic. Soude

PIPÉRAZINE

SOUFRE COLLOÏDAL



RHUMATISME

ARTHRITE

GOUTTE

GRAVELLE

et

**dans toutes les affections
des voies Urinaires.**

PRÉSENTATION : Flacons de 120 et 240 gr.

POSOLOGIE : Une à deux cuillerées à thé dans un demi-verre d'eau tiède, 2 à 4 fois par jour.

HERDT & CHARTON, INC., 2027, McGill College, Montréal, P. Q.

portant sur 180 pièces pulmonaires d'exérèse chirurgicale.

La tuberculose des bronches est reconnue actuellement comme si fréquente qu'elle fait partie intégrante du cadre de la phtisie commune. Son incidence sur la pathologie pulmonaire tuberculeuse courante, sur les résultats des traitements est si grande que nul phtisiologue ne peut l'ignorer. Pour la première fois en France en est présentée une étude complète, qui groupe les ulcérations et sténoses des gros troncs, les bronchites tuberculeuses diffuses, les pneumonectomies et la tuberculose obstructive des bronches distales dont la fréquence et l'importance sont soulignées; des documents sont apportés sur les conditions et les voies de l'infection bronchique, sur les conséquences pulmonaires des désordres des canaux. L'étude des rapports des altérations bronchiques avec les fistules post-opératoires, celle des relations broncho-cavitaires seront lues avec intérêt par tous ceux que préoccupe la mise en œuvre des méthodes thérapeutiques actuelles. Une étude critique des moyens médicaux d'appréciation des lésions bronchiques termine cet ouvrage qui représente non seulement la première mise au point complète parue en France sur ce sujet, mais surtout une synthèse originale sur la pathologie bronchique tuberculeuse à partir d'un matériel considérable.

On lira avec attention le livre de P. Renault et J. Chrétien: la précision et la hauteur du texte, la richesse de l'iconographie et la qualité de la présentation en font un ouvrage de tout premier plan utile aussi bien aux cliniciens qu'aux anatomo-pathologistes.

E. LOVASY et E. VEILLON. — **Dictionnaire des termes d'anatomie, d'embryologie, d'histologie.** Un vol. de 624 pages comprenant la définition de 10.650 termes. Cartonné: 1.600 fr. — Librairie Maloine, édit., Paris.

Une lacune vient d'être comblée par la publication du *Dictionnaire des Termes d'Anatomie, d'Embryologie et d'Histologie* dû à MM. E. Lovasy et E. Veillon; on y trouve non seulement les termes les plus utilisés, mais les synonymes d'un usage réduit, et aussi l'identification des organes auxquels est accolé le nom, plus ou moins connu, de l'anatomiste qui les a décrits (exemples, parmi des centaines, pris au hasard, en tournant les pages: canal de Stenson, épine de Civinini, ganglion de Küttner, organe de Jacobson, orifices de Giraldès, etc..., etc...). Cette identification est d'ailleurs facilitée par les descriptions succinctes, mais très claires, qui accompagnent chaque terme.

Voilà donc un ouvrage qui sera d'une grande utilité aux médecins et aux étudiants désireux de se renseigner sur un terme qui, provenant d'une discipline autre que la leur, pourrait échapper à leur connaissance.

La Librairie Maloine a apporté tous ses soins à la présentation sous une forme commode, de ce dictionnaire qui est appelé au même succès que le *Dictionnaire des Termes techniques de Médecine* de MM. Garnier et Delamare qu'elle a publié et dont la réussite est attestée par les 16 éditions consécutives qu'elle a déjà réalisées ainsi que le *Dictionnaire des Constantes Biologiques* de MM. Fourestier et de Fossey, si apprécié dans les milieux médicaux.

En Association

L'ANTIBIOTHÉRAPIE et la CHIMIOTHÉRAPIE

forment une médication de

Premier Choix

pour le traitement des

**INFECTIONS PNEUMOCOCCIQUES, STAPHYLOCOCCIQUES,
GONOCOCCIQUES et STREPTOCOCCIQUES HÉMOLYTIQUES**

**LA FIÈVRE SCARLATINE, L'OTITE MOYENNE, L'AMYGDALITE,
L'ANGINE DE VINCENT et les INFECTIONS DES VOIES URINAIRES**

et pour la prévention des
INFECTIONS SECONDAIRES

durant

L'INFLUENZA, LA ROUGEOLE, LA COQUELUCHE

"TRULFACILLIN"

MARQUE DÉPOSÉE

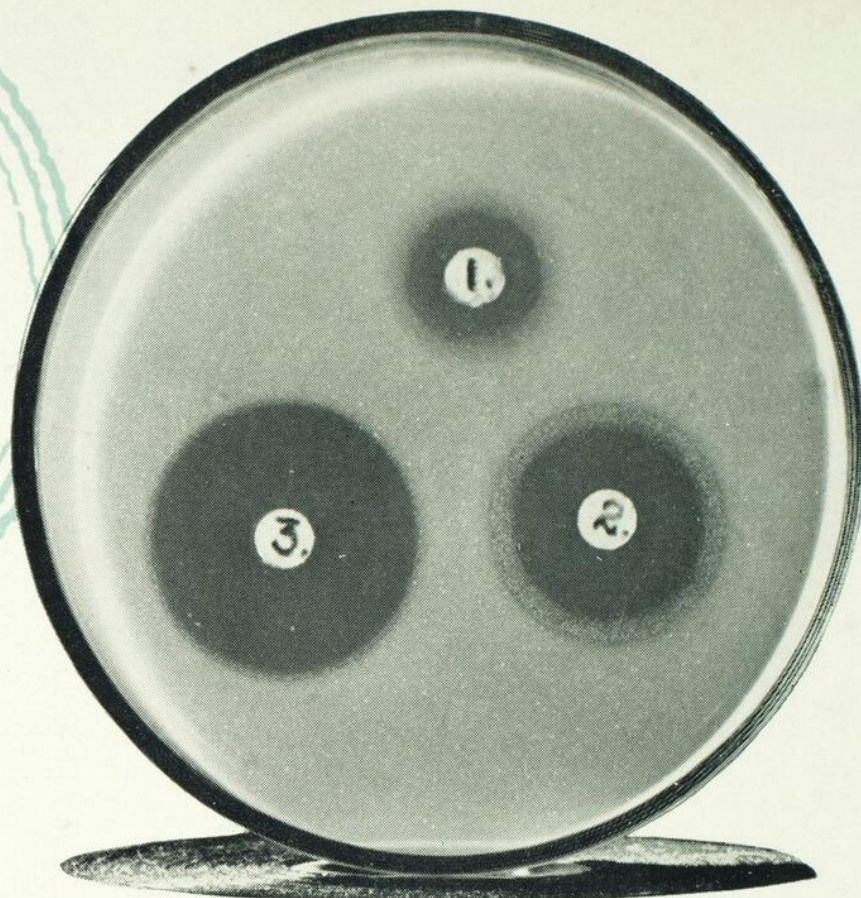
PLUS SÛR — Quasi-absence de réactions par rapport à l'oxytétracycline, au chlortétracycline et au tétracycline. Le danger bien réel d'excroissance fongueuse, spécialement la moniliase intestinale, n'existe pas.

EFFICACE — Son champ d'action est vaste.

PLUS ÉCONOMIQUE — Il coûte environ la moitié du prix de plusieurs antibiotiques.



L'ACTION SYNERGIQUE de la PÉNICILLINE et de TROIS SULFAS



STAPH. AUREUS N° 209

1. Zone d'inhibition produite par un disque imprégné de 1.0 mg. de trois sulfamides.
2. Zone d'inhibition produite par un disque imprégné de 0.5 unités de pénicilline-G.
3. Zone d'inhibition produite par un disque imprégné de 1.0 mg. de trois sulfamides plus 0.5 unités de pénicilline-G.

LES AVANTAGES DE LA THÉRAPIE COMBINÉE
S'OBTIENNENT PAR L'ADMINISTRATION DE

"TRULFACILLIN"

- Une attaque additive et parfois synergique sur les bactéries sensibles.
- Des taux plus élevés de pénicilline et de sulfamides dans le sang.
- Une sécurité relative — la pénicilline par voie orale occasionne peu ou point d'effets malencontreux, et le risque d'hypersensibilité est moins grand que ne le suscite l'administration parentérale.
- Une grande solubilité dans l'urine et une quasi-absence de cristallurie; une réduction considérable de la sensibilité par l'emploi de trois sulfamides.
- Le contrôle des microbes secondaires dans les infections à virus.

AVERTISSEMENT

Bien qu'avec l'emploi des préparations de Trulfacillin le danger des phénomènes fâcheux associés à la sulfamidothérapie soit grandement réduit, il ne faut pas cesser d'exercer une constante vigilance dans la recherche et le diagnostic de ces phénomènes tels que l'agranulocytose, la fièvre, les douleurs articulaires, les manifestations cutanées, etc. Bien que rarement, l'administration de pénicilline par voie parentérale, et plus rarement encore par voie orale, peut occasionner une anaphylaxie aiguë. Les patients souffrant d'asthme bronchique ou d'autres allergies, et ceux qui se sont déjà montrés sensibles à la pénicilline, semblent les plus sujets à cette réaction.

Un grand choix de formules pour ADULTES et pour ENFANTS

5 COMPRIMÉS et 5 SUSPENSIONS

"TRULFACILLIN" 7½-100

Comprimé N° 821 "Frosst"

sulfaméthazine	0.167 G.	} 7½ gr.
sulfadiazine	0.167 G.	
sulfamérazine	0.167 G.	
pénicilline-G potassique cristallisée	100,000 U.I.	

POSOLOGIE: d'un à deux comprimés toutes les 4 à 6 heures.

Présenté en boîtes de 12 et de 100.

"TRULFACILLIN" 7½-150

Comprimé N° 827 "Frosst"

sulfaméthazine	0.167 G.	} 7½ gr.
sulfadiazine	0.167 G.	
sulfamérazine	0.167 G.	
pénicilline-G potassique cristallisée	150,000 U.I.	

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

Présenté en boîtes de 12 et flacons de 100.

"TRULFACILLIN" 7½-300

Comprimé N° 828 "Frosst"

sulfaméthazine	0.167 G.	} 7½ gr.
sulfadiazine	0.167 G.	
sulfamérazine	0.167 G.	
pénicilline-G potassique cristallisée	300,000 U.I.	

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

Présenté en boîtes de 12.

"TRULFACILLIN" 5-25

Comprimé N° 818 "Frosst"

sulfaméthazine	0.1 G.	} 5 gr.
sulfadiazine	0.1 G.	
sulfamérazine	0.1 G.	
pénicilline-G potassique cristallisée	25,000 U.I.	

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

Présenté en boîtes de 20 et de 100.

"TRULFACILLIN" POUR ENFANTS 3-50

Comprimé N° 819 "Frosst"

sulfaméthazine	65 mg.	} 3 gr.
sulfadiazine	65 mg.	
sulfamérazine	65 mg.	
pénicilline-G potassique cristallisée	50,000 U.I.	

POSOLOGIE: enfants — un comprimé par jour, en doses fractionnées, par 4 livres de poids corporel du patient, soit,

aux enfants de 8 lbs — ½ comprimé toutes les 6 heures;

aux enfants de 16 lbs — 1 comprimé toutes les 6 heures.

Présenté en boîtes de 20 et de 100.

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

"TRULFACILLIN" POUR ENFANTS 3-100

Suspension N° 974 "Frosst"

Chaque cuillerée à thé de 5 cc. renferme:

sulfaméthazine	65 mg.	} 3 gr.
sulfadiazine	65 mg.	
sulfamérazine	65 mg.	
benzathine-pénicilline-G	100,000 U.I.	

"TRULFACILLIN" POUR ENFANTS 3-200

Suspension N° 977 "Frosst"

Chaque cuillerée à thé de 5 cc. renferme:

sulfaméthazine	65 mg.	} 3 gr.
sulfadiazine	65 mg.	
sulfamérazine	65 mg.	
benzathine-pénicilline-G	200,000 U.I.	

POSOLOGIE des SUSPENSIONS "TRULFACILLIN" POUR ENFANTS: bébés et enfants — une cuillerée à thé par jour, en doses fractionnées, pour chaque 4 livres de poids corporel du patient, soit,

aux enfants de 8 lbs — ½ cuillerée à thé toutes les 6 heures;

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

"TRULFACILLIN" 7½-100

Suspension N° 979 "Frosst"

Chaque cuillerée à thé de 5 cc. renferme:

sulfaméthazine	0.167 G.	} 7½ gr.
sulfadiazine	0.167 G.	
sulfamérazine	0.167 G.	
benzathine-pénicilline-G	100,000 U.I.	

POSOLOGIE: d'une à deux cuillerées à thé toutes les 4 à 6 heures.

"TRULFACILLIN" 7½-150

Suspension N° 981 "Frosst"

Chaque cuillerée à thé de 5 cc. renferme:

sulfaméthazine	0.167 G.	} 7½ gr.
sulfadiazine	0.167 G.	
sulfamérazine	0.167 G.	
benzathine-pénicilline-G	150,000 U.I.	

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

"TRULFACILLIN" 7½-300

Suspension N° 982 "Frosst"

Chaque cuillerée à thé de 5 cc. renferme:

sulfaméthazine	0.167 G.	} 7½ gr.
sulfadiazine	0.167 G.	
sulfamérazine	0.167 G.	
benzathine-pénicilline-G	300,000 U.I.	

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

Présenté en flacons de 60 cc.

Charles E. Frosst & Co.
MONTRÉAL CANADA

LORSQUE LES SULFAMIDES SEULS SONT INDIQUÉS

COMBINAISONS DE TROIS SULFAMIDES

qui joignent

L'EFFICACITÉ au MAXIMUM DE SÛRETÉ

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

"TRULFA-ZINE"

Une association de sulfaméthazine, de sulfadiazine et de sulfamérazine

SUSPENSION de TRULFA-ZINE

Suspension N° 980 "Frosst"

Chaque cuillerée à thé de 5 cc. renferme:

sulfaméthazine	0.162 G.	} 7 1/2 gr.
sulfadiazine	0.162 G.	
sulfamérazine	0.162 G.	

dans une suspension agréablement aromatisée.

POSOLOGIE: *bébés et enfants*, 1/2 cuillerée à thé (2.5 cc.) par jour, en doses fractionnées, pour chaque 4 livres de poids corporel (environ 1 grain par livre de poids corporel). Par ex., pour un enfant de 24 livres, 1 cuillerée à thé 3 fois par jour. *Adultes*: de 2 à 4 cuillerées à thé (10-20 cc.) dans de l'eau toutes les 4 à 6 heures.

Présenté en flacons de 16 onces liquides.

COMPRIMÉS de TRULFA-ZINE

Comprimé N° 810 "Frosst"

Divisible

sulfaméthazine	0.167 G.	} 7 1/2 gr.
sulfadiazine	0.167 G.	
sulfamérazine	0.167 G.	

POSOLOGIE: 1 à 2 comprimés toutes les quatre à six heures.

Présenté en flacons de 100.

COMPRIMÉS de TRULFA-ZINE

demi-concentration pour les enfants

Comprimé N° 811 "Frosst"

sulfaméthazine	83 mg.	} 3 3/4 gr.
sulfadiazine	83 mg.	
sulfamérazine	83 mg.	

POSOLOGIE: 1 à 2 comprimés toutes les quatre heures.

Présenté en flacons de 100.

"TRULFA"

SUSPENSION de TRULFA

Suspension N° 976 "Frosst"

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

COMPRIMÉS de TRULFA

Comprimé N° 393 "Frosst"

Formule semblable à celle du Comprimé de Trulfa-Zine (N° 810), sauf que le sulfathiazole remplace le sulfaméthazine.

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

AVERTISSEMENT

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

"TRULFA-ZINE" et "TRULFA" sont très solubles dans l'urine et comportent une quasi-absence de cristallurie consécutive aux sulfamides; l'emploi d'une combinaison de trois sulfamides réduit grandement les aléas de réactions de sensibilité.¹



DANS LE PARKINSONISME

Artane*

Trihexyphénidyle Lederle

POUR UN SOULAGEMENT SYMPTOMATIQUE MARQUÉ

L'ARTANE est efficace dans . . . le traitement symptomatique du Parkinsonisme. Il . . . soulage le spasme musculaire caractéristique de la maladie, et produit une légère stimulation cérébrale.

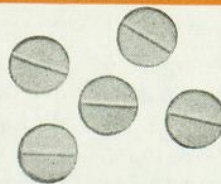
L'ARTANE s'emploie avec succès dans le traitement des trois formes de parkinsonisme—post-encéphalitique, artério-scléreux et idiopathique. Il est essentiellement atoxique et peut être employé quand le traitement doit être poursuivi pendant longtemps.

L'ARTANE s'administre par la bouche, en comprimés. On commence par 1 mg. le premier jour, augmentant graduellement, selon la réponse, jusqu'à 6-10 mg. par jour.

Les COMPRIMÉS d'ARTANE, titrés à 2 mg. et à 5 mg., sont conditionnés en flacons de 100 et 1,000.

*MARQUE DÉPOSÉE

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



“L'Union Médicale du Canada” en 1886

Accidents urémiques et émissions sanguines.

Juin 1886

Clinique de M. Landouzy à l'hôpital de la Charité. — Nous avons, depuis quelques mois, dans nos salles, une femme âgée de quarante ans, employée de commerce, atteinte d'accidents urémiques, notamment de céphalées, de douleurs de tête fronto-pariétales, d'insomnies continuelles, etc. Le seul traitement qui la soulage, ce sont de petites émissions sanguines ou l'apparition des règles. De temps en temps enfin survient de la dyspnée, dyspnée urémique, et quelquefois aussi un peu de coma.

A ce propos, je voudrais consacrer cette leçon à une étude succincte des accidents urémiques considérés, non pas au point de vue doctrinal, mais au point de vue pratique, clinique.

Ces accidents sont très fréquents, beaucoup plus fréquents qu'on le dit généralement dans les livres; ils peuvent revêtir trois grandes formes: la forme gastro-intestinale, la forme cérébrale et la forme dyspnéique. Mais, en dehors de ces formes plus ou moins tapageuses, nous rencontrons fréquemment des accidents beaucoup moins bruyants, frustes, pour ainsi dire, à côté desquels on passe bien souvent sans s'en apercevoir.

Ainsi, dans le cours de la fièvre typhoïde, certains phénomènes morbides ne reconnaissent d'autre cause qu'un défaut de dépuración urinaire suffisante. Il en est de même chez les cardiopathes.

En ville, bien des malades continuent à vaquer à leurs affaires, alors qu'ils sont déjà en proie à des phénomènes suburémiques restés méconnus. Ainsi, l'année dernière, j'étais consulté pour un malade à la respiration oppressée, à la parole difficile, qu'il attribuait à une série de bronchites successives, dont la première avait été contractée, disait-il, à la suite d'une partie de chasse. Le moindre refroidissement, selon lui, déterminait de la dyspnée. Or l'examen du thorax ne révélait rien: les poumons étaient parfaitement sains; le cœur était à peine le siège d'une très légère hypertrophie. Mais, par contre, ce malade était polyurique, et la densité de ses urines, légèrement opalescentes, marquait seulement 1 004. Il existait un peu de néphrite interstitielle, et sa pseudo-bronchite allait de petites poussées légères, sans fièvre, dont le point de départ était l'organe rénal.

A peu près à la même époque, j'étais appelé à voir un ingénieur de Toulon, homme de grande activité, travaillant beaucoup physiquement et intellectuellement. Il était venu pour affaires à Paris, et à son arrivée il était pris d'une forte oppression

qu'il attribuait à un refroidissement contracté en chemin de fer. L'examen de la poitrine ne révélait absolument rien malgré une apnée très grande. Point d'œdème, mais de la polyurie, des urines claires, un peu albumineuses et d'une densité de 1 007.

Un autre fait est celui d'une jeune femme depuis longtemps malade, par suite de l'existence d'un corps fibreux de l'utérus qui donnait lieu à des hémorragies effroyables et fréquentes. Cette femme souffrait de névralgies extrêmement douloureuses, que l'on considérait comme dues à l'anémie profonde dans laquelle ses hémorragies l'avaient plongée. Mais elle avait parfaitement remarqué que ses douleurs névralgiques ne se manifestaient que dans l'intervalle des métrorrhagies. Dès lors il était facile de comprendre qu'elles étaient dues à une urémie menaçante, résultant du développement de son corps fibreux vers la partie postérieure du bassin, et de la compression qu'il exerçait sur les uretères. Les urines rendues s'élevaient à 4 litres par jour, leur densité était de 1 004.

L'urémie, comme vous le voyez, peut se cacher sous les formes larvées les plus différentes, et les accidents qu'elle détermine, comme je le disais tout à l'heure, peuvent porter sur les appareils cérébro-spinal, gastro-intestinal et thoracique. Ils sont corrélatifs d'une insuffisance fonctionnelle rénale, d'une insuffisance de la dépuración urinaire, c'est-à-dire d'une urine contenant une quantité insuffisante d'*excreta*. Il y a, au point de vue des urines, sécrétion et sécrétion: il y a des urines dépurant l'économie, et d'autres qui ne la dépurent pas.

L'an dernier, nous avons en même temps et dans la même salle, deux malades: l'un, atteint d'une néphrite parenchymateuse avec œdème généralisé et accidents urémiques; l'autre, un saturnin déjà traité sept ou huit fois dans les divers hôpitaux de Paris, était atteint de néphrite interstitielle sans le moindre œdème; il était aussi sec que l'autre était infiltré, et chez lui les accidents urémiques étaient beaucoup plus graves.

Chez le premier, le rein était tellement mis à mal par un barrage élevé, que le fleuve rénal se trouvait arrêté dans son cours et débordait de tous côtés dans la plaine, et comme la tension artérielle était insuffisante à faire franchir l'obstacle, l'eau du fleuve se trouvait déversée dans les tissus, constituant ainsi l'œdème généralisé de notre malade. Le fait est si vrai que dès que nous pouvions, par une thérapeutique appropriée, lui soutirer une certaine quantité de liquide, immédiatement le niveau des eaux baissait. C'est là un cas où la théorie mécanique de l'urémie se trouve justifiée.

K-Y

GELÉE LUBRIFIANTE

LARGE SIZE



TRADE MARK

**LUBRICATING
JELLY**

**STERILIZED
SOLUBLE**

4 1/4 OUNCES

A Bland
Lubricating Mixture
of Water-Soluble Gums

Johnson & Johnson
LIMITED MONTREAL
Made in Canada

*sous une
présentation nouvelle*

— le plus parfait
des lubrifiants
chirurgicaux

Mais, chez le second malade, les choses n'étaient plus les mêmes, et un traitement analogue, tel par exemple que la prescription, certain jour, de 30 gr d'eau-de-vie allemande, déterminait des accidents urémiques tellement graves, que pendant quelques heures il était en péril de mort. Or chez lui le *mécanisme rénal* fonctionnait bien, mais ce qui manquait c'était la *sélection rénale*, l'écoulement aqueux était exagéré.

Vous voyez par ces divers faits que le traitement des accidents urémiques est loin de pouvoir être toujours le même, qu'il varie selon les conditions mêmes de l'urémie.

Quant à faire transpirer les malades, c'est là un moyen absolument insuffisant pour soutirer le principe peccant de l'économie. Bien plus, les sudations provoquées ont pour résultat, le plus souvent, d'enfoncer davantage les malades dans leurs troubles fonctionnels, parce qu'il n'y a aucune équivalence entre la sécrétion urinaire et la sécrétion sudorale.

Le hasard, en matière d'urémie, peut parfois nous servir. C'est lui qui, chez la femme au fibrome utérin, nous a montré que ses névralgies cessaient sous l'influence des hémorragies utérines; c'est lui qui, chez un homme porteur d'hémorroïdes, nous a appris que les accidents urémiques diminuaient chaque fois que ces hémorroïdes saignaient; c'est lui également qui nous montra l'heureuse influence du retour des règles, supprimées depuis plusieurs mois, chez une femme de la ville, goutteuse de par ses ancêtres jusqu'aux croisades, atteinte de néphrite interstitielle,

souffrant de névralgies épouvantables, et plongée dans le coma. La mort paraissait imminente, lorsque tout à coup on la voit revenir à la vie, et chacun de crier au miracle, d'attribuer aux amulettes dont on avait couvert la malade cette résurrection, tandis que le véritable miracle était une métrorrhagie spontanée telle que cette jeune femme était baignée dans le sang.

Or, de tous ces faits que résulte-t-il? C'est que le meilleur traitement des accidents urémiques consiste dans l'émission sanguine; je dis des *accidents urémiques* et non pas de la néphrite parenchymateuse ou interstitielle. L'émission sanguine s'applique aux accidents et pas à autre chose.

D'un travail très remarquable de M. Bouchard sur les matières extractives, il résulte que 1 600 grammes d'urine normale excrétés dans les vingt-quatre heures par un sujet adulte, renferment 50 centigrammes de ces matières extractives, chiffre égal à celui qu'enlèverait de l'économie une émission de 80 grammes de sang, tandis qu'il faudrait 250 grammes de sécrétion alvine liquide, ou 100 litres de sueurs, pour arriver au même résultat.

Vous voyez donc par là combien de tous les moyens préconisés contre les *accidents urémiques* dont je viens de vous parler, l'émission sanguine, soit par une sangsue, soit par deux ou trois ventouses scarifiées, soit par la lancette, est le seul rationnel, le plus certain et le plus rapide au point de vue du résultat. — *Gazette des hôpitaux.*

Nouveau

les **2** traitements de choix dans l'asthme

dans
un seul
comprimé

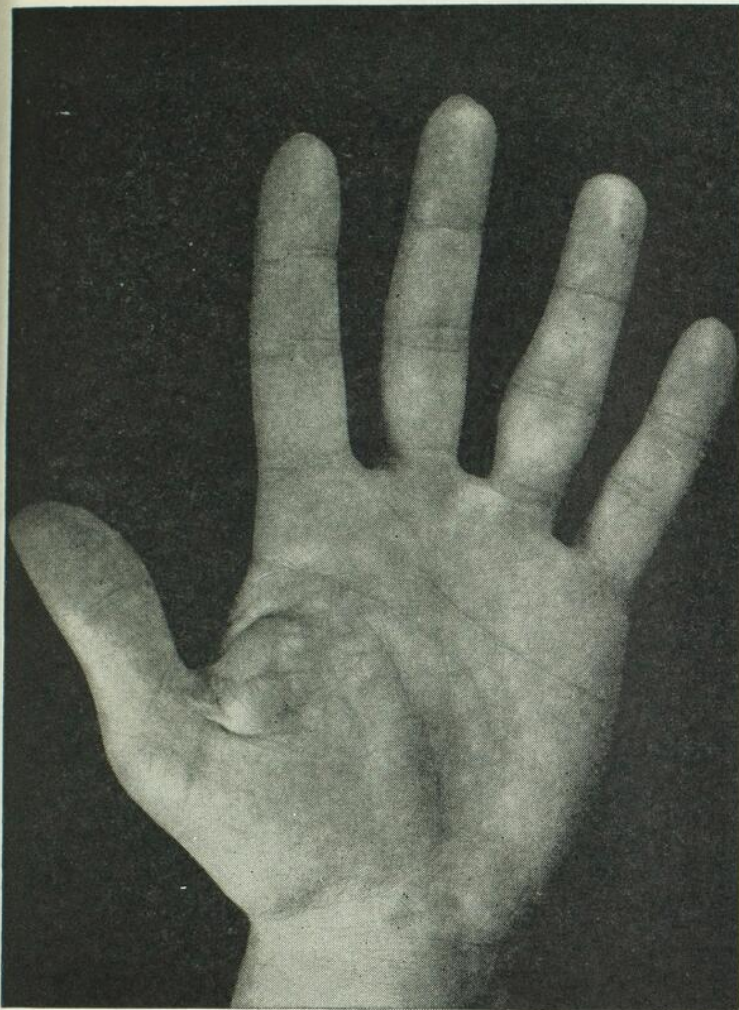
Premièrement, laissez le comprimé sous la langue pendant 5 minutes afin de permettre l'absorption sublinguale de l'aludrine (Isopropyl artéréinol). Avalez ensuite, et la combinaison théophylline-éphédrine-phénobarbital dans le centre du comprimé vous procurera une protection additionnelle durant 4 heures.

Il y a d'excellentes chances que vos asthmatiques préféreront les commodés comprimés NEPHENALIN, à action rapide et prolongée. POSOLOGIE: Un comprimé au besoin (pas plus que 5 comprimés par jour). Flacons de 20 comprimés Leeming-Miles Co., Ltd., 6550 Upper Lachine Road, Montreal 28, Canada.

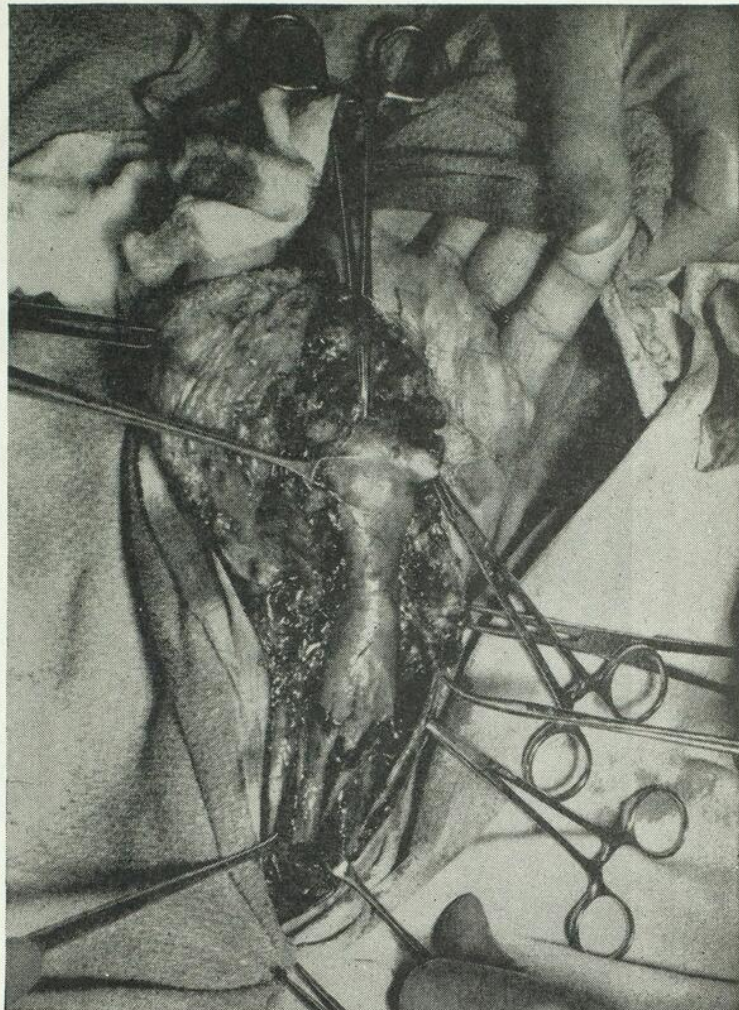
Nephenalin*
(pour adultes)

*Nom déposé

Nephenalin*
PEDIATRIC



Tumeur de la main gauche



Résection de la tumeur

Photographies: DAVID LUBIN,
Service de l'illustration Médicale,
U.S.V.A. Hospital, Cleveland 30, Ohio.

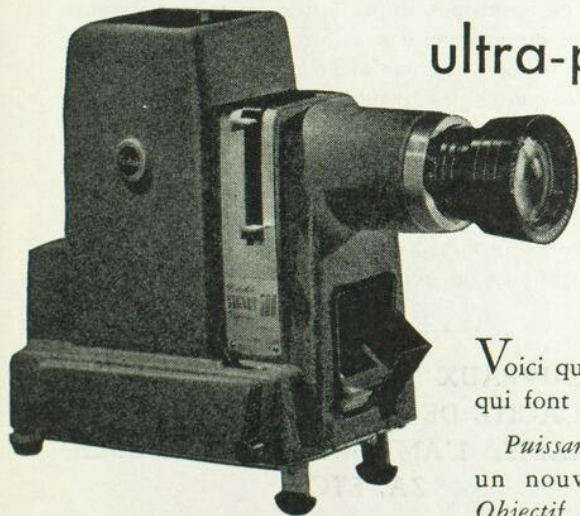
Pour des images comme celles-ci...

ultra-précises ... en couleurs naturelles!

Demandez à voir le

Projecteur Kodaslide Signet 500

Il est en vente chez Votre Marchand Kodak



Prix: \$95. Autres Projecteurs Kodaslide de \$31.75 à \$296.

Les Prix sont sujets à changement sans préavis.

Voici quelques-unes des caractéristiques qui font de cet appareil une "nécessité".

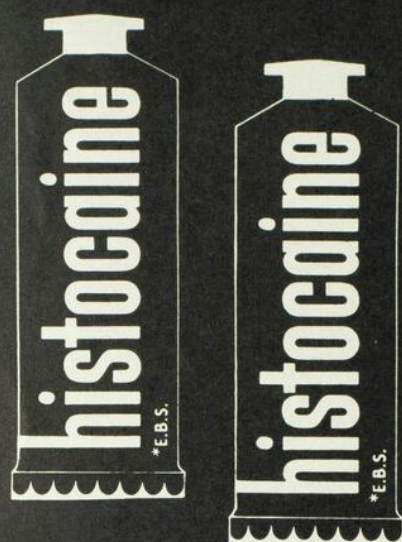
Puissante lampe de 500 watts ... pour un nouveau réalisme des couleurs. Objectif de précision f/3.5 ... (f/2.8 disponible). Escamotage instantané des transparents ... par le dessus. Rangement

automatique des transparents après leur projection. *Refroidissement mécanique* par ventilateur soufflant. *Construction rigide ...* boîte en aluminium matricé. *Commode à manoeuvrer ...* commutateur et alimentation des transparents tous deux commandés du côté droit. Long fil. Pieds à élévation séparée.

CANADIAN KODAK CO., LIMITED, Toronto 9, Ontario

Contribuant au progrès de la médecine par la Photographie et la Radiographie

Kodak
MARQUE DÉPOSÉE



INDIQUÉ DANS

LA DERMATITE ALLERGIQUE

Histocaine E.B.S., l'onguent de choix pour le traitement certain d'une grande variété de maladies de la peau, locales et ayant trait à l'organisme. Il soulage de la démangeaison, annule la manifestation allergique, fournit de l'anesthésie locale et de l'antiseptique. Sa base qui est soluble dans l'eau, peut être enlevée facilement et ne salit pas le linge.

HISTOCAINE CONTIENT: Camphre, Menthol, Calamine, Benzocaine et Maléate de Pyranisamine dans une base soluble dans l'eau.

INDICATIONS: Brûlures, piqûres d'insectes, infections d'arbre à la puce, dermatite par contact, prurit allergique, et des réactions allergiques de la peau en général.

PRÉSENTATION: tubes de 1 oz et pots de 1 lb.

*Echantillon fourni sur demande.

E. B. Shuttleworth
Limited
Pharmaceuticals
TORONTO CANADA

NOUVELLES PHARMACEUTIQUES

LIPTRIL

La maladie infectieuse n'est plus — depuis Pasteur — le « grand tueur » de l'homme civilisé. Elle a cédé la place à la maladie dégénérative, c'est-à-dire aux désordres fonctionnels qu'on appelle les troubles du métabolisme. L'un de ces désordres retient beaucoup l'attention de la science moderne: les troubles du métabolisme des lipides dont on connaît la répercussion sur un des organes essentiels de l'économie — le foie. A son tour, l'atteinte hépatique retentit sur le jeu des enzymes, des vitamines et des hormones; c'est un véritable cercle vicieux car ces troubles, à leur tour, aggravent la défaillance fonctionnelle qui les a fait naître.

Comme le dit Polonovski: « Un des aspects les plus nets des troubles du métabolisme lipidique est l'accumulation de lipides dans le foie... » Et le célèbre professeur ajoute: « D'après les recherches modernes, cette accumulation des lipides serait plutôt la cause que la conséquence de la cirrhose ».

Cette constatation est extrêmement importante car si l'on peut fournir à l'organisme des médicaments — dits lipotropes — capables d'accélérer le métabolisme des phospholipides, on peut exercer une action préventive et curative contre les cirrhoses, l'athérosclérose et le cortège de maux que ces désordres entraînent.

C'est pour faire face à ce besoin que les Laboratoires Smith Kline & French mettent à la disposition du médecin un tonique lipotrope — le 'Liptril' — qui contient — *en quantités thérapeutiques* — trois substances lipotropes importantes et des catalyseurs essentiels du groupe des vitamines B. Ce tonique, dans un véhicule agréable au palais, est une arme puissante contre les troubles du métabolisme des lipides tels qu'on les rencontre dans la cirrhose graisseuse du foie, le diabète sucré, l'éthylisme et l'athérosclérose. Ce tonique moderne est très efficace dans l'anémie carencielle, les convalescences faisant suite aux maladies prolongées et débilitantes et les dépressions physiques en général.

DE NOUVEAUX TRAVAUX CONFIRMENT L'EFFICACITÉ DE C.V.P. DANS LE RHUME ORDINAIRE, L'AMYGDALITE, L'INFLUENZA, ETC.

Les flavones contribuent à restaurer l'intégrité capillaire.

« Des effets remarquables d'amélioration » dans la rhinite, la pharyngite, l'influenza et autres infections respiratoires aiguës ont été rapportés par les Drs

COMPRIMÉS PLEXAFER

FER

**VITAMINE
B
COMPLEXE**

CUIVRE

**VITAMINE
C**

Un traitement idéal pour les
anémias hypochromiques par manque
de fer résultant des états suivants:

GROSSESSE ET ALLAITEMENT

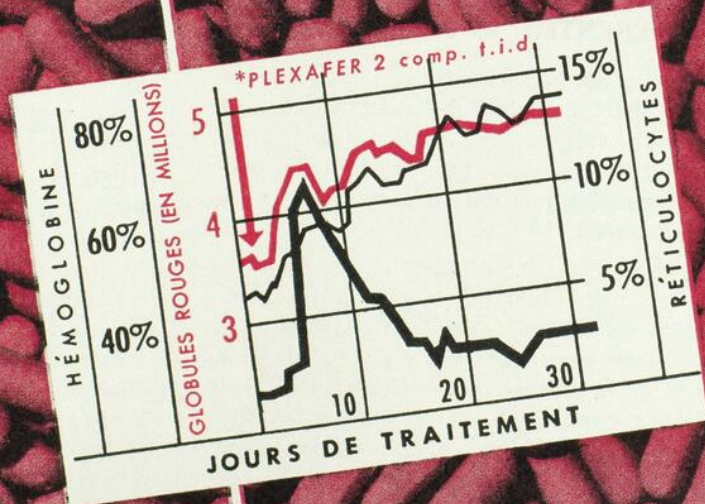
DÉBRITÉ

ÉTATS POST-HÉMORRAGIQUES

ADOLESCENCE

CONVALESCENCE

ULCÈRE PEPTIQUE



C. L. BENCARD
WESTON, ONTARIO

Biskind et Martin après administration de capsules de C.V.P. contenant 100 mgms de citrine (complexe vitaminique P) et autant d'acide ascorbique. Cette étude d'une série de 69 patients confirme les résultats heureux obtenus par la combinaison flavono-acide ascorbique et signalés dans des études antérieures.

Dans ce travail-ci (Amer. J. Digest. Dis., fév. 1955) « un amendement rapide de l'infection » s'est habituellement produit entre 8 et 48 heures après le commencement du traitement par C.V.P. La dose varia de 6 à 12 capsules par jour. La température élevée s'abaisse rapidement à la normale. Eternuement, sécrétion nasale aqueuse abondante, gonflement et inflammation des muqueuses, difficulté à avaler et autres symptômes pénibles furent promptement soulagés. Dans l'influenza il n'y eut pas ou peu de l'asthénie qui suit habituellement la guérison. Il n'y eut que 3 échecs et 3 autres cas où il y eut soulagement des symptômes mais où l'infection ne fut pas enrayée immédiatement.

Les Drs Biskind et Martin attribuent l'efficacité de C.V.P., au moins en partie, à sa propriété « de restaurer à la normale la perméabilité » altérée et la fragilité des capillaires, troubles communs à une grande variété d'infections. « La possibilité de propriétés directement anti-infectieuses est aussi étudiée présentement.

L'ASTHME SE PRÉSENTE SOUS HUIT FORMES DIFFÉRENTES À LA MÉDECINE

L'asthme, selon une autorité en la matière, constitue, de fait, huit maladies différentes. Ces huit formes d'asthme varient grandement quant à la façon de les traiter et quant aux moyens qu'on possède pour obtenir leur guérison ou pour apporter un soulagement à ceux qui en souffrent.

Bien que le manque de souffle, la sensation de suffocation, une respiration pénible et la toux qui caractérisent une attaque d'asthme soient le résultat directe d'un resserrement des voies d'accès de l'air au poumon et de la congestion de celles-ci, l'élément de cause de ces symptômes eux-mêmes peut varier infiniment et se définir aussi bien sous la forme d'un microbe que celle d'une peau de chat. Les recherches effectuées par un spécialiste de la question dites des « allergies », le Dr Ethan A. Brown, pour tenter de découvrir les causes de la maladie, ont conduit celui-ci à suggérer, dans un article publié par le journal médical américain « Les annales de l'allergie », la classification suivante pour les différentes catégories d'asthme :

Atopique (allergique); obstruction (cas où les voies respiratoires se trouvent obstruées); cardiaque (cas

de maladies du cœur); psychogénique (cas de désordres de caractère émotif); physique (cas où ce sont le chaud et le froid qui sont à l'origine de la maladie); infectieux (cas où un microbe en est la cause); nasogénique (cas de réactions locales dans le nez); enfin, l'asthme dû aux fumées et émanations industrielles ainsi qu'aux réactions à certains médicaments.

D'ailleurs, la multiplicité des causes de la maladie ne le cède qu'au nombre des méthodes de traitement utilisées par les médecins.

Dans une étude récente de thérapeutique de l'asthme publiée dans le « Journal de l'association médicale américaine », les docteurs Clarence Bernstein et S. D. Klotz se livrent à une discussion de l'utilisation de non moins de 23 médications différentes, sans compter les exercices respiratoires, la psychothérapie, les procédés destinés à la suppression de la sensibilité et l'intervention chirurgicale. Les médicaments employés comprennent des calmants pour les muscles, des sédatifs, des hormones, des enzymes et des antibiotiques.

La majorité des attaques d'asthme, selon les constatations des médecins, sont causées par les allergies, c'est-à-dire une réaction anormale à une ou plusieurs substances aux atteintes desquelles un individu se trouve être sensible. Les pollens des fleurs et certaines particules de la poussière ordinaire constituent des éléments-causes d'allergies, mais la liste de ceux-ci comporte aussi bien les tissus, les plumes d'oiseaux, les aliments et autres substances communes. L'asthme causé par les infections microbiennes des voies respiratoires est quelque peu plus facile à soigner que les autres. Les antibiotiques y réussissent parfaitement dans de nombreux cas, selon un récent rapport présenté à une réunion de l'« Académie américaine des allergies ».

Une intéressante corrélation entre l'asthme et les problèmes des troubles émotifs a été récemment mise en lumière à la suite d'enquêtes effectuées par des psychiatres auprès de personnes souffrant de l'asthme. La question que ces médecins s'étaient posée était celle de savoir comment une simple allergie pouvait être à l'origine d'une maladie aussi grave que l'asthme alors que la plupart de ceux qui souffrent d'allergies s'en tirent avec quelques irritations nasales à l'époque du rhume des foins ou même avec une simple éruption de boutons. Un rapport de l'institut de psychanalyse de Chicago indique que la plupart des asthmatiques donnent des signes d'insécurité morale et d'un besoin intense d'amour et d'affection familiale. Certains psychiatres estiment même que la respiration pénible et les étouffements typiques de la maladie ne sont qu'un obscur reflet des premiers vagissements ainsi que de la première respiration du nouveau-né du temps où il abandonnait la sécurité du sein de sa mère.

Contrôle Synergique
de la **NAUSÉE** et du **VOMISSEMENT**
dû à:

- ✓ LA GROSSESSE
- ✓ L'ANESTHÉSIE
- ✓ LE MAL D'IRRADIATION
- ✓ LE MAL DES TRANSPORTS

Contrôle Synergique
de **L'HYPERACTIVITÉ** du
PARASYMPATHIQUE dans:

- ✓ LE CARDIOSPASME
- ✓ LE PYLOROSPASME
- ✓ L'ULCÈRE PEPTIQUE
- ✓ LA COLITE SPASTIQUE
- ✓ LE CÔLON IRRITABLE
- ✓ LA DYSKINÉSIE BILIAIRE
- ✓ LA DYSMÉNORRÉE

APOLAMINE®

ANTIÉMÉTIQUE SYNERGIQUE • SÉDATIF ANTISPASMODIQUE

CHAQUE COMPRIMÉ CONTIENT:

0.1 mgm. Sulfate d'atropine:	
Bromure de scopolamine:	0.2 mgm.
Luminal® (marque de phénobarbital):	15 mgms.
Benzocaïne:	0.1 gm.
Riboflavine:	4 mgms.
Pyridoxine:	2.5 mgms.
Nicotinamide:	25 mgms.

• **Dose antiémétique:**

De 1 à 3 comprimés
par jour.

• **Dose antispasmodique sédativ:**

1 ou 2 comprimés trois
ou quatre fois par jour.

Présentation: flacons de 100
comprimés.

Winthrop-Stearns OF CANADA, LTD • WINDSOR, ONTARIO

443 Sandwich Street West
Windsor, Ontario.

BIBLIOTHÈQUE
SANT-SUPLICE

Quoique la plupart des catégories d'asthme ne soient pas guérissables, on souligne cependant dans les milieux spécialisés le fait que la médecine possède maintenant des moyens hautement efficaces pour prévenir les assauts de la maladie et en diminuer la force. C'est ainsi que des médications telles que le tedral sont capables de s'attaquer avec succès à l'asthme sur trois fronts différents; le tedral, selon ce qu'on en dit, apporte aux muscles hypertendus la détente nécessaire, ralentit les écoulements de mucosités des tissus congestionnés et rend le calme au malade, aidant souvent ainsi à parer à nouvelle attaque.

Les médications à base d'hormones, la cortisone et l'ACTH, donnent toutes deux de bons résultats dans les cas d'asthme grave et dans ceux où le malade souffre depuis longtemps de la maladie, mais les effets secondaires de ces médications réduisent considérablement l'usage thérapeutique qu'on en peut faire.

L'ANAFER

Au cours de recherches qui avaient été entreprises pour éliminer le vomissement de la grossesse, on observa que le fer, donné par voie buccale pour combattre l'anémie des personnes enceintes, ne déterminait que peu ou pas de troubles gastro-intestinaux lorsqu'on administrait en même temps des vitamines C et K. Administrée seule, ni l'une ni l'autre de ces vitamines n'était capable d'empêcher le fer de provoquer des troubles gastro-intestinaux.

Cette première observation sur l'effet des vitamines fut confirmée par Gillhespy. Il administra le mélange à des malades souffrant d'une anémie hypochromique sans complications due à une consomma-

tion insuffisante de fer ou à des besoins excessifs en fer.

Dans une série de 109 malades, comprenant douze personnes qui ne pouvaient tolérer aucune autre forme de traitement oral au fer, on n'observa qu'un seul cas d'irritation gastro-intestinale, que l'on considéra comme n'ayant « aucune signification ». Les résultats de ces expériences conduisirent l'auteur à penser que « le sulfate ferreux, lorsqu'il est combiné aux vitamines C et K, est la préparation de fer la moins toxique et devrait être utilisé pour traiter l'anémie hypochromique ».

Turner fit une autre série d'expériences et il rapporta que « les comprimés sont toujours bien tolérés, même lorsque d'autres préparations de fer ont déterminé, auparavant, des troubles gastro-intestinaux sévères ».

L'Anafer est la combinaison de sulfate ferreux et de vitamines C et K qui a été employée dans les expériences mentionnées ci-dessus. Chaque comprimé est enrobé dans du sucre et contient:

Sulfate ferreux, desséché: 200 mg (équivalent à 4,3 gr (0,28 G) de sulfate ferreux de la Pharm. Brit.).

Acide ascorbique: 10 mg; ménadione, sous forme du dérivé diacétylique: 1,5 mg.

Indications. L'Anafer est indiqué pour le traitement et la prévention de la carence en fer.

Posologie. Enfants: Un comprimé une ou deux fois par jour.

Adultes: Un comprimé trois fois par jour, ou selon l'ordonnance du médecin.


Il vaut mieux prendre l'Anafer pendant les repas ou immédiatement après.

Présentation: Flacons de 100 et 1,000 comprimés.

The British Drug Houses (Canada) Ltd., Toronto, Canada.

ANALOGUE

X-RAY



**"Une excellente
réaction"* dans**

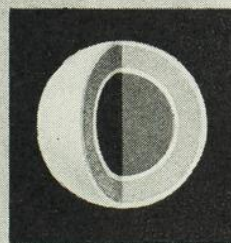
***dans le psoriasis* 79%**

**des cas traités
avec Entozyme seul**

Après avoir employé l' ENTOZYME 'Robins'
comme seul agent de substitution des ferments
digestifs chez un groupe de 24 cas de psoriasis,
lesquels cas "avaient résisté à tous les traitements
précédents," Ingels rapporte qu'il obtint "une
excellente réaction chez 19 cas (79%) en moins
d'un à trois mois . . . disparition
complète dans quatre cas."

L'Entozyme contient les ferments pancréatiques
qui aident à rétablir le métabolisme normal
si souvent défectueux chez ceux qui souffrent de
psoriasis . . . et constitue ainsi un moyen
efficace d'arriver à un traitement systémique
qui soit couronné de succès.

*Ingels, A. H.: California Medicine 79:437, 1953



**Chaque Entozyme
'un comprimé dans un comprimé' contient**
— dans son enrobage gastro-soluble:
Pepsine N.F. 250 mg
— dans son noyau à enrobage
entérique: { Pancréatine U.S.P. . . . 300 mg
Sels Biliaires 150 mg

E N T O Z Y M E[®]



A. H. ROBINS CO. OF CANADA, LTD. • MONTREAL, QUEBEC
Produits pharmaceutiques de qualité pour le corps médical depuis 1878

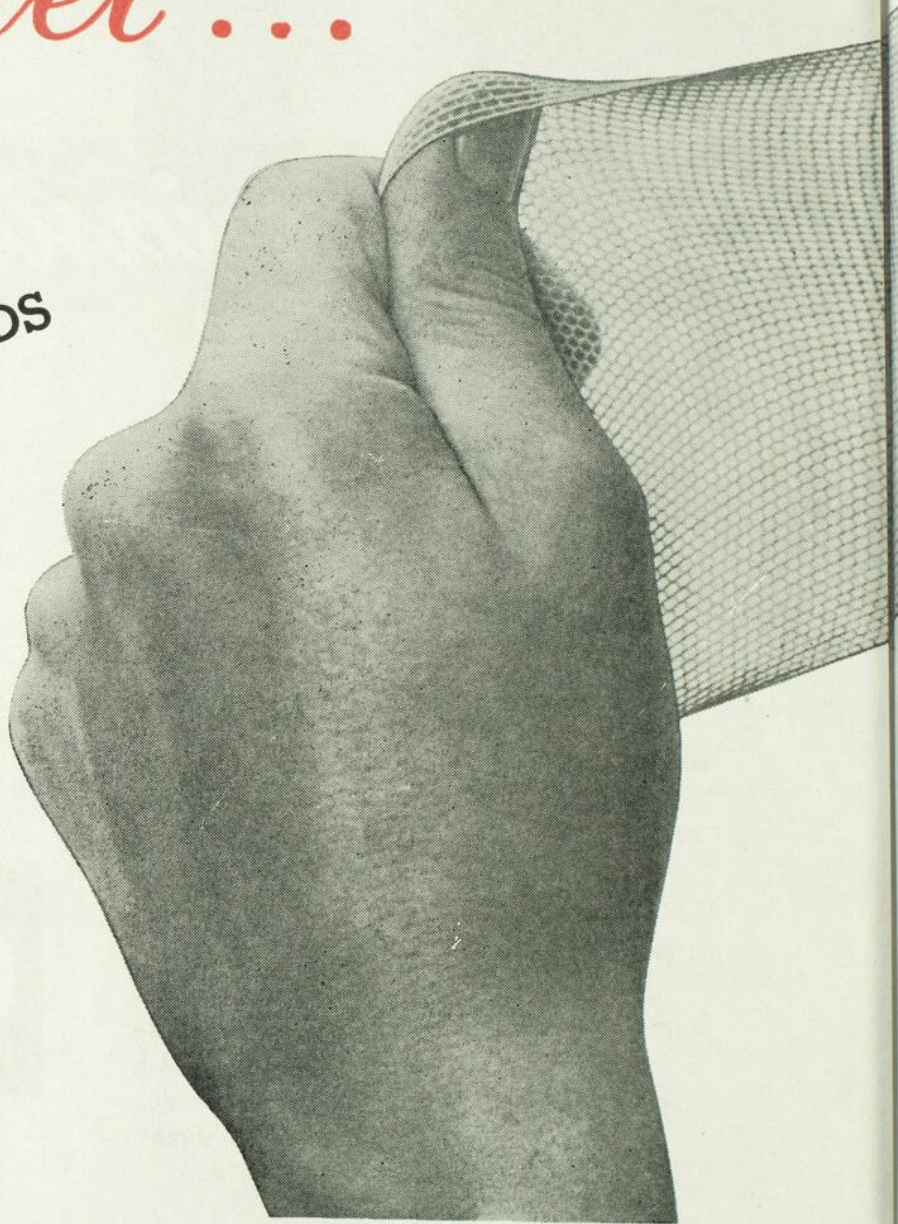
Il n'existe rien en Amérique
du Nord de comparable au

Lastonet...

MINIMUM DE POIDS

MAXIMUM DE SUPPORT

PRESSION UNIFORME



ÉLASTICITÉ DANS
TOUS LES SENS



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

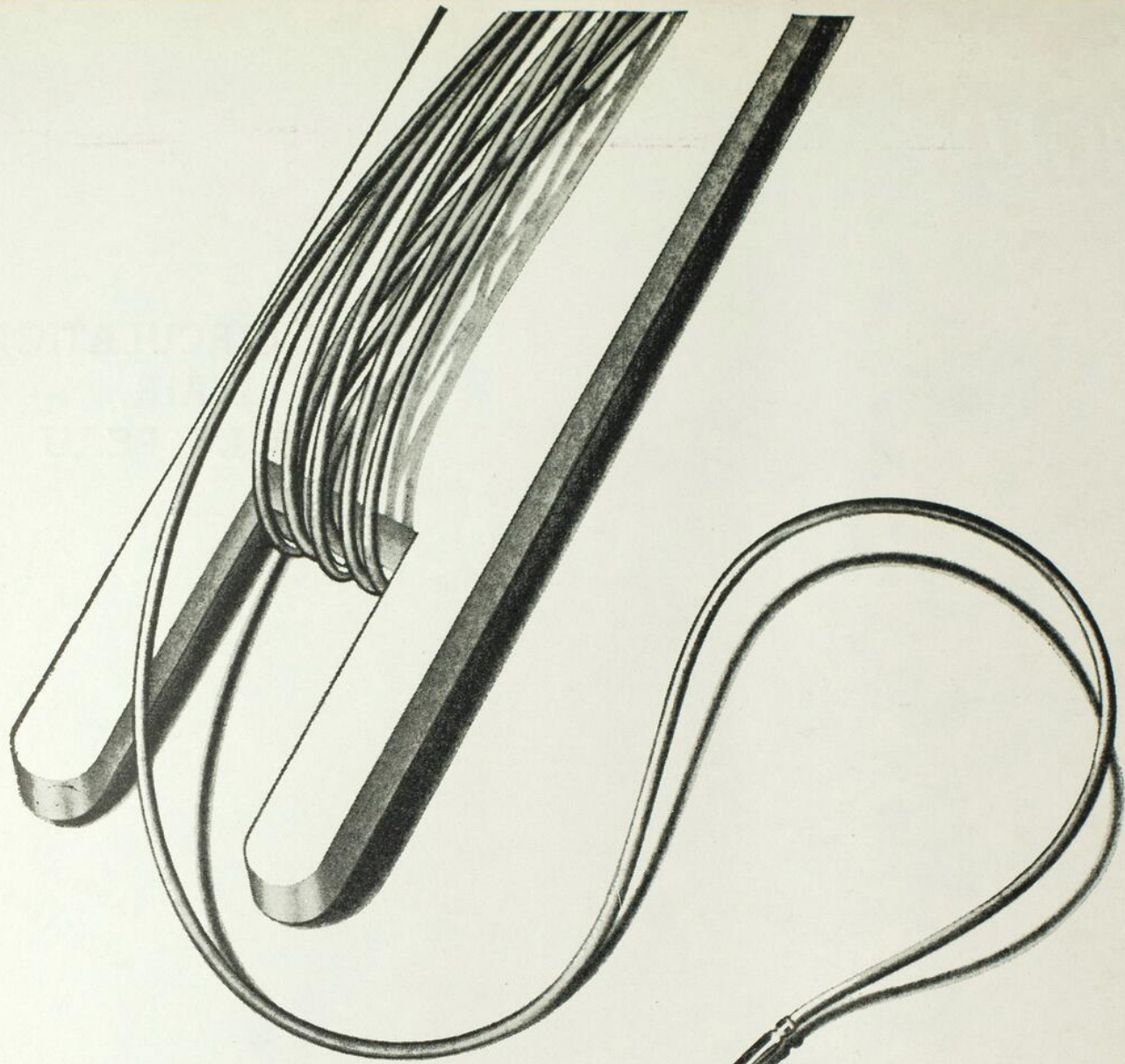
**FABRIQUÉ EN
ANGLETERRE**

... 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.



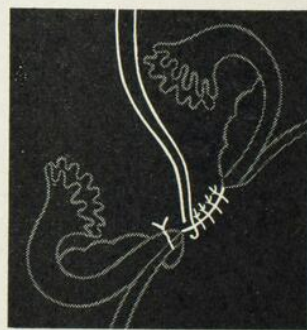
En obstétrique et "gynéco,"

les fils à suturer

avec aiguille emboutée

ATRALOC*

réduisent le temps opératoire.



ETHICON*

NOUVEAU!...

Citrate de Bétaine Beaufour

MONOCITRATE DE TRIMÉTHYLCARBOXYMÉTHYLAMMONIUM

— **TRAITEMENT**

LIPOTROPE

INTENSIF —

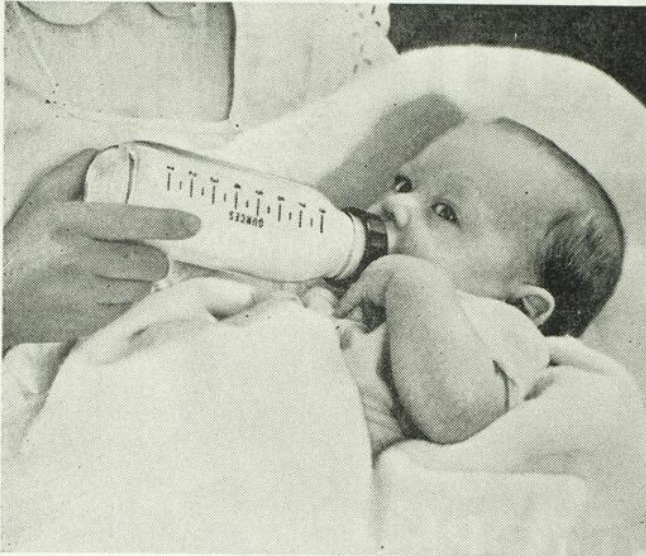
**HÉPATITES, ICTÈRES CATARRHAUX ET INFECTIEUX
MIGRAINES ET DERMATOSES D'ORIGINE HÉPATIQUE
RECONSTITUANT GÉNÉRAL**

**Ampoules buvables de 10 c.c. titrées à 2 g. de citrate de Bétaïne
(Boîtes de 10 ampoules)**

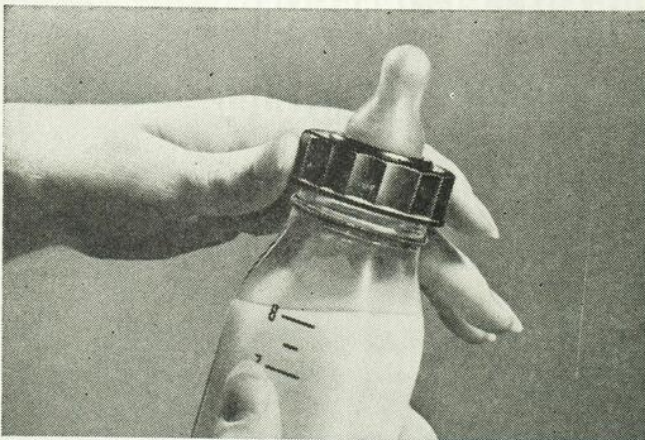
LABORATOIRES BEAUFOR, DREUX, FRANCE.

AGENT: J. EDDÉ LTÉE, 1154 BEAVER HALL Sq. MONTRÉAL.

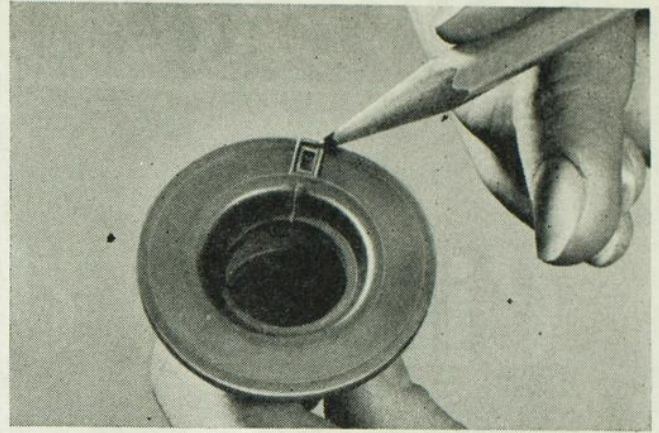
*Message Important
aux Pédiatres
sur l'alimentation
au biberon*



LORSQUE L'ALIMENTATION AU BIBERON vous semblera indiquée pour les nouveau-nés confiés à vos soins... vous voudrez sans doute recommander la méthode la plus moderne — le biberon "anti-coliques"* Davol... celui qui permet de "régler" l'écoulement du liquide selon le rythme d'ingestion du nourrisson.



LE PRINCIPE EST SIMPLE! Il suffit de tourner le collier "régulateur" et la formule coule plus vite ou plus lentement, selon le cas, pour convenir à l'appétit du bébé. En outre, le biberon "anti-coliques" Davol est également efficace avec formule épaisse ou claire.



DU NOUVEAU AUSSI DANS CETTE TÉTINE. Le biberon Davol se caractérise par la fameuse tétine "anti-coliques" qui permet de "régler" l'écoulement du liquide. Le système d'aération à "sens unique", une exclusivité Davol, laisse pénétrer l'air dans le biberon... empêche la formule de couler intempestivement... diminue aussi grandement la quantité d'air avalé.



AVANTAGES APPRÉCIÉS DES MAMANS: Onces marquées en bleu vif pour mesurer avec précision. Le biberon Davol, de forme carrée, est facile à tenir et à nettoyer! Surtout, sa tétine et son collier exigent très peu de manipulation, glissent facilement en place, d'où moins de risques de contamination.



Les produits Davol, de renommée mondiale, sont fabriqués et distribués par la St. Lawrence Rubber Co. Ltd., Farnham, P. Q.



Pour celle qui meurt d'envie d'être gracieuse...

'MELOZETS'

BISCUITS DE MÉTHYLCELLULOSE*

Vous pouvez l'aider à se débarrasser des livres de surcroît et à soulager la frustration qu'elle éprouve, en lui suggérant les 'MELOZETS.' Ces gaufrettes si faciles à avaler, qui ont l'air et le goût de biscuits Graham, aident à émousser l'appétit et procurent une sensation de plénitude. Chaque gaufrette ne renferme qu'environ 30 calories—c'est un adjuvant "non médicamenteux" de tout régime amaigrissant.

Conseillez une gaufrette avec un verre d'eau, de lait écrémé ou de jus de fruit entre les repas — au lieu de goûters substantiels—ou une demi-heure avant les repas.

Se vendent dans les pharmacies en boîtes de $\frac{1}{2}$ livre contenant environ 25 gaufrettes.

*Brevet en instance

SHARP & DOHME (CANADA) LTD.

Toronto 16, Ontario

RAYONNEMENT



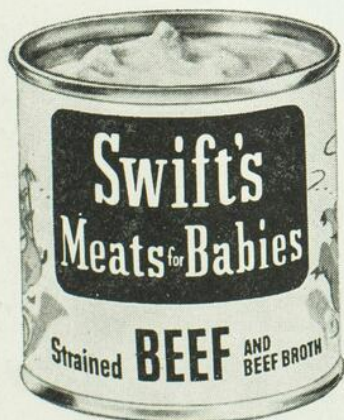
RAYONNEMENT

Voici comment Norman Rockwell nous montre la réaction chaleureuse d'un bébé devant un bon et savoureux repas à la viande Swift. C'est la reproduction d'une peinture du célèbre artiste américain, et elle paraît ce mois-ci dans des annonces en couleurs publiées dans les magazines.

Swift reconnaît, comme vous, que l'un des facteurs les plus importants d'une bonne alimentation est que bébé ait plaisir à prendre sa nourriture, c'est pourquoi nous préparons ces Viandes Passées au Tamis pour qu'elles soient savoureuses autant que nourrissantes. Elles sont naturellement de saveur délicate... de consistance lisse — de façon à pouvoir être données dans la formule aussi bien qu'à la cuiller.

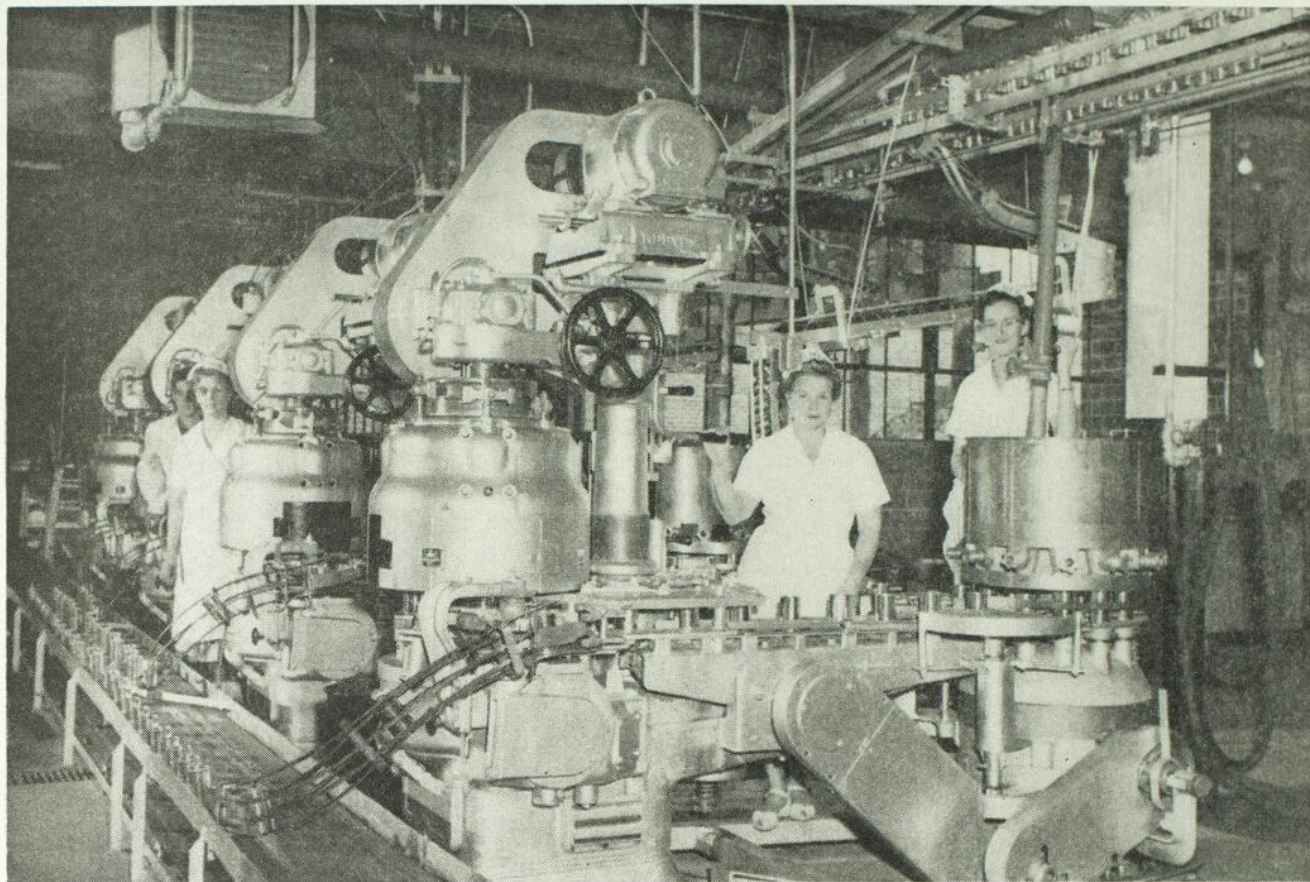
Quand vous recommandez les Viandes Swift's Passées au Tamis, vous pouvez être sûr que vous procurez un plaisir au moment des repas, plaisir qui a son importance dans le développement émotif de bébé... de même qu'une nutrition saine. Voilà pourquoi nous disons que les viandes pour bébés sont le plus précieux de nos produits.

Comptez aussi sur Swift pour les jaunes d'œufs prêts à servir... et le Saumon pour bébés.



Viandes pour Bébés
le plus précieux
des produits
SWIFT'S

SWIFT CANADIAN CO., LIMITED.



Intérieur d'une usine Aylmer.

La qualité qui justifie votre confiance

LORSQUE VOUS RECOMMANDEZ les Aliments Aylmer pour Bébés, vous pouvez compter sur une qualité exceptionnelle. La récolte et la mise en conserve se font sous une surveillance rigide et l'on prend toutes les précautions afin de s'assurer d'une valeur nutritive maximum. La grande variété des Aliments Aylmer pour Bébés contribue chez l'enfant à l'adoption d'habitudes alimentaires appropriées pour les années à venir.

Procédés Modernes

L'emplacement des usines Aylmer, en plein cœur de la région productrice, constitue une seconde garantie qui doit vous inciter à recommander les Aliments Aylmer pour Bébés. La proximité des vergers et des fermes réduit les pertes en vitamines au cours du transport.

Feuilles de Régimes et Echantillons Gratuits

Le Conseil Médical Consultatif de Aylmer a préparé des régimes pour bébés appartenant à trois groupes d'âges différents. Ils ont été mis sous forme de blocs sur lesquels nous imprimerons votre nom, votre adresse et votre numéro de téléphone — nous y joindrons des coupons échangeables pour des boîtes de format régulier d'Aliments Aylmer pour Bébés. Vous n'avez qu'à écrire à

NUTRITION SERVICE BUREAU
Canadian Cannery Limited, Hamilton, Ont.

PRODUITS AYLMEER



Préparés avec la précision
d'une ordonnance médicale.

NOUVEAUX BOTTILLONS POUR BÉBÉ

création

Savage



Confortables, sûrs, pratiques!

Ils sont pratiques parce que le soufflet spécial, s'ouvrant jusqu'au bout du pied, permet de les enfiler et de les retirer facilement. Ils sont sûrs parce qu'ils ne comportent aucun clou, aucun oeillet métallique qui pourrait blesser Bébé. L'intérieur du talon, très confortable et sans aucune aspérité, est façonné de manière à soutenir le pied fermement mais sans contrainte. La semelle légère et flexible est dotée d'un mince talon antiglissement. Et comme toutes les créations Savage, les nouveaux "Pussyfoot" favorisent une saine croissance du pied; ils sont scientifiquement fabriqués sur des formes spéciales avec des matériaux de première qualité. Ils sont également traités au procédé "Sanitized" pour assurer une protection maximum.

LES NOUVEAUX

PUSSYFOOT

SAVAGE SHOES LIMITED—PRESTON, ONTARIO—UNE DIVISION DE L'INTERNATIONAL SHOE COMPANY

LACTOGEN

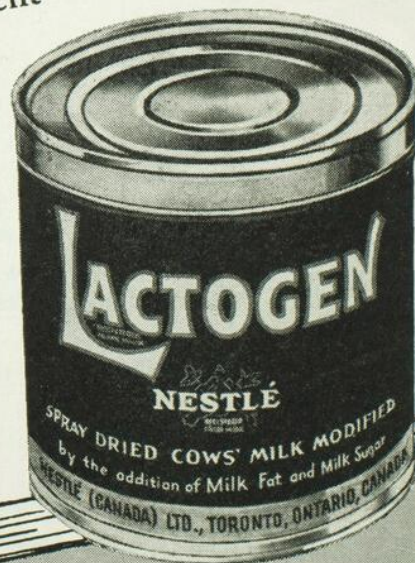
est une poudre de lait complet se rapprochant étroitement du lait humain

Lactogen est composé de lait de vache complet modifié par addition de lacto-lipide et de lactose. Il ne contient aucun succédané.

La composition de Lactogen se rapproche très étroitement de celle du lait humain sous tous rapports, mais elle est plus riche d'un tiers en protéines.

On prépare Lactogen en le délayant simplement dans de l'eau chaude préalablement bouillie. On le prépare aussi facilement pour un seul repas que pour plusieurs.

NESTLÉ (CANADA) LTD.

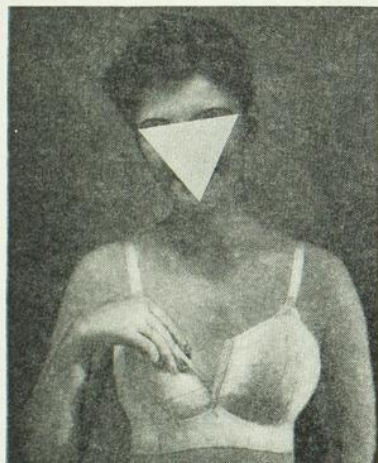


Vous ne pouvez pas prescrire un meilleur soutien-gorge

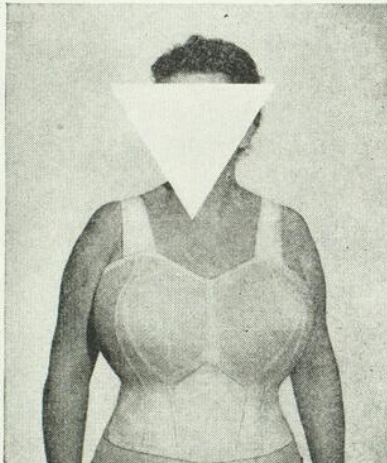


Pour buste
normal et ferme

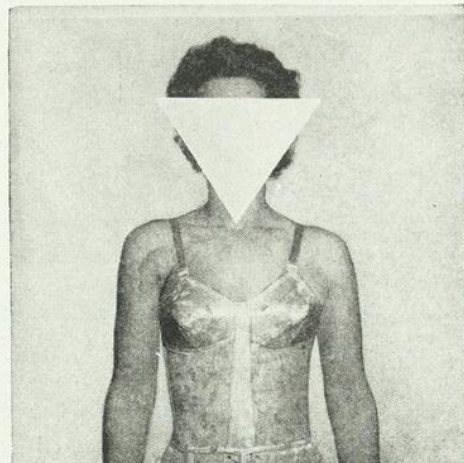
Vous ne pouvez pas prescrire un meilleur soutien-gorge que le SPENCER parce que: Chaque Soutien-gorge Spencer est dessiné-sur-commande pour répondre aux besoins individuels de chaque malade. Il n'y a donc pas de "cas problèmes" pour les Modelistes de Spencer; le principe de dessin individuel a raison des difformités, variations et anomalies. De plus, votre malade a l'assurance d'avoir un support qui lui convient, et cela sans constriction, le maximum de confort, une apparence agréable. Vous ne pouvez pas prescrire un meilleur soutien-gorge que le Spencer !



Pendant la grossesse
et l'allaitement



Pour les seins
ptosés



A la suite d'une
mammectomie

Quand un support est indiqué — pour l'abdomen, le dos et les seins — pour femme, homme ou enfant — vous pouvez prescrire le Spencer *avec confiance*.

Adresser le coupon ci-contre — ou téléphoner à une Corsetière Spencer (voir les pages jaunes du bottin) pour renseignements.

Les Supports Spencer sont dessinés individuellement pour répondre aux besoins de l'individu.

SPENCER

le support dessiné individuellement

SPENCER SUPPORTS (CANADA) LIMITED
Rock Island, Québec.
Etats-Unis: Spencer, Inc., New-Haven, Conn.
Angleterre: Spencer, Ltd., Banbury, Oxon.

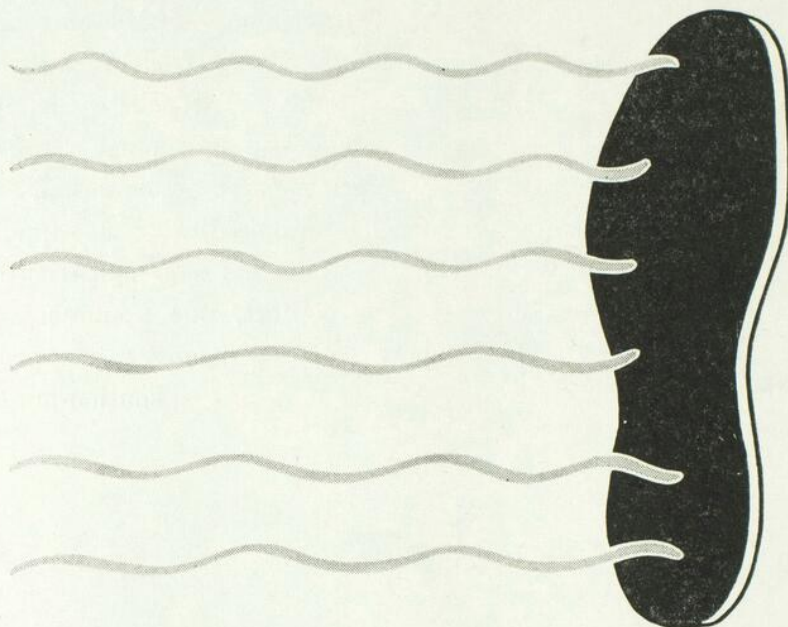
Veillez m'adresser le livre GRATUIT "Les Supports Spencer dans la Thérapeutique Moderne".

Nom..... M.D.

Adresse

..... 151-6-55

L'authentique **NEOLITE**



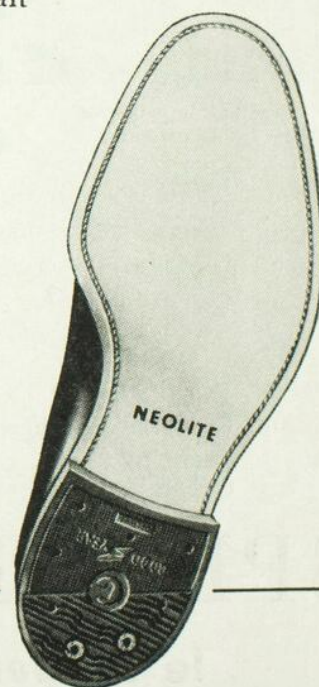
...protège le pied

Sur les pavés brûlants, les souples et très durables semelles en Neolite assurent aux pieds un confort parfait. De plus, le fait qu'elles soient mouillées puis séchées fréquemment ne les fait ni durcir ni se fendiller car elles sont entièrement imperméables. Le Neolite n'est pas du caoutchouc; c'est un mélange d'élastomar et de résine, un produit fabriqué exclusivement par Goodyear. Deux fois plus durable que le cuir, le Neolite est de plus en plus employé en cordonnerie. Exigez des semelles en Neolite lorsque vous achetez des chaussures neuves ou lorsque vous faites réparer des chaussures usées.

*L'authentique Neolite est fabriqué
exclusivement par Goodyear.*

SEMELLES NEOLITE

M.D. THE GOODYEAR TIRE & RUBBER COMPANY OF CANADA, LTD.





"Je pourrais manger un cheval entier!"

Pour répondre à certains cas spéciaux d'alimentation du nourrisson ... le "lait en poudre à l'acide lactique" Borden (marque C.M.P.) s'impose souvent. On peut se le procurer partout en boîtes (remplies sous vide). Il se prépare aisément à domicile et présente les avantages suivants:

- **Stabilité constante**
- **Solubilité instantanée**
- **Goût plus savoureux**

Composition approximative du "lait en poudre à l'acide lactique" (marque C.M.P.)		
	A l'état sec	Reliquéfié à pleine concentration*
Gras de lait	18.00%	2.00%
Protéines du lait	30.50%	3.39%
Sucre de lait	38.50%	4.28%
Minéraux de lait	7.00%	0.77%
Eau	2.50%	89.17%
Acide lactique libre	3.50%	0.39%
Acidité totale	6.00%	0.67%
pH		4.5
Nombre de calories par once	130	14.70

* (1 cuill. à soupe par 2 onces d'eau)

Autres aliments Borden à préparer

- Dryco
- Starlac
- Lait évaporé
- Mull-Soy
- Lait protidique en poudre (marque C.M.P.)
- Nutrilac

Pour obtenir des renseignements plus détaillés sur les "aliments à préparer" Borden, veuillez vous mettre en rapport avec

THE BORDEN COMPANY, LIMITED

Formula Foods Dept., Spadina Crescent, Toronto, Ont.

Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada

AVIS CONCERNANT LES EXAMENS

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

Les listes pour les examens de 1955 sont maintenant fermées, mais on acceptera les demandes pour les examens de 1956 jusqu'au 30 avril 1956.

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.**

**pour
le soulagement rapide
de la demangeaison...**

crème EURAX

**ne sensibilise pas
n'irrite pas...**

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

PRODUITS PHARMACEUTIQUES GEIGY

Division de Geigy (Canada) Limited

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



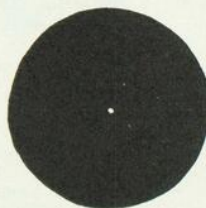
La

BANQUE CANADIENNE NATIONALE

est à vos ordres pour
toutes vos opérations
de banque et de
placement.



Actif, plus de \$550,000,000
572 bureaux au Canada



**Pas d'Erythème
Fessier**

Diaparene

À TOUTES LES PHARMACIES

**ONGUENT
POUDRE
SOLUTION POUR RINÇAGE**

5 grands facteurs dans

l'alimentation infantile

DU NOUVEAU! : DU NOUVEAU! : DU NOUVEAU!

Le Jus d'Orange Gerber passé au tamis. La teneur en vitamine C, si essentielle pour des gencives et des tissus sains, est uniformément élevée dans le Jus d'Orange Gerber passé au tamis et spécialement traité pour les bébés.

La Purée de Légumes Potagers Gerber. Une purée de pois, carottes et épinards judicieusement équilibrée pour une plus forte teneur en vitamine A—une généreuse proportion de fer—et des "minéraux trace."

Le Dessert de Fruits Gerber. Un excellent mélange de 3 des fruits les plus populaires—abricot, orange savoureuse et ananas doux—avec un peu de tapioca pour une consistance lisse.



Nous nous occupons uniquement de l'alimentation des bébés!

ALIMENTS **Gerber**® POUR BÉBÉS

NIAGARA FALLS, CANADA

5 CÉRÉALES. PLUS DE 56 PURÉES ET ALIMENTS POUR ENFANTS, Y COMPRIS LES VIANDES

Afin de vous laisser plus de latitude dans vos ordonnances, Gerber vous offre un choix d'aliments pour bébés comprenant 5 des 7 groupes basiques habituellement préconisés dans l'alimentation infantile normale.

- Pour un supplément de fer, calcium et vitamines B: Les Céréales enrichies Gerber.
- Pour une teneur en vitamine C garantie... une quantité minime d'essence de zeste: Le Jus d'Orange Gerber passé au tamis.
- Pour une source cumulative de vitamines et de sels minéraux: Les Purées de Fruits et de Légumes Gerber.
- Pour des protéines complètes... du fer et des vitamines B en proportions significatives: Les 6 Viandes en Purée et les Jaunes d'Oeufs Gerber.
- Pour une riche teneur en vitamine A, vitamines B et sels minéraux: Les Légumes Verts et Jaunes Gerber en Purée.

Quand bébé est prêt à prendre son
JUS D'ORANGE TAMISÉ

VOICI POURQUOI VOUS POUVEZ
recommander HEINZ...

1 Le jus d'orange tamisé Heinz est extrait d'oranges sucrées, juteuses, mûries sur la branche. Il renferme un pourcentage très élevé de vitamine C qui suffit abondamment aux besoins quotidiens de bébé. La couleur, la saveur et la teneur en vitamine

du jus d'orange tamisé Heinz sont toujours *uniformes*.

2 Nul autre jus d'orange — frais, congelé ou en conserve — ne contient moins d'huile de zeste et de protéines provenant de graines que le jus Heinz. C'est pourquoi les bébés digèrent et tolèrent mieux le jus d'orange tamisé Heinz, surtout ceux qui ont facilement l'estomac dérangé et qui sont allergiques aux jus de fruits.

3 Seul le jus d'orange tamisé Heinz bénéficie d'une réputation établie depuis 86 ans. Il est spécialement préparé pour les bébés et sa consistance ne varie jamais. Vous savez qu'il est bon, parce que c'est un produit *Heinz*.



PLUS DE 80 VARIÉTÉS— 40 aliments en purée, 26 aliments pour enfants, 7 viandes en purée, 5 viandes pour enfants, 4 céréales pré-cuites, biscuits pour la dentition.

HEINZ

**Aliments
pour enfants**

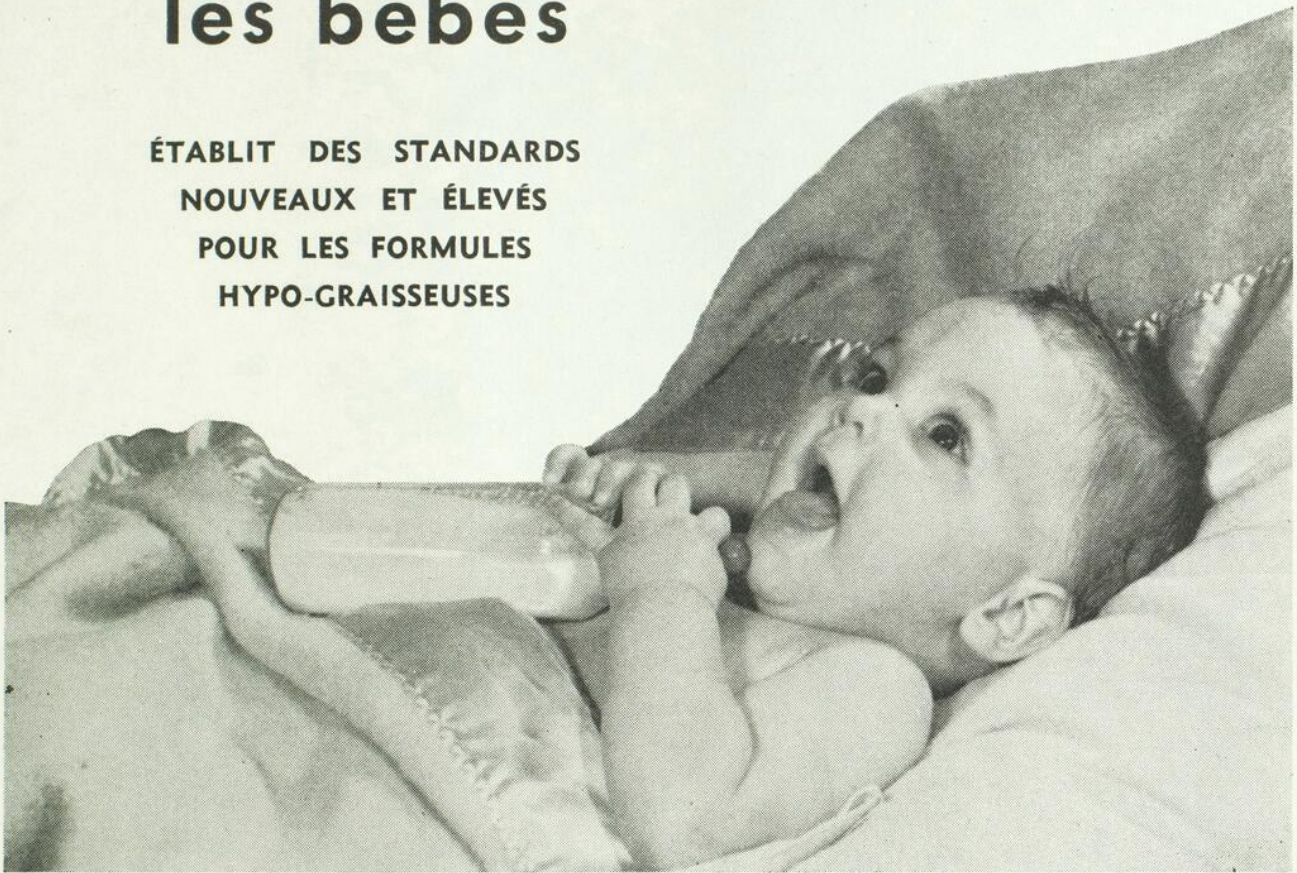
Vous savez que c'est bon parce
que c'est un produit HEINZ

BFM-25F



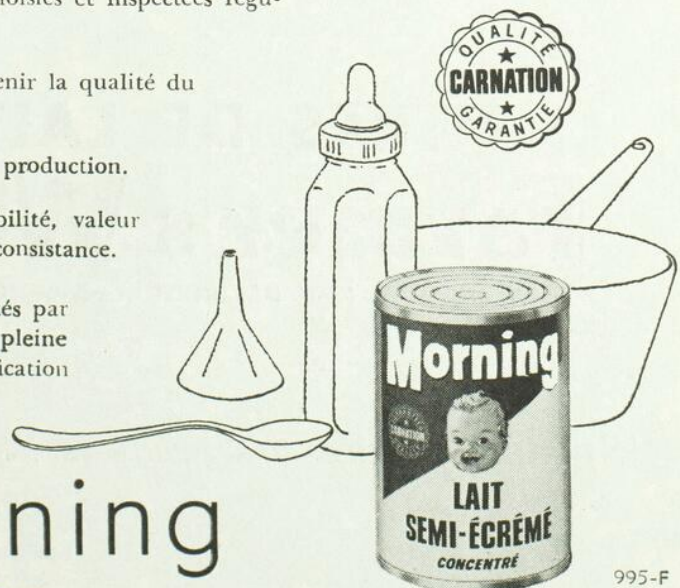
Le nouveau Lait Morning créé spécialement pour les bébés

ÉTABLIT DES STANDARDS
NOUVEAUX ET ÉLEVÉS
POUR LES FORMULES
HYPO-GRAISSEUSES



LE LAIT semi-écrémé **MORNING** protège votre prescription en vous assurant de ces importants contrôles de la qualité :

- 1** Tout le lait est protégé à sa *source*. Les fermes qui fournissent le lait à nos établissements de condensation sont choisies et inspectées régulièrement par nos propres experts laitiers.
- 2** Contrôle constant au laboratoire pour maintenir la qualité du Lait Morning.
- 3** Inspection du lait à toutes les étapes de la production.
- 4** Standardisation stricte pour assurer digestibilité, valeur nutritive, uniformité de couleur, saveur et consistance.
- 5** Renforcement avec la vitamine D à 800 unités par chopine de Lait Morning afin d'assurer la pleine utilisation des minéraux du lait dans l'édification des dents et des os.



Le Lait Morning

SEMI-ÉCRÉMÉ ET CONCENTRÉ



L'image de la satisfaction! Pourquoi pas? Ce bébé aime Farmer's Wife et sa maman sait que le titre recommandé pour son bébé a été préparé spécialement à l'intention des nourrissons et des nourrissons seulement.

TITRES DE LAIT
Farmer's Wife

COW AND GATE (CANADA) LIMITED, Brockville, Ontario

Lait Entier Évaporé

*Lait
Concentré Semi-Écrémé*

Lait Concentré Écrémé

"Spécialistes dans les produits lactés pour l'alimentation des bébés"

TABLE DES ANNONCEURS

Pages	Pages
Abbott Laboratories (Nembutal) XLV - XLVI	Laboratoire Desbergers Limitée (Heparos — Etavéral)
Ames Company of Canada Limited (Decholin et Decholin Sodium) XXIII Quatrième page de la couverture
Anglo-French Drug Cie Limitée (Séco-trazol) XLVII	Laboratoires Jean Olive (Hormogastryl) XVI
Armour Laboratories, The (Tryptar) XXIX	Laboratoires Jean Olive (Hépax) XIV
Ayerst, McKenna & Harrison Limitée (Premarine-Béminal) XXXI - XXXII	Laboratoires Jean Olive (Pyocoline — Nestosyl) XXII
Banque Canadienne Nationale LXXX	Laboratoires Jean Olive (Psychoglutal amphétaminé — Supeudol) XXIV
Barnes Company, Limited, A. C. (Argyrol) XLI	Lederle Laboratories (Achromycine) XLVIII - XLIX
Bell-Craig Limited (Probèse T. D.) LXXXVI	Lederle Laboratories (Diamox) I
Bencard, C. L. (Plexafer) LXIII	Lederle Laboratories (Artane) LVIII
Borden Company Limited, The (Laits et aliments) LXXXIX	Lederle Laboratories (Auréomycine) XLII - XLIII
British Drug Houses (Anafer) XXI	Leeming-Miles Company Limited (Nephenalin) LX
Cow & Gate (Canada) Limited (Laits "Farmer's Wife") LXXXIV	Librairie Beauchemin Limitée (Impressions de tous genres) XXXVIII
Canada Drug Company (Betagen — Bicalgen D — Tri-sulfa — Somenal) XXVIII	Mead Johnson & Company of Canada Limited (Mejalin) Troisième page de la couverture
Canada Drug Company (Paveral) LXXXV	Merck & Company Limited (Mandelamine) XV
Canada Starch Company Ltd., The (Sirops: "Crown Brand" et "Lily White") XVIII	Merrell (Bentyol) XI
Canadian Cannerns Ltd. (Aliments Aylmer pour bébés) LXXIV	Millet, Roux & Cie (Bilogène) III
Canadian Kodak Company Limited (Projecteurs Kodaslide Signet 500) LXI	Nestlé (Canada) Limited (Lactogen) LXXVI
Carnation (Lait Morning) LXXXIII	Parke, Davis & Compagnie Limitée (Kapseal de Geriplex) XXVII
Ciba Limitée (Pyribenzamine) LI	Parker, White & Heyl, Inc. (B-P Formaldehyde Germicide) XL
Coronet Drug Company (Sulfosalyl — Entrosalyl) XII	Pfizer Canada Limited (Terra-Cortril) XXV
Eddé, J., Limitée (Citrate de Bétaine) LXIX	Poulenc Limitée (Phénergan) XIX - XX
Eddé, J., Limitée (Neurinase — Alepsal — Génévral) XXVI	Robins Company of Canada Limited, A. H. (Entozime) LXV
Frosst, Charles E. & Company (Twin-Barb — Alserin — Vermisol) VII - VIII - IX - X	Rougier Frères (Hérisan) V
Frosst, Charles E. & Company (Trulfacillin — Trulfa-Zine — Trulfa) LIV - LV - LVI - LVII	Rougier Frères (Neutrophylline) Première page de la couverture
Frosst, Charles E. & Company (Twin-Barb) IV	Savage Shoes Limited (Pussyfoot) LXXV
Geigy Pharmaceuticals (Eurax) LXXX	Schering Corp. Limited (Chlor-Tripolon) XIII
General Electric X-Ray Corporation Limited (Appareils à rayons X) XXXIV	Schering Corp. Limited (Prantal) XVII
Gerber (Aliments pour bébés) LXXXI	Schmid (Canada) Limited, Julius (Vagisec) XXXIX
Goodyear Tire & Rubber Co. (Neolite) LXXXVIII	Searle & Company, G. D. (Mictine) XXXIII
Heinz (Jus d'orange tamisé) LXXXII	Sharp & Dohme (Canada) Limited (Melozets) LXXI
Herd & Charton, Inc. (Uroprazine) LIII	Shuttleworth Limited, E. B. (Histocaine) LXII
Herd & Charton, Inc. (Veratrite) L	Smith, Kline & French Inter-American Corp. (Acnomel) LII
Herd & Charton, Inc. (Vichy Célestins) II	Spencer Supports (Canada) Limited (Soutien-gorge) .. LXXVII
Hoffmann-La Roche Limitée (Arovit) XXXVI	St. Lawrence Rubber Company Limited (Davol) LXX
Homemaker Products (Diaparene) LXXX	Swift's Canadian Company Limited (Viandes pour bébés) LXXXII - LXXXIII
Huston Co. Limited, John A. (Lastonet) LXVI - LXVII	U. S. Vitamin Corporation (Panthoderm) XXXVII
Johnson & Johnson Limited (Gelée K-Y) LIX	Warner-Chilcott Laboratories (Anusol) Deuxième page de la couverture
Johnson & Johnson Limited (Atraloc) LXVIII	Winthrop-Stearns of Canada Limited (Apolamine) LXIV
Laboratoire Bio-Chimique Inc. (Cholibile) XLIV	Welch Allyn, Inc. (Instruments rectaux) XXX
	Wyeth & Bros. (Canada) Limited, John (Amphojel S.A.) XXXV

PAVERAL

reste toujours un médicament de choix pour le traitement scientifique de la

• • **COQUELUCHE** • •

est journellement prescrit avec succès pour les cas de coqueluche et
des toux coqueluchoïdes. — Ne cause ni intolérance ni complications.

Littérature sur demande.

AGENTS CANADA DRUG.CO.MONTREAL

PROBESE... sous une NOUVELLE forme



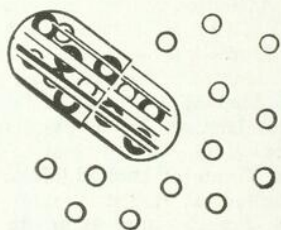
PROBESE

Triple Désintégration

PROBESE A.B.C. peut maintenant être administrée en une seule capsule quotidienne dont la désintégration s'effectue par étapes. Les granules jaunes sont libérés immédiatement — les verts, après 4 heures, et les roses, au bout de 8 heures.

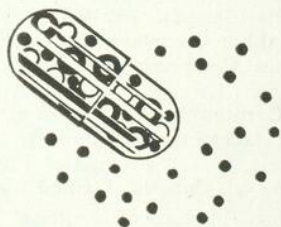


CAPSULES PROBESE T. D. élimine la surveillance de l'horaire
CAPSULES PROBESE T. D. permettent l'administration des trois formules originales en une seule capsule.



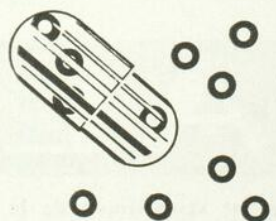
DÉSINTÉGRATION IMMÉDIATE

Sulfate d'amphétamine	5 mg.
Thyroïde U.S.P.	2/3 gr.
Sulfate d'Atropine	1/360 gr.
Aloïne	1/4 gr.



INGRÉDIENTS LIBÉRÉS APRÈS 4 HEURES

Sulfate d'amphétamine	5 mg.
Thyroïde U.S.P.	2/3 gr.
Sulfate d'Atropine	1/360 gr.



INGRÉDIENTS LIBÉRÉS AU BOUT DE 8 HRES

Sulfate d'amphétamine	5 mg.
Thyroïde U.S.P.	2/3 gr.
Phénobarbital	1/4 gr.

Présenté en boîtes de 30 capsules (approvisionnement mensuel) avec diète quotidienne de 1300 cal. et indice des calories.

PROBESE T. D.

LA PRÉPARATION
PARFAITE POUR
LE CONTRÔLE
DE L'OBÉSITÉ

BELL-CRAIG LTD.

270 PARLIAMENT ST.

• TORONTO 2



LA RÉPONSE À TOUS CES PROBLÈMES

MEJALIN

Mejalin facilite la prescription

Un seul nom à retenir



Prescrivez Mejalin à l'homme d'affaires surchargé qui "n'a pas le temps de manger" . . . à vos patients âgés qui mangent trop peu ou irrégulièrement ou qui ont besoin d'un supplément de vitamines. N'essayez pas de retenir tous les produits du complexe vitaminique B . . . tout ce qu'ils contiennent ou ne contiennent pas . . . il y en a trop. Mais il y en a un qui est tout indiqué pour vos nombreux patients qui requièrent une protection quotidienne contre la carence du complexe B dans l'alimentation . . . pour vos malades chez qui l'utilisation ou la synthèse du complexe B sont défectueuses, comme dans certains troubles du tube digestif et dans l'antibiothérapie.

Et ce produit est **MEJALIN**.

Et **MEJALIN** sera favorablement accueilli par le patient à cause de sa présentation très agréable.

Chaque Capsule Mejalin contient:

Thiamine	1.0 mg.
Riboflavine	1.0 mg.
Niacinamide	10.0 mg.
Pyridoxine HCl	0.4 mg.
d-Pantothénate de calcium	1.8 mg.
Vitamine B12 (cristallisée)	1.0 mcg.
Acid Foliique	0.7 mg.
Biotine	0.02 mg.
Foie desséché	300.0 mg.
Sulfate ferreux (équivalent à 7.5 mg. de fer)	25.5 mg.

CAPSULES MEJALIN

FLACONS DE 100

Le supplément COMPLET en vitamines B.

MEAD

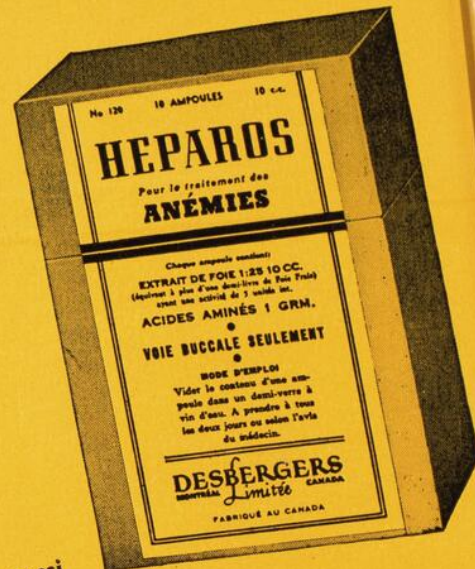
MEAD JOHNSON & COMPANY OF CANADA LIMITED
TORONTO • BELLEVILLE



HEPAROS

FOIE DE VEAU CONCENTRÉ
et
ACIDES AMINÉS

Contient Vitamine B₁₂ et tous les
facteurs anti-anémie secondaire.



Posologie:
Une ampoule à tous les deux
jours ou tous les jours
selon le cas.

Indications:
Anémies secondaires, aussi
comme médication de support
dans le traitement spécifique
de l'anémie pernicieuse.

Boîtes de 10 et 25 ampoules buvables.

ÉTAVÉRAL

MÉDICATION VASO-DILATATRICE DES TROUBLES
CARDIO-VASCULAIRES ET RESPIRATOIRES

DRAGÉES

SIMPLE

Chaque dragée contient:

Éthavérine HCl 25 mgm.
Dihydroxypropyl-Théophylline .. 160 mgm.

AVEC PHÉNOBARBITAL

Éthavérine HCl 25 mgm.
Dihydroxypropyl-Théophylline .. 160 mgm.
Phénobarbital 20 mgm

POSOLOGIE:

Une ou deux dragées toutes les quatre heures, ou une ou deux dragées avant chaque repas.

Flacons de 50 dragées.

SUPPOSITOIRES RECTAUX

SIMPLE

Chaque suppositoire contient:

Éthavérine HCl 30 mgm.
Dihydroxypropyl-Théophylline .. 500 mgm.

AVEC PHÉNOBARBITAL

Éthavérine HCl 30 mgm.
Dihydroxypropyl-Théophylline .. 500 mgm.
Phénobarbital 35 mgm.

POSOLOGIE:

Un suppositoire le soir au coucher, ou un suppositoire matin et soir.

Boîtes de 10 suppositoires.