



**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)

XXe congrès de l'A.M.L.F.C., Montréal

les 5, 6, 7 et 8 juin 1950

**ADMINISTRATION
ET SECRÉTARIAT**

326 est, boul. Saint-Joseph
Montréal
Tél.: LAncaster 9888

SECRÉTARIAT

128, rue Sainte-Anne
Québec

LES ORDONNANCES LILLY PEUVENT ÊTRE RAPIDEMENT EXÉCUTÉES

Tous les produits Lilly sont autant à votre portée et celle du patient que votre téléphone ou la pharmacie la plus proche.

Il est très rarement nécessaire de différer un traitement par suite du manque d'un article Lilly. Des réserves suffisantes de marchandises pour la vente de détail sont encouragées par un système de distribution efficient, permettant ainsi un service rapide aux pharmacies de la part du distributeur. Quel que soit l'endroit où l'on se trouve dans le pays, ces réserves ne sont jamais à plus de quelques heures de votre pharmacien.

Le fait qu'il est possible de se procurer facilement les produits Lilly assure la prompte exécution d'une ordonnance Lilly — tel qu'il est requis.

QUALITÉ

RECHERCHE

ÉTHIQUE

ELI LILLY AND COMPANY (CANADA) LIMITED

TORONTO, ONTARIO

Lilly

Dilvasène



*vaso-dilatateur périphérique
actif par voie buccale*

LE DILVASÈNE (iodométhylate de diméthylamino-1-méthylène-dioxy-2, 3-propane) est doué d'une action essentiellement parasymphomimétique qui s'exerce tout particulièrement sur le système vaso-moteur périphérique.

LE DILVASÈNE est indiqué dans la maladie de Raynaud, les troubles vaso-moteurs des extrémités, l'acroparesthésie, la sclérodémie, la migraine, les ulcères variqueux, le glaucome, la maladie de Buerger.

LE DILVASÈNE doit être administré presque toujours par voie buccale, quelquefois par voie intramusculaire.

La posologie est essentiellement individuelle.

LE DILVASÈNE est présenté en comprimés doses à 10 mg. (Dilvasène faible) et à 50 mg. (Dilvasène fort); en ampoules de 2 c.c. dosées à 5 mg.

littérature et échantillons sur demande

Poulenc

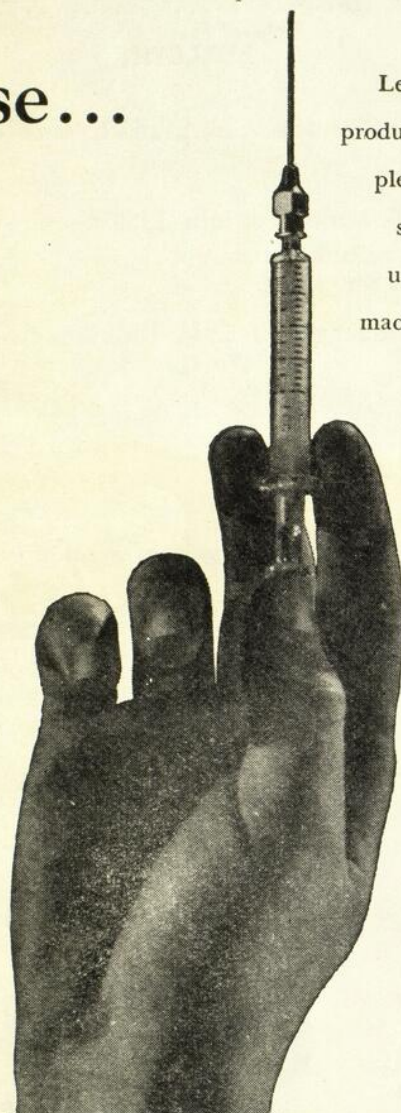


Limitée

MONTRÉAL

Un Remarquable Progrès Contre La Tuberculose...

*Efficacité
Thérapeutique
éprouvée*



Caractérisé par une activité uniforme et un minimum de douleur à l'injection, le Complexe Streptomycine Chlorure de Calcium Merck est devenu, depuis son introduction sur le marché, la forme préférée du précieux antibiotique. Le procédé Merck de cristallisation

garantit un produit chimiquement pur. Le Sulfate de Dihydrostreptomycine Merck, produit par l'hydrogénation catalytique du complexe streptomycine chlorure de calcium sous sa forme cristallisée, constitue par lui-même un produit chimique et une entité pharmacologique distincte d'une pureté et d'une

stabilité uniformément élevées. Ces deux antibiotiques sont de précieux auxiliaires, capables de rendre service dans tous les cas où la streptomycinothérapie peut s'appliquer efficacement.

Streptomycine Merck
Complexe
Chlorure de Calcium



Dihydrostreptomycine
(sulfate)
Merck

SOMMAIRE

IN MEMORIAM

Origène DUFRESNE
Joseph-Ernest Gendreau (1879-1949) 1285

BULLETIN

Roger-R. DUFRESNE
L'enseignement de la médecine aux Etats-Unis et au Canada 1287

H. TRUDEL
Le XXème congrès à Montréal en juin 1950 1290
Triple deuil pour l'Association 1292

Donatien MARION
L'Association des Médecins reçoit à la Maison canadienne 1292

G. GIRAUD, P. CAZAL, F. BOYER et J. MIROUZE
La part des ponctions-biopsies dans le diagnostic de la tuberculose
pulmonaire 1293

Claude BERTRAND
Le traitement d'urgence des traumatismes crâniens 1298

J.-C.-A. MARCHAND
Considérations sur les fractures du fémur chez l'enfant 1303

INDICATIONS:

ARTHRITISME

Rhumatisme aigu, chronique
Goutte
Diabète arthritique

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

VICHY CELESTINS

EAU MINÉRALE ALCALINE NATURELLE, PROPRIÉTÉ DE L'ÉTAT FRANÇAIS

MALADIES DES VOIES URINAIRES

Gravelle urique et phosphatique

} Une bouteille par jour comme ci-dessus.

Albuminurie des goutteux et des
graveleux

Cystites. — Néphrites

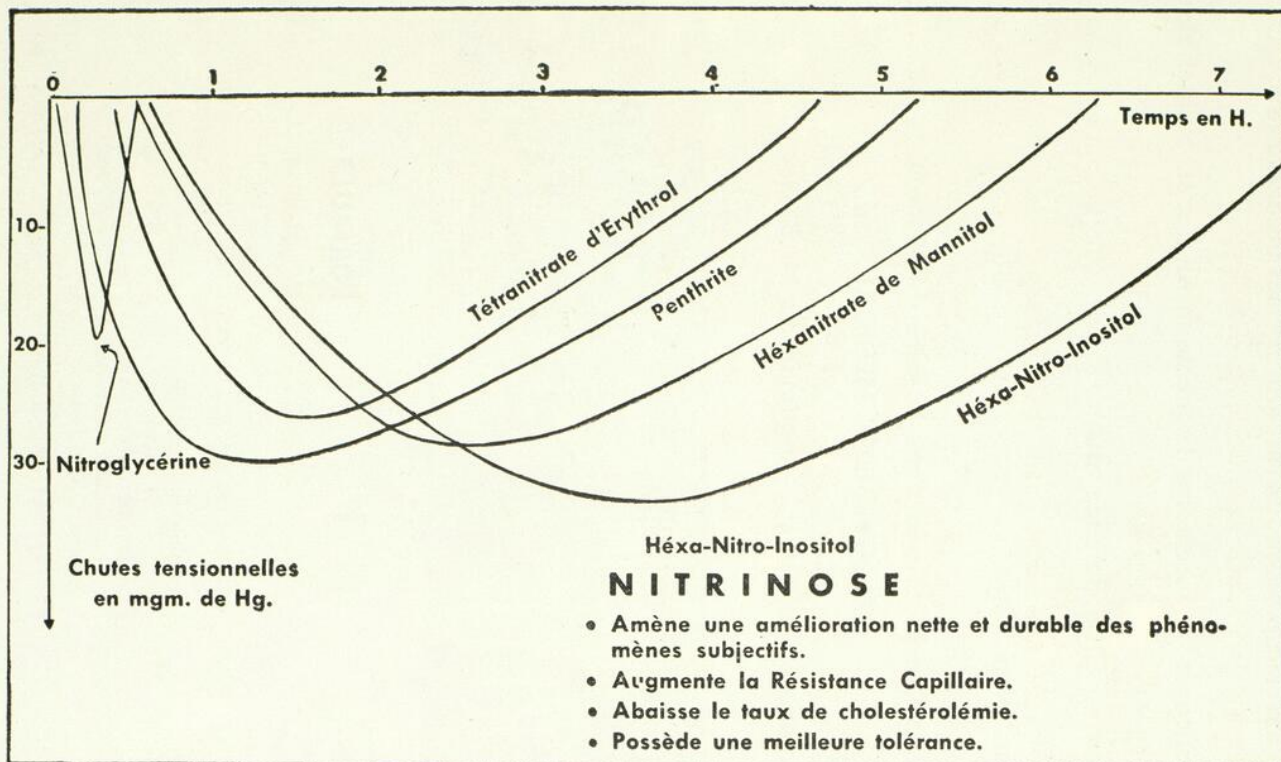
Artério-sclérose au début

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

Recommandée et prescrite par le Corps Médical dans le monde entier.

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

ÉVALUATION DE L'ACTION HYPOTENSIVE DE DIVERS ESTERS NITRÉS



N I T R I N O S E

NOUVEL AGENT HYPOTENSEUR À L'ACTION VASO-DILATATRICE PUISSANTE ET DE LONGUE DURÉE

PRODUIT DU LABORATOIRE DE PHARMACODYNAMIE CLINIQUE, ST-QUENTIN, AISNE, FRANCE.

FABRICATION CANADIENNE

ROUGIER FRÈRES, 350, rue Le Moyne, Montréal, P.Q.

SOMMAIRE

(Suite)

RECUEIL DE FAITS

- Lucien CORNIL, U. AUTONIOTTI et A. STAHL
Sur un épithélioma malpighien de la glande sous-maxillaire 1307
- Roma AMYOT
Syndrome de Pancoast — carcinome bronchique de l'apex pulmonaire 1311
- Eugène GAULIN
Tumeur de Wilms — Cure de onze ans 1314
- Gérard-O. TREMBLAY
Streptomycine et tuberculose 1318
- Claude MONFETTE
La greffe lamellaire de la cornée dans l'ulcère de Mooren 1322

MOUVEMENT MÉDICAL

- G. DAGUET
L'exsanguino-transfusion massive — méthode de M. Bessis 1324

Pour le traitement de
L'ARTHRITE

COMPOSÉ
d' "OSTOFORTE"

(S.E.C. No. 671 Frosst)

Pour les cas où le régime alimentaire habituel renferme suffisamment de vitamine A et de vitamines du groupe B:

"OSTOFORTE"

(S. E. C. No 651 "FROSST")

Chaque capsule contient 50,000 unités int. de vitamine D.

IMPORTANT : Le Composé d'Ostoforte et l'Ostoforte ne doivent pas être donnés aux sujets dont le rein ne fonctionne pas normalement, ni (à doses répétées) aux enfants.

FORMULE:

	Dans chaque capsule	Dans la dose quotidienne moyenne (4 capsules)
Vitamine D	50,000 unités int.	200,000 unités int.
Vitamine A	1,666 unités int.	6,664 unités int.
Vitamine B ₁ (chlorhydrate de thiamine)	0.67 mg.	2.67 mg.
Riboflavine (vitamine B ₂)	1.00 mg.	4.00 mg.
Niacine (acide nicotinique) ..	6.67 mg.	26.67 mg.
Vitamine C (acide ascorbique) ..	15.00 mg.	60.00 mg.

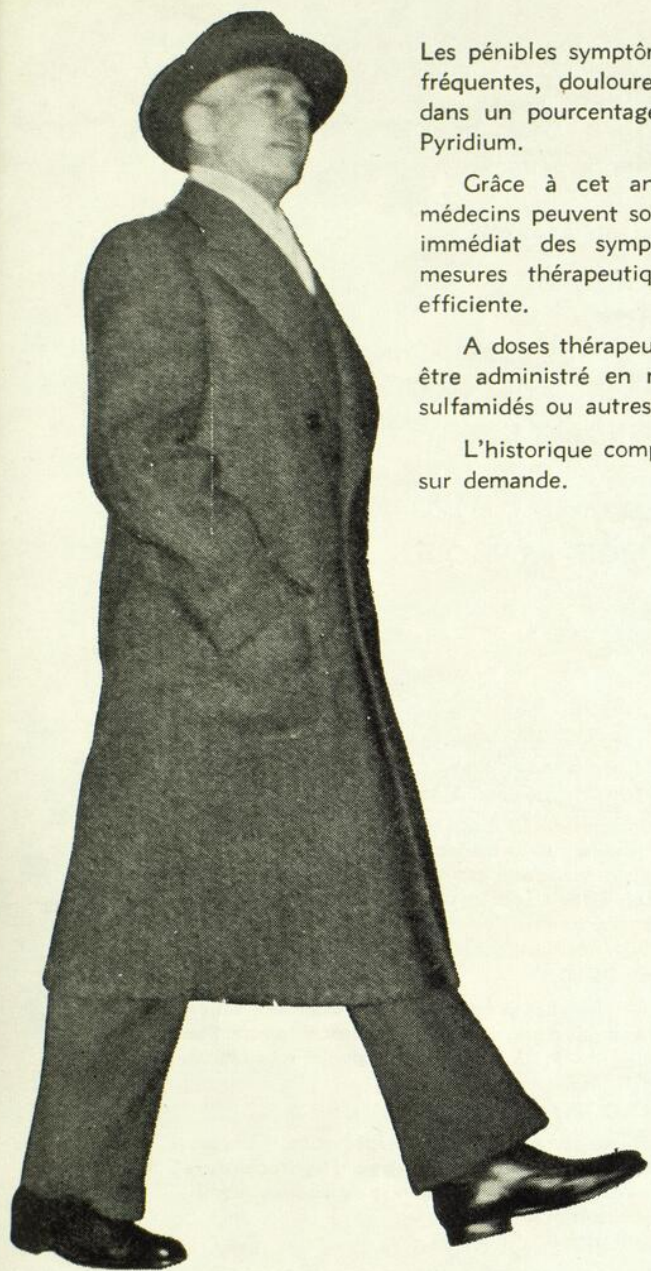
PRÉSENTATION: Boîtes de 50 et 100 capsules (pour ordonnances).

DOSE: Jusqu'à concurrence de six capsules par jour. Posologie complète à la demande des intéressés.

Charles E. Frosst & Co.
MONTREAL CANADA



Le MALADE sous TRAITEMENT



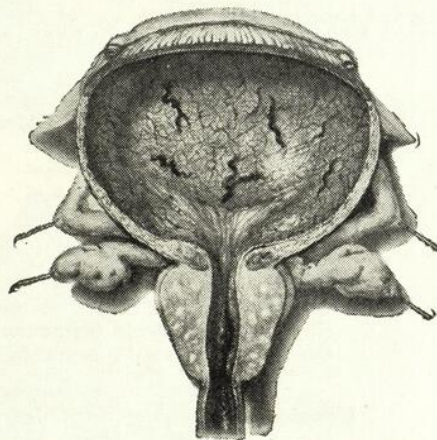
Les pénibles symptômes de l'infection des voies urinaires, tels les mictions fréquentes, douloureuses et cuisantes, peuvent être rapidement soulagés dans un pourcentage élevé de cas par la simple administration orale du Pyridium.

Grâce à cet analgésique urinaire, **sûr** et facile à administrer, les médecins peuvent souvent procurer à leurs malades le soulagement presque immédiat des symptômes urinaires douloureux, cependant que d'autres mesures thérapeutiques sont mises en œuvre pour corriger l'affection efficiente.

A doses thérapeutiques, le Pyridium est pour ainsi dire atoxique et peut être administré en même temps que la streptomycine, la pénicilline, les sulfamidés ou autres thérapies spécifiques.

L'historique complet du Pyridium et de son emploi clinique sera envoyé sur demande.

ÉPROUVE
un soulagement bienfaisant
à ses pénibles
SYMPTÔMES URINAIRES



PYRIDIDIUM[®]

(Phenylazo-alpha-alpha-diamino-pyridine mono-hydrochloride)

MERCK & CO., LIMITED

Fabricants chimistes

MONTREAL • TORONTO • VALLEYFIELD



Pyridium est le nom déposé au Canada du produit fabriqué par Pyridium Corporation.

SOMMAIRE

(Suite)

ÉDITORIAL

- Paul DUMAS
A propos d'iatrophagie endémique 1326

VARIÉTÉS

- Edmond LAURENDEAU
Les chroniques et l'hôpital N.-D.-de-la-Merci 1328
Robert LAULAN
Comment l'asepsie chirurgicale est née en France 1332

CONGRÈS

- Jean-Louis LÉGER
Deuxième congrès de neuro-radiologie — Symposium neuroradiologi-
cum — Rotterdam, 13-17 septembre 1949 1334

CORRESPONDANCE

- André PLICHET
Lettre de Paris 1337

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

- Roma AMYOT
Extraits de journaux 1340

• • •

- "L'Union Médicale du Canada", en 1880 1343

- ANALYSES 1344

MÉDECINE

Tachycardie paroxysmale bénigne chez un garçon de 10 ans (1344). Anémie artérielle orthostatique (1344). Considérations d'actualité sur le traitement des obèses (1345). L'épanchement péritonéal secondaire au pneumopéritoine artificiel (1346). L'étude comparative de la sulfadiazine, de la pénicilline et de la pénicilline combinée avec la sulfadiazine dans le traitement de la pneumonie lobaire (1346). Le diagnostic différentiel des lésions pulmonaires (1346).

PHTISIOLOGIE

La tuberculose à la croisée des chemins (1347). La prévention de l'infection tuberculeuse primaire chez les étudiants en médecine: l'autopsie, source d'infection (1347). Les infiltrats pulmonaires fugacés (1347). La pathologie de la réinfection. Quelques causes d'erreurs de diagnostic (1348).

CARDIOLOGIE

L'angiocardiographie dans les cardiopathies congénitales. Interprétation. Valeur. Indications (1348). Mort due à une maladie cardiaque après usage d'hydrochlorure d'émétine utilisé dans le traitement de l'alcoolisme chronique par réflexe conditionnel (1349). Cœur normal et fibrillation auriculaire (1349).

CHIRURGIE

La transplantation tendineuse dans la paralysie définitive du nerf radial (1349).

DERMATO-SYPHILIGRAPHIE

Bismuthothérapie orale en dermatologie (1350).

HYGIÈNE

Individus prédisposés aux accidents (1351). Relation entre la nutrition et l'infection chez l'enfant (1351).

OPHTALMO-OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Emploi de la vitamine A dans les surdités (1352).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Perforation d'un infarctus du septum interventriculaire diagnostiquée avant la mort (1352).

- SOCIÉTÉS 1354

Réunion scientifique du Bureau Médical de l'hôpital Notre-Dame: séance du 28 avril 1949 (1354).

- NOUVELLES 1366

- REVUE DES LIVRES 1384



Pour certains cette saison de l'année rappelle les excursions sportives à travers les bois. Pour bien d'autres, cependant, elle signifie une réduction des activités en plein air et plus d'heures passées à la maison, ce qui résulte trop souvent en l'affaiblissement de la résistance aux maladies durant cette saison d'hiver. De nouveau les médecins se verront consultés au sujet de toniques et de suppléments alimentaires. Nous profitons de cette occasion pour attirer votre attention sur la grande variété de spécialités "Frowl" renfermant des vitamines et une association de vitamines et sels minéraux, pour tous les âges, entre autres les gouttes "Ostoco", "Ostogen-A" et le "Neo-Chemical" Food pour les bébés et les enfants; les capsules "Neo-Chemical" Food, "Tutamate" et "Beforte" pour les adultes. Sur demande vous recevrez promptement une liste complète des formules, ainsi que des échantillons cliniques de chacun de ces produits.

Faits
intéressants
à noter

"ALAMINO"

Dans le traitement de l'ulcère peptique et de l'hyperchlorhydrie, cinq avantages caractérisent l'"Alamino":

1. un prompt soulagement de la douleur dans les cas d'ulcère peptique simple;
2. une action anti-acide rapide et prolongée sans danger d'alcalose;
3. de remarquables propriétés anti-acides, malgré une teneur minimum d'aluminium (40 p.c. de moins que la quantité d'aluminium qu'on trouve dans l'hydroxyde d'aluminium desséché).
4. une dispersion immédiate dans le contenu de l'estomac;
5. l'"Alamino" se présente sous forme de petits comprimés agréables au goût, qu'on peut déglutir sans mastication et qui sont commodes à porter dans la sacoche ou le gousset.

SUSPENSION "ALAMINO"

Chaque cuillerée à thé (4 cc.) renferme:
Alamino..... 7.7 gr. (0.5 G.)
Marque "Fross" du glycinat d'aluminium (basique)

POSOLOGIE

1 à 2 cuillerées à thé après chaque repas et au coucher.

PRÉSENTATION

Flacons de 16 onces.

COMPRIMÉS "ALAMINO"

C.T. No 381 "Fross"

Chaque comprimé renferme:
Alamino..... 7.7 gr. (0.5 G.)
Marque "Fross" du glycinat d'aluminium (basique)

POSOLOGIE

1 à 2 comprimés, après les repas et au coucher.

PRÉSENTATION

Flacons de 50, 100 et 500 comprimés.

COMPRIMÉS "ALAMINO"

COMPOSÉ

C.T. No 382 "Fross"

Chaque comprimé renferme:
Alamino..... 7.7 gr. (0.5 G.)
Marque "Fross" du glycinat d'aluminium (basique)
Sulfate d'atropine..... 1/500 de gr. (0.13 mg.)
"Noctinal"..... 1/4 de gr. (16 mg.)
Marque "Fross" de butobarbital sodique N.N.R.

POSOLOGIE

1 à 2 comprimés, après les repas et au coucher.

PRÉSENTATION

Flacons de 100 et de 500 comprimés.

Renseignements thérapeutiques "ALAMINO"

L'ulcère peptique représente, pour la médecine, un problème d'importance majeure dont la solution n'est pas encore en vue. Sa fréquence chez les jeunes, sa chronicité, la durée de l'affaiblissement qu'il produit et, dans le cas de l'ulcère gastrique, son aptitude à devenir malin sont tous des facteurs qui ne tendent pas à atténuer l'importance du problème.

L'étiologie du mal n'est pas encore clairement déterminée. De nombreux facteurs agissant de concert sont probablement en jeu, dont le plus important n'est probablement pas étranger au rythme accéléré de notre vie moderne et à la tension d'esprit, l'inquiétude et les complications économiques qui l'accompagnent.

Les symptômes de l'ulcère peptique sont trop bien connus pour qu'il vaille de les répéter. Nous désirons toutefois appuyer sur le fait que le diagnostic et le traitement précoces offrent la meilleure garantie d'une guérison sans avoir recours à la chirurgie.

Il est important de se rappeler que toute tentative de traitement de l'ulcère peptique et toute prescription thérapeutique devraient tenir compte de l'ambiance des malades, de leur susceptibilité nerveuse et de leur régime alimentaire ordinaire.

Il ne faudrait pas abandonner les principes établis en faveur de nouveaux principes dont la valeur est moins reconnue. Repos et régime sont deux éléments essentiels du traitement de tous les ulcères simples de l'estomac, et l'administration fréquente de petites quantités d'aliments simples, très nutritifs et anti-acides favorisera la cicatrisation. Outre le repos physique et le calme de l'esprit, on conseille aussi, chez le grand nerveux, de petites doses de barbituriques et d'alcaloïdes de la bella-

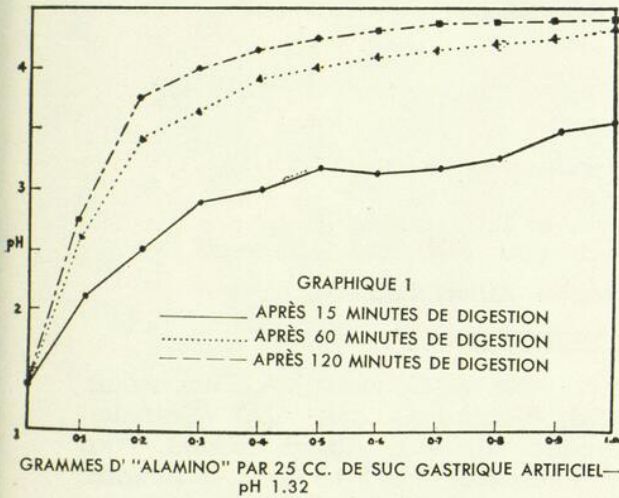


done, qui modéreront l'activité de la sensibilité mentale et agiront comme spasmolytiques.

Également indiqués, les anti-acides doivent être non irritants et réduire l'acidité gastrique au point où l'activité de la pepsine ne se produise plus, mais sans neutraliser intégralement le contenu de l'estomac. À cette fin, l'emploi d'"Alamino" aura les meilleurs résultats.

L'"Alamino" est le fruit des recherches de Krantz, Kibler et Bell, qui ont constaté qu'un sel d'aluminium d'un acide aminé (la glycine, par exemple) avait un double effet: la combinaison immédiate de l'acide par le groupe de cet acide aminé, et une action anti-acide, secondaire et prolongée, par la décomposition du sel d'aluminium, le chiffre de la concentration des ions acides H (hydrogène) libres du contenu gastrique étant stabilisé entre pH 4 et 5. Des épreuves pharmacologiques et cliniques on démontré, au Canada et aux États-Unis, l'efficacité de l'"Alamino".

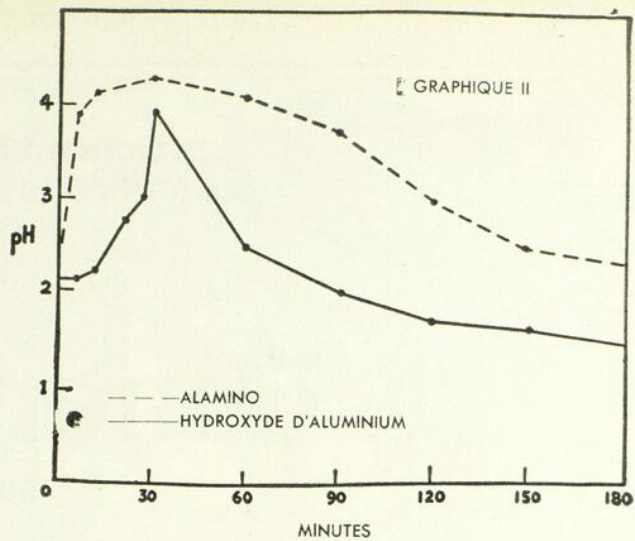
Le graphique 1 démontre surtout la rapidité avec laquelle agit l'"Alamino". On notera, par



exemple, que 0.5 gramme d'"Alamino" aura déjà neutralisé en un quart d'heure, 25 cc. de suc gastrique artificiel et en aura porté le pH de 1.32 à 3.2, et que même 0.3 gramme l'aura porté, en une heure, à pH 4. C'est là une concentration des ions acides H (hydrogène) à laquelle l'activité de la pepsine est, pour ainsi dire, réduite à zéro et, conséquemment, à laquelle un ulcère ne serait pas soumis à l'action digestive du suc gastrique. En l'occurrence, il y a soulagement de la douleur et la cicatrisation peut suivre son cours. Ce graphique explique aussi pourquoi l'"Alamino" est efficace même à doses relativement faibles.

Source à consulter — "The neutralization of gastric acidity with basic aluminum aminoacetate", communication particulière de MM. Krantz, Kibler et Bell, Faculté de médecine (section de pharmacologie), de l'Université de Maryland, Baltimore.

Le graphique II est particulièrement instructif. Il fait voir comment le médicament peut neutraliser des quantités additionnelles d'acide chlorhydrique après l'action initiale de l'"Alamino" et de l'hydroxyde d'aluminium. Il ex-



plique également pourquoi l'"Alamino" est nettement préférable à l'hydroxyde d'aluminium. Observez la rapidité avec laquelle agit l'"Alamino" et sa neutralisation efficace de fortes quantités d'acide chlorhydrique, à l'opposé de la lenteur d'action de l'hydroxyde d'aluminium et de l'insuffisance relative de son effet neutralisant.

Comparaison entre l'action anti-acide de l'"Alamino" et celle de l'hydroxyde d'aluminium: on s'est servi de 0.913 gramme de chaque substance. A chacune d'elles furent d'abord ajoutés 25 cc. de 0.1N HCl., puis une même quantité toutes les demi-heures, subséquemment. L'hydroxyde d'aluminium n'a agi que très lentement, mais l'effet anti-acide de l'"Alamino" s'est manifesté avant l'expiration de cinq minutes et a maintenu un pH de 4.2 à 4.3 pendant les trente premières minutes. Au cours de toute cette expérience, l'"Alamino" a neutralisé plus d'acide que l'Al(OH)₃. Ces déterminations furent établies à 20° cent., les mélanges étant agités sans interruption par une mélangeuse électrique, et le pH étant obtenu au moyen d'une électrode en verre.

Ce graphique fait aussi comprendre un fait d'une extrême importance clinique: il démontre que l'on peut s'attendre à ce qu'une seule dose d'"Alamino" provoque une telle concentration des ions acides H que la douleur et l'irritation causées par un ulcère simple de l'estomac (résultant de l'hyperchlorhydrie et d'une activité excessive de la pepsine) serait calmée et que la cicatrisation pourrait suivre son cours pendant un laps de temps correspondant à la période moyenne qu'il faut à l'estomac pour se vider de son contenu.

Source à consulter — "Medical management of uncomplicated peptic ulcer", Paul et Rhomborg, J. Iowa State Med. Soc., mai 1945.

Charles E. Frost & Co.
 MONTRÉAL CANADA

NOTRE 50^{ÈME} ANNIVERSAIRE

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

Fondée à Québec en 1902

L'Union Médicale

du Canada

Fondée en 1872



DIRECTION SCIENTIFIQUE

MEMBRES D'HONNEUR

Messieurs les Professeurs:

Maurice Roch (Genève),
Pasteur Vallery-Radot (Paris),
Edmond Dubé, doyen

Faculté de Médecine, Université de Montréal.

Charles Vézina, doyen

Faculté de Médecine, Université Laval, Québec.

Pierre Masson, J.-A. Leduc, T. Parizeau, J.-N. Roy (Montréal)

Rédacteur en chef émérite: Albert LeSAGE

BUREAU DE DIRECTION

MM. R. Amyot, Albert Bertrand, Roméo Boucher, A. Comtois, J.-A. Denoncourt, Edouard Desjardins, Edmond Dubé, Richard Gaudet, C.-A. Gauthier, L. Gérin-Lajoie, Albert Jutras, Renaud Lemieux, Albert LeSage, Paul Letondal, A. Marin, D. Marion, L.-P. Petitclerc, Jean Saucier, L.-C. Simard, Pierre Smith, Hermile Trudel, R.-E. Valin, J.-A. Vidal, Sénateur Lacasse.

BUREAU DE RÉDACTION

Rédacteur en chef

Roma AMYOT

Assistant-rédacteur en chef

Edouard Desjardins

Secrétaire adjoint à Montréal

Roger Dufresne

326 est, boulevard Saint-Joseph.

Secrétaire de la Rédaction

Pierre Smith

Secrétaire adjoint à Québec

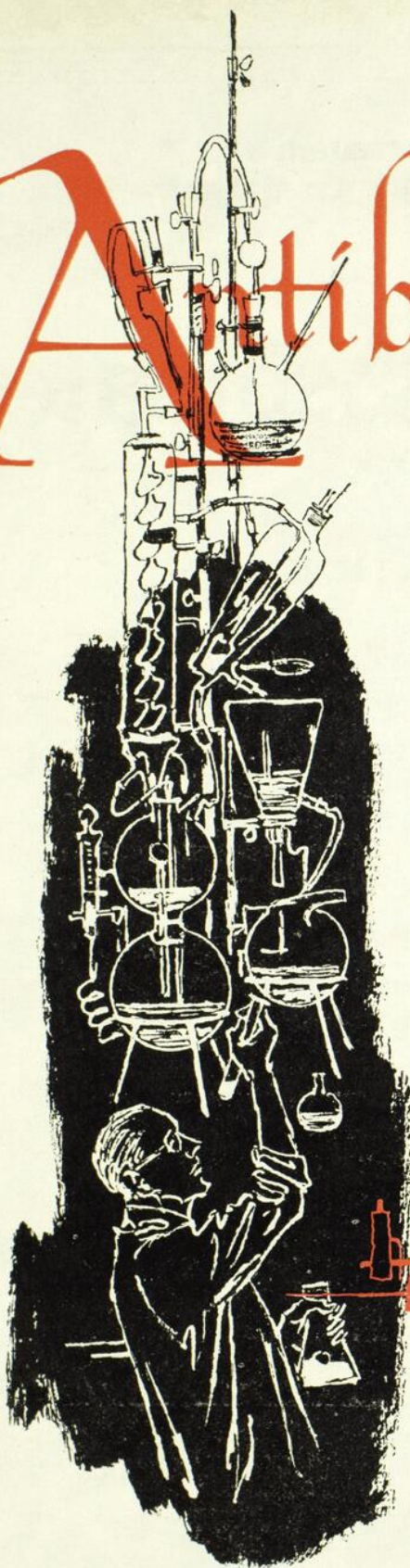
Maurice Beaudry

128, rue Sainte-Anne.

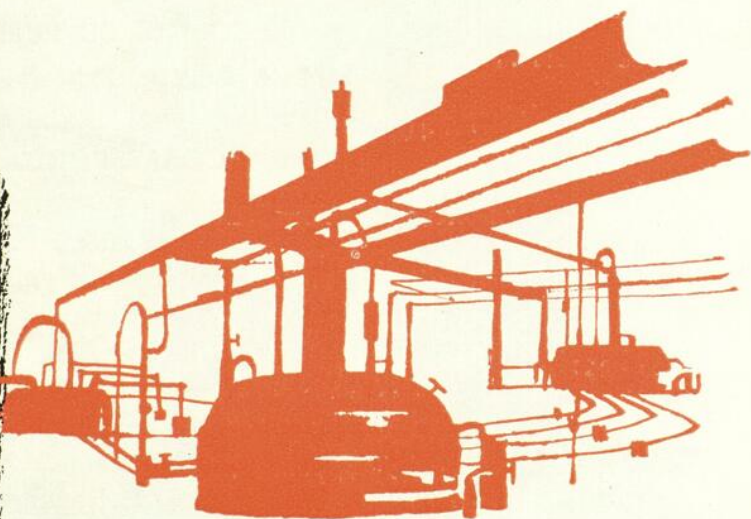
BUREAU DE COLLABORATION

MM. P.-R. Archambault, Maurice Beaudry, P. Bourgeois, A. Cantero, Roland Cauchon, Fernand Charest, C.-E. Côté, Paul David, F.-X. Demers, R. Doré, Guy Drouin, Paul Dumas, Origène Dufresne, Roger Dufresne, H. Gélinas, M. Gervais, Pierre Jobin, V. Latraverse, Rosaire Lauzer, Sylvio Leblond, J. LeSage, Léon Longtin, Emile Maranda, J.-P. Paquette, Antoine Pettigrew, Germain Pinsonneault, M. Plamondon, P. Poirier, J.-L. Riopelle, L.-P. Roy, Henri Smith, Félix Têtu, Malcolm Vachon, Norbert Vézina.

Antibiotiques



Depuis plusieurs années, *Lederle* s'est livré à d'intensives recherches en vue de l'isolement et de la production des antibiotiques. L'émulation scientifique, dans ce domaine, a été des plus actives et *Lederle* n'a pu conserver la première place que par les efforts conjugués de ses chercheurs et au prix de dépenses considérables en argent et en appareillage. Deux antibiotiques sont aujourd'hui largement utilisés dans le monde, l'auréomycine et la pénicilline. *Lederle* est le seul à produire le premier composé et a été un des pionniers de la préparation de plusieurs nouvelles formes de pénicilline, administrables par voies orale et parentérale.



Les recherches de *Lederle* ne restent jamais au point mort; progressant, au contraire, à pas de géant, elles aboutiront, le moment venu, à la découverte d'armes efficaces qui faciliteront l'incessant combat de l'homme contre les germes parasites.

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

Fondée à Québec en 1902

L'Union Médicale
du Canada

ADMINISTRATION

OFFICIERS

Président: Jean Saucier

Vice-présidents: Gustave Lacasse et L. Gérin-Lajoie

Secrétaire-trésorier: J.-A. Vidal

COMITÉ EXÉCUTIF

MM. Jean Saucier, R. Amyot, J.-A. Vidal, D. Marion, Gustave Lacasse.

COMITÉ DE PUBLICITÉ

MM. R. Amyot, D. Marion, J.-A. Vidal.

CORRESPONDANTS

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

Le Président, le Rédacteur en chef et le Secrétaire-trésorier sont, "ex-officio",
membres de tous les comités.

Publicité: Jacques D. Clerk, 326 est. boul. Saint-Joseph. L'Ancester 9888.

SPÉCIFIQUE DES TOUX REBELLES

Dioniforme

Bromoforme • Dionine • Terpene
Gaïacolsulfonate de Potassium
Belladonne • Aconit



COMPOSÉ À LA FOIS BALSAMIQUE,
SÉDATIF, ANTICATARRHAL ET
ANTISPASMODIQUE
PRÉSENTÉ SOUS UNE FORME
PRATIQUE PERMETTANT L'EMPLOI
PROLONGÉ SANS CRAINTE
D'INTOLÉRANCE GASTRIQUE



LITTÉRATURE ET ÉCHANTILLONS À MESSIEURS LES MÉDECINS
SUR DEMANDE À

MILLET, ROUX
MONTRÉAL



& CIE LIMITÉE
CANADA



OFFICIERS

DE

l'Association des Médecins de Langue Française du Canada

Fondée à Québec en 1902

DIRECTEUR GÉNÉRAL HONORAIRE

R.-E. VALIN,

165 est, rue Laurier, Ottawa.

DIRECTEUR GÉNÉRAL

Donatien MARION,

326 est, boul. Saint-Joseph
Montréal.

EXÉCUTIF DE L'ASSOCIATION

Donatien MARION, Montréal.

Hermile TRUDEL, Montréal.

A.-L. RICHARD, Ottawa.

J.-A. VIDAL, Montréal.

J.-B. JOBIN, Québec.

Pierre SMITH, Montréal.

SECRÉTAIRE-TRÉSORIER GÉNÉRAL

Hermile TRUDEL,

1990 est, rue Rachel,
Montréal.

COMITÉ DU XX^e CONGRÈS

J.-A. VIDAL, président.

J.-B. JOBIN, 1^{er} vice-président.
J.-A. DENONCOURT, 2^e " "
Richard GAUDET, 3^e " "
Edmond POTVIN, 4^e " "
Gustave LACASSE, 5^e " "
J.-M. LAFRAMBOISE, 6^e " "
Auray FONTAINE, 7^e " "

Pierre SMITH, secrétaire,
300, carré Saint-Louis,
Montréal.

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

ANCIENS PRÉSIDENTS

Albert LeSAGE,
J.-H. LAPOINTE,

Albert PAQUET,
Chs-N. DeBLOIS,

Chs VÉZINA,
A.-L. RICHARD.

J.-A. JARRY.

MEMBRES DU CONSEIL

AMYOT, Roma, 454 est, rue Sherbrooke, Montréal ..	1950	JOANNETTE, Albert, Sainte-Agathe-des-Monts, P. Q. ...	1952
ARCHAMBAULT, Gérard, Henryville, P. Q.	1952	LECOURS, J.-A., 538, avenue King Edward, Ottawa ...	1952
BAILLY, Roland, Saint-Pie de Bagot, P. Q.	1952	LEMIEUX, J.-R., 17, rue Sainte-Ursule, Québec ...	1952
BEAUCHEMIN, L.-O., Calgary, Alberta	1950	MANSEAU, Georges, 244a, rue Principale, Ville Saint-Laurent, P. Q.	1952
BELIVEAU, Pierre, Méthégan, N.-E.	1952	MERCILLE, Jean, 316, Parc G.-Etienne-Cartier, Montréal	1952
BIBAUD, Barthélémi, Valleyfield, P. Q.	1952	MICHAUD, R., 170 est, rue Laurier, Ottawa	1950
BLAIN, Emile, 444 est, rue Sherbrooke, Montréal ..	1952	MILOT, J.-D., 1017, Stafford Road, Fall River, Mass. ...	1952
BLANCHET, Roméo, 54, avenue Laurier, Québec ..	1952	MORRISSETTE, Pierre, Saint-Georges, Beauce, P. Q. ...	1952
BONIN, Wilbrod, 2620, boul. Pie IX, Montréal	1950	PELLETIER, A., Winchendon, Mass.	1950
BROUSSEAU, L.-Philippe, Malartic, P. Q.	1950	PERRAS, J.-Ephrem, 192, rue Principale, Hull, P. Q. ...	1952
CARON, Sylvio, Mastai, Québec	1952	PERRON, Jos., Shawinigan Falls, P. Q.	1950
CHOLETTE, A.-M., 1451 est, boul. St-Joseph, Montréal	1950	PIETTE, Edmond, Joliette, P. Q.	1950
COUTURIER, Alphonse, Rivière-du-Loup, P. Q.	1050	POWERS, A., 11, rue Front, Hull, P. Q.	1950
DANDURAND, René, 847, rue Cherrier, Montréal ..	1952	RIOUX, J.-Emile, Sainte-Anne-des-Monts, P. Q.	1950
D'ARGENCOURT, Guy, Drummondville, P. Q.	1950	ROULEAU, J.-Maurice, St-Grégoire, Cté Nicolet, P. Q. ...	1952
DECARIE, Roland, 524 est, rue Sherbrooke, Montréal ..	1952	SORMANY, Albert, Edmundston N.-B.	1950
DESMEULES, Roland, 167, Grande-Allée, Québec	1952	TANGUAY, Rodolphe, Sudbury, Ont.	1950
DOMINGUE, Albert, Granby, P. Q.	1952	TETRAULT, Adélard, 429, Laviolette, T.-Rivières, P. Q. ...	1950
DUBE, Edmond, 6055, rue Saint-Denis, Montréal	1950	THIBAUT, Eugène, 4070, boul. Lasalle, Verdun, P. Q. ...	1950
GAUTHIER, C.-A., 531½, rue Saint-Louis, Québec	1950	VIAU, Horace, 467, rue Rideau, Ottawa, Ont.	1950
GAUTHIER, Henri-E., Woonsocket, R. I.	1950		

Au

Moment Critique

PAR VOIE

- INTRAVEINEUSE
- INTRAMUSCULAIRE
- SOUS CUTANÉE

Stimule les centres respiratoire et circulatoire

De valeur surtout dans le choc, l'asphyxie et le collapsus.

Ciba

COMPAGNIE LIMITÉE, MONTRÉAL

*Coramine**

1.5 et 5 c.c.

*Nom Déposé

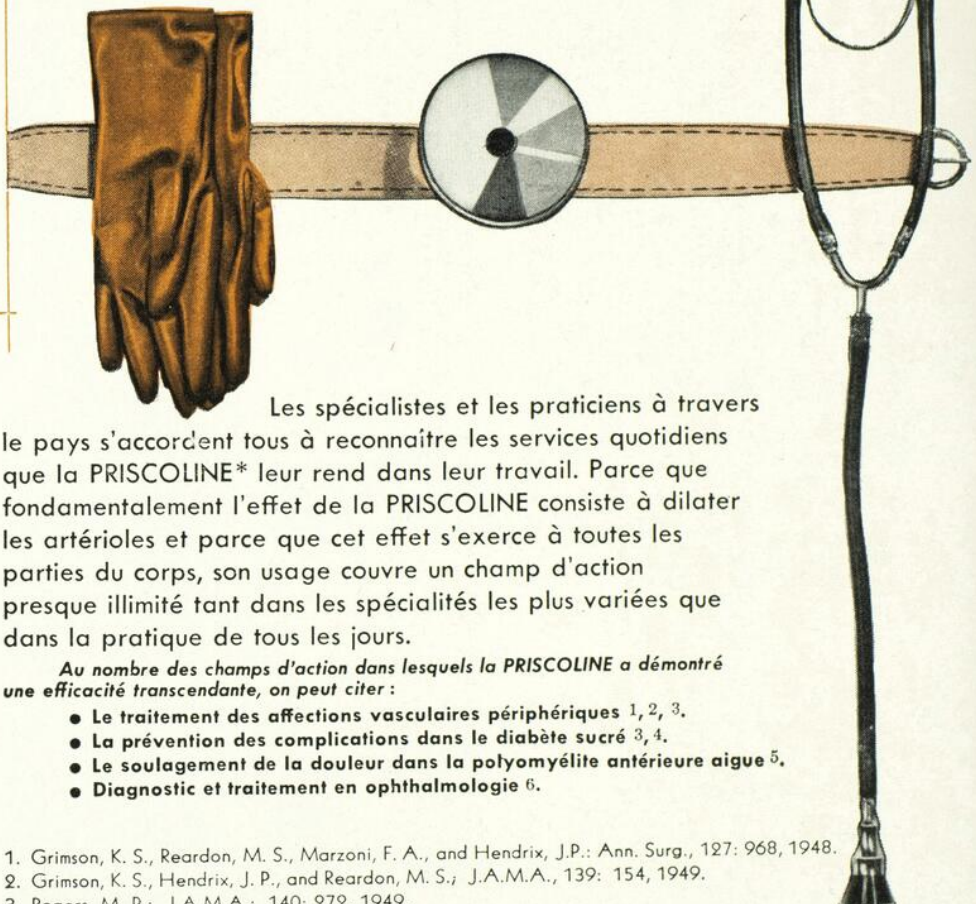
Nikéthamide "Ciba"





ILS SONT TOUS

D'ACCORD !



Les spécialistes et les praticiens à travers le pays s'accordent tous à reconnaître les services quotidiens que la PRISCOLINE* leur rend dans leur travail. Parce que fondamentalement l'effet de la PRISCOLINE consiste à dilater les artérioles et parce que cet effet s'exerce à toutes les parties du corps, son usage couvre un champ d'action presque illimité tant dans les spécialités les plus variées que dans la pratique de tous les jours.

Au nombre des champs d'action dans lesquels la PRISCOLINE a démontré une efficacité transcendante, on peut citer :

- Le traitement des affections vasculaires périphériques 1, 2, 3.
- La prévention des complications dans le diabète sucré 3, 4.
- Le soulagement de la douleur dans la polyomyélite antérieure aigue 5.
- Diagnostic et traitement en ophtalmologie 6.

1. Grimson, K. S., Reardon, M. S., Marzoni, F. A., and Hendrix, J. P.: Ann. Surg., 127: 968, 1948.
2. Grimson, K. S., Hendrix, J. P., and Reardon, M. S.: J.A.M.A., 139: 154, 1949.
3. Rogers, M. P.: J.A.M.A.: 140: 272, 1949.
4. Singer, R.: Wien. Klin. Wschr. 56: 260, 1943.
5. Smith, E., Graubard, D. J., Goldstein, N., and Rosenblatt, P.: Paper presented May 5, 1949 at Med. Soc. State of N.Y., 143rd Annual Meeting.
6. Fanta, H.: Archiv f. Ophthalmologie, 149: 199-219, 1949.

Pour une description plus détaillée de l'application clinique, mode d'emploi et posologie de la PRISCOLINE, demandez la nouvelle brochure Ciba "L'Usage Clinique de la PRISCOLINE (autrefois PRISCOLI)."

Priscoline*

(autrefois PRISCOLI)

* Chlorhydrate de benzazoline Ciba.

COMPAGNIE

Ciba

LIMITÉE MONTRÉAL

dans la Fièvre Rhumatismale

“dans 34 cas (de polyarthrite rhumatismale aiguë) ... les résultats thérapeutiques ont été plus impressionnants ... que dans toute autre des formes d'arthrite étudiées ... toute preuve d'activité rhumatismale disparut en quatorze jours ...”*

ET DANS 17 CAS D'ARTHRITE INFECTIEUSE AIGÜE...

“tous les cas se sont améliorés rapidement ... la température a cédé après trois jours en moyenne, avec absence de douleur et de sensibilité le cinquième jour ... toute trace d'activité arthritique disparut en moins de 10 jours ... en aucun cas fut-il nécessaire de continuer le traitement pendant au-delà de deux semaines.”*

BEREX (par voie buccale) soulage la douleur rapidement

BEREX tend à restaurer l'action physiologique normale

BEREX (par voie buccale) se prête à un traitement prolongé

BEREX est NON TOXIQUE

BEREX constitue un traitement peu dispendieux

BEREX est le seul produit au Succinate-Salicylate qui soit VÉRIFIÉ

Le traitement par le BEREX est indiqué dans l'Ostéoarthrite, l'Arthrite rhumatoïde, la Sciatique et la Névrite arthritique ...

REFERENCES: Ohio State Medical Journal, octobre, 1947; J. A. M. A., 135: 1114 (20 déc. 1947)

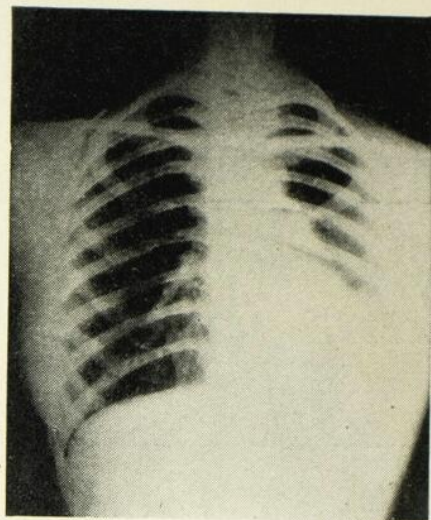
*Déposé en 1949. Fabriqué sous licence des propriétaires. BEREX est le nom déposé de ce produit.

Littérature médicale et tiré à part de l'article

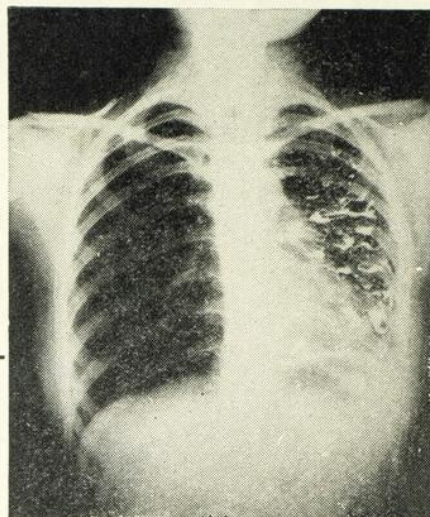
*“TRAITEMENT DE L'ARTHRITE PAR LE SUCCINATE-SALICYLATE” seront adressés sur demande à

BEREX Pharmacal Company - 36-48 Caledonia Road - Toronto, Canada

Lipiodol*



Roentgenogramme sans Lipiodol



Roentgenogramme avec Lipiodol

complète

l'image du diagnostic!

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

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

RHINAMIDE

para-amino-phényl-sulfamide
éphédrine
élycaïne

*Affections du
Rhino-Pharynx*

LABORATOIRES A. BAILLY
SPELY-EXPORT

19 RUE DU ROCHER - PARIS

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

*instillations
pulvérisations*

**SPASEX NE CAUSE PAS
D'EFFETS ANESTHÉSQUES**

Antispasmodique Nouveau et Efficace

SPASEX

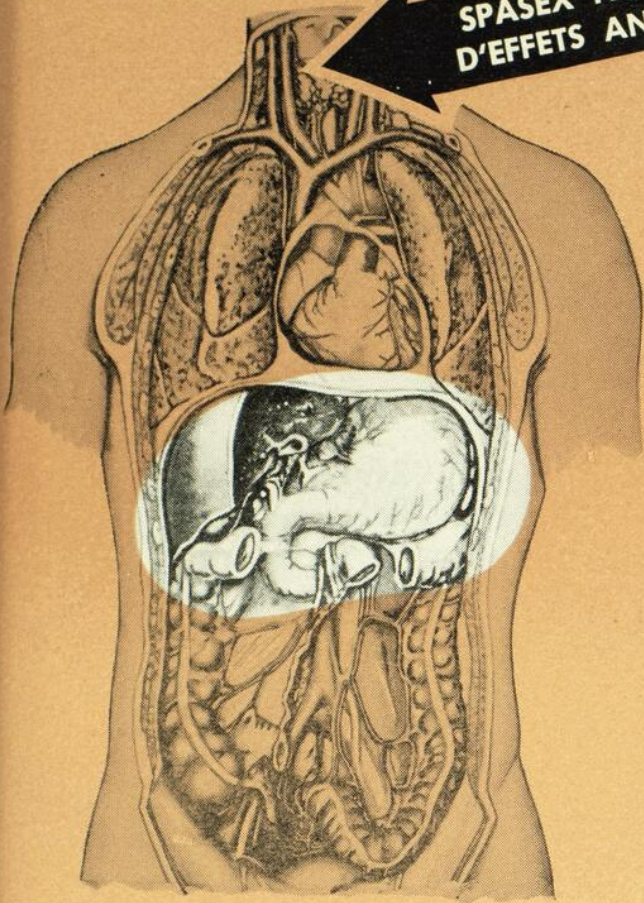
Chaque comprimé contient 1/24 gr. de Bromure de Méthyl Homatropine.
Posologie: Un à deux comprimés 3 fois par jour, avant les repas.
Présentation: Flacons de 100, 500 et 1000 comprimés.

NEURO-SPASEX

Chaque comprimé contient 1/24 gr. de Bromure de Méthyl Homatropine et 1/4 gr. de Phénobarbital.
Posologie: Un ou deux comprimés 3 fois par jour avant les repas.
Présentation: Flacons de 100, 500, 1000 comprimés.

SPASEX pour enfants

Chaque comprimé contient 1/200 gr. de Bromure de Méthyl Homatropine. Chez les nourrissons Spasex apaise les vomissements dûs aux spasmes du pylore, aussi bien qu'à la colite spasmodique.
Posologie: Un comprimé dissous dans un peu d'eau sucrée cinq à sept fois par jour avant chaque boire.
Présentation: Flacons de 100, 500, et 1000 comprimés.



Spasex (Bromure de Méthyl Homatropine) est un antispasmodique efficace — Il agit en déprimant les terminaisons du vague et des autres ramifications du système parasympathique, soulageant ainsi les douleurs spasmodiques. Il contrôle les hyper-sécrétions du mucus et des sucs gastriques. Spasex s'élimine rapidement.

L'activité de Spasex équivaut à la moitié de celle de l'Atropine mais sa toxicité est 30 fois moindre que celle de l'Atropine. Une dose aussi forte que 1/8 gr de Spasex prise en une seule fois, cause rarement de la sécheresse de la bouche, des troubles de la vue, et autres effets secondaires de l'Atropine.

Spasex est tout indiqué pour calmer les douleurs et les malaises dûs aux spasmes nerveux et dans les cas de dysménorrhée. Il est employé pour faciliter certains examens en gynécologie, en urologie pour éliminer le ténésme vésical et aussi pour soulager les douleurs dûes aux spasmes associés aux ulcères peptiques et duodénaux, aux colites du mucus, aux spasmes du pylore, à la constipation spasmodique et aux autres états spasmodiques associés aux conditions inflammatoires du tractus gastro-intestinal.

Neuro-Spasex contient en plus du Phénobarbital lequel y ajoute son action sédative aussi bien que son action doucement spasmolytique.



Mowatt & Moore Ltd
PRODUITS PHARMACEUTIQUES
DE CHOIX
MONTREAL

ANTIGRIPPINE

MIDY

MÉDICAMENT COMPLET DE LA GRIPPE

COMPOSITION

Phénacétine	100 mg.
Acide Acétylsalicylique.....	300 mg.
Acide Ascorbique	50 mg.
Poudre de Gelsémium	10 mg.
Codéine	7.5 mg.

pour une dragée de 50 ctg.

PROPRIÉTÉS

Supprime la douleur—Arrête la toux—Relève les forces—
Décongestionne les muqueuses respiratoires — Facilite
l'expectoration — Abaisse la température.

INDICATIONS

Traitement de la grippe sous toutes ses formes — Etats
congestifs pulmonaires — Oppressions respiratoires —
Maux de tête — Asthénie grippale.

POSOLOGIE

Une dragée toutes les 4 heures, jusqu'à concurrence de
5 par jour, avec une boisson très chaude et alcoolisée.

PRÉSENTATION

Boîte de 12 dragées de 50 ctg.

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE SUR DEMANDE

LABORATOIRES MIDY - PARIS

AU SERVICE DU CORPS MÉDICAL DEPUIS 1718

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

Concentré multivitaminé

vitamines
sous une
forme
améliorée

miscible à l'eau et non alcoolique



Gouttes "Supplavite"

No 931

On a démontré que le véhicule aqueux de ce nouveau concentré multivitaminé favorise une plus grande absorption des vitamines A et D.

La dose journalière conseillée est de 10 gouttes (0.6 cc.), qui renferment:

Vitamine A.....	5,000 Unités int.
Vitamine D.....	1,000 Unités int.
Acide ascorbique.....	50 mg.
Chlorure de Thiamine.....	1.5 mg.
Riboflavine.....	1 mg.
Niacinamide.....	20 mg.
Pyridoxine.....	1 mg.
d-Pantothénate de calcium.....	5 mg.
Vitamine E (alpha-tocophérol).....	1 Unité int.

Bouteilles de 8, 15 et 30 cc.
accompagnées d'un compte-gouttes gradué.

Ayerst

“ . . . l'action régularisante et bienfaisante de la médication continue par voie buccale sur les symptômes ménopausiques semble réclamer l'adoption de cette méthode à l'avenir.”
 Gray, Laman A.: J. Clin. Endocrinol., 3:92 (fév.) 1943 dans un rapport clinique sur la "Prémarine".

"Prémarine"

grande efficacité
activité "per os"

provenance naturelle
innocuité

bonne tolérance
sensation d'euphorie



substances oestrogènes conjuguées (équines)

COMPRIMÉS: No 865—2.5 mg. par comprimé
 No 866—1.25 mg. par comprimé
 No 867—0.625 mg. par comprimé
 Bouteilles de 20 et de 100

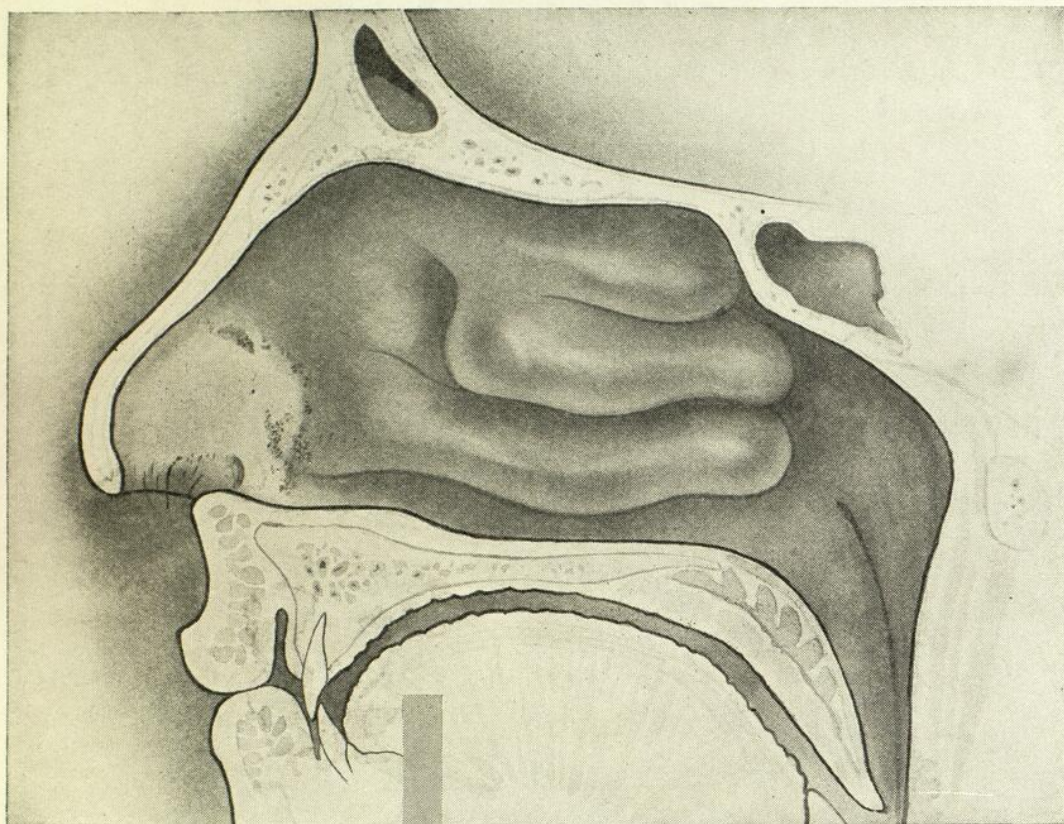
No 868—0.3 mg. par comprimé
 Bouteilles de 100

Si l'on désire aussi apaiser les troubles nerveux:

No 877—0.625 mg. par comprimé plus
 1/2 grain de phénobarbital.
 Bouteilles de 100

LIQUIDE: No 869—0.625 mg. par cuillerée à thé
 Bouteilles de 4 onces fluides

Le traitement par la "Prémarine" se montre en outre efficace dans d'autres affections causées par la carence d'oestrogènes, telles que la vaginite, le prurit vulvaire, l'aménorrhée, l'hémorragie utérine fonctionnelle et l'engorgement laiteux *post partum*.



l'activité ciliaire
dans
le **RHUME**
la **SINUSITE**
la **FIÈVRE**
des **FOINS**

La motilité ciliaire a pour effet de débarrasser les voies respiratoires supérieures des reliquats d'exsudation. Cette action ne doit pas être entravée par un médicament servant au traitement d'un rhume banal, d'une sinusite ou de la fièvre des foins.

Les solutions isotoniques de chlorhydrate de Néo-Synéphrine n'empêchent pas l'action efficace des cils vibratiles, tandis que la congestion est diminuée pas la vasoconstriction.



NEO-SYNEPHRINE[®] HYDROCHLORIDE

BRAND OF PHENYLEPHRINE HYDROCHLORIDE

Présentation: Solution à 1/4% (ordinaire et aromatisée),
flacons de 1 once.
Aussi en solution à 1% (si une concentration plus forte
est nécessaire), flacons de 1 once, et en gelée hydro-
soluble à 1/2%, tubes de 5/8 d'onc.

Néo-Synéphrine, marque de commerce
enregistrée aux E.-U. et au Canada.

Winthrop-Stearns INC.
NEW YORK 13, N. Y. WINDSOR, ONT.

1019 ouest, rue Elliott, Windsor, Ontario.

423 est, rue Ontario, Montréal, P. Q.

"Calcium-Sandoz"

(Glucono-galacto-gluconate de calcium)

Réduction de la perméabilité cellulaire

PIQÛRES D'INSECTES - DIATHESE EXSUDATIVE - INFLAMMATIONS

Suppression de réactions allergiques ou anaphylactiques

RHUME DES FOINS, DERMATITES, ACCIDENTS SÉRIQUES

Sédation neuro-musculaire

SPASMOPHILIE, INSUFFISANCES CALCIQUES

Granulé - Comprimés chocolatés et effervescents - Ampoules

"Les ampoules Calcium-Sandoz restent toujours limpides"

"Calcibronat-Sandoz"

(Bromo-Lactobionate de Calcium)

Association des effets sédatifs du Br. à l'action antispasmodique et neuro-équilibrante du Ca.

**ALLERGIE - DERMATITES PRURIGINEUSES - SPASMOPHILIE
ERETHISME NERVEUX - AGITATION**

Granulé - Comprimés effervescents - Ampoules

LITTÉRATURE ET ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE.



SANDOZ PHARMACEUTICALS LTD.

391 RUE ST-JACQUES OUEST

MONTREAL, P. Q.

NON PAS POUR
HOMMES
SEULEMENT

L'hormone androgénique, malgré sa dénomination, n'est pas exclusive au sexe masculin, puisqu'on la trouve en quantité appréciable chez la femme chez qui l'on présume qu'elle est nécessaire au maintien de ses fonctions organiques normales. D'ailleurs, au sens strict, elle n'est pas seulement une hormone sexuelle, puisqu'elle a une influence considérable sur le métabolisme, surtout en rapport avec l'anabolisme des protéines.

L'activité thérapeutique de l'hormone androgénique est d'un appui considérable dans toute une variété de malaises et elle peut s'obtenir d'une façon économique et efficace en ayant recours aux préparations d'ORETON.

ORETON* (Propionate de Testosterone U.S.P. XIII de Schering en ampoules et en fioles pour injection intramusculaire)

ORETON Comprimés pour administration buccale. (Propionate de Testosterone U.S.P. XIII de Schering dans une base de POLYHYDROL)

ORETON-M* (Méthyltestosterone U.S.P. XIII de Schering en comprimés)

ORETON-M Onguent. (Onguent de Méthyltestosterone U.S.P. XIII de Schering)

ORETON-F* (Testosterone en liberté de Schering sous forme de pellette pour greffe sous-cutanée)

Ainsi présenté, le produit a donné d'heureux résultats chez l'homme dans la stérilité et les périodes climatériques; chez la femme dans la métrorrhagie et la dysménorrhée; et chez les enfants dans la croissance prématurée et l'infantilisme.

Presentation

ORETON Ampoules de 1 cc. contenant 5, 10 ou 25 mg.; boîtes de 6 et de 50 ampoules. Fioles de 10 cc. contenant plusieurs doses à 25 ou 50 mg. par cc.; une fiole par boîte.

ORETON Buccal.—2.5 et 5 mg.; bouteilles de 30, 100 et 500 comprimés.

ORETON-M Comprimés de 10 mg.; bouteilles de 30, 100 et 500 comprimés; 25 mg.; bouteilles de 30 et 100 comprimés.

ORETON-M Onguent. Tube de 50 gm.; 2 mg. de Hormones par gm.

ORETON-F Pellette 75 mg., Fioles d'une pellette individuelle; boîtes de une et de 3 fioles.

Polyhydrol est une marque de fabrique de Schering Corporation.

CORPORATION LIMITED • MONTRÉAL 1

Schering

ORETON



Docteur...

Pour obtenir un soulagement immédiat
dans les Toux vraiment opiniâtres

Prescrivez :

*Sirop **BENZOCODE**

et

Suppositoires **RECTOCRINE**

SÉDATIFS
EXPECTORANTS
ANTISEPTIQUES

* Cette préparation contient 1 grain de codéine à l'once.

LES LABORATOIRES

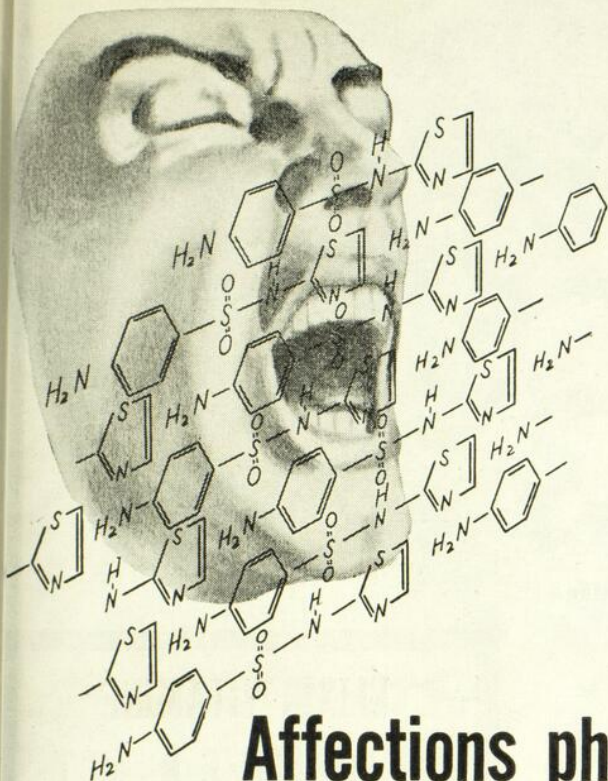
ASGRAIN & HARBONNEAU
Limitée

UNIVERS PHARMACEUTIQUE, SCIENTIFIQUE ET MÉDICAL

QUÉBEC

MONTREAL

OTTAWA



Chimioprophylaxie contre les Affections pharyngées

MÉTHODE TOPIQUE SÛRE

Dans l'étude de Neiman* sur la chimioprophylaxie au moyen de la Gomme au Sulfathiazole White, poursuivie pendant une période de neuf mois chez 199 étudiants en médecine:

1. L'incidence de pharyngite primaire dans le groupe traité fut de *moins de la moitié* de celle des sujets de contrôle. Une diminution moins notable mais significative au point de vue statistique, fut aussi observée quant à l'incidence des rhumes et des pharyngites irrationnelles.
2. "Il est à remarquer que les bouches de plus de 100 personnes furent exposées au médicament sous forme concentrée, quotidiennement pendant huit mois, *sans provoquer d'incidents.*"

Tout comme dans le cas de l'emploi thérapeutique de la Gomme au Sulfathiazole, l'application prophylactique est sans danger parce qu'elle est topique. Dans le groupe étudié, par exemple, l'examen répété d'échantillons sanguins prélevés sur des sujets non-sélectionnés n'a jamais donné un résultat positif de l'épreuve pour le sulfathiazole.

Au cours de ces expériences, la dose administrée fut de un à trois comprimés par jour — un traitement économique, de toute évidence. Aucun incident n'a été observé.

White's

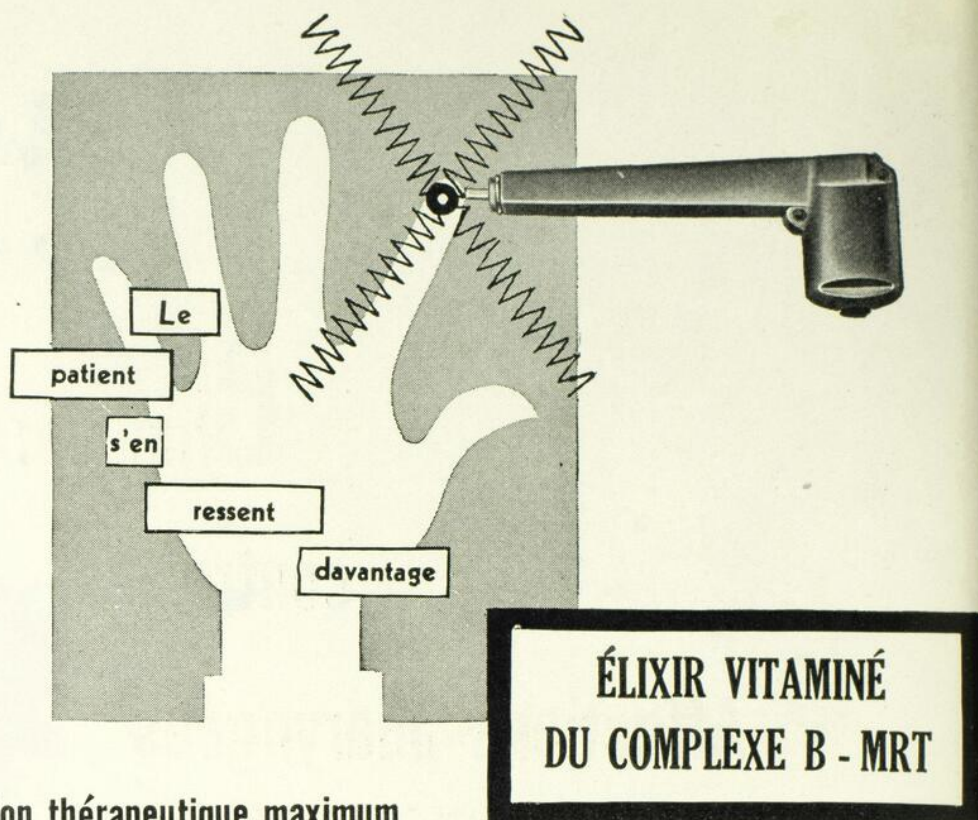
SULFATHIAZOLE GUM

CHIMIOTHÉRAPIE TOPIQUE SÛRE

Se vend en boîtes de 24 comprimés dosés à $3\frac{3}{4}$ grains (0 g. 25) chacun, enveloppé dans le sanitape. Boîtes de format commode bien adapté à l'ordonnance.

WHITE LABORATORIES of Canada Ltd., 64-66 est, rue Gerrard, Toronto, Ont.

*Neiman, I. S.: Valeur prophylactique du Sulfathiazole. Archives d'Otolaryngologie, 47: 158-164 (fév.) 1948.



Pour une réaction thérapeutique maximum

L'ÉLIXIR VITAMINÉ DU COMPLEXE B — MRT satisfait aux exigences les plus sévères en vue d'un traitement complet et efficace à l'aide du complexe B; une réaction maximum est assurée. Votre patient "se sentira" mieux! Chaque cuillerée à thé (5 c.c.) dérivée de 31.7 grammes des sources naturelles les plus riches en complexe B — foie, enveloppes du riz décortiqué, levure de bière, germe de blé et miel, et 2 mg. de B₁, 3 mg. de B₂ et 20 mg. d'acide nicotinique et de niacine, plus des quantités équilibrées de pyridoxine, de pantothénate de calcium, d'acide folique, de thiamine, de B₁₂, de choline, de biotine et tous les autres facteurs du complexe B. Jolliffe (2) attache une importance toute spéciale au complexe B entier dérivé de sources naturelles, plutôt que de simples produits synthétiques.

**ÉLIXIR VITAMINÉ DU COMPLEXE B — MRT
— NEUROPATHIES**

Un clinicien éminent rapporte un retour de 80 à 85% du sens vibratoire normal (selon les lectures du vibromètre) pour des patients chez

qui on a employé l'élixir vitaminé du complexe B — MRT comme seul agent thérapeutique pour le traitement des neuropathies dues au diabète.

Comme contraste frappant, des cas chez qui on a employé 25 capsules par jour d'un complexe B puissant, plus 100 mg. respectivement de B₁, B₂ et d'acide nicotinique, n'ont réagi que dans la mesure de 20 à 25%.

Ces conclusions concordent bien avec les résultats de Lewey et Shay (1) qui ont démontré la futilité d'essayer d'obtenir des résultats curatifs avec des vitamines synthétiques et ont insisté sur la nécessité des substances naturelles pour obtention de rémissions.

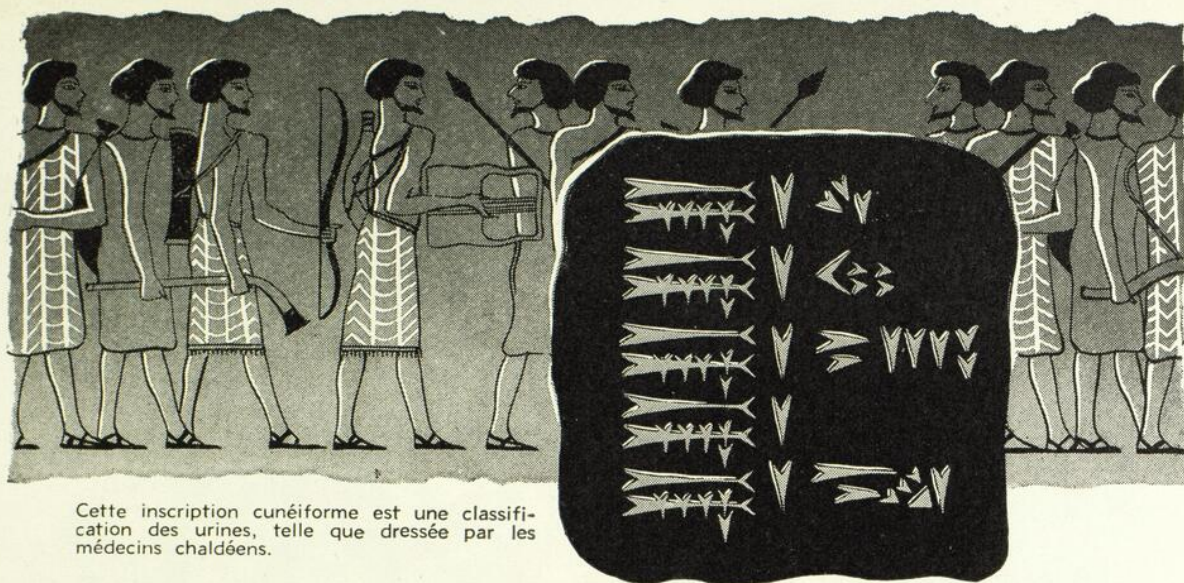
(1) Lewey et Shay: Dietotherapy. W. B. Saunders & Co., 1945, p. 850.

(2) Jolliffe, N.: The Preventive & Therapeutic Use of Vitamins. J.A.M.A., 129: 613 (27 oct.) 1945.

Littérature et échantillons sur demande.

THE WINGATE CHEMICAL COMPANY LIMITED

378 OUEST, RUE SAINT-PAUL, MONTRÉAL, P. Q.

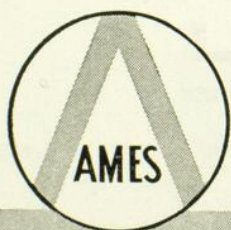


Cette inscription cunéiforme est une classification des urines, telle que dressée par les médecins chaldéens.

Des millénaires d'étude . . . résumés en quelques secondes!

Même 4,000 ans avant Jésus-Christ, les empiriques babyloniens et sumériens, qui notaient déjà la variation des caractères physiques de "la péniale liqueur", ne furent probablement pas les premiers uroscopistes. Mais ce n'est que cinquante siècles plus tard que fut découvert le réactif de Fehling.

Grâce à l'excellente méthode *Clinitest*^(R), qui indique avec précision la teneur en sucre des urines, les siècles consacrés au perfectionnement de la diagnose sont condensés dans quelques secondes. L'épreuve se fait en moins d'une minute. L'emploi de ces comprimés est la simplicité même — tout diabétique l'apprendra aisément. Unique en son genre, le procédé *Clinitest* supprime l'emploi extérieur de la chaleur. L'interprétation du "test de routine" est facilitée.



Clinitest

pour l'analyse glycosurique

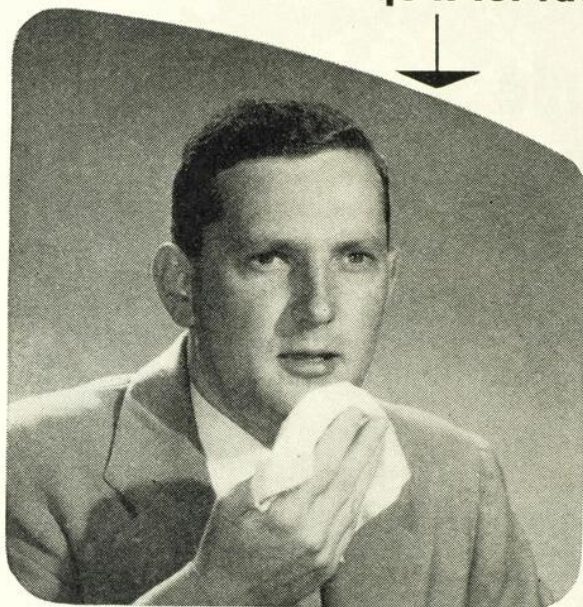
AMES COMPANY OF CANADA, LTD. TORONTO 4, ONTARIO



**Assure le soulagement
de la toux que votre
patient désire . . .**



**Laisse subsister le réflexe
de la toux qu'il lui faut**



Dans un cas ordinaire, il est habituellement possible d'enrayer la toux du patient—mais c'est souvent un vrai problème de le faire sans faire disparaître le réflexe tussigène nécessaire pour garder les bronchioles et la gorge dégagées. C'est sous ce rapport que vous constaterez que le Mercodol, au goût agréable, est unique! Car Mercodol contient le

narcotique¹ qui enrayer la toux tout en ayant une meilleure action anti-tussigène que la codéine ou l'héroïne et qui, pourtant, maintient un réflexe tussigène salutaire . . . un bronchodilatateur par excellence² qui relâche les bronchioles obstruées . . . un expectorant³ efficace qui liquéfie les sécrétions. Et vous constaterez que le Mercodol se distingue par une absence remarquable des effets suivants — nausée, constipation, rétention du sputum, stimulations nerveuses et cardiovasculaires.

MERCODOL*

UNE COMMANDE SPÉCIALE POUR NARCOTIQUE EST EXIGÉE

Le sirop antitussigène qui enraye la toux — et maintient le réflexe tussigène

CINCINNATI, U.S.A.



TORONTO 9, CANADA

Chaque 30 cc. contient:
¹Mercodinone* 10.0 mg.
²Nethamine* 0.1 gm.
³Citrate de Soude 1.2 gm.
 *Marque Déposée

Plus grande sensation
d'euphorie...

avec **CONESTRON**



Le Conestron constitue une arme thérapeutique d'une grande souplesse pour traiter les troubles, tant physiques qu'émotifs, qui font leur apparition durant la ménopause. Il met entre les mains du médecin une médication orale, facilement adaptable aux besoins individuels de chacun et se traduit, pour la malade, par une sensation naturelle de bien-être.

Le Conestron consiste en substances oestrogéniques (principalement en sulfate sodique d'oestrone) provenant d'urine de juments pleines. Deux concentrations différentes — 0,625 mg. et 1,25 mg. Flacons de 100 et 500 comprimés.

Conestron

SUBSTANCES OESTROGÉNIQUES (HYDOSOLUBLES) WYETH
EFFICACES PER OS BIEN TOLÉRÉES

Wyeth

Marque déposée

Amphojel —
but

unique

dualité
d'action



Protéger efficacement l'ulcèreux: tel est l'objectif unique de l'Amphojel, préparation originale basée sur l'action de deux gels: le gel d'alumine hydraté et le gel d'alumine Wyeth. Le gel "anti-acide" de l'Amphojel assure une protection **chimique**: par réaction avec l'acide gastrique il réduit l'hyperchlorhydrie à des niveaux physiologiques non-corrosifs. Le "gelpansement" procure une protection **physique** et favorise la cicatrisation.

Wyeth
Marque déposée

JOHN WYETH & BROTHER (CANADA) LIMITED
WALKERVILLE - ONTARIO

**“Les taux
d'hémoglobine
augmentèrent
de façon...**

*frappante...rapide...”*¹

Des recherches comparées, faites indépendamment les unes des autres, viennent confirmer que le sulfate ferreux-molybdène (Mol-Iron) est plus efficace et mieux toléré dans le traitement de l'anémie par carence de fer.

*“Nous n'avons jamais eu d'autres
sels de fer aussi efficaces...”*¹

*“Réponse... plus prompte qu'avec
le sulfate ferreux”*²

*“Un exemple véritable de potentialisation
de l'action thérapeutique du fer”*³

*“Généralement bien toléré... même chez les
patients qui ne tolèrent pas le fer...”*⁴

Constatations caractéristiques:

1. Dieckmann, W. J., et Prid-
dle, H. D.: American J. Obstet.
& Gynec., 57: 541-546 (mars)
1949.

2. Chesley, R. F., et Annitto,
J. E.: Bull. Margaret Hague
Maternity Hospital 1: 68-75
(sept.) 1948.

3. Healy, J. C.: Journal Lan-
cet, 66: 218-221 (juillet) 1946.

4. Kelly, H. T.: Pennsylvania
M. J., 51: 999 (juin) 1948.

White's **Mol-iron** Comprimés
Liquide

Complexe Sulfate ferreux-Molybdène

—un complexe stable, spécialement préparé, co-précipité, conte-
nant 3 mg. d'oxyde de molybdène (1/20 gr.) et 195 mg. de sulfate
ferreux (3 gr.). Dose recommandée pour adulte: 2 comprimés
t. i. d.

S'obtient en flacons de 100 et de 1,000 comprimés. Aussi présenté
sous forme d'un liquide très agréable au goût, en bouteilles de
12 onces mesurées.



LABORATORIES OF CANADA LTD.,
64-66 est, rue Gerrard, Toronto, Ontario.

UN NOUVEAU JALON IMPORTANT

dans la thérapeutique des affections arthritiques..

Les sources les plus autorisées^{2,3,5,6} sont d'accord que "la guérison [de la fièvre rhumatismale] dépend non seulement de l'obtention mais du maintien d'un niveau salicylé élevé dans le plasma."⁵ La corrélation entre ces niveaux sanguins et l'amélioration symptomatique est indiquée dans le tableau en bas à droite.⁶ Le Pabalate —le produit le plus nouveau résultant des recherches de Robins—aide maintenant à obtenir et à maintenir *des niveaux salicylés plus élevés dans le sang avec des doses plus faibles de salicylate.*

Ce résultat est rendu possible par la réunion dans le Pabalate de l'acide para-aminobenzoïque atoxique et du salicylate de sodium. Ainsi qu'on peut le voir sur le graphique en bas à droite, l'acide para-aminobenzoïque (lui-même un anti-rhumatismal)⁷ exerce une action réciproque lorsque les deux drogues sont administrées simultanément—provoquant une élévation brusque des niveaux salicylés dans le sang (à doses constantes de salicylate),^{1,4} avec augmentation sensible de son propre niveau.⁴

La signification clinique de cette synergie offre un avantage important dans la thérapeutique des affections arthritiques. Le Pabalate 'Robins' est annoncé exclusivement au corps médical. On peut se le procurer dans toutes les bonnes pharmacies.

A. H. ROBINS CO., INC., RICHMOND 20, VA.
Produits pharmaceutiques de qualité depuis 1878

indications: Arthrite rhumatismale; fièvre rhumatismale aiguë; fibrosite; goutte; ostéo-arthrite.

posologie: Deux ou trois comprimés glutinisés toutes les trois ou quatre heures, sans bicarbonate de soude.

composition: Chaque comprimé glutinisé contient:
Salicylate de sodium U.S.P. (5 grains) 0.3 gramme;
Acide para-aminobenzoïque (sel sodique) (5 grains) 0.3 gramme.

présentation: Flacons de 100 comprimés glutinisés.

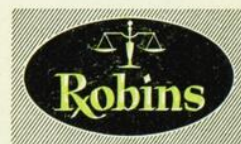
Niveau salicylé dans le sang (mg. par 100 cc.)	Vitesse de sédimentation globulaire
Moins de 20 mg.	aucune diminution
20-30 mg.	diminution lente
30-40 mg.	RETOUR À LA NORMALE RÉGRESSION DES SYMPTÔMES CLINIQUES



Pour un niveau salicylé élevé dans le sang avec des doses peu élevées de salicylate—

Pabalate®

Les comprimés de Pabalate sont glutinisés pour prévenir l'irritation gastrique et assurer une tolérance optimum.



Agents pour
le Canada

THE LEEMING MILES CO., LTD.

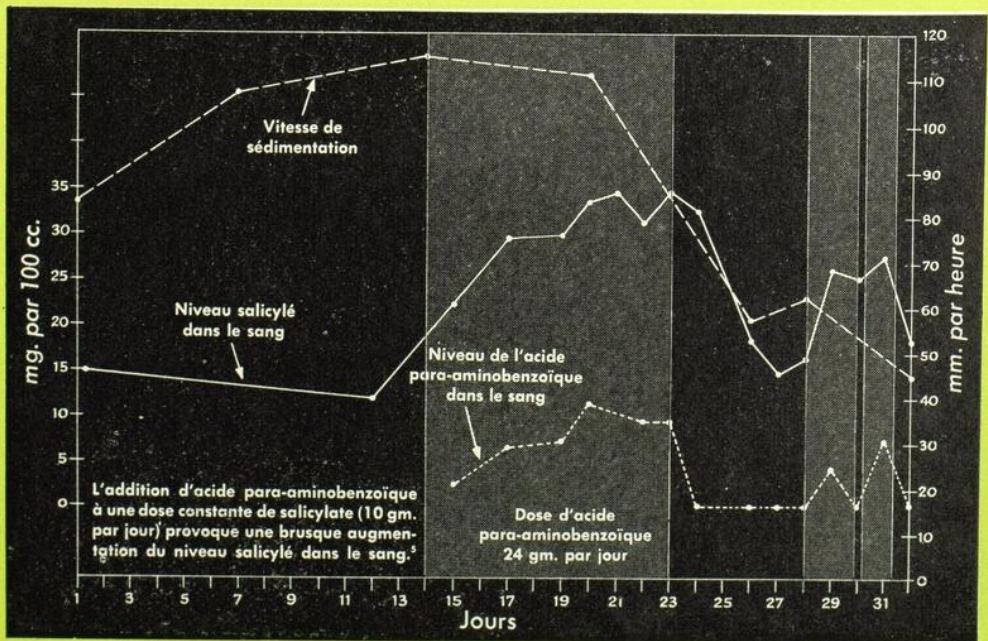
1 Notre Dame St. West, Montreal 1, Quebec

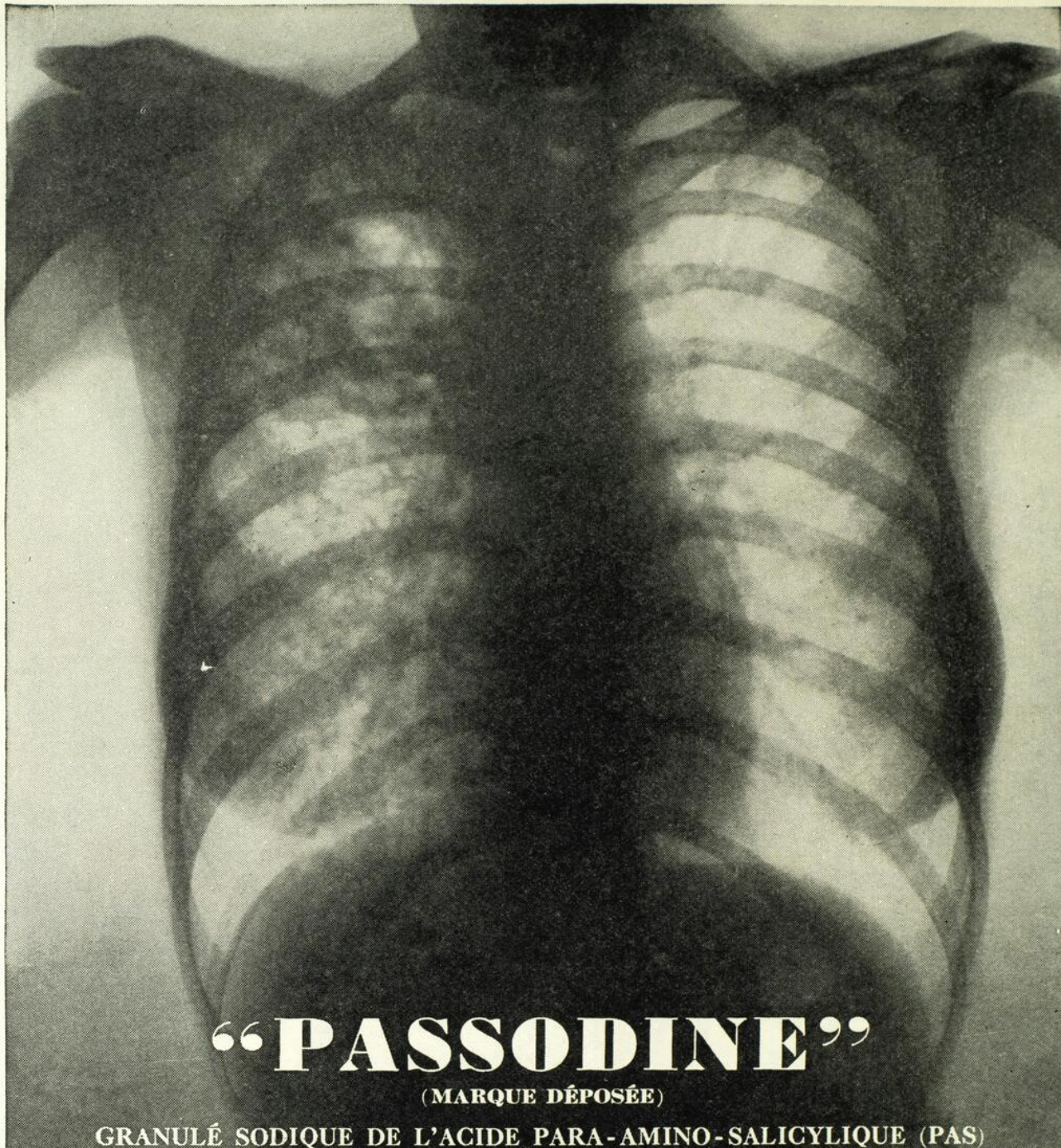
TAN
riques



bibliographie:

1. Bélsis, M.: L'Union Médicale du Canada, 77:392, 1948.
2. Brodie, B. B. et al.: J. Pharmacol. and Exper. Therap., 80:114, 1944.
3. Coburn, A. F.: Bull. Johns Hopkins Hosp., 73:435, 1943.
4. Dry, T. J. et al.: Proc. Staff Meetings Mayo Clin., 21:497, 1946.
5. Editorial: J.A.M.A., 138:367, 1948.
6. Reid, J.: Quarterly J. Med., 17:139, 1948.
7. Rosenblum, H. and Fraser, L. E.: Proc. Soc. Exper. Biol. and Med. 65:178, 1947.





“PASSODINE”

(MARQUE DÉPOSÉE)

GRANULÉ SODIQUE DE L'ACIDE PARA-AMINO-SALICYLIQUE (PAS)

NOUVEL AGENT CHIMIOTHÉRAPIQUE
D'ACTIVITÉ TUBERCULOSTATIQUE RECONNUE

Employé par voie buccale comme adjuvant dans le traitement de la tuberculose pulmonaire—Indiqué surtout dans les cas où on a pu constater une résistance bacillaire au traitement par la streptomycine, ou une intolérance intoxicante à cette dernière.

Des notes plus complètes concernant son emploi seront envoyées aux médecins qui en feront la demande.

LABORATOIRES DESAUTELS Limitée

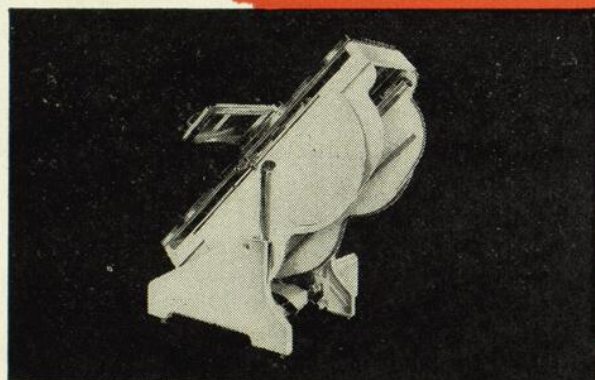
200 ouest rue Craig

MONTREAL-1

MAINTENANT

La Nouvelle table KELEKET "C-SUPERTILT"

... avec véritable Trendelenbourg à 45°



Plusieurs années en avance sur toute autre table déjà sur le marché.

Les radiologistes qui ont vu la table révolutionnaire "C-Supertilt" sont d'accord pour dire qu'il n'y a rien de comparable. Elle peut fournir un degré d'angulation qui est impossible à toute autre table. Cet appareil offre 29 nouveautés en vue d'une meilleure technique, d'un maniement plus facile et d'une sécurité plus grande.

Vous pouvez maintenant pratiquer la radioscopie, la radiographie et la fluorographie avec une facilité plus grande et une meilleure visibilité. Des techniques telles que l'encéphalographie, la ventriculographie, la myélographie et l'urographie sont accomplies avec une facilité et une sécurité jamais obtenues auparavant.

Ne tardez pas. Avec tous les détails en votre possession, vous verrez par vous-mêmes pourquoi la table "C-Supertilt" est une des plus belles acquisitions pour la radiologie. Votre représentant de X-Ray and Radium sera heureux de vous fournir tous les renseignements voulus sur cette nouvelle table.



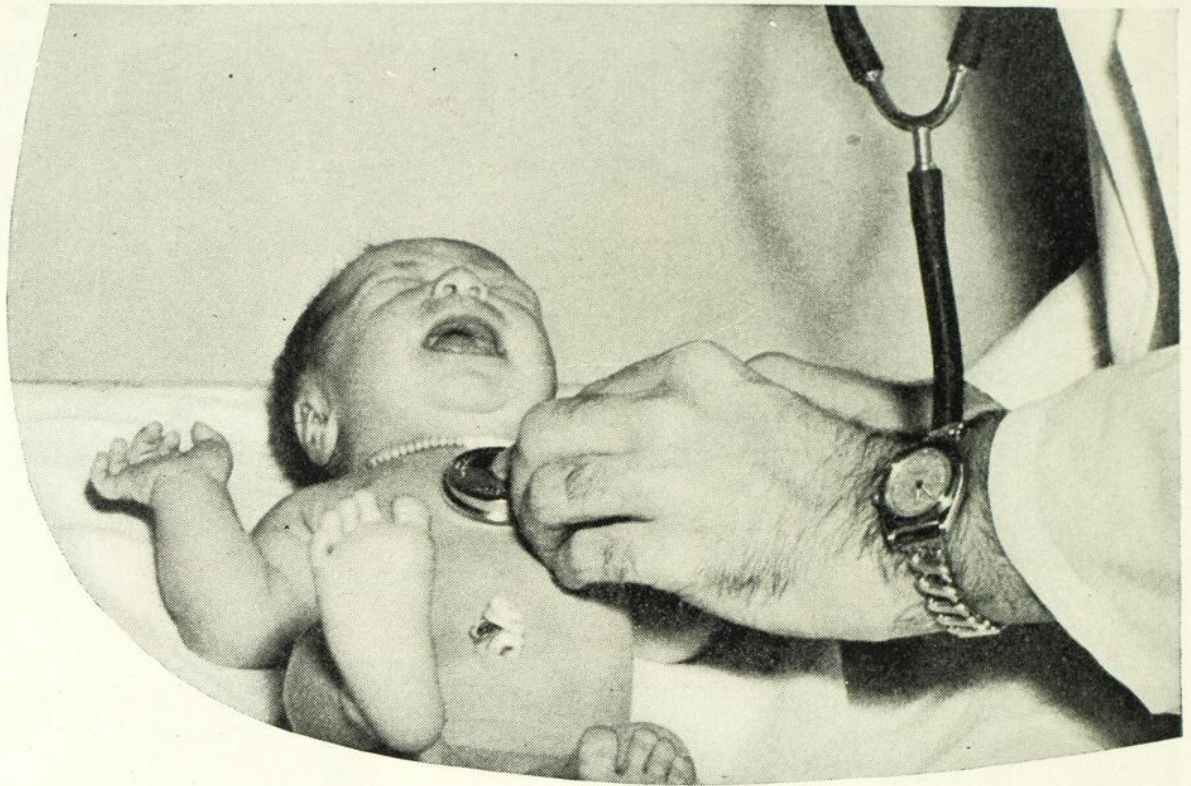
X-ray AND Radium

INDUSTRIES LIMITED



261 DAVENPORT RD. - TORONTO 5

MONCTON — MONTRÉAL — WINNIPEG — REGINA — CALGARY — EDMONTON — VANCOUVER



Quand la vie se compte en jours

Ce ne sont ni des années, ni des mois, mais des jours, qui mesurent la vie du nouveau-né. C'est au cours des premiers trente jours, quand la mortalité infantile est la plus élevée, qu'il faut s'efforcer de réduire au minimum les dangers qui menacent son existence. A cette période critique, un bon début dans l'alimentation est d'importance vitale.

Le 'Dexin' a fait la preuve de sa valeur comme "premier hydrate de carbone". En raison de sa richesse en dextrine, 'Dexin' (1) ne se prête pas à la fermentation par les microorganismes habituels de l'intestin; (2) tend à réduire au minimum la production de gaz intestinaux avec distension abdominale et diarrhée; (3) favorise la formation de grumeaux mous, floconneux, se digérant avec facilité. Rapidement préparé avec du lait chaud ou froid, le 'Dexin', riche en hydrates de carbone dextriniques, possède une saveur agréable qui n'est pas trop sucrée. Le 'Dexin' est différent.

'Dexin'

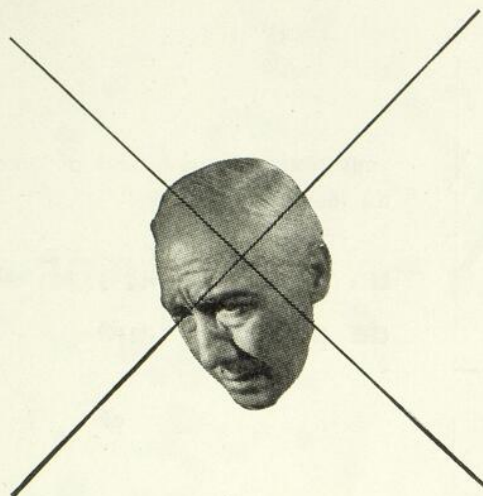
MARQUE DE FABRIQUE

RICHE EN HYDRATES DE CARBONE DEXTRINIQUES

Composition : Dextrine 75% • Maltose 24% • Cendres minérales 0.25% • Eau 0.75% • Hydrate de carbone disponible 99% • 115 calories par once (environ 30 grammes) • 6 cuillères à entremets rases représentent 30 grammes • Boîtes de douze onces (environ 340 g.) et de trois livres (environ 1 kg. 360).



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



Efficace pour combattre la dépression simple

Lorsque la cause des troubles émotifs sous-jacents est manifeste—et qu'elle a été convenablement élucidée—le Sulfate de Benzédrine a démontré son efficacité dans le traitement des dépressions psychogènes bénignes mais tenaces, qui se rencontrent:

Durant la **vieillesse**.

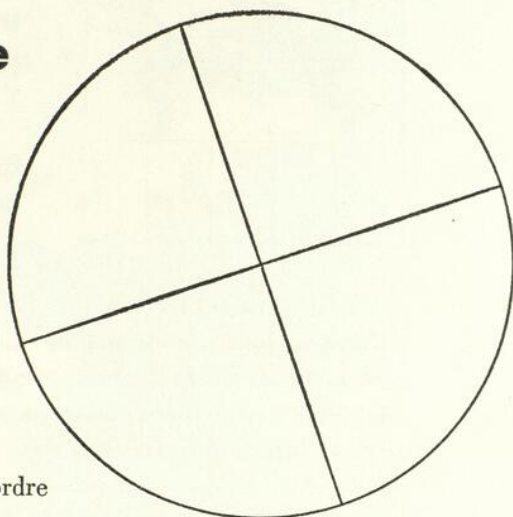
Au cours d'un **rétablissement post-opératoire** prolongé.

Pendant des **douleurs incessantes**.

Après un **accouchement**, créant des problèmes d'ordre psychopatique.

Lorsqu'elles sont déclenchées par la **ménopause**.

Pendant une **maladie organique chronique**, débilitante ou la cause d'impotence.



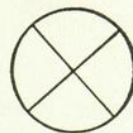
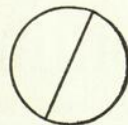
Comprimés de Sulfate de Benzédrine*

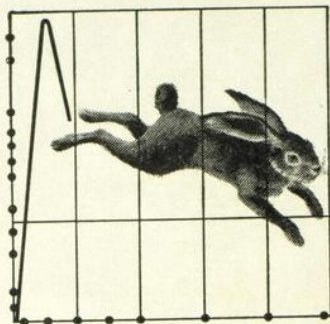
(Sulfate d'amphétamine racémique S.K.F.)

l'un des produits fondamentaux en médecine

Smith Kline & French Inter-American Corp., Philadelphie & Montréal
Concessionnaires pour le Canada: The Leeming Miles Co., Ltd., Montréal.

*Nom déposé au Canada.

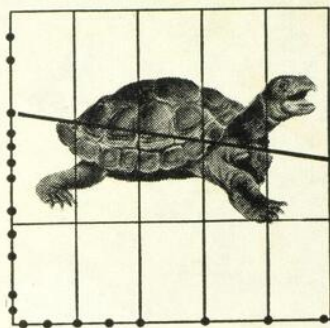




vous pouvez maintenant obtenir
du même coup

**un niveau RAPIDE et optimum
de pénicillinémie**

et



**une concentration
thérapeutique SOUTENUE**

au moyen d'une seule injection
provenant d'un seul contenant

FLO-CILLIN "96"—la pénicilline-retard "96 heures" *originale*—s'obtient maintenant sous une forme plus complète. On a ajouté à chaque cm³ de la préparation FLO-CILLIN "96", 100,000 unités de pénicilline G potassique. Vu sa solubilité, la pénicilline potassique s'absorbe rapidement, en provoquant un niveau de pénicillinémie initial assez élevé pour mettre un frein dès le début à l'envahissement des bactéries. Au cours d'une période qui se mesure en jours, il s'opère une absorption lente et régulière du complexe insoluble que forme la pénicilline G procaïnique dispersée dans de l'huile contenant du stéarate d'aluminium, un sel non miscible à l'eau. Ainsi, avec une seule injection provenant d'un seul contenant, il est maintenant possible d'obtenir un niveau *optimum* initial de pénicillinémie,

ainsi qu'une concentration sanguine thérapeutique qui se maintient pendant 96 heures chez environ 90 pour cent des malades.

FLUIDITÉ PERMANENTE

NE NÉCESSITE AUCUNE

AGITATION PROLONGÉE

Flo-Cillin "96"⁹⁹ + (SURDOSÉE)

Nom déposé par Bristol Laboratories pour leur pénicilline G procaïnique (300,000 unités/cm³) et pénicilline G potassique (100,000 unités/cm³), dans l'huile avec monostéarate d'aluminium à 2%.

S'obtient en fioles de 10 cm³

Précisez bien dans vos commandes soit
Flo-Cillin "96" + (Surdosée), soit Flo-Cillin "96"

*Thomas, E.W., et al: J.A.M.A. 137: 1517, 1948

286 OUEST, RUE ST-PAUL, MONTRÉAL, QUÉBEC.





PAINTED BY LAWRENCE BEALL SMITH

De Quoi Sont Faits les Rêves . . .



L'ESPOIR DE LA RÉALISATION

pour l'enfant atteint du Petit Mal

SORTIR du cauchemar d'attaques fréquentes et entrer avec confiance dans une vie permettant une activité normale—tel est la merveilleuse perspective qu'offre la Trimédone à un pourcentage élevé des victimes du *petit mal*. Cette transformation a déjà été accomplie chez un grand nombre de malades au moyen de cette thérapeutique sensationnelle.

La Trimédone, anticonvulsif de synthèse découvert et mis au point dans les laboratoires de recherches de la maison Abbott, a démontré son efficacité clinique pour enrayer les symptômes du *petit mal*, les attaques cloniques et les crises acinétiques. Au cours d'une investigation,¹ sur 166 malades qui avaient reçu de la Trimédone 83 pour cent éprouvèrent un soulagement se traduisant par une diminution du nombre de crises. Chez certains d'entre eux, les attaques disparurent

pendant plusieurs mois après la cessation du traitement par la Trimédone. Dans une autre étude effectuée sur 100 malades, 92 pour cent éprouvèrent une amélioration de leur état. A la lumière de ces résultats et de nombreux autres rapports attestant son efficacité, il n'est pas étonnant qu'on ait proclamé la Trimédone "nettement la drogue de choix pour le traitement de la triade du petit mal."¹

La Trimédone se trouve dans toutes les bonnes pharmacies en Comprimés *Dulcets** de 0.15 gm. et en capsules de 0.30 gm.

La Trimédone ne devrait être administrée qu'après que le médecin s'est familiarisé avec la technique de son emploi et avec les précautions à observer. Prière de demander la littérature spéciale avant de commencer à employer la drogue. Adressez-vous dès maintenant aux LABORATOIRES ABBOTT LIMITÉE, Montréal 9.

BIBLIOGRAPHIE: 1. Lennox, W. G. (1947), *J. Amer. Med. Assn.*, 134:138, May 10. 2. Robinson, L. J. (1947), *J. Nervous and Mental Dis.*, 105:661, June. 3. Beckman, H. and Tatum, A. L. (1947), *Wis. Med. J.*, 46:904, Sept. 4. Fetterman, J. L. and Weil, A. A. (1947), *Med. Clin. North America*, 31:1273, Sept.



TRIMEDONE

anciennement Tridione

(TRIMÉTHADIONE, ABBOTT)

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

Fondée à Québec en 1902

L'Union Médicale

du Canada

Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872

ONT COLLABORÉ AU VOLUME 77:

MM. Amyot (Roma); Arcand (Arthur); Archambault (Jules); Archambault (Laurent); Archambault (P.-R.); Autotte (Esdras); Baissette (Gaston); Beauregard (J.-M.); Bélisle (Maurice); Bernier (Alphonse); Bertrand (A.); Boucher (Roméo); Boulais (F.-L.); Boulanger (J.-B.); Boulanger (Jacques); Bourbonnais (Earl); Bourgeois (Paul); Boutin (J.-R.); Brahy (J.); Brien (Jules-A.); Brosseau (Victor); Burckel (Jean); Cabana (J.-Ernest); Cabana (L.-P.); Cantero (Antonio); Caumartin (Paul); Cazal (Pierre); Champoux (G.-Roger); Charbonneau (René); Charest (G.); Charland (Richard-A.); Choquette (G.); Cloutier (G.-E.); Cousineau (A.); Dargis (Jean); David (Paul); Desranleau (Jean-Marc); Desjardins (Edouard); Desrochers (Jean-Louis); Dhotel (Yves); Dionne (Paul); Dorion (J.-Ed.); Duchesne (Laurent); Dufresne (Roger-R.); Dufresne (O.); Dussault (Fernand); Duvalier (François); Faure (Jacques); Foisy (J.-P.); Forté (Lionel); Fortier (Marcel); Frappier (Armand); Fugère (Paul); Gagnon (Jacques); Gariépy (J.-U.); Gariépy (L.-Henri); Gauthier (Bernard); Gauthier (C.-A.); Gauthier (Gérard); Gauthier (Jacques); Gélinas (Réal); Genest (Jacques); Gervais (Maurice); Gingras (Gustave); Grenier (E.-P.); Grignon (R.); Groulx (Ad.); Guilbeault (Albert); Heim de Balsac (R.); Hood (A. J. G.); Jarry (J.-A.); Joly (Pacifique); Joncas (Fernand); Jutras (Albert); Kozlowski (François Bratek); Labelle (Arcade); Lacerte (Jean); Ladouceur (L.);

Lambert (A.); Lamoureux (Louis); Landreville (J.-A.); Laperrière (Vincent); Laplante (Aimé); Laporte (J.-N.); Latraverse (V.); Lauzé (Simon); Lauzer (Rosaire); Leblond (Wilfrid); Leclerc (Georges); Lecours (J.-A.); Legault (Jean-Paul); Legault (Léonard); Léger (Jacques); Léger (Jean-Louis); Léger (Lucien); Léonard (Gérard); Lépine (Edgar); LeSage (Albert); LeSage (Jean); Lessard (Jean-Marc); Letellier de Saint-Just (E.); Longtin (Léon); Lortie (Edouard); Lussier (Roger); Mantha (Léopold); Marchand (J.-C.-A.); Marin (Albéric); Martin (L'hon. Paul); Masson (Anne-Marie); McCormick (W. J.); Meloche (Lorenzo); Ménard (Raymond); Meunier (Robert); Monfette (Claude); Moreno (Manuel); Morissette (Léopold); Nadeau (Gabriel); Panisset (Maurice); Panneton (Philippe); Paquette (J.-P.); Parent (Honoré); Patel (Jean); Pelletier (Emile); Pemberton (Ralph); Perras (C.); Pesant (Julien); Pettigrew (Antoine); Piette (Jean); Plichet (André); Plouffe (Adrien); Poirier (Paul); Prévot (A.-R.); Ricard (Hector); Richard (A.-L.); Riopelle (J.-L.); Robert (Paul); Robillard (Rosario); Rolland (P.-E.); Rouquès (Lucien); Royer (Albert); Saint-Martin (Maurice); Samson (J.-Ed.); Saucier (Jean); Simard (L.-C.); Simard (Roland); Smith (Henri); Smith (Pierre); Thévenard (André); Torrè (Pierre); Tremblay (Jacques); Tremblay (Jean); Trudel (Hermile); Vaillancourt (De Guise); Vallée (A.-F.); Vallée (Ls-Yvan); Valois (A.-B.); Vézina (Norbert); Vidal (J.-A.).

Il y a tantôt 12 ans, reprenant dans l'enceinte de cet hospice (La Salpêtrière) un enseignement qui, en ce temps-là, datait de quatre années déjà, j'émettais l'espoir que ce grand asile des misères humaines, où tant de maîtres de la médecine française se sont illustrés, deviendrait quelque jour, pour les maladies du système nerveux, un centre régulièrement organisé d'enseignement et de recherches.

Où trouver ailleurs, disais-je alors, autant de matériaux particulièrement appropriés à ce genre d'étude? ...

... Ce grand asile, personne de vous ne l'ignore sans doute, renferme une population de plus de 5.000 personnes, parmi lesquelles figurent en grand nombre, sous le titre d'incurables, admis à vie, des sujets de tout âge affectés de maladies chroniques de tout genre, de celles en particulier qui ont pour siège le système nerveux...

... Les types cliniques s'offrent à l'observation représentés par de nombreux exemplaires qui permettent de considérer l'affection du même coup, d'une façon pour ainsi dire permanente, car les vides qui se font avec le temps, dans telle ou telle catégorie, sont bientôt comblés. Nous sommes, en d'autres termes, en possession d'une sorte de musée pathologique vivant, dont les ressources sont considérables...

... Ainsi, à l'hospice est venue s'ajouter la consultation externe et, à celle-ci, un service d'hôpital. Tout cela forme un ensemble dont les parties s'enchaînent logiquement et que viennent compléter d'autres services connexes.

Nous possédons un musée anatomo-pathologique auquel sont annexés un atelier de moulage et de photographie; un laboratoire d'anatomie et de physiologie pathologique bien aménagé et qui contraste singulièrement avec la salle étroite, mal éclairée, seul refuge que nous ayons eu à notre disposition, mes élèves et moi, pendant près de 15 années, et que nous appelions pompeusement le « laboratoire »; un cabinet d'ophtalmologie, complément obligatoire d'un Institut neuro-pathologique; l'amphithéâtre d'enseignement dans lequel j'ai l'honneur de vous recevoir et qui est pourvu, vous le voyez, de tous les appareils modernes de démonstration.

Enfin nous possédons un service richement doté de tous les appareils nécessaires à la pratique de l'électro-diagnostic et de l'électrothérapie, et où de nombreux malades viennent, trois fois la semaine, recevoir des soins appropriés à leur état...

... On s'est très certainement demandé, par exemple, si la consécration officielle d'une spécialité de plus était vraiment chose opportune et légitime et si, une fois engagés dans cette voie, nous n'étions pas menacés de voir l'unité de notre science se morceler et se dissoudre. A cela on peut répondre d'une façon sommaire qu'aujourd'hui, en médecine, alors que l'analyse devenue plus pénétrante multiplie sans cesse le nombre des faits, nos facultés d'assimilation et notre puissance de travail ne se développant pas parallèlement, personne ne saurait plus sérieusement prétendre à tout embrasser, à tout approfondir. La spécialisation est donc devenue chose fatale et nécessaire. Il faut bien l'accepter, puisqu'on ne peut l'éviter. Il importerait seulement de l'organiser en vue de mettre obstacle au morcellement sans limites et à l'isolement stérile, dont on aurait à déplorer, s'ils venaient à se produire, les funestes effets. A ce propos, je ferai remarquer que cette organisation, en ce qui concerne le corps enseignant, existe déjà, en quelque sorte, dans notre Faculté qui exige de ses agrégés, parmi lesquels se recrutent les professeurs, la connaissance de tout l'ensemble...

(Charcot — 1890)

IN MEMORIAM

JOSEPH-ERNEST GENDREAU (1879-1949)

Le Dr. Joseph Ernest Gendreau est décédé le 5 juin dernier après une longue maladie.

Né à Coaticook dans les Cantons de l'Est, le Dr. Gendreau avait appris, jeune, à parler l'anglais. Son bilinguisme le servit bien dans

quinze ans. Pendant son noviciat, il fut envoyé en Europe par ses supérieurs, pour y étudier les Sciences.

Lorsqu'il quitta l'ordre des Jésuites au début de la guerre 1914-1918, monsieur Gendreau



les nombreux congrès auxquels il assista et dans les fonctions honorifiques qu'il eut à remplir au cours de sa carrière.

Après avoir fait de brillantes études classiques au séminaire de St-Hyacinthe, l'élève Gendreau entra chez les Jésuites. Il y resta

s'embarqua pour Paris où il s'initia à la Radiologie avec le Dr. Bécélère, en même temps qu'il y suivit des cours à la Faculté de Médecine.

De retour à Montréal, en 1919, il enseigna la chimie à l'Ecole des Hautes Etudes Com-

merciales, puis il se présenta aux épreuves cliniques de la Faculté de Médecine, qui lui donnèrent le droit de pratiquer la Médecine.

C'est en 1920, qu'il fonda la Faculté des Sciences, avec le Révérend Père Morin, des Clercs de St-Viateur, monsieur Arthur Léveillé, mathématicien et le Dr. Georges Baril, chimiste. De 1920 à 1922, il fut directeur des Etudes à la Faculté de Médecine. Attiré par la médecine, il fonda en 1922 l'Institut du Radium, grâce à la générosité du gouvernement provincial. Il fut nommé directeur de l'Institut du Radium par un arrêté ministériel du 13 novembre 1922, avec l'approbation de l'Université de Montréal et celle de l'Institut du Radium de Paris. Pendant les 23 années de son directorat, il eut très souvent à surmonter de sérieuses difficultés financières, pour maintenir l'œuvre qu'il avait fondée.

Le Dr. Gendreau était très sympathique pour les malades; sa sympathie le portait même à s'occuper de tous les malades qui réclamaient ses avis, même s'ils pouvaient être conseillés par leurs médecins de famille. Sa prescience, ses manières affables et sa patience lui gagnaient facilement la confiance de ceux qui venaient le consulter.

Le Dr. Gendreau ne fit pas que diriger l'Institut du Radium durant sa carrière. Il fut aussi professeur titulaire de Physique et Chef du Département de Physique à la Faculté des Sciences, puis professeur titulaire de Physique Médicale à la Faculté de Médecine. C'est en reconnaissance de ses services professoraux que l'Université de Montréal lui accorda le titre de professeur de physique émérite, après sa retraite, en juin 1945.

En plus de son enseignement à l'Université, le professeur Gendreau fit de nombreuses conférences de vulgarisation scientifique qui furent toujours très appréciées du public.

De 1923 à 1939, le Dr. Gendreau représenta l'Institut du Radium à tous les congrès internationaux de Radiologie et de Cancer. Il y rencontra plusieurs autorités médicales auxquelles il put faire connaître son Institut.

Le souvenir du Dr. Gendreau restera longtemps gravé dans la mémoire des médecins qui apprécient les deux institutions fondamentales qu'il a fondées: l'Institut du Radium et la Faculté des Sciences de l'Université de Montréal.

Origène DUFRESNE,
Directeur de l'Institut du Radium

BULLETIN

L'ENSEIGNEMENT DE LA MÉDECINE AUX ÉTATS-UNIS ET AU CANADA

Le numéro du 3 septembre dernier du J.A.M.A.¹ contient le quarante-neuvième rapport annuel du « Council on Medical Education and Hospitals » de « l'Association médicale américaine ». Les chiffres qu'on y trouve ne manquent pas d'intérêt pour tous ceux qui, de près ou de loin, s'intéressent à la formation des futurs médecins. Cette question concerne d'abord les responsables de l'enseignement médical scolaire et post-scolaire; mais elle doit également préoccuper aussi, à divers titres, les membres de la profession, les gouvernants et le public en général.

Il semble désormais logique et opportun de faire bénéficier toutes les classes de la population des bienfaits de la médecine préventive et curative; nous ne discuterons pas ici des avantages ou dangers des moyens que l'on songe à prendre ou que l'on a pris déjà en certains pays pour arriver au but que nous venons de mentionner. Mais nous considérons que ce but ne peut être pleinement atteint que si l'on a, au nom de la même justice sociale, rendu plus facile et plus adéquate la formation médicale des individus les plus aptes à rendre les services attendus. Quoi qu'il arrive des projets de socialisation de la médecine, il semble bien, aux yeux de nos voisins du Sud, qu'il soit opportun de faire une enquête sérieuse sur la valeur de l'enseignement de la médecine. Cette enquête, qui a commencé le mois dernier aux Etats-Unis, est la troisième du genre. Elle sera beaucoup plus sérieuse que l'analyse des statistiques annuelles que nous mentionnions au début de cet article. Elle durera deux ans et englobera toutes les écoles de médecine des Etats-Unis.

Le « Council on Medical Education » a reconnu actuellement 71 écoles américaines et 9 canadiennes. Au cours de l'année scolaire 1948-49, il y avait 23.760 étudiants en médecine aux Etats-Unis et 3.233 au Canada. Signalons ici un fait capital: les études médicales post-scolaires occupaient pour la même année 1948-49, 22.422 médecins chez nos voisins et 988 chez nous. Ces derniers chiffres qui seraient d'ailleurs en deça de la réalité, sont éloquentes. On y voit l'importance qu'a prise l'enseignement post-scolaire sous toutes ses formes; on apprécie mieux l'ampleur nouvelle de la tâche qu'il impose au point de vue personnel enseignant espace et budget aux différentes écoles de médecine qui le mènent à bien.

(1) J.A.M.A., p. 27 — vol. 141, No 1.

A l'heure actuelle, 7 facultés de médecine aux Etats-Unis et 3 au Canada incluent dans leur programme l'internat obligatoire. Mais là presque tous les étudiants en médecine font au moins une et souvent deux années d'internat avant de se lancer en pratique. L'an dernier, les enquêteurs ont voulu savoir quelles étaient les ambitions des futurs médecins. Au cours de l'année 48-49, dix-huit écoles de médecine ont interrogé, à ce sujet, leurs élèves répartis dans 45 promotions différentes. Le résultat global indique que 43.1% des étudiants désiraient faire de la médecine générale, 29.7% pensaient à se spécialiser et 27.2% étaient encore indécis. Ces chiffres, qu'il faudrait se garder d'interpréter trop rigoureusement, indiquent tout de même que la tâche primordiale des écoles de médecine consiste à former des praticiens généraux. C'est un point de vue que l'on oublie souvent. Il semble bien que l'enquête plus haut mentionnée s'intéressera particulièrement à cet aspect de la question.

Le nombre de finissants en 1949 dans les écoles américaines est le plus bas depuis dix ans. Cette baisse passagère qui s'explique très bien par les événements qui suivirent la fin de la guerre, n'a pas été enregistrée dans nos milieux. L'Université de Toronto comptait 154 gradués, McGill 128, Laval et Montréal chacune 83. Cette augmentation importante du nombre des étudiants et des diplômés à l'Université de Montréal par exemple, n'a pas facilité la tâche des dirigeants de notre Faculté. Les locaux sont plus spacieux à l'édifice de la montagne mais le nombre des lits d'hôpitaux disponibles pour l'enseignement n'a pas augmenté sensiblement et le personnel enseignant n'a pas été doublé.

Aux Etats-Unis en 1948-49, les écoles de médecine utilisaient les services, à temps complet, de 2.462 professeurs pour ce que nos voisins désignent sous le vocable d'enseignement « pré-clinique ». En clinique, il y avait environ 2.200 médecins également engagés à temps complet. Ces chiffres sont révélateurs si on les compare à ceux que nous pourrions fournir pour les deux catégories de professeurs ci-haut mentionnées. Les enquêteurs font remarquer que le manque de personnel compétent et les faibles rémunérations que l'on accorde aux professeurs dans un grand nombre d'institutions, sont responsables des vides constatés chez le personnel enseignant. Qui, chez nous, voudra contredire à cette affirmation?

Un mot enfin des difficultés financières des écoles de médecine. L'on sait qu'en moyenne, les frais de scolarité versés par les étudiants ne représentent que de 25 à 28% du budget global. Et pour l'année courante, huit facultés seulement sur 72 ont déclaré qu'elles n'avaient pas besoins de fonds supplémentaires pour subvenir à leurs besoins strictement essentiels. Cette situation, qui n'est pas nouvelle, a été jugée récemment assez inquiétante aux Etats-Unis pour que les principaux intéressés s'efforcent d'obtenir d'une façon quelconque des

subventions de sources variées, à travers tout le pays en faveur des écoles de médecine. Autrement, prétend-on, la valeur de l'enseignement se ressentira bientôt des malaises financiers que nous venons de souligner.

Ces préoccupations ne constituent, croyons-nous, rien de nouveau pour les dirigeants de nos facultés locales. Mais, pour qu'on y apporte au plus tôt un remède efficace, il faudrait qu'elles soient partagées par tous ceux qui, à titres divers, peuvent en être responsables.

Il est peut être consolant de constater que nous ne sommes pas les seuls à devoir avouer des difficultés financières. Il peut être inspirant de voir comment les autres vont s'organiser pour amender leur situation.

Roger R. DUFRESNE.

LE XXÈME CONGRÈS À MONTRÉAL EN JUIN 1950

L'Association des Médecins de Langue Française du Canada est heureuse d'annoncer la tenue du XXème congrès général, l'an prochain, à Montréal. Et la date en a été fixée aux 5, 6, 7 et 8 juin 1950.

Nous avons l'honneur d'avoir, comme président de ces importantes assises, un éminent confrère, phthisiologue de réputation, président du comité consultatif de la tuberculose et directeur des Services antituberculeux de la Province, le Professeur agrégé J.-Avila Vidal, de l'hôpital du Sacré-Cœur, à Cartierville.

Le Professeur Vidal est secondé dans sa lourde tâche par un groupe qui lui offre tout son généreux support: les docteurs J.-B. Jobin, de Québec; J.-A. Denoncourt, de Trois-Rivières; Richard Gaudet, de Sherbrooke; Edmond Potvin, de Chicoutimi; Gustave Lacasse, de Tecumseh; J.-Marie Laframboise, d'Ottawa; Auray Fontaine, de Woonsocket, vice-présidents; le docteur Pierre Smith, chirurgien de l'hôpital Saint-Luc, secrétaire, et votre serviteur, trésorier.

Afin de rendre son travail plus efficace, le docteur Smith a fait appel à deux jeunes confrères ardents au travail dans la personne de Jean-Louis Pilon et B.-G. Bégin, qui agiront respectivement comme secrétaire-adjoint et assistant secrétaire-adjoint.

L'expérience qu'il a acquise comme secrétaire du congrès de Montréal, en 1936, confère à notre président, le Professeur Vidal, une grande autorité. Son esprit vif et alerte, la volonté qu'il a de se tenir au courant des dernières données médicales sont une garantie de sa part de donner aux praticiens, durant le XXème congrès, ce qu'ils sont en droit d'attendre de leurs confrères plus spécialisés. Aussi, après la première assemblée du comité du XXème congrès, plus d'une vingtaine de médecins de Montréal, chirurgiens, spécialistes de différentes branches de la médecine (je voudrais les nommer tous) formant le comité scientifique du congrès, ont été unanimes à offrir toute leur collaboration et mettre leurs connaissances scientifiques respectives à la disposition de toute la profession médicale.

Des spécialistes de Québec, Chicoutimi, Sherbrooke, Ottawa, Trois-Rivières, Montréal, de partout, traiteront leur sujet pour le bénéfice du praticien de médecine générale. Car c'est encore et c'est toujours à lui que s'adressera la population désireuse de récupérer ce qu'elle a momentanément perdu: la santé.

Une initiative heureuse doit être signalée et surtout encouragée: tous les confrères, à quelque catégorie qu'ils appartiennent, sont priés de transmettre leurs idées. Le comité du XXème congrès et le comité scientifique comptent sur la bonne volonté de tous ceux qui voudraient que telle ou telle question spécialisée ou non soit approfondie ou particulièrement étudiée, sous un aspect général ou spécial. A date, à la suite de notre lettre circulaire qui est parvenue à tous, nous avons déjà eu la réponse de confrères qui nous adressent des suggestions tout à fait pertinentes et pratiques.

Le XXème congrès de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada est notre affaire à tous. Nous devons continuer une œuvre commencée en 1902 et continuée ensuite par nos dévoués et distingués prédécesseurs. L'encouragement que nous sollicitons, le dévouement que vous offrent tous les collaborateurs, du plus humble au plus élevé, de celui qui brille au premier plan comme de celui qui travaille derrière le rideau, tout cela doit contribuer à une œuvre fertile, l'épanouissement de la médecine et partant de la médecine canadienne-française, pour le plus grand avantage de ceux qui nous font l'honneur de recourir à nos services professionnels.

* * *

N'oublions pas d'adresser nos sincères remerciements aux maisons de produits pharmaceutiques qui encouragent notre travail et promettons-nous de visiter leurs kiosques, en juin; aux confrères, sur les épaules de qui repose la tâche des exhibits scientifiques. N'omettons pas de remercier celui que vous voyez de tous côtés et nulle part, occupé partout en même temps, mais pas toujours dans les endroits de préséance, homme de premier plan mais toujours dans l'ombre et qui voit à ce que tout fonctionne bien. Et ce confrère n'est autre que Georges Manseau. Son dévouement l'a conduit à l'hôpital, à la suite du deuxième congrès régional de Chicoutimi. Il y est revenu au moment où sont écrites ces lignes car son activité débordante le pousse à ne pas s'arrêter. Et son organisme a subi un deuxième contre-coup. Toute notre sympathie lui est acquise.

* * *

Malgré les entraves qui ont l'air parfois de lui barrer la route, le comité du XXème congrès est déjà à l'œuvre depuis le début d'octobre et il ne trouvera le repos qu'après le succès complet de juin 1950.

* * *

Le Directeur général, le docteur D. Marion, actuellement en Europe, représente dignement, avec plusieurs confrères, l'Association des Médecins de Langue Française du Canada. Ils ont assisté au congrès de Genève et s'en déclarent enchantés.

H. TRUDEL,
Secrétaire-trésorier général.

TRIPLE DEUIL POUR L'ASSOCIATION

L'Association des Médecins de Langue Française du Canada s'associe à tout un peuple pour rendre un hommage respectueux à trois de ses membres dévoués, les docteurs Emile Legrand, professeur titulaire de la chaire de psychiatrie à l'Université de Montréal, René Dandurand, membre du Conseil de l'Association et Azarie Cousineau de l'hôpital de la Miséricorde.

Ces trois dignes confrères ont été enlevés prématurément à leur célèbre carrière dans un triste accident. Il nous reste à nous d'imiter ces hommes de devoir que toute la population avait en grande estime, comme en fait foi le témoignage spontané qu'ils ont reçu de toutes parts lors de leurs obsèques nationales rehaussées par le prestige de Monseigneur Joseph Charbonneau, archevêque de Montréal qui y officiait en personne.

L'Association prie respectueusement les membres de la famille des docteurs Legrand, Dandurand et Cousineau d'accepter ses plus sincères condoléances.

L'ASSOCIATION DES MÉDECINS REÇOIT À LA MAISON CANADIENNE

Paris, 20 octobre. — Monsieur le Directeur Paul Riou mettait gracieusement les salons de la Maison Canadienne à la disposition de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada. Et les docteurs Eugène Thibault (Verdun), Richard Gaudet (Sherbrooke), J.-A. Lecours (Ottawa), C.-A. Gauthier (Québec), avec le Directeur Général, accueillaient leurs collègues.

Plusieurs personnalités du monde médical français avaient voulu témoigner leur amitié à nos compatriotes en se rendant à la Cité Universitaire, Boulevard Jourdan: Monsieur le Doyen de la Faculté de Médecine, Léon Binet. Messieurs les professeurs Justin Besançon, Président de la Section Française du Comité Médical France-Canada, Chizot, Secrétaire-Général, notre grand ami Raoul Kourilsky, Turpin, Mialaret, Courier, du Collège de France, Vernes, Lamarre de Saint-Germain-en-Laye, et le Doyen de la Pharmacie, René Favre, débarqué le matin même d'une mission scientifique à Montréal.

Après les remerciements d'usage, le Docteur Marion donna des renseignements sur la formation du Comité Médical France-Canada, destiné à faciliter les études de nos confrères en France. Jusqu'ici chacun devait se débrouiller ou se dépanner plus ou moins seul. A l'avenir, un médecin canadien pourra envoyer son

curriculum vitae à l'Association des Médecins et celle-ci dirigera l'aspirant dans un des services de nos maîtres français.

D'ailleurs, l'« Union Médicale du Canada » publiera tous les détails de cet accord dans une édition subséquente.

Nos jeunes collègues étaient aussi inquiets de leur avenir professionnel en regard des certificats de spécialités. Leurs aînés, les Docteurs Gaudet, Gauthier et Jean Paquin surent ramener le calme et l'apaisement dans les esprits timorés.

Monsieur le Doyen Léon Binet, messieurs Justin Besançon, Raoul Kourilsky et Eugène Thibault promirent à leurs confrères leur plus entière coopération.

Dans l'assistance, on remarquait plusieurs médecins de passage à Paris: les docteurs Rosario Fontaine de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal, Armand Voyer (Magog), T. R. Titley (Ottawa), Jean Champeau, P.-M. Ricard et Gérard Bélanger (Montréal).

Bref, la réunion se termina dans un joyeux entrain, agrémenté d'une coupe de champagne.

L'Association des Médecins de Langue Française exprime ses remerciements sincères au Président des Etudiants canadiens à Paris, le docteur Paul Vignault, responsable du succès de la soirée.

Donatien MARION.

LA PART DES PONCTIONS-BIOPSIES DANS LE DIAGNOSTIC DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

G. GIRAUD,
Professeur

P. CAZAL,
Agrégré
à la Faculté de Médecine de Montpellier,
et
J. MIROUZE,
Interne des Hôpitaux de Montpellier.

F. BOYER,
Chef de clinique

Tout clinicien s'est heurté aux difficultés de diagnostic de certaines formes de tuberculose pulmonaire, lorsque l'examen clinique est pauvre en résultats, l'examen radiologique peu caractéristique, l'examen bactérioscopique négatif. La méthode des ponctions-biopsies peut venir à notre aide, elle épargnera à un tuberculeux méconnu, pris pour un cancéreux, une épreuve chirurgicale inutile et dangereuse, elle évitera au cancéreux l'erreur inverse.

La ponction-biopsie peut viser le poumon lui-même. Elle met alors directement en évidence la lésion. Mais une ponction-biopsie hépatique plus simple peut être préalablement très utile: en effet, le foie de fort nombreux tuberculeux chroniques, chez lesquels on ne relève aucun signe visible d'essaimage, contient des follicules tuberculeux, qui n'ont donné lieu à aucune manifestation clinique apparente. Nous possédons ainsi deux moyens diagnostiques complémentaires fort précieux, l'un direct, la ponction-biopsie pulmonaire, l'autre indirect: la ponction-biopsie hépatique.

Il est toujours préférable de commencer par la seconde, en raison de sa facilité. La ponction est alors faite par la voie intercostale, selon la méthode classique d'*Iversen* et *Roholm*. Lorsque son résultat est négatif, on peut tenter une ponction-biopsie pulmonaire, d'exécution plus difficile, mais seulement dans les lésions dont l'abord est aisé, et sous contrôle radiologique, selon la technique que nous avons exposée dans une publication antérieure. Voici l'exposé sommaire de ces méthodes.

I. — PONCTIONS-BIOPSIES DU FOIE

L'aiguille à ponction-biopsie que l'un de nous a fait construire (P. Cazal) a 2 mm. de

largeur et 16 cm. de longueur. L'aspiration est réalisée avec une seringue de 20 cm³.

Avant de ponctionner un malade, il convient de s'assurer qu'il n'y a pas de contre-indication à la manœuvre projetée: syndrome hémorragique, abcès ou kyste hépatique. Si un doute subsiste quant à l'une de ces dernières éventualités, une exploration est faite avec une aiguille fine enfoncée dans plusieurs directions. Systématiquement, 12 heures avant la ponction-biopsie, nous pratiquons une injection intra-musculaire de 50 milligrammes de vitamine K.

La voie d'accès est dictée par les limites du foie. Dans les cas que nous prendrons tout-à-l'heure pour exemple, le foie n'était pas hypertrophié et la ponction par voie intercostale était seule utilisable. Elle se fait dans la région latéro-thoracique, dans le neuvième ou le dixième espace intercostal, en pleine matité hépatique.

Après une anesthésie locale de tous les plans, peau, plèvre, diaphragme, péritoine sousdiaphragmatique, le trocart est enfoncé en deux temps: d'abord à travers l'espace intercostal, puis, après avoir recommandé au malade de bloquer sa respiration en expiration forcée, à travers la plèvre et le diaphragme jusque dans le foie.

Le deuxième temps est alors pratiqué. Le mandrin enlevé, une seringue de 20 cm³ est adaptée au trocart. En aspirant et en imprimant un mouvement de rotation à la canule, elle est enfoncée sur un trajet d'environ 1 cm. Un certain crissement transmis par l'aiguille rend compte qu'un cylindre de tissu hépatique est découpé. Pour détacher l'extrémité intérieure de ce cylindre qui adhère au reste du pa-

renchyme, il faut combiner deux procédés: d'une part une aspiration plus énergique par la seringue, d'autre part une inclinaison de l'aiguille suivie d'une pénétration de quelques millimètres. En général, l'irruption de sang dans la seringue à ce moment est un signe à peu près certain de réussite, car ce sang a refoulé devant lui le fragment biopsié. Une ponction sèche est parfois due à ce que le cylindre hépatique reste bloqué dans la canule.

Tous ces mouvements sont exécutés rapidement. Dès qu'ils sont terminés, le trocart est retiré, ce pendant qu'on continue l'aspiration avec la seringue.

Pour simplifier la manœuvre, nous utilisons volontiers la seringue d'*Iversen* et *Roholm*. C'est une seringue métallique dont le piston est muni d'un cran d'arrêt à ressort permettant de maintenir le vide après avoir tiré le piston. Dès que l'aiguille a pénétré dans le foie, le mandrin est retiré et la seringue adaptée. Le piston est alors tiré en arrière à fond de course, réalisant ainsi le vide dans la seringue; puis, sans qu'on se préoccupe de cette dernière, l'aiguille est enfoncée de quelques centimètres, puis retirée rapidement. L'aspiration s'est ainsi faite automatiquement, le tout ne dure que quelques secondes.

Le fragment biopsié se trouve soit dans la seringue lorsqu'il y a été refoulé par du sang (il est alors souvent collé aux parois ou au fond du piston), soit dans l'aiguille d'où il faut le refouler en soufflant avec la seringue. Lorsque cette dernière manœuvre se fait contre une certaine résistance, le fragment est parfois projeté violemment et à distance hors de l'aiguille.

Le cylindre hépatique est prélevé soit avec une pince, soit plus simplement avec le mandrin de l'aiguille en évitant de transporter avec lui du sang; il est porté dans le fixateur. Il est indispensable de ne pas transporter du sang dans le fixateur, car il serait immédiatement coagulé, et il serait difficile de distinguer à l'œil nu ce qui est foie de ce qui est sang.

Immédiatement après la ponction, une vessie de glace doit être placée sur l'hypocondre droit. Le malade reste allongé pendant 24 heures. Il accuse parfois une douleur qui peut persister pendant deux jours; elle est suffisamment discrète pour ne point constituer un inconvénient et pour que de nouvelles ponctions soient facilement acceptées.

II. — PONCTION-BIOPSIE DU POUMON

Le parenchyme pulmonaire, à cause de son élasticité, se laisse difficilement accrocher par l'aiguille. Pour pallier à cet inconvénient, nous utilisons le trocart à ponction-biopsie hépatique, modifié par quatre incisions de 2 mm., parallèles au grand axe, faites à la scie métallique sur le bord tranchant.

Un syndrome hémorragique, un abcès ou un kyste pulmonaire sont autant de contre-indications formelles à la ponction-biopsie. Systématiquement, le malade est préparé par une injection intra-musculaire de 50 milligrammes de vitamine K, effectuée 12 heures auparavant.

La voie d'accès est dictée uniquement par le siège de la lésion. Celle-ci est abordée dans la zone la plus proche du gril costal. Pour éviter toute fausse route, nous pratiquons la ponction-biopsie pulmonaire sous contrôle radioscopique, car malgré un repérage radiographique soigné, des erreurs peuvent être commises avec la plus grande facilité. Après aseptie, l'anesthésie locale à la novocaïne porte sur les téguments, sur le plan musculaire et la plèvre.

Sous contrôle radioscopique, le malade étant en décubitus, le trocart muni de son mandrin est enfoncé à travers l'espace intercostal, puis il pénètre à travers la plèvre et le poumon, jusque dans la lésion. Le patient bloque alors sa respiration en expiration forcée pour purger au maximum les alvéoles pulmonaires de leur contenu aérien et pour que la zone pulmonaire à ponctionner se rapproche le plus possible du gril costal.

Dans un deuxième temps, le mandrin est rapidement enlevé et une seringue de 20 cm 3 adaptée au trocart. Sous une aspiration très

énergique, l'aiguille est enfoncée par un mouvement de vrille de un ou deux centimètres dans la zone pathologique. L'aspiration doit être intense, car le poumon se dérobe facilement au devant du trocart et l'air alvéolaire intervient pour gêner cette aspiration.

Dans un troisième temps, l'aiguille est enfoncée de quelques millimètres dans une direction différente, puis elle est rapidement retirée, ce pendant qu'on continue l'aspiration avec la seringue.

Tous ces mouvements sont exécutés très rapidement. Parfois le fragment détaché se trouve accroché entre les mors de l'aiguille, ou blo-

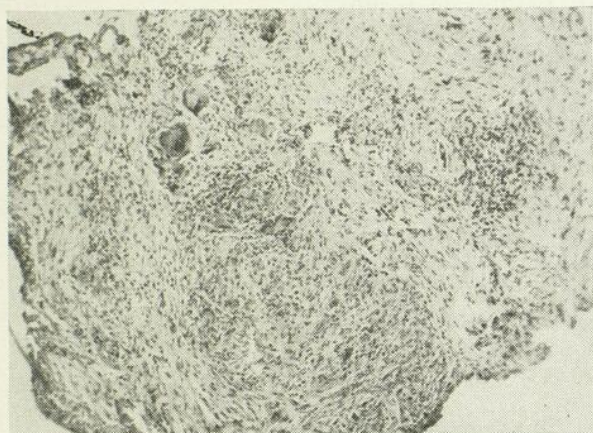


Fig. I.— Un follicule tuberculeux dans une ponction-biopsie de foie.

qué dans sa lumière. Le plus souvent, il est entraîné dans la seringue avec un peu de sang qui coagule rapidement et le noie. Pour obvier à cet inconvénient, nous citratons au préalable la seringue et le trocart.

Pratiquées sous une anesthésie locale poussée dans la profondeur qui rend indolore la traversée de la plèvre, les ponctions-biopsies pulmonaires sont bien tolérées par les malades.

* * *

Voici quatre observations qui illustrent le rôle des ponctions-biopsies dans le diagnostic de la tuberculose.

Observation 1.

Tuberculose pseudo-néoplasique du sommet droit diagnostiquée par ponction-biopsie du poumon.

Un homme de 54 ans est hospitalisé le 21 septembre 1948 pour une pneumonie subaiguë. Depuis le début de l'été de 1948, il tousse, mais prétend ne pas cracher, bien que sa toux soit grasse. Il maigrit progressivement et accuse une asthénie croissante.

L'année dernière, il fit un premier séjour à l'hôpital à cause d'un état de dénutrition par sous-alimentation au cours d'un chômage prolongé. Des diverses explorations effectuées alors, deux résultats doivent être retenus: La radioscopie pulmonaire montrait une exagé-

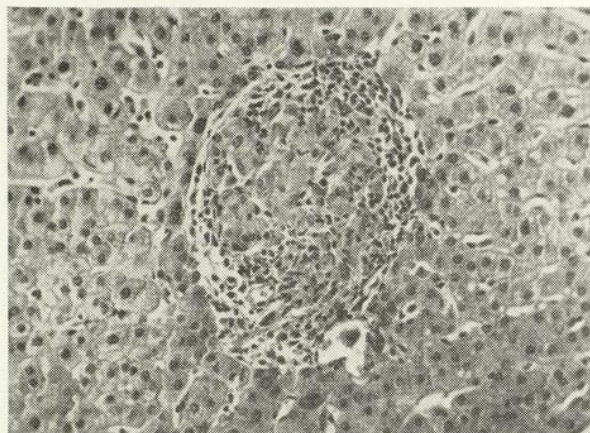


Fig. II.— Ponction-biopsie pulmonaire montrant des lésions tuberculeuses avec cellules géantes au sein d'un tissu scléreux.

ration de la trame broncho-vasculaire. Les réactions sérologiques pour la syphilis étaient fortement positives: le malade avait été contaminé à l'âge de 20 ans et traité irrégulièrement.

L'examen clinique, pratiqué au début de la deuxième hospitalisation, montre des signes nets d'amaigrissement. La température oscille entre 38° et 39°5. La région apicale droite est submate, l'inspiration y est rude. On perçoit un souffle systolique discret au foyer aortique; la tension artérielle humérale est de 15-8.

Les réactions sérologiques pour la syphilis sont toujours très fortement positives. Des tubages gastriques répétés ne permettent pas de déceler le bacille de Koch. La cuti-réaction à

la tuberculine est modérément positive. La radiographie thoracique montre une opacité presque homogène du lobe supérieur droit. Les coupes tomographiques montrent quelques images claires de petites dimensions dans la moitié interne de l'opacité; la trachée est modérément déviée vers la droite et la partie initiale de la branche lombaire supérieure, bien visible, paraît sans anomalie.

Une importante cyphose dorsale empêche de pratiquer une bronchoscopie.

Un traitement par les sulfamides, puis par la pénicilline entraîne une rémission thermique, mais le malade demeure subfébrile. Au cours du deuxième mois d'hospitalisation seulement l'apyrexie sera franchement obtenue et la sédimentation sera redevenue normale. L'image radiologique de la lésion pulmonaire demeure inchangée.

En présence d'un tel tableau clinique, trois diagnostics sont mis en discussion. Par ordre de probabilité, ce sont ceux d'une lobite rétractile tuberculeuse, d'un néoplasme ou d'une lobite syphilitique. Devant l'importance de la décision que nous sommes appelés à prendre, nous décidons d'avoir recours à la ponction-biopsie pulmonaire.

Elle tranche le différend. Le fragment de parenchyme prélevé montre de nombreuses cellules géantes de type tuberculeux au sein d'un tissu fibreux.

Le diagnostic de lobite rétractile tuberculeuse s'impose.

Observation 2.

Tuberculose pulmonaire diagnostiquée par ponction-biopsie du foie.

Au début de l'été de 1948, B.M., âgé de 51 ans, présente une douleur sourde de l'hémi-thorax gauche, quelques quintes de toux et une expectoration muco-purulente peu abondante. Au cours des mois suivants, cette même symptomatologie persiste pour s'accompagner d'asthénie et d'un amaigrissement progressif.

L'hospitalisation a lieu le 13 décembre 1948. L'examen clinique fait constater une

submatité de la base gauche, avec diminution du murmure vésiculaire et une hépatomégalie qui déborde de 3 cm. le gril costal.

La radiographie décèle une opacité de la base gauche à limite supérieure nette, au sein de laquelle se détachent des zones calcifiées. Le cul-de-sac est émoussé et une bande de pachy pleurite remonte le long de la paroi axillaire. Les coupes tomographiques mettent en évidence dans cette opacité une image claire de petite dimension.

La bronchoscopie ne révèle pas de lésion. Des examens microscopiques de crachats pratiqués en série ne permettent pas de déceler de bacille de Koch.

Une ponction-biopsie du poumon ramène un fragment de tissu pulmonaire dilacéré, dont l'aspect microscopique n'est pas pathologique.

Une ponction biopsie du foie donne un cylindre de parenchyme hépatique qui contient des follicules tuberculeux.

Dans ce cas, c'est l'investigation indirecte par la ponction-biopsie du foie qui a permis de poser le diagnostic de tuberculose.

Observation 3.

Tuberculose totalement méconnue, diagnostiquée par ponction-biopsie du foie.

P.C. est hospitalisé le 11 septembre 1948. Agé de 53 ans, sans domicile fixe, il accuse de l'asthénie, une expectoration muco-purulente peu abondante et une sensation vertigineuse au cours de la marche. Il déclare avoir été rapatrié d'Allemagne en 1945 pour pleurite droite. Les deux années suivantes, il aurait été soumis à un traitement anti-syphilitique. Il affirme n'avoir jamais eu d'accident vénérien et le diagnostic de syphilis serait dû à une découverte sérologique. De plus, le malade est un éthylique avéré.

Des données de l'examen clinique sont retenues: une inspiration humée avec expiration prolongée, un foie qui déborde de 3 cm. le gril costal, et une aréflexie achilléenne. L'examen du fond de l'œil, celui de l'appareil vestibulaire sont pratiquement normaux.

Les réactions de la syphilis dans le sang et le liquide céphalo-rachidien sont négatives. Les crachats ne contiennent pas de bacille de Koch. La radiographie thoracique montre une fibrose pleuro-pulmonaire diffuse. L'épreuve à la galactosurie dénonce très nettement une insuffisance hépatique.

Une ponction-biopsie du foie est pratiquée; elle permet de découvrir deux follicules tuberculeux.

Là encore, la ponction-biopsie hépatique est le seul test qui ait permis de poser le diagnostic de tuberculose.

Observation 4.

Tuberculose splénique avec anémie hémolytique atypique.

Ce cas, qui sera publié ultérieurement d'une façon plus détaillée, met remarquablement en évidence l'utilité de la ponction-biopsie.

J.P., âgé de 59 ans, est anémique depuis le mois d'avril 1947. Le taux de ses hématies demeure aux environs de 2 millions, il se relève partiellement de temps en temps sous l'influence de l'hépatothérapie. Cette anémie s'est cependant accentuée en septembre 1948. Il est à ce moment hospitalisé et considéré comme un biermérien: anémie à 1.500.000 hématies, macrocytose, mégalo-blastiose médullaire, achlorhydrie gastrique. Cependant la radiographie pulmonaire montre une opacité irrégulière du lobe supérieur droit qui fait penser à une tuberculose associée, mais la preuve de celle-ci n'a pu être faite, la bactérioscopie des crachats étant négative.

Des extraits hépatiques, associés à l'acide folique sont prescrits: la mégalo-blastose médullaire disparaît; la crise réticulocytaire se produit (jusqu'à 220.000 au mm³), mais le taux des hématies demeure stationnaire, entre 1 et 2 millions. Malgré la prolongation du traitement, ce taux n'augmente pas.

Ce malade est revu en décembre 1948. Son anémie est toujours intense, avec une moelle fortement normoblastique et un taux élevé de réticulocytes; le pôle inférieur de la rate est palpable. Une ponction-biopsie de foie est alors tentée: le prélèvement révèle dans le parenchyme hépatique quelques follicules tu-

berculeux. La double atteinte pulmonaire et splénique s'explique alors.

Le sujet est soumis à un traitement streptomycinique, puis il est splénectomisé le 4 février 1949. L'examen de la rate confirme le diagnostic en montrant un très grand nombre de follicules tuberculeux. L'évolution ultérieure confirme l'action nuisible de la rate: le taux des hématies redevient rapidement normal et, quelques mois après, le sujet était en excellent état.

* * *

Chez ces quatre malades, le diagnostic de tuberculose n'a pu être porté que par la constatation de lésions spécifiques hépatiques ou pulmonaires grâce à la méthode des ponctions-biopsies. Ces exemples illustrent les différentes éventualités possibles: malade suspecté d'une tuberculose pulmonaire dont la preuve ne peut être apportée (observation II), tuberculose pulmonaire totalement méconnue, aucun signe n'attirant l'attention sur elle (observation III), tuberculose pulmonaire à forme pseudo-néo-plasique pour laquelle une intervention mutilante allait être tentée (observation I), syndrome hémolytique par tuberculose splénique méconnue, associé à une tuberculose pulmonaire sans émission de bacilles (observation IV).

En sens inverse, chez un homme de 50 ans porteur d'un sarcome fibroblastique de la rate, l'exploration radiographique avait révélé l'existence, cliniquement latente, d'une masse arrondie intra-pulmonaire, bien limitée, dont les caractères apparents étaient ceux d'une formation kystique ou d'une tumeur bénigne. Une ponction à l'aiguille fine ayant éliminé le premier de ces diagnostics, la ponction-biopsie pulmonaire a permis de prélever un fragment typique de fibro-sarcome. Peu après, la même biopsie pulmonaire par ponction nous a permis le diagnostic d'un néoplasme apical droit d'origine bronchique atelectasiant.

Bien que les indications des ponctions-biopsies soient, dans la tuberculose, relativement limitées, et sans intérêt lorsque d'autres examens sont positifs, la méthode nous paraît être d'une grande utilité dans quelques cas particuliers difficiles.

LE TRAITEMENT D'URGENCE DES TRAUMATISMES CRÂNIENS¹

Claude BERTRAND, F.R.C.S. (C),
Chargé du service de Neuro-chirurgie à l'hôpital Notre-Dame (Montréal).

Les indications thérapeutiques et le traitement des traumatismes crâniens se modifient constamment avec les données nouvelles des centres de recherche et, plus encore, avec l'expérience clinique apportée par la vie moderne.

Avant d'examiner ensemble les points principaux du traitement d'urgence, voyons un peu quelques chiffres obtenus d'après les cas traités à l'hôpital Notre-Dame dans les dix mois allant de juillet 1947 à mai 1948. Bien entendu, de tels faits ont une valeur relative. Ils doivent être appréciés en regard: 1° de la nature et de l'intensité des traumatismes auxquels on réserve l'admission à l'hôpital; 2° du temps moyen d'admission après l'accident; 3° de l'âge des traumatisés, etc. Dans ce travail il s'agit surtout d'adultes ayant subi des traumatismes sérieux avec perte de connaissance de vingt minutes ou plus et fracture du crâne dans 75% des cas. Ainsi envisagés, les chiffres semblent assez significatifs, puisqu'ils corroborent les études de Munro (1), de Rowbotham (2), de Brock (3), de Puech et coll. (4) et autres.

Tel qu'illustré au premier tableau (Fig. 1)

TABLEAU I

300 CAS DE TRAUMATISMES CRÂNIENS AVEC COMMOTION CÉRÉBRALE IMPORTANTE

(Fractures du crâne dans 75% des cas)

	Total	Décès	% décès
<i>Hospitalisés</i>	300	19	6%
<i>Opérés (16%)</i>	47	10	21%

il s'agit de trois cents cas consécutifs de traumatismes crâniens avec commotion cérébrale importante; dix-neuf patients sont décédés, soit 6%. Quarante-sept ont dû être opérés (16%). Comme dans tout centre neuro-chirur-

gical, le nombre des opérés est assez élevé, puisque plusieurs de ces cas étaient référés directement pour traitement chirurgical. Les dix décès chez les opérés (21%) sont tous survenus dans les cas opérés au cours de la phase aiguë ou subaiguë, dans les premières heures ou les premiers jours, en particulier la période aiguë (8 cas), alors que l'on doit parfois tenter une exploration à cause de l'état alarmant du patient dans l'espoir de trouver une collection sanguine et de pouvoir ainsi soulager une hypertension intra-crânienne formidable. La simple décompression a une valeur fort discutable pour ces malades.

Le deuxième tableau (Fig. 2) met en lumière la fréquence relative des diverses lésions trouvées à l'opération. Sans oublier que c'est là une série de cas un peu spéciale, on constate le nombre impressionnant de collections intracrâniennes, soient vingt-sept (9%) des trois cents cas (Fig. 3). Les chiffres soulignent aussi la gravité de l'hématome épi-dural à moins qu'il ne soit vu dans les toutes premières heures avant que le saignement artériel de la méningée moyenne n'entraîne de compression bulbaire. Il convient de dire que l'un des deux patients décédés semblait se rétablir, mais il s'est noyé en vomissant alors qu'il s'était retourné sur le dos au lieu d'être en position de demi-pronation. Le taux de mortalité des cas d'œdème cérébral massif sera discuté avec le tableau suivant.

Celui-ci nous présente quelques faits significatifs (Fig. 4). Des vingt et un cas où l'opération a permis de constater la présence de lésions cérébrales diffuses avec œdème massif, dix sont décédés, soit 49%; bien plus, ceci représente tous les décès survenus chez les opérés. Lorsqu'il n'y a pas eu d'intervention chirurgicale, des symptômes analogues à ceux des opérés tels que pouls bondissant, respi-

1. Travail présenté au dix-neuvième congrès des médecins de langue française du Canada à Ottawa en septembre 1948.

ration stertoreuse, pupille lente à réagir ont été observés chez huit des neuf malades décédés. Par conséquent, dix-huit des dix-neuf décès semblent consécutifs à ces lésions massives alors que le cerveau se gonfle d'une façon vraiment désespérante.

massif; 2° de collections intracrâniennes. Dans la phase aiguë, celles-ci existent rarement en l'absence de signes localisateurs. Si l'hématome ou l'hygroma n'est pas accompagné de lésions diffuses et qu'on le draine en temps opportun, la guérison est presque certaine.

TABLEAU II

47 cas opérés (16% de Traumatismes sérieux)

	opérés	% des 300 cas	Décès	% décès chez les 47 opérés
<i>Collections sous-durales</i>	21	7%	4	20%
hématomes	17	6%	3	18%
hygromas	4	1%	1	25%
<i>Hématomes épi-duraux</i>	5	2%	2	40%
<i>Hématome intra-cérébral traumatique</i>	1	1/3%	0	—
TOTAL DES COLLECTIONS INTRA-CRÂNIENNES	27	9%	6	22%
<i>Lésions cérébrales diffuses</i>				
avec œdème massif sans collection intra-crânienne	7	2%	4	57%
<i>Fractures avec enfoncement important des fragments</i>	10	3%	0	—
<i>Fractures comminutives des sinus fronto-éthmoïdaux avec hernie cérébrale</i>	3	1%	0	—
GRAND TOTAL:	47	16%	10	21%

Il convient de souligner un autre point: seulement quatre patients, dont deux bébés, présentaient une collection intracrânienne à l'opération sans que l'on ait décelé de signes localisateurs, c'est-à-dire une dilatation d'une pupille ou une parésie d'un côté ou de l'autre.

Le traitement doit viser: 1° à combattre l'œdème cérébral dès le début, car il s'établit vite un cercle vicieux: plus l'œdème cérébral est grand, plus il y a d'embarras respiratoire et plus il se fait d'embarras respiratoire, plus l'œdème augmente. 2° Il faut essayer de dé-

TABLEAU III

ŒDÈME CÉRÉBRAL MASSIF

Lésions cérébrales diffuses avec œdème massif	18 des	19 cas	décédés	%
A (Opérés) Œdème cérébral massif trouvé à l'opération	21 avec	10	décès	49%
Œdème cérébral massif avec collection extra-cérébrale	16	" 6	"	21%
Œdème cérébral massif sans collection extra-cérébrale	7	" 4	"	57%
B (Non Opérés) Œdème cérébral massif semblant exister cliniquement	8 des	9	"	

SIGNES LOCALISATEURS

Collection intra-crânienne sans signes localisateurs	4 dont	2 bébés	1%
Signes localisateurs sans collection intracrânienne	6		2%

Inversement, parmi les cas aigus avec signes localisateurs, seulement six n'avaient pas de collection intracrânienne.

En somme, ces chiffres démontrent une fois de plus que les fatalités dans les traumatismes crâniens viennent de deux causes principales: 1° de lésions diffuses avec œdème cérébral

terminer aussitôt que possible si le patient offre les signes d'une compression cérébrale localisée sans quoi il est souvent inutile et même nuisible de déplacer le malade. Evidemment, dans les cas chroniques, ces signes localisateurs peuvent faire défaut; le malade peut souffrir tout simplement d'une céphalée rebelle

et la ponction ne révèle qu'un liquide légèrement jaunâtre, peut-être sans augmentation de la pression si le sujet est âgé.

Je crois qu'on doit procéder de la façon suivante: lorsqu'on arrive auprès du patient, il faut le placer immédiatement en position de

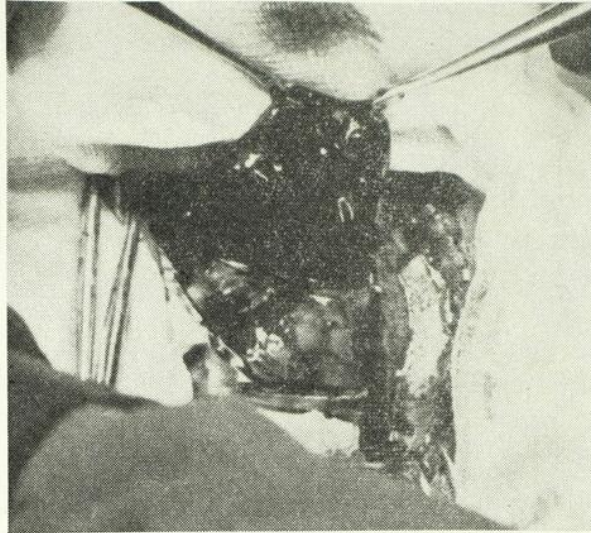


FIG. 4. — Hématome sous-dural relevé avec sa membrane et laissant voir le cerveau sous-jacent. demi-pronation et aspirer les sécrétions car la cause adjuvante primordiale de l'œdème du cerveau est l'embarras respiratoire, comme on peut le constater au cours des interventions intracrâniennes. Il se produit souvent une amélioration remarquable après ce trai-

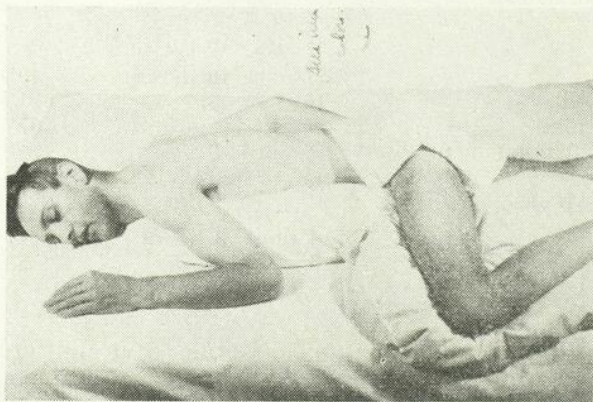


FIG. 5. — Position de demi-pronation. Le bras le plus près du lit est placé derrière le patient, la jambe supérieure est relevée.

tement fort simple. Dans cette position (Fig. 5) la jambe supérieure doit être fléchie et l'on

place un oreiller en-dessous de l'épaule de façon à faciliter la respiration du malade. Il n'y a pas d'oreiller sous la tête qui est tournée légèrement vers le matelas afin que la langue et les sécrétions ne causent pas d'obstruction. Ainsi, si le lit est horizontal, on évite le danger d'aspiration du vomitus.

Dès l'arrivée à l'hôpital, on procède à l'examen sommaire du malade que l'on consigne par écrit pour établir une norme. On note d'abord son état de conscience et plus spécialement ses réactions à la douleur. Si le pouls est filant et la pression artérielle basse, on combat l'état de shock par les mesures ordinaires. Toutefois, il faut suivre la température du malade de très près, car l'hyperthermie est assez fréquente et les bouillottes d'eau chaude sont évidemment contre-indiquées dans ces cas. La respiration est un indice précieux du pronostic. Une respiration stertoreuse, surtout si son rythme dépasse quarante à la minute même après avoir placé le patient en position de demi-pronation, est d'un pronostic très grave, car il s'agit alors de lésions cérébrales diffuses avec dysfonction des centres bulbaires. A l'examen général, on remarquera la présence de plaies soit au cuir chevelu ou ailleurs et l'état des membres et du tronc, en particulier de l'abdomen. A la tête on recherche systématiquement la présence d'un hématome ou d'une dépression tout en sachant que le rebord d'un hématome peut donner le change pour un fragment osseux enfoncé. On examine les orifices crâniens pour l'écoulement de sang qui signe une fracture de la base.

L'examen neurologique peut être très sommaire et l'on doit être attentif à trois ordres de symptômes: 1° D'abord les pupilles et leur réaction à la lumière puisqu'une dilatation pupillaire est la plupart du temps la résultante d'une lésion du nerf moteur oculaire commun ce qui indique souvent une pression localisée par collection intracrânienne de ce côté, à moins que le patient soit parfaitement lucide. 2° L'état des mouvements des extrémités. Y a-t-il des mouvements anormaux tels que mouvements cloniques indiquant une irri-

tation corticale plutôt qu'une collection intracrânienne? Ensuite, les mouvements sont-ils égaux des deux côtés? Ceci est d'une valeur capitale. Lorsque le patient ne remue pas spontanément, il faut essayer de provoquer des mouvements par la douleur et laisser retomber les membres pour noter un changement de tonus. 3° Les modifications des réflexes. La présence d'un Babinsky ou une exagération des réflexes ostéo-tendineux d'un côté démontre une lésion pyramidale mais ce sont là des changements moins définis que les parésies.

Une fois ces examens terminés, si la condition du patient le permet, on fera une radiographie du crâne avant de le transporter à sa chambre. En plus des fractures et des dépressions une radiographie bien centrée peut mettre en évidence un déplacement de la glande pinéale d'un côté ou de l'autre de la ligne médiane. Afin de découvrir aussitôt que possible les modifications de l'état du patient et la constitution d'hématome intracrânien, on fait vérifier le pouls et la température, la pression artérielle, l'état de conscience et les réactions des pupilles aux heures. En même temps, la garde-malade et l'infirmier tourneront le patient d'une position de demi-pronation du côté droit à une gauche ou vice-versa et ils aspireront les sécrétions pharyngées afin d'éviter la congestion de l'arbre respiratoire. Si le pouls devient bondissant ou que la pression artérielle monte, le médecin doit être averti immédiatement. On administre la pénicilline de façon prophylactique; depuis son usage les méningites post-traumatiques ont à peu près disparu. Lorsque le patient est agité, il convient de vérifier d'abord le volume vésical. On doit restreindre le traumatisé aussi peu que possible afin de ne pas l'exciter davantage. Lorsque c'est nécessaire, on fera usage de barbituriques ou de paraldehyde pour le calmer mais on perd alors le contrôle rigoureux de son évolution. Les opiacés qui dépriment les centres bulbaires et augmentent l'embarras respiratoire en plus de fixer les pupilles sont contre-indiqués. Au besoin on don-

ne de l'oxygène par un cathéter nasal à moins qu'il n'y ait une large fracture de la base du crâne. Lorsque la température monte en haut de 103 degrés F., il faut combattre l'hyperthermie d'origine centrale en découvrant le patient et en l'entourant de sacs de glace. Si la hausse continue, on peut avoir recours à un lavement d'eau glacée ou même donner de l'Aspirine par voie rectale, soit 20 grains en une seule dose.

La ponction lombaire n'est à peu près jamais pratiquée dans les premières heures qui suivent l'accident. On sait d'emblée que le malade a presque toujours une hémorragie sous-arachnoïdienne dans ces cas, mais il a été prouvé que la résorption du sang n'est pas accélérée par la ponction lombaire. S'il s'agit d'une commotion simple elle est inutile. Lorsqu'il existe des lésions cérébrales diffuses avec œdème cérébral il y a ordinairement fracture de la base et ce drainage de l'espace sous-arachnoïdien est beaucoup plus efficace. Enfin, il s'écoule ordinairement quelques heures avant que s'établisse l'œdème cérébral banal. Dans les premières heures il faut songer au danger réel de ponctionner un patient qui présentera une compression cérébrale et de favoriser la hernie cérébrale. Après sept ou huit heures s'il ne se produit pas de signes localisateurs la ponction lombaire peut aider l'œdème cérébral dans les cas où l'inconscience persiste mais il faut examiner le malade à intervalles réguliers pour être certain que les symptômes ne sont pas altérés. Elle sert surtout dans les cas de persistance d'une fistule de la base avec otorrhée ou rhinorrhée; grâce à un drainage quotidien et à la position demi-assise on réussit à tarir le trajet sans intervention chirurgicale.

Quant à la déshydratation, elle est maintenant presque abandonnée car ces patients ont besoin de maintenir un bon état général et ils souffrent souvent de lésions rénales post-traumatiques assez considérables. Pour les mêmes raisons, le sulfate de magnésie et le sucrose concentré ne sont employés qu'en dernier ressort. Le premier jour, on se sert de sang et de

plasma et, s'il y a des signes d'hypertension intracrânienne, de 500 ccs. de glucose à 10 ou à 20%; les jours suivants, on injecte du glucose simple à 5% sans sel et l'on prend soin de fournir au malade un minimum de 1.500 à 2.000 ccs. de liquide par jour. Si l'état d'inconscience se prolonge on peut avoir recours aux gavages gastriques.

* * *

Pour résumer on peut dire que le traitement des traumatismes crâniens est simple dans une commotion cérébrale d'intensité moyenne et le pronostic vital excellent.

Dans les cas graves il consiste principalement (1°) à combattre l'œdème cérébral et son compère, l'embarras respiratoire, (2°) à surveiller le malade de très près afin de dé-

pister toute collection intracrânienne dès son apparition. Seuls les cas qui présentent une respiration rapide et stertoreuse ont un pronostic très grave.

REFERENCES

1. MUNRO, D.: *Cranio-cerebral Injuries: Their Diagnosis and Treatment*, Oxford University Press, N. Y., 1938.
2. ROWBOTHAM, G. F.: *Acute Injuries of the Head*. E. & S. Livingstone Ltd., Edimbourg, 1945.
3. BROCK, S.: *Injuries of the skull, brain and spinal cord*. Williams & Wilkins, Baltimore, 1943.
4. PUECH, P. BERNARD., J. MORICE & J. NAUDASCHER. « Les troubles de l'Hydraulique cérébro-méningée dans les traumatismes de la tête. » *Monde et Médecine*. No 12, page 133 à 164, février-avril 1947.

CONSIDÉRATIONS SUR LES FRACTURES DU FÉMUR CHEZ L'ENFANT

J.-C.-A. MARCHAND, F.R.C.S. (C),
Chirurgien-orthopédiste de l'hôpital Sainte-Justine (Montréal).

Dans ce travail je désire vous présenter un relevé de 150 fractures du fémur chez l'enfant, traitées à l'Hôpital Ste-Justine, de 1945 à 1948, et discuter du traitement tel qu'employé dans le service d'Orthopédie de cette institution.

Les fractures de la diaphyse sont les seules considérées ici et, parmi celles-ci, seules les fractures récentes sont rapportées. Je n'ai donc pas inclus dans ce rapport les fractures anciennes mal consolidées, les fractures pathologiques, ni les fractures épiphysaires.

Ce travail est basé sur 150 observations: comprenant 19 réductions par extension continue horizontale; 90 réductions par extension continue verticale; 6 réductions par traction appliquée sur broche de Kirschner; 17 réductions chirurgicales avec plaque métallique vissée après extension horizontale ou verticale; 6 réductions par embrochage centro-médullaire au clou de Steinman. Dans 5 cas, la fracture fut réduite chirurgicalement, sans traction préalable et l'ostéosynthèse par plaque vissée fut pratiquée et 1 cas où seule une vis fut employée sans plaque. Dans 1 cas la réduction chirurgicale fut suivie d'embrochage centro-médullaire, sans traction préalable. Enfin 5 fractures du fémur sans déplacement furent immobilisées dans un spica plâtré.

Sur les 150 cas rapportés, nous avons observé 104 cas chez les garçons et 46 cas chez les filles. 70 fractures intéressant le côté droit et 80 le côté gauche. L'âge des patients peut s'établir comme suit:

Au-dessous de 2 ans	. . . 11	(7.33%)
de 2 à 6 ans	. . . 79	(52.66%)
de 6 à 11 ans	. . . 43	(28.66%)
Au-dessus de 11 ans	: : 17	(11.33%)

On peut répartir le siège et la nature des fractures de la façon suivante:

50 fractures au tiers supérieur	(33.33%)
75 fractures au tiers moyen.	(50%)
25 fractures au tiers inférieur.	(16.66%)

Parmi ces fractures on retrouve:

57 fractures transversales.	(38%).
40 fractures obliques.	(26.66%).
53 fractures spiroïdes.	(35.33%).

Sur 150 fractures rapportées, 145 présentaient un déplacement plus ou moins important des fragments avec chevauchement variant entre un et trois centimètres. Un certain nombre de ces fractures étaient esquilleuses mais elles ne présentent pas d'intérêt particulier, étant donné que nous laissons les esquilles bien en place dans les réductions ouvertes à moins qu'elles gênent par leur position et soient dangereuses, dans lequel cas, nous en pratiquons l'ablation au cours de la réduction chirurgicale.

Nous avons classé les résultats obtenus dans les trois groupes suivants:

« A » — Résultat anatomique parfait, sans déplacement des fragments et sans chevauchement.

« B » — Résultat satisfaisant avec persistance d'un certain décalage, sans chevauchement des fragments. L'axe étant bon et les fragments demeurant parallèles.

« C » — Résultat insuffisant, soit avec angulation ou persistance de chevauchement.

Il s'agit ici de résultats immédiats c'est-à-dire à l'ablation du clou de Steinman après 6

à 8 semaines et de 6 mois à 1 an après la mise en place de la plaque vissée. Il ne nous a pas été donné de revoir ces enfants par la suite et nous pouvons croire au bon résultat fonctionnel éloigné dans ces cas.

En nous basant sur ces données nous présentons les résultats suivants:

- « A » — 56 (37.33%).
- « B » — 91 (60.66%).
- « C » — 3 (2.1%).

Ces résultats sont donc basés sur les méthodes suivantes de traitement:

Extension verticale suivie de plâtre spica	99.
Extension horizontale suivie de plâtre spica	19.
Extension horizontale par broche de Kirschner	6.
Ext. hor. ou verticale suivie de plaque vissée	17.
Ext. hor. ou vert. suivie de clou de Steinman	6.
Ostéosynthèse par clou ou plaque vissée sans trac.	6.
Immobilisation plâtrée sans traction	5.
Ostéosynthèse par vis sans plaque métallique	1.

Il est à noter que dans cette série de 150 cas de fractures du fémur chez l'enfant, le traitement orthopédique simple par traction soit horizontale soit verticale avec ou sans broche de Kirschner, a été employé 115 fois et la réduction chirurgicale suivie d'ostéosynthèse par plaque vissée, clou de Steinman centro-médullaire ou vis, 30 fois. Les résultats par contre ont été de 100% dans les réductions chirurgicales contre 60.66% dans les cas des fractures réduites par la méthode orthopédique simple.

La durée d'hospitalisation a été de 29 jours en moyenne dans le traitement orthopédique simple; 22.2 jours dans les cas d'ostéosynthèse par plaque vissée et de 19.3 jours dans les cas d'embrochage centro-médullaire. En moyenne la réduction chirurgicale fut pratiquée après 12.1 jours de traction verticale ou horizontale. La durée en moyenne d'extension verticale ou horizontale dans le traitement orthopédique simple a été de 23.3 jours. La durée moyenne d'hospitalisation dans les cas d'ostéosynthèse peut paraître plus longue mais ceci est dû au fait que nous n'employons la réduction chirurgicale avec ostéosynthèse par plaque ou embrochage centro-médullaire que depuis un an de façon courante. On peut dire que depuis un an environ l'hospitalisation des cas de fractures du fémur traités par réduction chirurgicale

et ostéosynthèse métallique a été réduite à 10 ou 12 jours.

La pratique courante à l'hôpital Ste-Justine, dans le traitement des fractures du fémur, est l'extension verticale chez les enfants de 6 ans et au-dessous. Chez les plus vieux nous employons la traction horizontale avec ou sans broche de Kirschner. L'efficacité de l'extension est contrôlée par la radiographie au lit du malade et, lorsque la traction maximum ne réussit pas à réduire le chevauchement des fragments, on pratique la réduction chirurgicale suivie d'ostéosynthèse par clou de Steinman centro-médullaire ou par plaque vissée. Le choix dans le mode d'ostéosynthèse par clou ou par plaque dépend de l'état général du patient, de son âge et enfin de la nature et du siège de la fracture. Quelles sont les indications de l'emploi du clou de Steinman et celles de la plaque vissée? Nous employons de préférence depuis quelque temps le clou de Steinman centro-médullaire dans les fractures du tiers supérieur; là où il y a indication de faire vite et surtout du fait de la difficulté d'appliquer un tourniquet. L'intervention est de courte durée; les enfants la supportent bien et la perte de sang négligeable lorsqu'on a la précaution de pratiquer une transfusion en cours d'intervention. D'autre part nous employons l'ostéosynthèse par plaque vissée dans les cas de fractures diaphysaires moyennes-basses ou alors franchement inférieures. On opère alors sous garrot et la transfusion n'est pas aussi formellement indiquée à moins que l'état du patient l'exige.

En règle générale, l'intervention est suivie d'immobilisation plâtrée sous forme de spica immobilisant le membre opéré en entier et la cuisse opposée jusqu'au-dessous du genou. Le spica plâtré est enlevé au bout de six semaines environ. Le clou de Steinman est enlevé au bout de six semaines environ; son ablation est une intervention des plus bénignes en comparaison avec l'ablation d'une plaque vissée. Voilà pourquoi, nous l'employons de préférence toutes les fois qu'il nous est possible de le faire. Nous croyons que chez l'enfant, à l'encontre de l'adulte, il est recommandable d'en-

lever toute prothèse métallique enfouie. Habituellement les plaques vissées sont enlevées de six mois à un an après la réduction chirurgicale avec ostéosynthèse. Nous avons de plus en plus tendance à réduire chirurgicalement toute fracture du fémur avec grand déplacement et surtout avec grand chevauchement, qui après une semaine ou dix jours d'extension, demeure non réduite ou insuffisamment réduite. Il n'est plus permis aujourd'hui, avec la réduction chirurgicale et les moyens de contention à notre disposition, de se contenter d'un résultat médiocre et encore moins d'un manque de réduction avec chevauchement de 3 à 4 centimètres qui amène un raccourcissement important du membre. L'entourage a vite fait de juger du traitement et du chirurgien et l'enfant est condamné à porter une chaussure à talon surélevé pour compenser le raccourcissement ou alors il devra boîter en attendant que la croissance vienne compenser partiellement le raccourcissement sans jamais le corriger complètement. Il faut aussi considérer de plus en plus de nos jours l'aspect médico-légal de ces cas fréquents à réclamation de fractures du fémur chez l'enfant. Il serait téméraire celui qui tenterait de convaincre et le tribunal et tous les intéressés de la bénignité du raccourcissement d'un membre conséquence d'un traitement incomplet, en rapport avec une réclamation donnée. L'invocation de l'effet compensateur de la croissance sur le raccourcissement serait en effet mal reçu et aurait peu de succès auprès d'un jury. Nous croyons donc que le résultat immédiat excellent est préfé-

rable au résultat incertain et éloigné de la réduction incomplète, surtout lorsque le premier s'obtient au prix d'une intervention bénigne en soi, peu traumatisante et très bien supportée par le petit blessé. Dans les fractures à long trait oblique, la réduction chirurgicale suivie de la contention par vis sans plaque est sans contredit une bonne façon de traiter ces cas. Mais encore ici, l'intervention est plus longue que dans le cas de clou centro-médullaire et l'ablation des vis nécessite une seconde intervention plus laborieuse que celle que comporte l'ablation du clou de Steinman. Nous n'avons pas employé l'embrochage par clou de Kunster dans notre service, parce que nous sommes entièrement satisfaits des résultats que nous donne l'emploi du clou de Steinman chez l'enfant même si celui-ci ne remplit pas autant le canal médullaire et peut en théorie permettre un certain mouvement de rotation. Le spica plâtré empêche tout mouvement de rotation qui pourrait se produire si le membre n'était pas immobilisé dans un appareil plâtré. Nous immobilisons tous nos petits malades après ostéosynthèse métallique parce que nous croyons cette façon d'agir préférable, étant donné que nous avons affaire à des enfants turbulents de nature et que, de cette façon, nous sommes sûrs d'empêcher tout mouvement au niveau du trait de fracture.

Le tableau comparatif établi ci-dessous indique les différents modes de traitement employés et les résultats obtenus dans cette série.

Traitement.	Nombre	Résultats.		
		A	B	C
Réduction orthopédique avec traction H. ou V.	114	23 (20.1%)	91 (79.9%)	—
Kirschner transcondyl.	6	—	3 (50%)	3 (50%).
Plaque vissée.	22	22 (100%).	—	—
Clou de Steinman C.-Méd.	7	7 (100%).	—	—
Vis sans plaque.	1	1 (100%).	—	—

Résumé et conclusions.

Une série de 150 observations de fractures du fémur chez l'enfant est présentée. Cette étude nous permet de tirer certaines conclusions sur l'âge, le type et le site de la fracture et sur le mode de traitement qui nous paraît

le meilleur en face de ces fractures si fréquentes chez l'enfant.

Il en ressort que c'est chez l'enfant entre 2 et 6 ans que l'on retrouve plus fréquemment la fracture du fémur. (52.66%).

La fracture du tiers moyen se rencontre dans 50% des cas, celle du tiers supérieur dans 33.33% et celle du tiers inférieur dans 16.66% des cas seulement.

La fracture transversale l'emporte sur la fracture spiroïde soit 38% contre 35.33% dans notre série.

Le traitement par traction continue au zénith demeure encore la méthode de choix chez les enfants jusqu'à l'âge de 6 ans environ. Au-dessus de 6 ans, la traction continue horizontale est employée avec des succès partagés, et l'on ne devrait pas hésiter à réduire chirurgicalement ces fractures si la contention des fragments est difficile à maintenir.

En ce qui concerne le traitement chirurgical, nous nous sommes limités à la réduction chirurgicale avec contention par plaques vissées et l'embrochage centro-médullaire par clou de Steinman qui nous ont donné d'excellents résultats. La durée d'hospitalisation est de ce fait réduite considérablement, le résultat excellent. En intervenant précocement, nous croyons rendre service à nos petits malades, en leur donnant un résultat anatomique parfait et, à l'hôpital, en réduisant la durée de l'hospitalisation, chose importante lorsqu'on considère la pénurie toujours croissante de lits hospitaliers.

RECUEIL DE FAITS

SUR UN ÉPITHÉLIOMA MALPIGHIEN DE LA GLANDE SOUS-MAXILLAIRE¹

Lucien CORNIL, U. Autoniotti et A. Stahl.

La fréquence des métaplasies malpighiennes de certains organes, témoin celle des bronches et des conduits aérophores, s'oppose aux métaplasies malpighiennes exceptionnelles, développées aux dépens d'épithéliums cylindriques tels que ceux de la vésicule biliaire ou de certains canaux excréteurs (Pancréas, etc.). Il nous a semblé intéressant, sur le plan documentaire, d'apporter une observation d'une exceptionnelle rareté, à savoir un épithélioma

aspect assez atypique, nous a permis en effet d'étudier d'une façon détaillée l'histologie d'un épithélioma métaplasique de cette glande.

Observation.

M. D.M., 46 ans, est examiné pour une tumeur sous-angulomaxillaire gauche ayant grossi ces temps derniers. Du volume d'une grosse noix, elle apparaît comme une soufflure

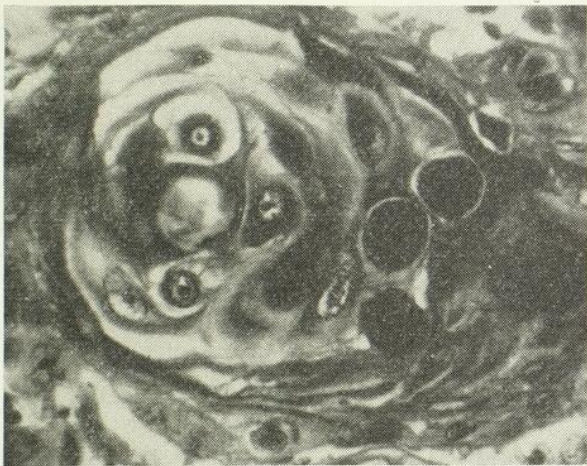


Fig. 1.—L'un des globes cornés dyskératosiques de l'épithélioma. Panphot Leitz, obj. 6L, ocul. 6x.

malpighien métaplasique de la glande sous-maxillaire.

L'ablation d'une tumeur de la sous-maxillaire qui se présentait, cliniquement, sous un

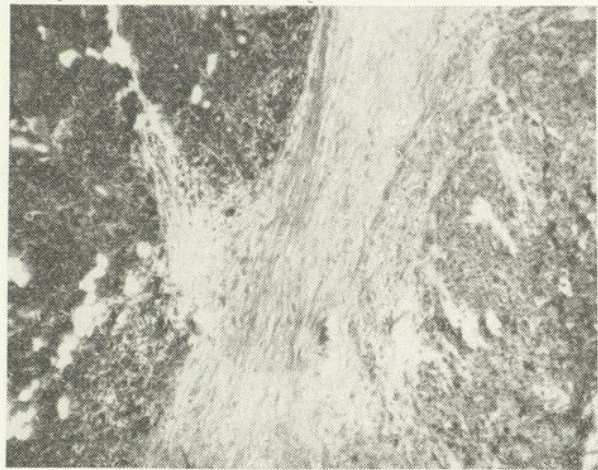


Fig. 2.—Microphotographie montrant la présence d'une bande conjonctive développée, en certains points, entre le néoplasme (à droite de la figure) et les lobules encore sains de la glande. La direction des fibres est perpendiculaire au sens de la progression de la tumeur. Panphot Leitz, obj. no 3, ocul. 6x.

du maxillaire inférieure. En présence d'une allure aussi inhabituelle, on fait une radiographie qui ne donne aucun renseignement utile pour le diagnostic. Une ponction est faite, qui ramène un liquide séro-hématique. L'analyse cytologique de ce liquide révèle la présence de 90% de lymphocytes et 10% de polynucléaires. Absence de cellules néoplasiques. Le liquide se reforme au bout de 24 heures. Il n'y a pas de ganglions perceptibles à la palpation de la région.

1. Ce travail a été envoyé au Dr Paul Letondal pour publication dans *l'Union Médicale du Canada*, à la suite de son récent voyage en France, où il a visité les Facultés de Médecine et pris contact avec des hommes éminents, comme le professeur Lucien Cornil, doyen de la Faculté de Médecine de Marseille, qui a bien voulu rédiger cet article pour *l'Union Médicale* et à qui nous adressons nos sincères remerciements. — N.D.L.R.

Une intervention est décidée. L'opération (Prof. Brémond) révèle la présence d'une tumeur plaquée à la face interne du maxillaire inférieur. Elle est entourée d'une coque blanchâtre qui se rompt, donnant ainsi issue à un liquide séro-hématique analogue à celui qui fut retiré par la ponction. On identifie une tumeur de la glande sous-maxillaire qui, à la section, montre un aspect malin. Son ablation est suivie d'une exérèse très large en arrière, où on enlève un paquet de ganglions au niveau de la fourche carotidienne. Les divers fragments sont envoyés au laboratoire pour examen histologique.

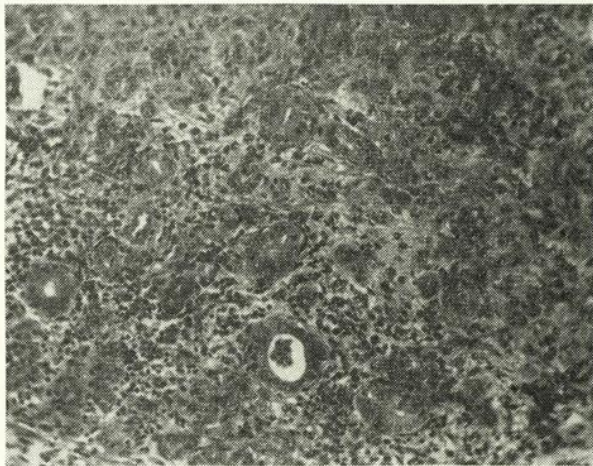


FIG. 3. — La réaction lymphoïde développée au contact du tissu tumoral. Panphot Leitz, obj. no 4, ocul. 8x.

ÉTUDE HISTOLOGIQUE

L'examen au faible grossissement de l'un des fragments montre, en bordure de lobules glandulaires d'aspect normal, une plage de cellules dont l'organisation rappelle celle des épithéliomas malpighiens de type spino-cellulaire. En quelques endroits cette plage épithéliomateuse semble en continuité directe avec le parenchyme glandulaire sain; en d'autres points, elle en est nettement séparée par une bande fibreuse. Dans le premier cas, il est néanmoins très facile de distinguer les limites respectives des deux tissus: les éléments néoplasiques sont, dans l'ensemble, moins intensément colorés que les acini séreux de la glande. Ce fait permet de suivre les contours

qui marquent l'envahissement du reste de la sous-maxillaire et de noter leur irrégularité.

A un grossissement moyen, le néoplasme se montre constitué de cellules fusiformes, ovoïdes, ou polygonales, agencées en travées d'allure irrégulière. Ces cellules, loin d'être rigoureusement accolées les unes aux autres, sont souvent séparées par d'étroits espaces où l'on parvient à distinguer, en s'aidant d'un objectif puissant, des filaments d'union. Le cyto-

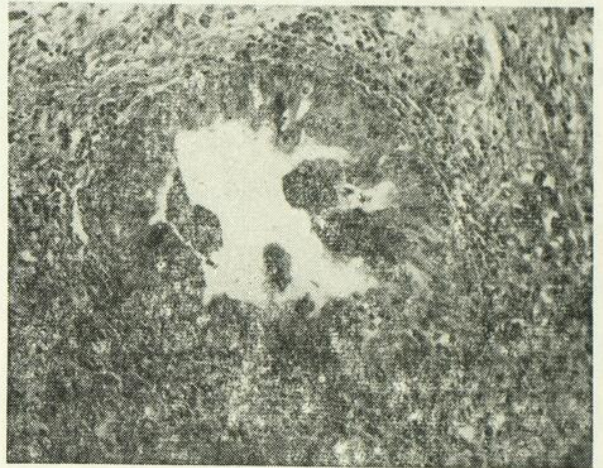


FIG. 4. — Canal excréteur dont l'épithélium présente une tendance à la prolifération désordonnée avec modification du type cellulaire. Panphot Leitz, obj. no 4, ocul. 8x.

plasma de ces éléments est assez abondant et acidophile. De place en place, on note la présence de cellules hyperacidophiles, marquant le début d'une dégénérescence cornée. Le noyau possède généralement une chromatine poussiéreuse avec présence d'un ou de deux caryosomes volumineux. Les mitoses et les anomalies nucléaires sont fréquentes. Ces cellules présentent souvent une ordination concentrique allant jusqu'à la formation de globes dys- et para-kératosiques (fig. 1).

Le stroma conjonctif paraît peu développé.

L'envahissement des lobules sains se fait suivant une ligne irrégulièrement festonnée. La démarcation n'est vraiment nette que là où des faisceaux collagènes se sont développés entre le néoplasme et la glande. Aux endroits où ils manquent, il y a intrication des éléments malpighiens et des cellules séreuses dont beau-

coup présentent des aspects de dégénérescence. Les cellules néoplasiques s'insinuent entre elles, les séparent en les enserrant. Les canaux excréteurs persistent assez loin: on les retrouve, apparemment intacts, en plein tissu malpighien, alors que les cellules séreuses ont définitivement disparu.

Cet envahissement s'accompagne de deux phénomènes plus ou moins marqués selon le point examiné: une réaction collagène et la présence d'amas lymphocytaires.

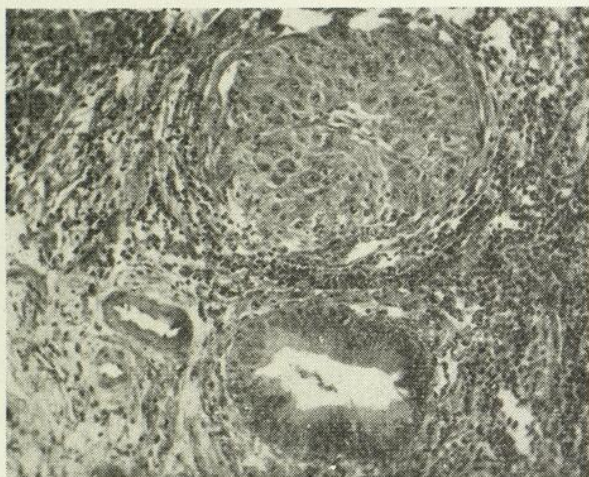


FIG. 5.—Prolifération de l'épithélium des canaux excréteurs. La métaplasie malpighienne est très nette dans le canal complètement obstrué situé dans la partie supérieure de la figure. Même grossissement que pour la figure précédente.

Discrète en quelques endroits, la réaction collagène est au contraire importante en d'autres parties où elle a constitué une bande assez large intercalée entre le néoplasme et le reste de la sous-maxillaire (fig. 2). Quelque soit l'importance de cette réaction conjonctive, les faisceaux de fibres qui la constituent sont toujours orientés perpendiculairement au sens de la progression du tissu tumoral. Entre ces fibres, entre les cellules malpighiennes et glandulaires intriquées, les lymphocytes abondent (fig. 3).

L'aspect d'un certain nombre de canaux excréteurs, situés en plein tissu tumoral, à quelque distance de la zone d'envahissement, est particulièrement intéressant. Dans plusieurs

d'entre eux on note une prolifération qui augmente considérablement le nombre des couches de cellules de leur revêtement (fig. 4 et 5). Cette prolifération est assez irrégulière et prend parfois un aspect papilliforme. Dans quelques canaux, elle s'accompagne d'un changement dans le type cellulaire. Primitivement cylindrique, il devient polygonal, et parfois fusiforme. En même temps que cette métaplasie malpighienne se développe, la prolifération s'accroît de façon à réduire presque à néant la lumière du tube intéressé.

Ce qui reste de tissu sain de la sous-maxillaire est divisé en lobules par des bandes conjonctives qui paraissent épaissies. En plusieurs endroits, ces bandes présentent une infiltration de pigment ocre (fig. 6). Il s'agit vrai-

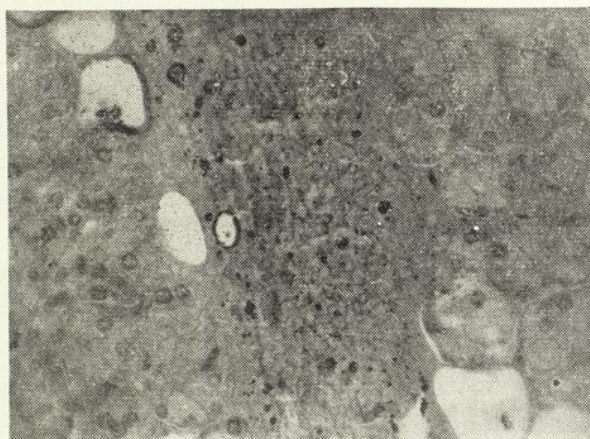


FIG. 6.—Les travées conjonctives séparant les lobules encore sains de la glande sont infiltrées de globules rouges altérés et de pigment sanguin.

semblablement de pigment ferrugineux, comme semblent l'indiquer des amas de globules rouges plus ou moins altérés dont on note la présence entre les faisceaux collagènes.

DISCUSSION

Les épithéliomas malpighiens représentent assurément la forme la plus rare des cancers des glandes salivaires. C'est en ces termes que s'exprime Lang au début du paragraphe qu'il leur consacre dans le *Traité de Henke et Lubarsch*. Cet auteur rapporte un cas d'épithé-

lioma spino-cellulaire de la parotide, survenu chez un homme de 59 ans, superposable, dans tous ses détails, à celui que nous décrivons. En 1934, Cornil, Monsinger, Olmer et Audier publient l'observation d'un épithélioma malpighien du pancréas. Pour rares qu'elles soient, ces formes n'en ont pas moins une existence plusieurs fois vérifiée.

Il faut bien entendu éliminer les néoplasmes envahissant la glande secondairement. Nous l'avons fait en recherchant attentivement les lésions toujours possibles au niveau des muqueuses bucco-pharyngées et de l'épiderme. Leur absence nous permet d'affirmer le caractère primitif de cette tumeur.

Si l'on veut bien mettre à part les tumeurs mixtes, les épithéliomas primitifs des glandes salivaires présentent deux grands groupes: l'épithélioma massif (*Carcinoma solidum* des auteurs allemands) et l'épithélioma à cellules cylindriques: les éléments qui les composent ne se distinguent des cellules normales que par un degré plus ou moins grand de dédifférentiation et — évidemment — une prolifération désordonnée. Dans notre cas, au contraire, les cellules changent de type, elles n'ont plus rien de commun avec les éléments séreux ou muqueux, ni avec les cellules cylindriques des canaux excréteurs. Cette tumeur mérite donc d'être rangée dans le groupe des épithéliomas métaplasiques de la classification de Cornil et Mosinger.

De ce fait, la réaction collagène et lymphoïde développée entre le néoplasme et les lobules encore sains de la glande, au niveau des zones d'envahissement, s'explique aisément. En règle générale, les tissus réagissent d'autant plus violemment, au niveau d'un envahissement, que les éléments qui les pénètrent s'éloignent davantage de leur type morphologique. Habituellement minime dans les épithéliomas orthoplasiques, la réaction conjonctive est particulièrement intense en présence

de cellules qui ont pris une allure malpighienne, c'est-à-dire totalement différentes des cellules glandulaires ou canaliculaires.

Certaines de nos coupes nous permettent de localiser, avec une grande probabilité, l'origine du néoplasme. La prolifération désordonnée de l'épithélium de plusieurs canaux excréteurs, son allure métaplasique, signent vraisemblablement le point de départ de la tumeur. Ce fait doit être rapproché des observations analogues faites par plusieurs auteurs au niveau des bronches en particulier.

La présence de pigment sanguin dans les travées conjonctives séparant les lobules encore sains est plus difficile à interpréter. Il est impossible de dire s'il s'agit d'hémorragies provoquées par le néoplasme ou si c'est là une trace d'un traumatisme plus ou moins ancien qui aurait joué un rôle dans l'étiologie de cette tumeur.

En résumé, il s'agit d'une tumeur exceptionnelle de la glande sous-maxillaire, dans laquelle nous avons pu suivre les stades de développement de la métaplasie des canaux excréteurs, aboutissant à la transformation de l'épithélium cylindro-cubique en épithélium malpighien. La tumeur affecte les caractères d'un épithélioma spino-cellulaire à globes parakératosiques.¹

BIBLIOGRAPHIE

- CORNIL, L. et M. MOSINGER: « Les tumeurs malignes ». *Traité de Dermatologie*, T. 1; pp. 472-473; Doin et Cie Edit., Paris 1935.
- CORNIL, L., M. MOSINGER, J. OLMER et M. AUDIER: « Epithélioma malpighien du Pancréas. » *Ann. d'Anat. Path.* **11**: 751, 1934.
- LANG, F. J.: « Pathologische Anatomie der grossen Kopfspeicheldrüsen. » *Handb. Spez. Path. Anat. und Hist.*, publié sous la direction de F. Henke et O. Lübarsch, Berlin 1929, t. V, vol. 2, pp. 138-139.

1. Travail du Laboratoire Central de l'Hôtel-Dieu et du Centre Anti-cancéreux de Marseille. Directeur: Prof. L. Cornil.

SYNDROME DE PANCOAST CARCINOME BRONCHIQUE DE L'APEX PULMONAIRE

Roma AMYOT,

Chef du Service de neurologie à l'hôpital Notre-Dame (Montréal).

Les algies des membres supérieurs connaissent de multiples causes et diverses pathogénies, sans parler de certaines lésions vertébrales et radiculo-médullaires non spécifiques à cette région, mais s'y localisant éventuellement. Il s'agit de tumeurs vertébrales et intrarachidiennes, d'un abcès épidual. Plus électivement, on y trouve une syringomyélie, une côte cervicale, un scalène antérieur comprimant plexus brachial et artère sous-clavière, une hernie discale, une compression du plexus dans le défilé costo-claviculaire, une arthrite chronique vertébrale, une péri-arthrite de l'épaule avec ou sans bursite ou calcification sus-acromiale. Voilà quelques processus pathologiques qu'il faut invoquer en présence de tout malade qui souffre au cou, à l'épaule et aux autres segments du membre supérieur.

Ajoutons à ces facteurs étiologiques le syndrome de Pancoast, à l'origine duquel se trouve une tumeur maligne de l'apex pulmonaire. Ce syndrome n'a pas une fréquence impressionnante, on peut même affirmer qu'il est rare; toutefois on doit connaître son existence et savoir comment il se met en lumière.

Il s'accompagne de douleurs au membre supérieur qui en constituent le principal symptôme. Ces douleurs ont ceci de particulier qu'elles sont intolérables, constantes et tenaces et ne cèdent qu'aux narcotiques. En plus, elles siègent au bras, de préférence à la face interne, du moins pendant la période initiale, et cela parce que les racines ou les branches inférieures du plexus brachial sont d'abord irritées, comprimées par la tumeur de l'apex dans la direction de bas en haut.

Nous exposerons brièvement le cas suivant qui est un exemple typique de ce syndrome, en comportant tous les principaux éléments cliniques.

La confirmation nécropsique et histo-pathologique rend la démonstration plus objective.

Observation.

Le malade avait 57 ans et avait été hospitalisé pour un syndrome algique du membre supérieur droit. C'est d'ailleurs la douleur qui l'avait amené dans le service de neurologie. Cette douleur durait depuis 4 - 5 mois, elle était ressentie à la face postéro-externe du bras droit et à la région de l'omoplate droite. Elle était intolérable et quasi constante, devenait plus violente durant la nuit et quand le malade se couchait. Pour l'atténuer, il demeurait assis, le tronc fléchi et la tête appuyée sur son lit. Il toussait et expectorait; il avait remarqué qu'il ne transpirait pas à droite, sur l'hémiface, sur le membre supérieur et la partie supérieure du thorax. Le membre supérieur droit lui paraissait plus chaud.

Examen neurologique à l'admission

Aucun signe neurologique, sauf absence de transpiration à droite sur l'hémiface, sur le membre supérieur et la partie supérieure du thorax (contrôlée par l'épreuve du bain de chaleur) et une oscillométrie plus ample au membre supérieur droit de l'ordre de 2 à 4 divisions.

Examen somatique

Amaigrissement du malade, submatité à la région supérieure du poumon droit.

Examen radiologique

Poumons: opacité de densité homogène et assez marquée obscurcissant complètement l'apex droit (Dr P. Brodeur).

Colonne cervicale: images pathologiques au niveau des 2^{ème} et 3^{ème} arcs costaux droits

dans leur portion postérieure ainsi que, semble-t-il, sur le corps de D², zone d'ostéoporose qui intéresse aussi les apophyses transverses droites de D² et D³ (Dr P. Brodeur).

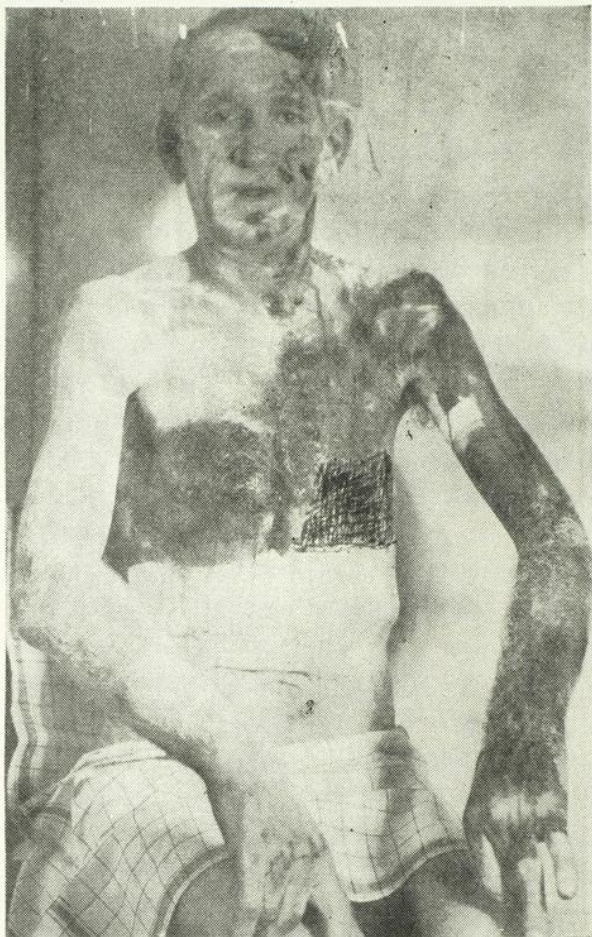


Fig. 1.

Œsophage: très minime degré d'inflexion gauche de la colonne barytée à la hauteur de D¹ (Dr J.-L. Léger).

Myélographie: refoulement par une masse extradurale d'origine osseuse de la colonne de Pantopaque au niveau de D² - D³ donnant l'image d'une encoche à grand rayon à concavité droite. (Dr J.-L. Léger)

Formule sanguine et sédimentation sanguine: normales.

Liquide céphalo-rachidien: normal.

Evolution

Trois semaines après son admission, soit le 24 septembre, on constata l'installation d'un syndrome de Claude Bernard-Horner à droite. Vers la même époque, apparition de douleurs à l'omoplate et au bras gauches. Vers le 21 novembre, on observa une paraplégie avec rétention urinaire et anesthésie de bas en haut jusqu'à D²; au membre supérieur droit, il existait alors une hypoesthésie à la main et à l'avant-bras et de l'amyotrophie à la main. Tous les réflexes osso-tendineux y étaient conservés.

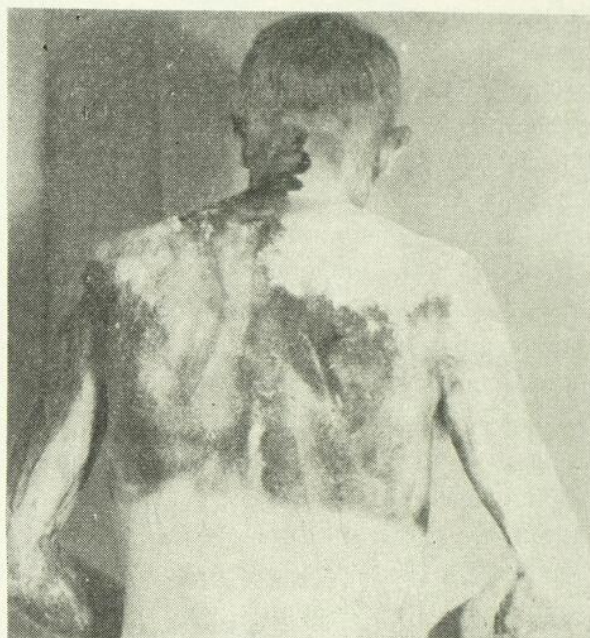


Fig. 2.

Une ponction lombaire démontra la présence d'un blocage complet et une hyperalbuminose de plus de 1 gramme au litre.

Le malade s'émacia et mourut le 21 décembre 1948 en cachexie, ayant souffert jusqu'à la fin et n'ayant obtenu aucun bénéfice de la radiothérapie. Durant le cours de sa maladie, le malade toussa et expectora.

Autopsie

Epithélioma bronchique. Envahissement de la colonne vertébrale. Néphrite. Foie cardiaque.

Epithélioma pulmonaire spino-cellulaire à globes cornés dans un stroma très dense et abondant, envahissant et détruisant les grosses bronches.

Lobe supérieur gauche: image de broncho-pneumonie.

Glomérulo-néphrite (deuxième stade).

Foie de stase. (Dr S. Lauzé)

Il ne fut pas trouvé de métastases dans les poumons ni dans les autres organes, le cerveau excepté, qui ne fut pas exploré.

COMMENTAIRES

Ce syndrome fut décrit par Pancoast en 1924 avec les éléments cliniques suivants: douleur à l'épaule et au bras; syndrome de Horner, amyotrophie à la main; image radiographique d'une opacité homogène à l'apex pulmonaire et de destruction osseuse locale aux côtes et aux vertèbres.

L'auteur tenta même d'en faire une entité histologique particulière, plus spécialement distincte du carcinome primitif de l'apex pulmonaire, ne provoquant pas d'ailleurs de développement de métastases et présentant l'aspect unicellulaire d'un carcinome spino-cellulaire, comme on identifia ultérieurement la tumeur d'une première observation publiée en 1929 et de nouveau en 1932, qu'on avait primitivement classée comme étant un endothéliome pleural.

Il crut qu'il s'agissait d'une tumeur se développant à partir de certains vestiges embryonnaires comme ceux de la cinquième poche pharyngienne, projection interne du cinquième arc branchial.

Nous rappelons qu'une observation de ce syndrome fut publiée dans *L'Union Médicale du Canada* en 1945 par les docteurs Jules Prévost et Jacques Léger.

Pancoast crut bon de dénommer ce type de tumeur « tumeur de la scissure supérieure du poumon » pour la différencier de tout autre processus tumoral: carcinome bronchique, métastase néoplasique, endothéliome pleural, etc., situé dans cette région apicale du poumon.

Cette différenciation n'a pas été acceptée comme étant conforme aux faits. Si on admet le syndrome de l'apex pulmonaire avec son cortège de signes neurologiques et radiologiques groupés par Pancoast, on est d'avis, d'après l'étude d'observations assez nombreuses, qu'il est la conséquence seule de la localisation assez précise d'une tumeur pulmonaire primitive ou métastatique.

Des signes sympathiques, le syndrome de Claude Bernard-Horner est le plus cité. Mais, l'anhidrose fut également rencontrée et, si on se donne la peine de la rechercher, on la constatera fréquemment à disposition comme chez notre malade.

Les phénomènes déficitaires du sympathique tégumentaire observés au membre supérieur et au segment céphalique sont ici l'effet de la compression de la chaîne paravertébrale, à la région dorsale supérieure. De la sorte, est interrompu le passage de l'influx nerveux sympathique qui parcourt la chaîne après être sorti de la moelle par les racines antérieures à partir de la première racine dorsale en descendant jusqu'à la seconde lombaire.

Dans notre cas, la chaîne fut d'abord physiologiquement sectionnée au-dessous de la 1ère racine dorsale par laquelle passent électivement les fibres destinées à l'œil; l'absence de transpiration et de réflexe pile-moteur à la tête et au membre supérieur s'ensuivit. Plus tard, la compression atteignit le ganglion étoilé, interrompant l'influx venant de la première dorsale donnant naissance au syndrome de Bernard-Horner.

Dans les observations rapportées, des signes de paralysie sympathique de l'œil apparaissent plus précocement; à tout événement, ils sont les premières des manifestations sympathiques décelées. Mais cela n'est que le résultat d'un caprice pathologique individuel au cours de la poussée tumorale vers la région du rachis.

Nous avons pu présumer par la myélographie que, tôt ou tard, le processus tumoral finirait par comprimer la moelle et déterminer

une paraplégie comme d'ailleurs la chose se produit chez d'autres malades dont les observations sont contenues dans la littérature.

La pénétration de la tumeur dans le canal rachidien, soit en s'insinuant dans un trou de conjugaison, soit en envahissant une vertèbre ou un disque, comme ici, y favorise son développement, le refoulement de la dure-mère et la compression de la moelle.

A tout événement, ce groupement de symptômes, identifié par Pancoast est assez bien circonscrit. Quand on en trouve les éléments cliniques, il incline à porter, avec assez d'exactitude, le diagnostic de tumeur de l'apex pulmonaire. Y penser en présence de tout malade se plaignant de douleurs tenaces et violentes localisées à l'épaule, à la région de l'omoplate et au bras.

TUMEUR DE WILMS. CURE DE ONZE ANS.

Eugène GAULIN, F.A.C.S.,

Chef du service d'Urologie à l'Hôpital Général d'Ottawa et à l'hôpital du Sacré-Cœur, Hull, P.Q.

En septembre 1938, lors du Congrès des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord, je présentais une communication sur les adénomyosarcomes du rein chez l'enfant. Ces embryomes du rein sont aujourd'hui universellement connus sous le nom de tumeur de Wilms.

Sur les quatre cas qui faisaient l'objet de mon travail, un seul enfant était vivant neuf mois post-opératoirement; et bien que cette période de temps fût tout-à-fait insuffisante pour crier à la guérison, j'avais un pressentiment que cette petite était bel et bien guérie.

Observation.

Marguerite T..., âgée de 15 mois, est admise à l'hôpital Général d'Ottawa le 18 novembre 1937, à cause d'une voussure considérable de l'abdomen.

L'enfant a quatre frères vivants, en excellente santé. Il n'y a ni syphilis, ni tuberculose, ni alcoolisme dans sa famille.

Née à terme, elle pesait à sa naissance 8 livres et 3 onces. Premières dents à cinq mois, parlait au dixième. Pas d'histoire d'infection ni de maladies contagieuses.

Nourrie au sein jusqu'à cinq mois. Puis, pabulum, huile de foie de morue, jus d'orange.

Examen clinique. — Enfant apparemment en bonne santé, légèrement pâle et semble un peu affaissée. L'abdomen est gros, distendu, surtout du côté droit. A la palpation, on se rend compte qu'une masse dure, indolore, à peu près fixe, remplit l'hypochondre, le flanc et la région iliaque du côté droit. Le foie est repoussé en haut, l'intestin à gauche.

Les urines sont négatives. L'urée sanguine est à 30 milligrammes. La formule sanguine est la suivante:

Hémoglobine 45%, globules rouges 4.000.000, globules blancs 8.600, polymorphes 51%, lymphocytes 44%, monocytes 5%.

Une pyélographie intraveineuse au Diodrast révéla la présence d'un rein gauche bien situé, légèrement hypertrophié et fonctionnant normalement. Absence totale de fonction du rein droit, même après une heure. Les radiographies du thorax, des poumons et des os furent toute négatives pour métastases.

Diagnostic pré-opératoire: — Adénomyosarcome du rein droit, tumeur de Wilms. Il fut alors décidé de donner à l'enfant une série

de traitement de thérapie profonde avant de procéder au traitement chirurgical. Le docteur Paul Brodeur donna à la petite patiente près de 2.000 roentgens en l'espace d'une quinzaine de jours. Elle supportait bien 150 r par jour quand soudain une leucopénie marquée vint troubler le traitement. L'amaigrissement et les vomissements nécessitèrent deux transfusions et le gavage. Cependant, tout rentra dans l'ordre assez rapidement. L'hémoglobine remonta à 63% et les globules rouges à 5.000.000 et les blancs à 5.700.

A ce moment, la tumeur était encore palpable, mais elle avait diminué de moitié. Nous guidant sur la technique de Dean, nous avons attendu trois semaines après cessation des traitements de thérapie profonde pour opérer.

L'opération fut faite sous anesthésie au protoxyde le 5 janvier 1938.

Par voie d'abord lombaire extra-péritonéale, la néphrectomie fut faite avec grande aisance. La tumeur était parfaitement encapsulée. Il y avait très peu de péri-néphrite. Les veines rénales et la veine cave n'étaient pas thrombosées. Le péritoine ne fut pas ouvert pour faire l'inspection du foie. Pas de ganglions autour du hile rénal. La plaie fut fermée en masse à la soie. La convalescence fut sans incidents. L'enfant sortit de l'hôpital le 12 février 1938.

L'examen histologique de la pièce fut le suivant: la pièce est constituée de deux masses jointes l'une à l'autre par du tissu fibreux. D'une part, il reste un peu de tissu rénal, le pôle inférieur du rein; de l'autre, la tumeur proprement dite, de la grosseur d'un pamplemousse. Le petit morceau de rein n'offre rien au point de vue pathologique ni histologique; la tumeur est formée de tissu conjonctif dans lequel on trouve du tissu musculaire lisse, des amas de cellules rondes et polyédriques, ici et là des mitoses. On y distingue également beaucoup d'acinis et des tubes urinaires à l'état d'ébauche.

Diagnostic final: — Adénomyosarcome embryonnaire du rein. Tumeur de Wilms.

Février 1949. Plus de onze années se sont écoulées depuis et le bébé d'alors est maintenant une grande fille de près de 14 ans. Elle me rend visite souvent. Je la vis la dernière fois le 4 janvier 1949. Son état général est excellent. Elle se développe tout-à-fait normalement et respire un air de bonne santé. Elle vient donc grossir le nombre de ceux ou celles que la chirurgie a guéri de cette affection. Le nombre des vivants, après dix ans, se chiffre à environ trente pour le monde entier.

* * *

Une affection aussi grave, aussi fatale, mérite bien que la littérature médicale s'en saisisse de temps en temps, afin d'en tenir la profession médicale mieux avertie.

Cette tumeur se rencontre presque exclusivement chez l'enfant très jeune, de moins de sept ans; elle se développe avec grande rapidité et à peu près sans symptômes généraux, pour un temps du moins; elle est presque toujours radio sensitive; elle présente une histopathologie bien caractéristique; et à date d'aujourd'hui, personne n'en connaît la cause malgré le grand nombre de théories avancées par les pathologistes.

Eberth, en 1872, fut le premier à décrire cette tumeur qui jusqu'à ce moment avait été confondue avec le cancer du rein. Il avait remarqué une grande variété de tissus dans ces tumeurs. Il chercha à expliquer ce fait par l'inclusion de corps wolffiens. Conheim, en 1875, expliqua l'origine de ces tumeurs par la présence d'un germe plasmatique, aberrant des segments primitifs.

En 1894, Birch-Hirschfeld s'accordait avec Eberth disant que ces tumeurs se développaient aux dépens de restes wolffiens. Ceci, disait-il, expliquait les relations intimes entre la tumeur et le rein sans toutefois qu'il y ait de mélange complet entre les deux.

En 1899, Wilms publia sa monographie sur l'origine de ces tumeurs. Il niait que le corps wolffien pût donner une telle variété de tissus.

* * *

Aussi en 1899, Busse et Munns émirent l'hypothèse que ces tumeurs naissaient de la blastème rénale qui dans la vie utérine prolifère et ensuite faillit de se développer normalement. D'après eux, ce serait une métaplasie. Jamais, affirment-ils, ils n'ont trouvé de restes wolffiens dans ces tumeurs.

Hinman et Kutzman disent qu'on doit, pour le moment, considérer ces tumeurs mixtes d'origine embryonnaire comme non expliquées.

Ewing en 1934 a affirmé que ces tumeurs naissent de la blastème rénale, qu'il existe toujours une métaplasie considérable. Ceci expliquerait l'épithélium stratifié, le muscle, le cartilage et les os qu'on trouve sur les coupes histologiques.

Le dernier mot n'est donc pas dit sur cette question.

Cliniquement, les malades, atteints de tumeur de Wilms, nous sont amenés par les parents qui accidentellement ont constaté une voussure de l'abdomen de l'enfant. Ils nous assurent que cette masse n'existe que depuis quelques jours, une à deux semaines tout au plus.

Les petits malades présentent tous le même aspect. Ils sont pâles, paraissent souffrants, fatigués. L'abdomen est gros, bombe surtout d'un côté. Cette masse abdominale droite ou gauche semble, en quelque sorte, « sortir » de la cage thoracique. Elle s'étend souvent jusqu'à la fosse iliaque et dépasse ordinairement l'ombilic sur la ligne médiane.

Masse régulière, dure, non mobile ou très peu, indolore, mate.

Diagnostic.

Le diagnostic des tumeurs de Wilms est en général facile. Il suffit d'y penser. Une tumeur du flanc chez un enfant doit éveiller l'idée d'un embryome du rein. L'examen clinique, la pyélographie intraveineuse aideront à établir le diagnostic. L'examen cystoscopique est loin d'être indispensable. La pyélographie descendante, endoveineuse, facile à pratiquer et sans danger donne habituellement toutes les informations nécessaires.

Si, malgré les signes cliniques et les données pyélographiques, nous avons encore des doutes quant à la nature exacte de la tumeur, demandons secours à la roentgentherapie profonde. Quelques séances suffiront à confirmer le diagnostic: fonte à vue d'œil de la tumeur. En général, la tumeur est à peine palpable dans les quinze jours. Si ces traitements aident le diagnostic et facilitent l'extirpation chirurgicale, ils ne sont cependant pas sans produire parfois certaines réactions. Si la peau des enfants supporte bien de hautes doses de roentgentherapie, leurs globules blancs diminuent très rapidement. Il faut donc de toute nécessité surveiller le sang de jour en jour pour, au besoin, remédier à une leucopénie alarmante.

Le diagnostic différentiel doit être fait avec les grosses hydronéphroses, avec l'hépatome du foie, les tumeurs des surrénales, les affections de la rate.

Pronostic.

Il est excessivement mauvais. la Médecine n'y peut rien. Les rayons « X » n'ont encore jamais guéri de wilms. Seule la chirurgie peut compter un certain nombre de guérisons. Si, en définitive, les résultats sont aussi médiocres, ceci est dû au fait que les malades sont vus quand la tumeur a pris des proportions énormes et que déjà des métastases existent à distance. Sans aucun doute, beaucoup plus d'enfants pourraient être arrachés à une mort certaine si les médecins étaient « conscients » de cette affection. Tout enfant qui, à la palpation, présente une fosse lombaire douteuse devrait être l'objet d'un examen sérieux et bénéficier d'un diagnostic précis. Comme pour tous les cancers, cette maladie prise dès le début et opérée sans retard offre des chances de guérison. Il est bien illusoire, en effet, d'opérer ces tumeurs une fois qu'elles ont brisé leur capsule et que les veines rénales et la veine cave sont déjà thrombosées.

Les métastases se font au niveau du pédicule par contact direct, puis aux poumons et au cerveau.

Traitement.

Doit-on faire de la roentgenthérapie profonde avant d'opérer? Les opinions sont bien partagées sur ce point. Quelques séances confirmeront le diagnostic et faciliteront l'opération.

La technique opératoire a peut-être une certaine importance. Ladd, de Boston, est probablement celui qui rapporte le plus grand nombre de cas vivants.

Il croit que son excellente statistique a été réalisée parce qu'il attaque ces tumeurs par voie transpéritonéale. Ceci lui permet de mettre une pince sur le pédicule rénal dès le début de l'opération. De cette façon, il peut ensuite manipuler le rein sans crainte de disséminer des cellules cancéreuses dans la circulation.

Faut-il faire de la roentgenthérapie post-opératoire? Là, encore, les opinions sont bien divisées. En définitive, le traitement le plus sûr, c'est la néphrectomie faite le plus vite possible une fois le diagnostic posé.

Résumé

Un cas de tumeur de Wilms opéré est rapporté comme guéri.

Le processus histo-pathologique, symptomatologie, diagnostic, pronostic et traitement sont discutés.

La chirurgie seule offre des chances de guérison.

545, avenue King Edward, Ottawa, Ont.

B I B L I O G R A P H I E

- ALBARRAN et IMBERT: *Les tumeurs du rein*. Paris, Masson et Cie, 1903, 411-448.
- K. A. ALCORN: *Proceedings Mayo Clinic*, vol. 12, no 44.
- B. BARRINGER: *Journal of Urology*, vol. 38, no 1.
- BIRCH-HIRSFELD and DODERLEIN: *Central b.f.d. Sex-Org.* 3: 1894.
- BOTTE: *Surg. Clin. North Amer.*, 11: 1471-1931.
- CAMPBELL, M. F.: *Journ. Med. Soc. New Jersey* 31: 166, 1934.
- CABOT: *Modern Urology*.
- FRASER: *Edinb. Med. Journ.*, 24: 372, 1920.
- GAUDNER: *Edinb. Med. Journ.*, 29: 1928.
- KRETSCHMER and HIBBS: *Sur-Gyn-Obst.*, 49: 710, 1929.
- MIXTER: *Am. Surg.*, 76: 52, 1922.
Am. Surg., 96: 1017, 1932.
- PRIESTLEY et BRODERS: *Journ. of Urology*, vol. 39, no 3.
- McNEILL et A. CHILKA: *Journ. of Urology*, vol. 39, no 3.
- MAX WILMS: *Die Mischgeschwulste Der Niere*, Peipsiz, Arthur Georgi, 1: 1-90, 1899.
- ROUSSY, OBERLING et LEROUX: *Prec. Anat. Pathol.*, 1307, vol. 2.
- LADD, W. E. and WHITE, R. F.: *J.A.M.A.*, 117: 1858-63, 1941.
- MANDEVILLE, F. B. and NELSON, C. M.: *Urol. and Cutan. Rev.*, 49: 204-208, 1945.
- GAULIN, E.: *L'Union Méd. du Canada*, mai 1939.

STREPTOMYCINE ET TUBERCULOSE¹

Gérard-O. TREMBLAY (Chicoutimi).

L'utilisation thérapeutique de la streptomycine a commencé en 1944. L'inconnu, la limitation de la production et le coût élevé ont nécessairement restreint l'utilisation à certaines organisations cliniques. A Chicoutimi, l'utilisation a commencé en 1947 dans toutes ses indications; c'est dire que nos premiers traitements n'ont pas deux ans. D'un autre côté, dès 1944 et 1945, la grande presse lançait la nouvelle dans le public, sur un ton profane, avec beaucoup de sentiment et des espoirs qui donnaient parfois l'impression que certaines maladies seraient anéanties. Ce serait trop beau, et la terre ne serait plus la vallée des soupirs et de larmes. Les médecins, qui ont l'habitude du dégonflement des modes médicamenteuses, ont sans doute fait la part des choses, mais on m'a dit qu'il serait pratique de faire le point sur la relation de la streptomycine avec la tuberculose.

Encore là, le point est impossible à faire, parce que si quelques notions sont bien connues, ce ne sont que des notions et au début de leur application; c'est le premier point à souligner. Cependant le fait est certain que la streptomycine est un précieux adjuvant dans le traitement de la tuberculose; ce n'est qu'un adjuvant précieux dans certaines formes de tuberculose, adjuvant qui ne supprime pas la cure de repos, ni les moyens de collapsothérapie, ni les moyens chirurgicaux. La tuberculose a ses caractères propres qui la diffèrent des autres maladies infectieuses: sa tendance à la chronicité, à la localisation, à la recrudescence, fait que l'anatomo-pathologie de l'organe atteint comporte des réactions des tissus, qui sont la défense à l'attaque microbienne. Or, la streptomycine est un antibiotique, c'est-à-dire surtout un bactériostatique et à un certain degré un bactéricide, c'est donc

un agent contre le microbe et non contre les réactions des tissus. On peut donc conclure que la streptomycine aura d'autant plus de résultats dans une tuberculose donnée, que la forme clinique sera l'expression d'une maladie dans laquelle il n'y a que l'action des bacilles de Koch, sans expression de réaction des tissus: la fibrose. En effet, la streptomycine aura une action efficace dans une septicémie tuberculeuse, et sera sans effet dans une tuberculose fibreuse, même localisée.

Même dans une septicémie tuberculeuse, l'action antibiotique n'a pas toujours un résultat garanti et voici plusieurs raisons des échecs thérapeutiques, malgré l'indication optimale de la streptomycine: d'abord la dose de bacilles de Koch qu'a reçue tel malade peut être si élevée qu'aucune dose maxima de streptomycine ne puisse arrêter l'action de tous les bacilles; ensuite, la notion des diverses races de bacilles, des virus tuberculeux, demeure, et il est plausible que l'action antibiotique ne s'exerce pas également sur toutes les sortes de bacilles. Et c'est probablement là un côté de la réalité que l'on constate en clinique, lorsqu'après une amélioration notable qui soulève l'enthousiasme, on voit la maladie se déchaîner de nouveau, comme un incendie presque éteint que le vent rallume en conflagration, et se termine fatalement. Cette partie mineure de la maladie qui n'a pu être vaincue, cette phase de l'évolution clinique où la streptomycine n'exerce plus son action antibiotique, des auteurs prétendent qu'elle est due à la résistance qu'a développée l'agent microbien contre la streptomycine: les bacilles résistants. D'autres prétendent que ce sont certains bacilles qui n'ont jamais été influencés par l'action antibiotique de la streptomycine. Il est encore plausible de supposer qu'en réalité les deux phénomènes existent, soit séparément, soit simultanément.

1. Communication au 2^{ème} Congrès régional de l'A.M.L.F.C.; Chicoutimi, 2-3 juin 1949.

APPLICATIONS DE LA STREPTOMYCINE

1. — *Tuberculose à dissémination hémato-gène*

Tuberculose miliaire sans méningite: une dose 1 gm par jour en une seule injection intramusculaire pendant deux mois. Si les images radiographiques sont disparues, si la sédimentation est normale, et l'état général (disparition de l'asthénie et de la transpiration nocturne, reprise du poids) est bon, le malade demeure au repos relatif, sous surveillance, mais sans streptomycine. Si, par contre, un signe important, comme les images radiographiques,

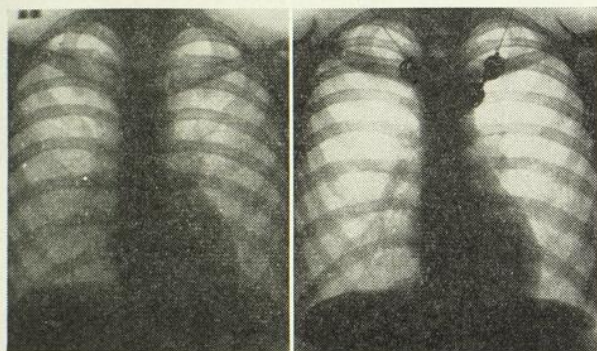


FIG. 1. — Cas M. M.G... 11/6/48 FIG. 2. — Cas M. M.G... 16/5/49

n'est pas disparu ou plusieurs symptômes cliniques persistent, la streptomycine est continuée un troisième mois à la même dose.

Même s'il y a indication à continuer la streptomycine, il peut y avoir nécessité d'arrêter à cause de symptômes toxiques: atteinte de la VIII^e paire crânienne qui se manifeste par de la surdité qui peut demeurer, une néphrite manifestée par de l'albuminurie et de la cylindrurie, et des réactions allergiques; une cessation temporaire et une reprise à dose diminuée est à décider selon le cas clinique.

Les résultats sont très bons à condition d'agir promptement au début.

2. — *Méningite tuberculeuse*

Une autre indication dont le pronostic était grave et même fatal avant la streptomycine; il demeure encore grave, s'il n'est pas fatal.

Il faudrait distinguer dans le diagnostic la méningite tuberculeuse proprement dite de la méningite séreuse tuberculeuse de Lincoln, dont le pronostic est moins grave.

Les doses sont de 2 à 3 gms par jour en 6 à 8 injections intra-musculaires pendant 3 mois, et une dose d'environ 0 gm 20 en injection intra-rachidienne tous les 2 ou 3 jours pendant 3 mois; ces doses étant très élevées, il se produit souvent des symptômes de toxicité qui obligent à les abaisser. L'évolution est favorable pendant le 1^{er} mois: abaissement de la température, reprise du poids, disparition des vomissements, de l'asthénie.

Puis, ou bien la maladie reprend son évolution première qui aboutit à la mort, ce sont les formes avec diagnostic de méningite tuberculeuse, dont le liquide céphalo-rachidien présentait une augmentation des éléments dans les centaines, mais aussi une perturbation de la formule chimique avec une augmentation des lymphocytes (0) et du taux des protéines (10-42 mmgms %), et une diminution du taux des chlorures (680 mmgms %) et surtout une diminution du taux du sucre (38-75 mmgms %). Ou bien la maladie continue son évolution favorable, et en général il s'agit d'une méningite séreuse tuberculeuse de Lincoln, dont le liquide céphalo-rachidien présente une augmentation des éléments et parfois quelques bacilles de Koch, mais ne présente pas de perturbation de la formule chimique. Le pronostic d'une méningite tuberculeuse doit se baser sur cette différenciation du diagnostic. Ces notions si importantes sur la méningite tuberculeuse méritent une référence particulière: elles ont été établies par le Dr Edith Lincoln et publiées dans « l'American Review of Tuberculosis » d'août 1947.

3. — *Tuberculose pulmonaire*

Il faut se rappeler la notion fondamentale: si la lésion pulmonaire est exsudative, sans formation de fibrose, la streptomycine aura une action favorable. Il s'agit évidemment d'une lésion récente. Une lésion exsudative,

récente, peut se rencontrer sur un malade qui débute une tuberculose, c'est alors soit une infiltration, soit une congestion pulmonaire tuberculeuse, soit une pneumonie tuberculeuse, soit une broncho-pneumonie tuberculeuse. L'aspect clinique n'est pas du tout le même, le résultat thérapeutique non plus, évidemment meilleur dans les premières formes. Cette lésion exsudative, récente, peut se rencontrer sur un ancien malade qui a ailleurs d'anciennes lésions fibreuses, chez qui une nouvelle lésion occasionne une nouvelle poussée clinique,

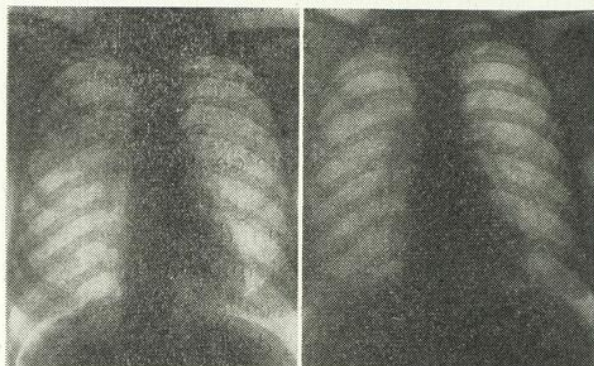


FIG. 3. — Cas Mme C.V... 11/10/48 FIG. 4. — Cas Mme C.V... 23/12/48

alors la streptomycine aura une action favorable sur la nouvelle lésion, mais demeurera sans action sur les lésions anciennes: question délicate où le jugement clinique doit faire la part des choses, avec peu d'éléments solides pour étayer une conduite; serait-ce là que l'on voit des aggravations au cours du traitement par la streptomycine?

Il est certain que les lésions fibreuses, et même les lésions caséuses avancées ne sont pas favorablement influencées; cependant des lésions caséuses récentes même avec cavernes, sans contours rigides de fibrose, peuvent regresser.

4. — *Complications de la tuberculose pulmonaire.* Laryngite, entérite, fistule anale, amygdalite, otite, sont très favorablement influencées.

De ce qui précède, on déduit que la streptomycine joue son rôle d'adjuvant précieux pour

ces cas cliniques qui, autrefois, devenaient désespérés à cause d'une complication qui contre-indiquait une collapsothérapie ou une intervention chirurgicale. Grâce à un traitement par la streptomycine, la complication disparaît et permet de poursuivre le traitement jusqu'à la guérison. Le même avantage se produit lorsqu'une complication suit une collapsothérapie ou une intervention chirurgicale.

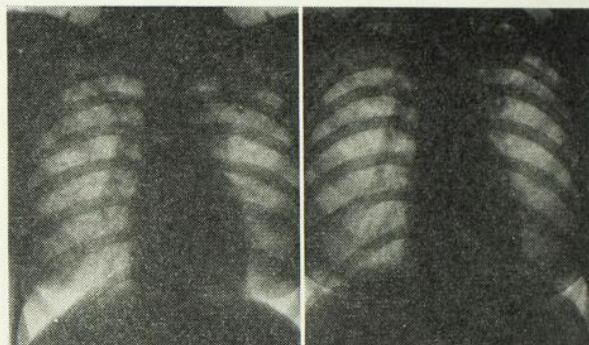


FIG. 5. — Cas Mlle M.T... 26/2/47 FIG. 6. — Cas Mlle M.T... 20/1/49

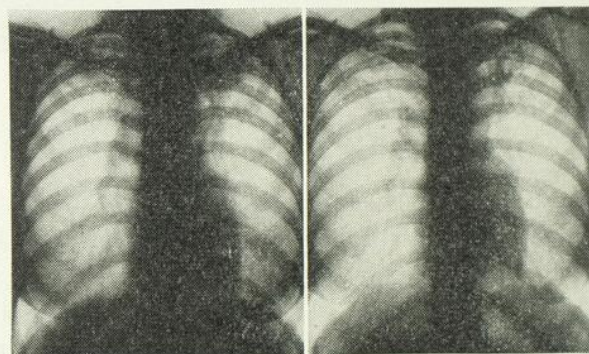


FIG. 7. — Cas Mlle M.T... 21/3/49 FIG. 8. — Mlle M.T... 5/5/49

C'est encore une situation désespérée qui permet d'appliquer le traitement à des cas cliniques sans espoir de guérison, mais dans le but d'atténuer l'intensité de l'évolution; il se produit une amélioration qui compte au point de vue humanitaire, sinon au point de vue thérapeutique curative.

5. — *Formes cliniques où la streptomycine n'est pas indiquée dans l'état actuel des connaissances.* Pleurésie séro-fibrineuse, tubercu-

lose des os et des articulations, pleurésie purulente tuberculeuse chronique, tuberculose pulmonaire avec évolution favorable, tuberculose pulmonaire fibreuse, poussées exsudatives de la phase terminale de formes chroniques.

6. — *Tuberculose de l'arbre urinaire*. Il y a amélioration des troubles vésicaux, qui permet une intervention sur le rein si besoin; le traitement est palliatif. Dans un cas, la strep-

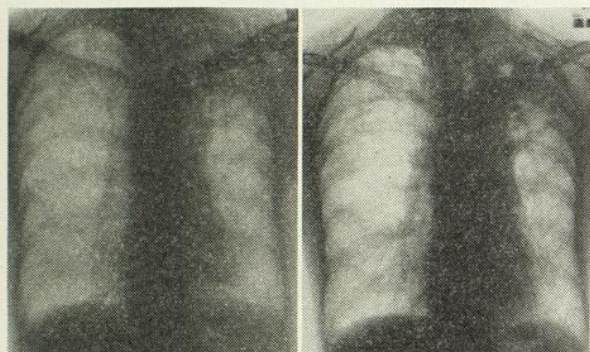


FIG. 9. — Cas Mme B... 3/12/48 FIG. 10. — Cas Mme B... 29/3/49

tomyne fut donnée pour des troubles vésicaux un an après la néphrectomie; le résultat obtenu avec la streptomycine fut semblable à celui obtenu auparavant sur le même cas avec le bleu de méthylène; comme la médication comportait en outre une alcalinisation des urines, est-ce la seule alcalinisation qui agissait? est-ce la streptomycine? D'ailleurs la streptomycine a une meilleure action en milieu alcalin. Et pour terminer, disons que le diagnostic doit être soigneusement fait pour

établir l'indication de la streptomycine, puis son dosage, et la durée du traitement, en tenant compte de chaque cas selon l'âge, l'état général, la forme clinique, l'organe atteint, le but, soit palliatif, soit curatif, soit adjuvant.

Répetons que la streptomycine est une médication très précieuse contre la tuberculose, qu'elle a de réels et grands succès, qu'elle en aura probablement d'autres, surtout si on conserve les moyens thérapeutiques éprouvés par le temps: cure de repos, collapsothérapie et chirurgie. Actuellement la chimiothérapie n'est pas du tout exclusive en phtisiologie: ni les sels d'or, ni les sulfones, ni la streptomycine, pour faire une progression croissante, et l'acide para-aminosalicylique « PAS », dont l'application thérapeutique vient de commencer il y a un an, ne semble pas devoir surpasser la streptomycine, qui est de beaucoup le meilleur des agents chimiques contre la tuberculose.

Le 27 avril 1949, la Clinique Mayo constatait que, malgré ces immenses avantages dus à la streptomycine, l'éradication de la tuberculose de la terre est encore loin de sa réalisation, et que tous les efforts doivent continuer à chercher une thérapeutique encore plus efficace. Si l'avenir thérapeutique est dans la persévérance cachée des chercheurs et dans la ténacité dévouée des praticiens, la prophylaxie est dans le B.C.G.; c'est un autre sujet de conférence, mais sur la même question, qui se présente chaque jour comme facteur étiologique à la consultation de médecine générale.

LA GREFFE LAMELLAIRE DE LA CORNÉE DANS L'ULCÈRE DE MOOREN

Claude MONFETTE (Montréal).

Observation.

Le patient, Monsieur D. A. âgé de 42 ans, nous consultait le 1er décembre 1948 pour photophobie, larmoiement et douleurs occasionnelles à l'œil droit.

A l'examen à l'œil nu, on notait une ulcération cornéenne profonde, à fond grisâtre, entre une heure et quatre heures. La vision de ce monophthalme était de 15/20 sans correction. L'examen à la lampe à fente montrait la disparition de la surface externe de la cornée d'une profondeur qui atteignait le tiers du parenchyme cornéen et d'une largeur moyenne de 2 millimètres. Il existait une saillie caractéristique de l'épithélium sain, faisant toiture au-dessus de la région ulcérée.

Notre diagnostic fut: *ulcère de Mooren*.

La plupart des auteurs n'accordent qu'un paragraphe à cette désespérante maladie. D'après Wolff, les femmes en seraient le plus souvent atteintes. La lésion serait bilatérale dans 25% des cas. Elle débiterait le plus souvent vers 12 heures et la principale caractéristique en serait la saillie de la cornée saine au-dessus de la zone ulcérée.

Le patient fut hospitalisé une première fois du 17 décembre 1948 au 11 mars 1949. Puis le 27 avril, et il l'est encore. L'étude des antécédents héréditaires fut sans intérêt. Celle des antécédents personnels nous révéla une surdité bilatérale de perception et la perte de l'œil congénère, suivie un an plus tôt d'une énucléation à la suite d'une lésion identique.

Les examens en médecine interne furent négatifs; ceux de chirurgie dentaire montraient la présence de trois racines dentaires, qu'on extirpa. Les prélèvements au niveau de l'œil ne nous révélèrent que la présence de leucocytes.

L'apparence du patient est celle d'un homme vieilli prématurément. La liste des traite-

ments imposés sans succès pendant la 1ère hospitalisation est la suivante:

TRAITEMENTS:

a) *Médical-Local*: Lavages de l'œil au sérum, quotidiennement.

Vitamine A.

Pénicilline.

Pénicilline sous-conjonctivale.

Sulfa à 30%.

Radiothérapie cornéenne — 12 séances.

Pommade iodoformée.

Auréomycine.

Chlorure de choline.

Général: Pénicilline I. M.

Vitamine C.

Vitamine B.

Salicylate I. V.

Vitamine D² — 8 semaines.

Gluconate de Calcium.

Arsenic.

Testostérone.

Lait stérilisé.

b) *Médico-Chirurgical*:

4 chauffages.

4 cautérisations et curetages au niveau du sillon ulcéré.

1 thermophore.

c) *Chirurgical*:

2 recouvrements conjonctivaux.

Extraction de trois racines dentaires.

7 applications de membranes amniotiques.

2 implantations de placenta sous-cutanées abdominales.

1 implantation de placenta sous-conjonctival.

Au début d'avril la marche de l'ulcère avait progressivement augmenté. La moitié de la surface cornéenne était envahie. Une réaction irienne avec myosis spasmodique s'était déve-

loppée à notre insu avec occlusion pupillaire. La vision n'était plus que 15/100.

La fin de l'histoire est-elle de celles qui s'achèvent en beauté? Le 26 avril dernier, les docteurs Paufigue et Sourdille nous vantaient l'efficacité des greffes lamellaires dans des cas identiques au mien. Le lendemain, le patient subissait l'opération pratiquée par le docteur J. P. Sourdille.

L'École française est la première, semble-t-il, à avoir préconisé la greffe lamellaire dans le traitement d'une maladie en évolution. Le docteur Paufigue nous assure qu'elle réussit même sur une cornée purulente et tous deux s'accordent à dire qu'elle est le seul traitement curatif de l'ulcère de Mooren.

L'intervention faite à notre patient a consisté à délimiter au trépan le centre cornéen demeuré sain, à débrider les adhérences conjonctivales contractées pendant les 2 recou-

vrements antérieurs, à disséquer jusqu'à la Descemet et à exciser le tissu de granulation entre le limbe et la zone délimitée au trépan.

On a ensuite prélevé en couronne sur une cornée saine jusqu'au parenchyme et cette couronne recouvre la surface excisée. Elle est tenue en place par deux ponts conjonctivaux — conjonctivaux en croix. L'évolution du cas fut tout-à-fait normale. — Premier pansement le 4e jour; points enlevés le 6e jour, lavages quotidiens à la Pénicilline 25.000 un. au c.c. La cornée s'éclaircit de jour en jour et bientôt le patient comptait les doigts à 10 pieds.

La cornée de ce patient s'est opacifiée, quarante jours après l'opération. Celle-ci à tout de même arrêté l'évolution de l'ulcère. Actuellement le patient distingue les mouvements des doigts à un pied.

MOUVEMENT MÉDICAL

L'EXSANGUINO-TRANSFUSION MASSIVE Méthode de M. Bessis

G. DAGUET (Paris).

L'exsanguino-transfusion, transfusion sanguine avec saignée simultanée, utilisée en premier lieu dans la maladie hémolytique du nouveau-né, fut mise au point et appliquée, en France, par Bessis dans d'autres importantes indications médicales tant chez le grand enfant que chez l'adulte. La clinique a montré à Bessis qu'une substitution sanguine massive n'est pas dangereuse, qu'elle présente un intérêt thérapeutique capital au cours de syndromes toxiques aigus variés et un intérêt scientifique certain dans l'étude de la pathologie du sang.

L'*originalité* de la méthode de Bessis, intéressante au double point de vue thérapeutique et expérimental, réside dans la substitution massive de sang malade par du sang frais dans une proportion de 90 à 95%. Les progrès de l'immunologie ont permis de réduire au minimum les risques de cette opération qui ne fut d'abord tentée que chez des sujets atteints de maladie incurable. Devant le succès de cette substitution, Bessis (150 opérations sans aucun incident grave) et, à sa suite, les hématologues français utilisent l'exsanguino-transfusion dans certaines intoxications aiguës d'origine exogène et endogène et dans les leucémies.

La *technique*, mise au point par S. Buhot, consiste à faire simultanément la saignée et l'injection pour que la masse sanguine demeure inchangée. Pour obtenir une substitution de 90 à 95%, il est nécessaire d'injecter 3 fois le volume du sang du sujet (pour un malade qui possède 5 litres de sang, il doit passer 15 litres pour faire l'échange). Il faut donc avoir à sa disposition une importante réserve de sang frais prélevé en flacon sur solution citratée.

Le sang injecté doit être du même groupe A B O et du même groupe Rh que celui du receveur. Les injections sont bien supportées si l'on administre du calcium par voie veineuse au cours de la transfusion. Bessis a utilisé aussi avec succès l'héparine. La saignée peut se faire à une veine du pli du coude ou à la veine fémorale du côté opposé à l'injection, mais il est plus commode d'utiliser le cathéter de Diamond introduit, après énucléation ou à travers une grosse aiguille, par une veine superficielle jusqu'à un gros tronc veineux. Dans un gros vaisseau où le courant est rapide, il est évidemment plus facile de retirer ou d'injecter autant de sang que l'on veut.

La durée de l'exsanguino-transfusion massive est en moyenne de une heure chez le petit enfant, de 5 à 6 heures chez l'adulte. Les incidents observés au cours de cet échange sanguin ne revêtent aucune importance ni aucune fréquence particulière. Il peut se produire des frissons, de l'urticaire, il est rare d'observer une réaction fébrile et encore celle-ci ne dure-t-elle que 2 à 3 jours.

Les *résultats* thérapeutiques de cette méthode sont remarquables au cours des néphrites anuriques qui en représentent l'indication majeure (néphrite azotémique en particulier). En enlevant le sang chargé en produits toxiques et en apportant du sang frais, l'exsanguino-transfusion joue transitoirement le rôle d'émonctoire permettant de gagner les quelques jours nécessaires au rétablissement des fonctions normales. Lorsqu'il n'y a pas de lésions organiques irréversibles, l'exsanguino-transfusion a de sérieuses chances de permettre de franchir un cap dangereux de quelques jours. Lors des intoxications où le produit nocif vient de

l'organisme lui-même (hémoglobinémie, surcharge en produits de déchets de l'hémolyse au cours des septicémies post-abortum à perfringens et de certaines hépatites), l'exsanguino-transfusion lutte avec succès contre l'anémie et substitue au plasma pathologique du plasma normal; elle réduit ainsi le risque de lésions rénales secondaires. Ceci a été vérifié cliniquement en particulier par Tzanck et Dausset, Pasteur Vallery-Radot et ses collaborateurs. Pour parer à la carence de certaines fonctions organiques (hépatites) transitoirement abolies, Bessis envisage une « exsanguino-transfusion permanente » durant plusieurs jours.

Les indications de l'exsanguino-transfusion massive se limitent-elles, en dehors de la maladie hémolytique du nouveau-né, aux intoxications aiguës? En émettant l'hypothèse selon laquelle il existerait dans le sang normal des substances antileucémiques, Bessis étend le champ d'action de l'exsanguino-transfusion au traitement des leucémies. Il observe dans tous les cas une transformation radicale de l'état général. Dans plus de la moitié des cas, dans les jours suivant la substitution sanguine massive, l'expression clinique de la maladie disparaît avec normalisation de la leucocytose sanguine et fréquemment de la formule médullaire. Ces rémissions durent de 3 semaines à 3 mois. Il ne s'agit donc pas là d'un traitement vraiment curatif des leucémies mais d'un palliatif qui permet, en outre, d'étudier le processus de la maladie.

L'exsanguino-transfusion donne ainsi la possibilité:

1°) de retirer du milieu sanguin des substances nocives,

2°) d'apporter en quantité physiologiquement utile des substances, connues ou inconnues, absentes dans le sang du malade et présentes dans le plasma de sujets sains.

Au point de vue recherche médicale, elle permet de plus:

1°) d'étudier des auto-anticorps des sérums,

2°) de remplacer du sang d'un malade par du sang d'un sujet immunisé apportant une grande quantité d'anticorps,

3°) d'étudier l'évolution de certaines maladies avec un milieu intérieur normal ou subnormal (vitesse de reproduction de perturbations spécifiques, délibération, survie des différents composants du sang).

Cette méthode, qui a déjà fait ses preuves dans le traitement des intoxications aiguës, ouvre la porte à une importante série de recherches sur la physiologie et la physiopathologie du milieu intérieur.

B I B L I O G R A P H I E

- M. BESSIS: «L'exsanguino-transfusion.» *Acquisitions médicales récentes*. Editions médicales Flammarion, Paris, 1948.
- A. TZANCK et M. BESSIS: «La substitution sanguine par exsanguino-transfusion.» *La Presse Médicale*. 56: 376 (29 mai) 1948.
- S. BUHOT: «Technique de l'exsanguino-transfusion.» *Revue d'Hématologie*, 3: 42, 1948.
- TZANCK et DAUSSET: «L'exsanguino-transfusion dans les anuries.» *Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. de Paris*, 64: 563, 1948.
- P. VALLERY-RADOT, P. MILLIEZ, Cl. LAROCHE, P. LHERMITTE et Ch. LEVASSEUR: «Première observation de néphrite aiguë azotémique indiscutablement guérie par la méthode de Bessis.» *Soç. Méd. Hôp. Paris*, séance 9 juillet 1948.
- M. BESSIS et J. BERNARD: «Remarquables résultats du traitement par exsanguino-transfusion d'un cas de leucémie aiguë.» *Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 63: 871, 1947.
- M. BESSIS et J. BERNARD: «Les indications de l'exsanguino-transfusion en dehors de la maladie hémolytique du nouveau-né.» *Le Sang*, p. 40, 1948.

**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 78, No 11 — Montréal, novembre 1949

**À PROPOS D'IATROPHAGIE
ENDÉMIQUE**

Le public n'est pas tendre pour les médecins. Pareil phénomène n'est pas nouveau car, de tous temps, malades rétifs ou incurables et débiteurs récalcitrants les ont brocardés à qui mieux mieux. A aucun moment de l'histoire cependant les attaques contre la profession médicale n'ont été aussi acerbes ni aussi répandues qu'à l'heure actuelle.

Il ne nous est pas possible dans le cadre exigü de cet article d'examiner à loisir chacune des critiques qui sont formulées contre nous. Les sentiments d'hostilité et de défiance, que nourrit à notre endroit une partie de la population, ont germé à la faveur de l'évolution sociale sans doute, mais aussi à la suite de certains manquements des médecins à leur mission professionnelle. Ces manquements, on les a beaucoup exagérés, on les a généralisés démesurément et, selon nous, ils tiennent beaucoup plus à l'affaiblissement moral de l'humanité toute entière qu'à une déchéance isolée de la classe médicale.

Dieu nous garde d'entreprendre un examen de conscience collectif, à la façon des animaux malades de la peste, et de battre hypocritement notre coulpe sur la poitrine de nos confrères. Car c'est là précisément la pire de nos fau-

tes et celle que nous entendons déplorer dans notre propos d'aujourd'hui.

Un magistrat, qui a son franc parler, nous disait récemment qu'il ne connaissait aucun corps de métier ni aucun groupement professionnel qui s'entre-déchirât avec autant d'acharnement ni avec autant de gourmandise que le nôtre. Nous sommes divisés — et partant affaiblis — par des rivalités futiles de générations, d'hôpitaux, de clans, ou des jalousies entre praticiens, spécialistes, bonzes, mandarins et que sais-je... et, ce qu'il y a de pis, nous ne ratons jamais l'occasion de déblatérer en public contre la prétendue ignorance ou maladresse de tel ou tel de nos collègues. Passe encore — pour user d'une locution triviale — que nous lavions notre linge sale en famille. Mais nous ne pouvons espérer être respectés du public profane si nous persistons dans cette pernicieuse habitude de nous dénigrer ou vertement les uns les autres. Nul d'entre nous n'a le monopole de la sagesse, de l'expérience ou du savoir, nul d'entre nous n'est exempt d'erreur. Chacun d'entre nous a une tête qui inspire une confiance sans bornes à un nombre variable de malades mais qui, par contre « ne revient pas » à une foule d'autres personnes. Le soleil luit pour tout le monde, la vie est courte, pourquoi gaspiller tant d'énergie à « placoter » à « bavasser » à « picosser », bref, pour employer un verbe moins archaïque, à dégoiser les uns contre les autres. Mon Dieu! il se peut que le docteur X manifeste une démarche mal assurée dans ses diagnostics ou que le docteur Z professe en matière de thérapeutique des opinions à tout le moins fantaisistes; disons-nous-le à l'oreille, si cela nous chante, mais quand nous serons

en consultation avec l'un de ces messieurs ou encore qu'un malade transfuge de l'un d'eux viendra nous consulter gardons pour nous nos remarques malveillantes, car, en plus de ne nous grandir nullement dans l'esprit du malade, elles contribueraient sûrement à faire rejaillir un peu plus de discrédit sur notre profession.

Alertées par les menaces de socialisation, nos sociétés médicales se sont groupées depuis quelques années dans une Fédération qui accomplit d'excellente besogne pour la sauvegarde de nos droits et qui démontre que, sur le plan collectif, les individualistes obstinés que nous sommes savent être à

l'occasion, solidaires les uns des autres. Au moment où nos positions les plus chères sont si menacées et où le prestige de notre profession est quelque peu terni aux yeux du public, il est indispensable que chacun de nous, au chevet de ses malades comme dans son cabinet de consultation, affiche une solidarité identique et une discrétion parfaite touchant la réputation de ses confrères.

Ne nous faisons pas d'illusions: le public ne nous respectera vraiment que lorsque nous commencerons nous-mêmes par lui en donner l'exemple.

Paul DUMAS.

VARIÉTÉS

LES CHRONIQUES ET L'HÔPITAL N.-D.-DE-LA-MERCI

Edmond LAURENDEAU,

Directeur médical de l'hôpital Notre-Dame-de-la-Merci (Montréal).

Le chronique est un individu dont le sort est bien triste: il est affublé d'une étiquette aussi fausse qu'elle est commode pour le reléguer au rancart de la société.

Aussi faudrait-il définir ce que nous entendons par « chronique » et reviser notre attitude sociale et médicale vis-à-vis de ces malades.

Le chronique, à l'encontre de l'aigu dont la maladie évolue naturellement vers la guérison, se trouve dans un tel état de déséquilibre que le stade de récupération ne s'atteint qu'avec lenteur et difficulté. C'est pourquoi nous pourrions nommer ces états pathologiques: « maladies prolongées » et leur enlever ainsi ce sens d'incurabilité attaché au mot « chronique ».

Au nombre de ces maladies que nous nous plaçons à appeler chroniques, il y a les inflammations, les maladies dégénératives du cœur, des reins et des vaisseaux et les maladies néoplasiques. Puis le vaste champ des déficiences psycho-neuro-endocriniennes: stade d'évolution normale de la cellule vivante que nous rencontrons plus fréquemment chez le vieillard, mais aussi chez les moins vieux et dont le complexe physio-pathologique est trop souvent étiqueté Psychose ou Neurasthénie.

Si l'on veut bien, pour un instant, sonder l'abîme des misères qui étranglent le chronique, on sera vraiment étonné de constater l'existence d'un état aussi lamentable dans notre ère de civilisation et de philanthropie.

D'abord, il connaît souvent la souffrance physique, d'autant plus torturante qu'elle est constante. Privé de la joie de vivre et de l'appétit au travail, il se sent humilié et démoralisé par ce nouvel état de dépendance. La so-

ciété le rejette; l'employeur le remplace parce que son rendement est diminué; la famille trouve qu'il est une charge onéreuse; l'hôpital se plaint qu'il immobilise un lit; le médecin voit les limites de sa patience ou de sa science mises à l'épreuve; et enfin, les assurances, qui lui semblaient un gage de sécurité pour l'avenir, ont fixé la durée de sa maladie à tant de jours!!! Finalement ce trouble-fête est relégué dans un centre quelconque: hospice, maison de convalescents ou de chroniques, etc., et tous: société, médecins, hôpitaux ont la certitude d'avoir rempli avec magnanimité leurs obligations vis-à-vis d'un membre infortuné de cette même société. Ce malheureux, au terme de sa bousculade, aura perdu et le goût et l'appétit au travail et il refusera de quitter son gîte parce que la société n'a pas de cadres pour le réadapter à la vie active.

Eh bien, ce malade a droit à sa part de bonheur. Il a droit à un travail qui lui restaure sa dignité d'homme et il a droit aux services perfectionnés de la science et de la médecine modernes.

Tout a été prévu pour le cas d'urgence, le cas aigu: ambulances pompeuses et hurlantes, services hospitaliers adéquats, chambres de luxe, convalescence souvent rémunérée et position assurée au retour. Mais le chronique, lui, s'il a parfois un gîte, n'aura pas de ces facilités qui lui aideraient à améliorer son sort et à se réhabiliter dans la vie.

Et cependant, le nombre de ces malades augmente; la moyenne d'âge est plus élevée. Et demain, la société aura un autre problème aigu à résoudre: vieillards avec leur impotence sénile, malades chroniques vivant en marge de la société mais devenant une surcharge publi-

que d'autant plus coûteuse que leur nombre sera plus considérable.

L'étude de ce problème intéresse donc à la fois la société, la médecine et le monde de l'assurance.

Tous connaissent la difficulté du réengagement ou de la permanence après les âges de quarante ou cinquante ans, surtout si l'atteinte d'une maladie prolongée a réduit la célérité au travail. Ce souci, qui pèse si lourdement sur le moral de tout employé, est conditionné par le mode de production.

Intense, fiévreux, dominé par la concurrence et par le mot « efficient », le travail n'est plus une force créatrice d'énergie, mais une source d'usure prématurée. L'homme est devenu l'esclave de la machine qu'il a inventée et du progrès qu'il recherche. On évalue l'être humain à l'échelle de cette machine: usée et délabrée, elle est remplacée aussitôt; l'homme, l'ouvrier, l'employé de l'industrie, de la finance, s'il montre des signes de fatigue, d'usure, de débilité physique, est aussi remplacé et mis de côté. Avec la prolongation de la moyenne d'âge, cette recrudescence de sans-travail, amenée par les exigences de la production, suivra un rythme proportionnel.

Il faudrait donc qu'un facteur humain puisse modifier le sens de la production sans en diminuer le rendement; lui enlever cette brûlante exigence de la vitesse, en dissociant le facteur temps. A côté de la production massive et impérieuse, créer l'atelier au travail ralenti, où il serait tenu compte de la capacité de l'employé et des heures disponibles; travail rémunéré à l'échelle de la qualité, des heures, ou à la pièce. Ainsi serait institué dans le monde de l'industrie, de la finance et du commerce, une oasis de sécurité où vieux employés à l'heure de la retraite, convalescents et chroniques partiellement rétablis pourraient espérer gagner à nouveau leur subsistance et renaître à la joie de l'indépendance.

Certaines grandes industries ont déjà entrevu cette responsabilité sociale et ont créé de tels départements. Il ne faudrait qu'un cou-

rant d'idées favorables pour propager ce facteur de coopération interhumaine.

De même, le monde de l'assurance ne devrait pas limiter le nombre de jours nécessaires à l'hospitalisation. Trop de malades sont forcés par cette limitation de retourner au travail avant la guérison complète.

La médecine se doit aussi de reviser son attitude à l'égard de la maladie prolongée.

Alors que la maladie aiguë présente une entité simple dont l'évolution vers la guérison est grandement facilitée par les antibiotiques, la maladie chronique, au contraire, présente un élément physio-pathologique complexe. L'idée première de l'hospitalisation implique la recherche d'un diagnostic difficile et l'application d'une thérapie adéquate. Or, si la maladie aiguë requiert ces attentions, à plus forte raison la maladie prolongée. Ici, en effet, on recherche non seulement la maladie courante, mais tout le déséquilibre neuro-musculaire et endocrino-nutritif qui accompagne ces maladies débilitantes. Ce dépistage exige les soins des grands centres avec laboratoires de recherche et consultants nombreux. Dans notre statut actuel, ces centres sont constitués par les hôpitaux de maladie aiguë. C'est dire que le chronique a droit à son lit dans ces hôpitaux non seulement pour le temps d'établir un diagnostic complet, mais aussi longtemps qu'il requiert une thérapie active et des soins adéquats. Or, cette thérapie est lente d'action et doit souvent procéder à tâtons.

Ce droit semble imposer à la société et à l'Etat l'augmentation du nombre de lits: surcharge très onéreuse, au prix de revient actuel d'un lit d'hôpital. Car partout les hôpitaux ont de longues listes d'attente; et, paradoxe apparent, en dépit de l'hygiène et du progrès scientifique, le nombre de malades et d'alités semble augmenter.

Mais si nous examinons bien le mode d'admission dans les hôpitaux, nous pouvons discerner quatre facteurs à l'origine de ce surcroît de patients:

1) Admission des malades faite sans discernement, soit en vue d'établir un diagnos-

tic — ce qui pourrait souvent se faire d'une façon ambulante, à l'aide de consultants — soit pour une maladie aiguë d'un caractère plutôt bénin et qui pourrait facilement se passer au domicile.

2) La tendance qu'a, de nos jours, le médecin de l'hôpital à grouper ses malades sous un même toit.

3) L'admission accordée pour simple raison de soins inadéquats à domicile.

4) La nécessité, dont on a convaincu le public, de passer ses couches à l'hôpital.

Voilà quelques facteurs qui contribuent à l'encombrement des lits d'hôpitaux et qui font que le chronique a peu de chances d'être hospitalisé et encore moins d'y faire un séjour prolongé.

Il faudrait donc réserver des lits pour le malade dont l'état exige tous les soins que peut dispenser la science médicale moderne. Il faudrait, de plus, cesser d'apprécier le standard d'un hôpital par son index de décès, ou encore par le nombre des guérisons obtenues dans un temps record d'hospitalisation: fausse interprétation dans un monde civilisé où doit régner la coopération humaine; interprétation qui peut amener le congé prématuré d'un patient, i.e. avant sa guérison complète.

Quant à l'hôpital qui se consacre plus exclusivement aux maladies prolongées, il doit posséder tous les critères d'un centre médical apte à répondre aux cas aigus et plus spécialement à traiter les maladies chroniques. Il doit pouvoir assurer à ces malades les soins les plus complets de la science médicale moderne, ainsi que le confort, la distraction et la réhabilitation.

Par science médicale moderne, il faut entendre une équipe de médecins travaillant en collaboration avec de nombreux consultants et ayant à leur disposition tout l'équipement nécessaire au diagnostic et à la thérapie. Science médicale où l'émulation n'est pas laissée à la seule générosité du médecin, mais avivée par des centres de recherches, par l'enseignement et dont l'ardeur est maintenue par

des forums réguliers où non seulement le cas du patient est discuté, mais où ce dernier est appelé à exposer ses problèmes, ses goûts et ses capacités de réadaptation. Il faut fournir à ces malades des distractions variées: salle de lecture, radio, cinéma, séances récréatives, etc., car le séjour prolongé dans un centre hospitalier est monotone et engendre l'ennui.

La réhabilitation fait partie de la thérapie. Chez le chronique, on ne peut dissocier ces deux modes de thérapie. La réhabilitation comprend deux phases: 1) la récupération du mouvement et des forces; 2) la réadaptation à la vie ordinaire.

La récupération du mouvement et de la force relève des départements de physiothérapie et de mécanothérapie: départements qui doivent être munis de tous les instruments de la médecine physique, sous la direction d'un médecin ou physiothérapeute.

La réadaptation comprend l'apprentissage d'un métier nouveau. Comment croire, en effet, que la seule amélioration d'un grand malade puisse lui permettre de reprendre sa place au milieu de ses compagnons de labeur. Il reste souvent handicapé et n'a plus la même capacité au travail. Le cardiaque compensé, le diabétique, le rhumatisant, le traumatisé, etc..., n'ont plus les aptitudes et la vitalité requises pour remplir les mêmes fonctions.

Il faut, à l'aide d'un service social bien organisé, lui donner une nouvelle orientation, ou, encore, le guider vers une école d'arts et métiers où un nouvel apprentissage lui permettra de gagner sa subsistance. Mais, plus encore, dans les centres pour maladies prolongées, il faut instituer cette phase de la réhabilitation dès la convalescence, car thérapie et réadaptation ne peuvent se dissocier chez le chronique.

Il nous a été loisible de constater fréquemment qu'un nouveau métier, adapté aux forces et capacités du malade, redonnait à celui-ci, avec l'appât du gain, le désir de l'indépendance et l'induisait à s'efforcer de reprendre son rang dans la société.

Il y a un autre sérieux problème à résoudre pour les hôpitaux de maladies prolongées: c'est la rotation des malades. Car, même avec un nombre considérable de lits, la liste d'attente demeure toujours très chargée.

Deux solutions se présentent:

a) S'adjoindre une annexe ou autre centre, au coût de revient moins élevé qu'un hôpital et où sont dirigés les chroniques invalides mais dont la maladie a cessé d'évoluer, et ceux qui doivent se réadapter à un autre métier. Ces malades restent en contact avec l'hôpital par l'intermédiaire des dispensaires.

b) Le « Home Care » ou service à domicile, tel que préconisé par le Dr Bluestone et mis en pratique au Montefiore Hospital: merveilleuse innovation qui a permis d'augmenter le nombre de lits de cet hôpital sans avoir à édifier de nouveaux immeubles. Un malade qui a encore un foyer et désire être soigné chez lui est dirigé vers le Service Social de l'hôpital. Ce service visite sa famille et discute des problèmes suscités par son retour. L'hôpital fournit le lit ou la chaise roulante et tout le nécessaire; on fixe aussi un certain montant pour s'assurer l'aide des voisins. Rendu chez lui, ce patient fait encore partie de l'hôpital car un médecin est nommé spécialement pour s'occuper en tout temps de ces malades. Il doit compléter leurs dossiers et faire rapport au bureau du « Home Care » qui est sous la direction du surintendant médical. Des gardes-malades visitent ce patient chaque jour si nécessaire. De plus, il a droit à tous les services de consultation de l'hôpital: laboratoire, radiologie et département de réhabilitation, etc. Il aura même priorité pour obtenir son hospitalisation, s'il y a urgence. Ce service est

entièrement financé par des œuvres philanthropiques et, après un an de fonctionnement, son coût de revient n'atteint que le sixième de celui d'un lit d'hôpital.

* * *

Voilà donc, en somme, les obligations que devrait assumer tout centre consacré aux maladies prolongées:

1) Assurer à cette catégorie de malades tous les soins que peut dispenser la science médicale moderne, en y adjoignant le confort et les moyens de réhabilitation.

2) Tenter de répartir ces soins à un plus grand nombre de malades, par le service des dispensaires et celui des soins médicaux à domicile.

Ces obligations, l'hôpital Notre-Dame de la Merci les a inscrites à son programme de développement progressif. Le chemin à parcourir est encore long, mais les étapes déjà franchies permettent d'espérer la réalisation de ces idées maîtresses. Si les succès ne sont pas à la cadence des désirs et des énergies dépensées, il reste à souhaiter, d'une part, une plus grande compréhension dans le monde philanthropique et chez les pouvoirs publics et, d'autre part, de se tenir toujours à l'affût des découvertes du mouvement scientifique, pour arracher au domaine de l'incurabilité nombre de maladies à pathogénie encore obscure.

Et le sort de ces malheureux sera déjà amélioré si l'assistance prodiguée n'est pas le fruit de la charité seule, mais d'une charité efficiente, guidée par un service social actif et éclairé par les données d'une science toujours en progrès.

COMMENT L'ASEPSIE CHIRURGICALE EST NÉE EN FRANCE

Robert LAULAN (France).

C'est le sort de certaines inventions ou de certaines méthodes essentielles, de tomber rapidement dans le domaine public, et qu'il faille, peu de temps après leur mise en pratique, faire effort de mémoire pour se rappeler l'état de chose qui les précédait, ainsi que le lieu et l'auteur de leur naissance.

Tel est bien le cas de l'asepsie chirurgicale et de l'esprit bactériologique en chirurgie.

Si peu croyable que cela paraisse aujourd'hui, vers le milieu du XIX^e siècle, la plupart des chirurgiens ignoraient la stérilisation, et considéraient même la propreté comme indifférente, les virtuoses du bistouri opéraient en frac ou en costume de ville entourés d'une foule d'assistants.

Lors de sa leçon inaugurale, le professeur Quénu, rappelant ses premières visites en 1872 à l'hôpital de la *Pitié*, disait: « Dans cet amphithéâtre, autour d'une table de bois à rallonges, s'empilaient les assistants en toilettes de ville. Il n'existait pas de lavabos. La petite cuvette blanche, celle des chambres de bonnes, était présentée au chef. Les aides ne se lavaient pas les mains. Ils étaient vêtus des mêmes vêtements avec lesquels ils avaient pratiqué les autopsies. La blouse n'était pas inventée. Les instruments sortis de la vitrine étaient rangés sur une planche de bois recouverte d'une compresse et, quant aux fils de ligature, fils bien cirés, ils pendaient à la boutonnière des externes qui les passaient au fur et à mesure des besoins. »

Un autre chirurgien Lermoyez rapporte ceci: « J'étais en 1876 chez Dolbeau, celui-ci pour ses sutures avait coutume de prendre avec ses dents le bout de fil de la bobine de soie, qu'il portait ordinairement dans sa poche. Il faisait signe au frotteur de lui donner la cire à parquet et passait cette cire sur le fil. Un jour, devant une opérée qui avait une

plaie saine, Dolbeau déclare: « Elle ne guérira pas, il faut que ça suppure. » Il gratta le plancher, fit une liqueur avec cette poussière, la mit sur la plaie. Le lendemain, la température de l'opérée s'élevait à 40°: trois jours après, elle était morte. On n'osait pas opérer. »

En France notamment on n'osait surtout pas ouvrir un ventre, et Nélaton ne craignait pas de proférer cette stupéfiante affirmation: « Toute incision de la peau est une porte ouverte vers la mort. »

Enchérisant sur cet axiome, qui en somme condamnait toute chirurgie, Moreau, parlant de l'ovariotomie, déclarait: « Je pense que cette opération doit être rangée dans les attributions de l'exécution des hautes œuvres, et que les femmes qui y ont survécu peuvent être comparées à ces heureux pendus qui, grâce à une circonstance fortuite comme une mauvaise corde, eut échappé à la mort. »

* * *

Cependant, remontant des effets aux causes, quelques chirurgiens recherchaient pourquoi la plaie devenait mortelle. Ils soupçonnaient la contagion produite soit par contact immédiat, soit par contact médiat, au moyen d'objets servant de véhicules, soit enfin par transport à distance des éléments morbifiques.

Parmi ceux-ci, Octave Terrillon, futur chirurgien, âgé en 1873 de 28 ans, et qui, pendant la guerre de 1870 et la Commune, avait constaté de nombreux cas de ces complications mortelles alors appelées *intoxications traumatiques* ou *gangrènes foudroyantes*, compara ces phénomènes à ceux provoqués par les piqûres anatomiques, et l'idée se fit jour dans son esprit de *septicémies* dues à l'introduction d'un *virus inconnu*. Et, en 1876, cette prescience admirable recevait sa confirmation par la découverte du *vibrion septique* par Pasteur, do-

té d'un microscope plus puissant que celui de Terrillon.

Ce dernier, dès 1874, avait commencé par opérer des lapins *aseptiquement*, en comparant les résultats obtenus avec ceux donnés par la méthode du grand chirurgien anglais Lister, qui recourait aux *antiseptiques* à base de phénol. A l'hôpital de la *Charité* en 1883, il utilisa, pour la désinfection du matériel opératoire, l'ébullition et la chaleur sèche à 120° et au-dessus, en dépit de toutes les oppositions et de toutes les difficultés matérielles.

Puis, en 1886, à la *Salpêtrière*, ayant constaté que l'usage de mettre des antiseptiques dans les plaies nécrosait les tissus vivants, ce qui créait un milieu favorable à la culture microbienne, il cessa de mettre des antiseptiques dans les plaies aseptiques, et utilisa pour la première fois un autoclave.

L'année suivante, à la *Société de Chirurgie*, où chacune de ses tentatives nouvelles avaient fait l'objet de communications que l'on peut retrouver et dater, il déclarait que l'antiseptisme, dont on usait couramment alors depuis Lister, et qui avait marqué un très grand progrès, est un moyen stérilisateur trompeur et dangereux dont il s'était débarrassé. Il conseillait à ses confrères la stérilisation de tout le matériel opératoire par la chaleur et, forçant la note

pour mieux marquer sa tendance vers l'*absolu* en matière de stérilisation ajoutait: « Je regrette de ne pouvoir faire bouillir mes mains » (Les gants de caoutchouc n'étaient point encore en usage).

Comme les instruments à manche de bois de l'époque ne pouvaient supporter la chaleur, Terrillon fit fabriquer des objets entièrement métalliques. C'est lui qui a doté les chirurgiens de ce matériel chirurgical, dont on a peine à concevoir qu'il ait pu être différent, tant il est rationnel.

A partir de cette mémorable communication de Terrillon à la *Société de Chirurgie de Paris*, l'asepsie se répandit à Berne, à Berlin, à Paris, aux Etats-Unis, et Terrillon continua à publier ses statistiques opératoires qui plaidaient triomphalement en faveur d'une méthode si universellement appliquée aujourd'hui, qu'on en a oublié l'origine et la date.

Aussi le Dr. Leriche, professeur au Collège de France, membre des Académies des Sciences et de Médecine, a-t-il cru bon de les rappeler à l'aide de documents irréfutables, en ajoutant que l'asepsie, au point de vue chirurgical, met Terrillon sur le même plan que Lister et que Pasteur, et que la chirurgie lui est redevable de son immense essor.

CONGRÈS

DEUXIÈME CONGRÈS DE NEURO-RADIOLOGIE

Symposium neuroradiologicum

Rotterdam, 13-17 septembre 1949.

Ce congrès de neuro-radiologie fut un succès complet. Cette réussite est due, sans contredit, au génie d'organisation de Ziedses des Plantes et au zèle enthousiaste de ses assistants. La cordiale hospitalité du peuple hollandais a contribué largement à rendre agréable le séjour à Rotterdam. La population de cette ville, durement éprouvée par la guerre, a su, par un esprit de travail infatigable, remettre sur pied, en peu de temps, un des plus grands ports d'Europe. Cet esprit de travail s'est vite communiqué aux radiologistes, neurologistes ou neurochirurgiens, qui s'étaient rassemblés au nombre d'environ 150 pour connaître les derniers développements de l'examen radiologique du système nerveux. Dix-neuf pays étaient représentés dont je cite de mémoire: Angleterre, Australie, Autriche, Belgique, Canada, Egypte, Etats-Unis, France, Hollande, Italie, Norvège, Portugal, Suède, Suisse, Tchécoslovaquie, etc.

Six Canadiens s'étaient enregistrés et tous étaient de la Province de Québec: Bertrand, Elvidge, Lapointe, McRae, Sirois et moi-même. Donc, 3 radiologistes et 3 neurochirurgiens.

Dès l'inscription, les participants savaient que le congrès serait réussi, en voyant à l'œuvre chacun des membres d'une organisation méthodique et minutieuse autant que charmante. L'on s'enquérât de notre installation à l'hôtel. Un plan du centre de la ville nous était donné afin que nous puissions nous diriger comme des habitués de Rotterdam. Il ne manquait pas, évidemment, le comité des dames pour organiser les loisirs des épouses des congressistes et leur faire voir les plus beaux coins de la Hollande.

En neuro-radiologie, l'école de Stockholm est la plus avancée de toutes. Mise sur pied par le regretté Lysholm, elle est continuée avec non moins de virtuosité par Lindgren qui ne fait pas que continuer une tradition bien établie. Les innovations, au contraire, ne cessent d'être mises au point. Comme groupe, celui de Ziedses des Plantes vient ensuite, grâce au dynamisme et à l'esprit inventif de son chef. Ce Monsieur Ziedses des Plantes n'est sûrement pas une personnalité ordinaire. Sa façon de mener le congrès et son esprit scientifique lui ont valu l'admiration de tous. Voir cet homme travailler chez lui fait comprendre pourquoi sa réputation a gagné les quatre coins du monde.

Une vingtaine de travaux scientifiques furent présentés. Le sujet le plus en vogue fut l'angiographie, puisque dix communications y furent consacrées. Ce qui veut dire que près de 50% du travail du congrès a porté sur l'angiographie tant vertébrale que carotidienne. *Wickbom* (Stockholm) d'abord, par une analyse très serrée de plusieurs cas de tumeurs cérébrales, nous a fait entrevoir les grandes possibilités de l'angiographie cérébrale, dans le diagnostic histologique pré-opératoire.

Il a également présenté une étude sur l'anévrysme artério-veineux. Il a fait remarquer que même avec un anévrysme artério-veineux, il peut exister un déplacement vasculaire, à cause d'une hémorragie intra-cérébrale toujours possible, ce qui rend difficile le diagnostic entre cette lésion et le glioblastome.

Ziedses des Plantes (Rotterdam) nous a montré une façon ingénieuse de prendre des stéréo-radiographies sans immobiliser totalement la tête du patient. La veille, il nous avait

appris de petits trucs pour visualiser le 3e et le 4e ventricule. Ces petits trucs sont en fait, après coup, aussi simples que l'œuf de Colomb, mais « il fallait y penser ».

Lindgren (Stockholm) nous a montré sa technique d'angiographie percutanée de l'artère vertébrale, tout en nous faisant voir de très beaux clichés normaux et pathologiques. Il nous a répété ce que j'avais appris à mes dépens que le tronc basilaire n'est pas nécessairement parallèle à la lame quadrilatère.

Deux jours auparavant, Lindgren nous avait fait une magnifique démonstration de l'encéphalographie de la fosse postérieure. La méthode consiste à injecter 6 c.c. d'oxygène par voie lombaire, le patient étant en position assise et à prendre des films en latéral et en P.A., dans la minute qui suit l'injection. Beaucoup de spécialistes ont des objections à cette méthode à cause du danger dans les cas de tumeurs de la fosse postérieure. Lindgren n'a pas eu d'accident et son secret est de ne pas retirer de liquide.

Reid (Manchester) élève de Stockholm, a présenté de très beaux films de fistules anévrysmales dans le sinus caverneux. L'incidence de choix, pour voir ces fistules, est celle de Hirtz. D'ailleurs, cette incidence est à employer pour localiser tout anévrysme.

Löfstedt (Stockholm) avait un excellent travail sur les anévrysmes artériels intra-crâniens. Pour localiser précisément ces anévrysmes, il emploie toutes les incidences nécessaires et nous en sommes rendus à ne plus utiliser seulement les positions standard qui étaient le latéral et l'A.P. Les obliques, le Hirtz etc., doivent être employés pour obtenir le maximum de renseignements.

Lewin (Oxford) a présenté un appareil pour l'angiographie en série. Cet appareil peut prendre un film tous les 2/3 de seconde. Et ce rythme est suffisant pour l'angiographie cérébrale.

Cette méthode dépense plus de films mais économise la substance de contraste puisque nous sommes sûrs d'avoir toutes les phases de la circulation en une seule injection. Et quelle

aubaine pour étudier la physiologie de la circulation cérébrale. Cet appareil sera bientôt sur le marché. Espérons qu'il permettra de faire des clichés en A.P.

Milletti (Bologne) a étudié à son tour la possibilité d'un diagnostic différentiel des tumeurs cérébrales au moyen de l'artériographie.

Olsson (Lund) a refroidi un peu l'enthousiasme en attirant l'attention sur le danger de l'artériographie par substance de contraste du groupe du Diodrast. Il a fait d'importantes expériences chez l'animal et chez l'homme et ne croit pas justifié, l'emploi d'une concentration plus forte que 35%.

Masy (Louvain) a présenté une nouvelle substance colloïdale (le diiodostéarate d'Éthyle) qui servira à coup sûr pour toutes les artériographies ou phlébographies. Tous se doivent, je crois, de l'essayer. A remarquer que ce n'est pas une substance radioactive.

Glorieux (Bruxelles) et *Lindblom* (Stockholm) nous ont parlé de la myélographie. Ce dernier illustra sa méthode de ponction du disque intervertébral.

Stenvers (Utrecht) et *Chaussé* (Paris) avaient de magnifiques études sur le rocher.

Engeset (Oslo) avait un travail très important sur les traumatismes crâniens.

Den Hoed (Rotterdam) donna ses statistiques très intéressantes sur la radiothérapie des tumeurs cérébrales.

Bull (Londres) fut un digne représentant de l'Angleterre. Incontestablement le plus bel orateur de tout le congrès, il nous a charmé tout en nous parlant dans un langage scientifique admirable. Il est le premier à tenter l'injection intra-ventriculaire de Pantopaque. Tout en ne recommandant pas cette méthode, il nous fit admettre qu'elle pouvait faciliter le diagnostic à cause de la clarté des images obtenues.

Verbiest (Utrecht) a imaginé une brillante méthode de remplissage isolé d'air du 3e ventricule.

Et enfin, *Berkvens* (Rotterdam) avait une série magnifique de radiographies de crânes de fœtus de tous les âges.

Cette longue énumération a pu vous paraître fastidieuse. Elle était nécessaire pour rendre compte de l'importance du travail qui s'est fait à Rotterdam.

En plus d'augmenter mes connaissances, ce congrès m'a permis de revoir des amis Européens et d'en faire de nouveaux. Et nous espérons tous nous rencontrer lors du prochain symposium qu'aucun ne voudra manquer. J'en prends à témoins mes confrères canadiens.

Jean-Louis LEGER.

CORRESPONDANCE

LETTRE DE PARIS

Le grand évènement de cette fin d'été à Paris fut le 4ème Congrès international de Neurologie. Les neurologues du monde entier fidèle à un rendez-vous pris à la veille de la deuxième guerre à Copenhague, sont venus en foule à Paris, au début de ce délicieux mois de septembre.

Ce Congrès de Neurologie était précédé du 2ème Congrès International d'Electroencéphalographie, qui avait pour objet de mettre au point les techniques et les bases physiologiques de cette science nouvelle si pleine de promesses qu'est l'étude des courants d'action du cerveau et également les courants d'action des muscles.

Le 4ème Congrès international de Neurologie a duré du 5 au 10 septembre. Placé sous le haut patronage du Président de la République et du Ministre des Affaires Etrangères, son président était le professeur Th. Alajouanine et la présidence d'honneur groupait les noms célèbres de: Sir Charles Sherrington, d'Oxford, du docteur Gordon Holmes de Londres, du professeur George Guillain de Paris, du docteur André Thomas de Paris.

Seize rapports ont été discutés pour chacun des thèmes suivants: Electroencéphalographie et Electromyographie; le Thalamus et sa pathologie; les Maladies à ultra-virus du système nerveux; la Chirurgie de la Douleur.

Il n'est pas dans mes intentions de parler de ces rapports ni des 355 communications qui ont été faites à ce Congrès car je pense que l'importante délégation canadienne donnera pour les lecteurs de ce journal un compte-rendu détaillé. Je voudrais simplement en dire l'atmosphère de cordialité, d'harmonie. Le temps radieux dont nous avons profité avec la lumière dorée de l'automne naissant a contribué à rendre cette réunion agréable à souhait.

L'exposé des rapports avait lieu le matin, les communications, l'après-midi, dans huit amphithéâtres différents.

Ce Congrès fut l'une des plus importantes sinon la plus importante des réunions neurologiques qui se soient tenues depuis longtemps puisqu'elle groupait 1.059 neurologistes venus du monde entier sans parler des membres associés dont le nombre dépassait 300. La grande majorité des Nations s'y trouvait représentée avec des délégations particulièrement importantes: 190 pour les Etats-Unis, 157 pour la Grande-Bretagne, 75 pour la Hollande, 57 pour l'Espagne, 55 pour le Brésil, 54 pour l'Italie, 43 pour la Suède, 41 pour la Suisse, 30 pour le Danemark, 23 pour la Norvège pour ne citer que les plus nombreuses.

Dans le Hall deux expositions annexes furent très remarquées. L'une était celle des soins donnés aux Etats-Unis dans les hôpitaux d'anciens combattants aux blessés de la moelle avec une illustration ingénieuse des procédés de rééducation. L'autre était celle de l'Histoire de la Neurologie figurée par les œuvres marquantes de chaque neurologue. Cette exposition était organisée par l'Institut de Pathologie de l'Armée Américaine. Les Français n'ont pas vu sans émotion la courte note de Babinski qui en vingt lignes décrit le signe célèbre qui devait réncver la sémiologie des paralysies et celle de Brown-Sequard faisant connaître les symptômes de l'hémi-section de la moelle. Une exposition des livres de neurologie parus dans le monde entier depuis 1935 complétait cet ensemble documentaire.

Au cours de ce Congrès, de nombreux discours furent prononcés dans le Grand Amphithéâtre de la Sorbonne notamment par le professeur L. Binet, doyen de la Faculté de Médecine de Paris, par le professeur J. A. Barré (de Strasbourg) au nom de la Société Fran-

gaise de Neurologie, par le professeur agrégé R. Garcin, secrétaire général du Congrès, par le professeur B. Brouwer d'Amsterdam, au nom des délégués étrangers et par le professeur Th. Alajouanine, président du Congrès.

Un banquet réunit plus de 600 convives. Une réception la plus simple possible à l'hôtel de Ville montra à quel point nos dirigeants étaient tenus de faire des économies. Des excursions à Fontainebleau, à Versailles ont groupé ceux qui n'étaient pas tenté par la simple déambulation dans notre ville ou dans ses magasins et la visite au musées. Pendant des mois et des mois, le professeur agrégé R. Garcin aidé par les docteurs Sigwald et P. Guilly s'est dépensé sans compter pour assurer l'organisation de ce Congrès. Et nous pensons que nos hôtes furent satisfaits. Pour nous, nous avons été fiers de réunir à Paris tant de savants cherchant à confronter leurs méthodes, leurs observations, leurs résultats et toutes ces acquisitions faites dans le domaine de la Neurologie pendant ces dix dernières années.

Avant de clore cette lettre de Paris, je voudrais signaler deux communications qui ont été faites juste avant les vacances et qui présentent quelque intérêt thérapeutique.

La première est une note du Professeur Boulin, des docteurs P. Uhry, F. Meyer (de Bâle) et S. Bonfils (1) concernant une nouvelle méthode de traitement du coma diabétique dont les résultats ont paru sensiblement supérieurs à ceux que l'on obtient avec une autre technique. Voici en quoi elle consiste:

On installe chez le malade une perfusion d'un mélange de sérum physiologique et de sérum bicarbonaté. Puis, dans la première heure, on injecte, par voie intraveineuse, 60 unités, en deux fois, d'insuline, 100 milligrammes de cocarboxylase, 10 milligrammes de riboflavine. Durant les deux heures suivantes, on injecte 15 unités d'insuline tous les quarts d'heure. A partir de la fin de la troisième heure, on peut commencer à administrer au mala-

de du sérum glucosé isotonique combiné aux deux autres sérums. Le traitement est poursuivi jusqu'à ce que la réserve alcaline ait atteint 50 volumes.

La base physiologique de ce traitement est le fait qu'au cours du coma diabétique, une des perturbations les plus importantes du métabolisme porte sur l'acide pyruvique. Or il ne semble pas que l'insuline agisse d'une manière constante à ce stade où, par contre, la carboxylase et la riboflavine jouent un rôle essentiel.

Le professeur Boulin et ses collaborateurs ont étudié comparativement les deux méthodes, l'ancienne et la nouvelle, dans deux groupes de 10 malades choisis au hasard. Voici les résultats:

	Anc. tech.	Nou. tech.
Quantité d'insuline utilisée (moyenne)	2.958	336
Mortalité	2 malades	0
Temps nécessaire pour normaliser la réserve alcaline	10 heures 30	6 heures

Aucun accident fâcheux ne fut noté avec la nouvelle technique.

Une expérience plus étendue est évidemment nécessaire, mais il faut remarquer que la nouvelle technique permet de recourir à des doses faibles d'insuline.

Dans la même séance de la Société Médicale des Hôpitaux (2) MM. A. Camelin, P. Accoyer, J. Pellerat, J. Lafuma, et R. Coirault ont rapporté les premières observations de l'emploi du gentisate de sodium dans le rhumatisme articulaire aigu. Ce produit, dont les propriétés sont connues depuis le travail de K. Meyer et Ch. Ragan paru dans « Science » (septembre 1948), aurait la même action antirhumatismale que le salicylate de soude sans en avoir les inconvénients. Il proviendrait de l'oxydation biologique du salicylate de soude.

La tolérance digestive a paru, à ces auteurs, illimitée. Des doses de 16 et 18 g. ont pu être absorbées sans que les malades se plaignent de quelque malaise que ce soit. Aucune sensa-

1. Note relative à un nouveau traitement du coma diabétique par la cocarboxylase. Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 24 juin 1949.

2. Action du gentisate de sodium dans la Maladie de Bouillaud, Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 24 juin 1949.

tion de brûlure ni de crampe gastrique. La prolongation du traitement n'atténue pas cette tolérance.

La tolérance veineuse est nettement supérieure à celle du salicylate. Les injections de 1 ou 2 g. de gentisate dilué dans 10 ou 20 c.c. d'une solution glucosée au dixième n'ont jamais été sclérosantes.

La tolérance musculaire est aussi supérieure à celle du salicylate de soude. On peut les faire sans solution analgésique.

Le gentisate n'abaisse pas la réserve alcaline. Il ne provoque pas de bourdonnements d'oreille, pas de vertiges, pas de surdité et ne

donne aucune lésion rénale. Il s'élimine aussi rapidement que le salicylate de soude et nécessite de ce fait une absorption fractionnée et répétée.

Son efficacité est équivalente, sur la Maladie de Bouillaud, à celle du salicylate de soude. Du point de vue thérapeutique il ne semble pas présenter de supériorité sur le salicylate, mais son excellente tolérance digestive, l'absence de troubles auditifs en font un produit plus maniable et plus agréable, pour les malades, que le salicylate de soude.

André PLICHET.

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

Contre les douleurs du zona

Le tétra-éthylammonium par voie intramusculaire ou intraveineuse provoque un blocage chimique au sein des ganglions sympathiques. D'autre part, on sait que l'infiltration des ganglions sympathiques soulage et même fait disparaître, au moins passagèrement, les douleurs zonateuses. Il était tentant d'essayer le tétra-éthyl-ammonium dans les cas de douleurs du zona. Effectivement, l'injection intramusculaire et intraveineuse de cette substance à des doses variant de 50 mg à 200 mg produit des résultats impressionnants, passagers puis plus définitifs à mesure qu'on les répète, sur les algies trop souvent irréductibles et sévères du zona. (Fisher et col. — *Arch. Neur. Psy.*, **61**: 194, 1949).

Le glyocolle intraveineux comme traitement de l'angor

On s'est servi d'une solution de 10% de glyocolle qu'on injecte dans les veines quotidiennement pendant 10 jours consécutifs. Puis, on conseille des séries plus courtes de consolidation (de 5 jours), séparées par une dizaine de jours, poursuivies pendant 3-6 mois. Enfin, on pourra appliquer le même traitement 10 jours par mois pendant 3-6 autres mois. Le glyocolle entre dans la composition de l'élastine des tissus, dans le tissu musculaire; il est glycoformateur et intervient dans le métabolisme de la créatinine. En plus, il est vasodilatateur. Ainsi par cette dernière propriété et par son action stimulante sur le muscle, le glyocolle est susceptible de favoriser l'évolution de l'angine de poitrine. En fait, on aurait obtenu de son usage des résultats appréciables chez des angineux. (Audier et Dumon. — *Presse médicale*, **57**: 570, 18 juin 1949.)

Nouvelle médication du syndrome Parkinsonien

Comme toutes les substances utilisées jusqu'à maintenant: atropine, scopolamine, datura stramonium, parpanit, diparcol, le vin ou la teinture de racines de belladone, l'artane (tripexyphénidyl) est une médication symptomatique. Ce nouveau produit synthétique ne guérit pas, il soulage, il améliore les éléments du syndrome à condition qu'il soit utilisé sans répit. Il offre sur les autres substances, tout particulièrement l'atropine, ces avantages d'être beaucoup moins toxique, d'assécher très sensiblement moins les muqueuses buccales et pharyngées, d'agir moins sévèrement sur l'accommodation visuelle, de n'apporter aucun trouble gastro-intestinal et circulatoire.

Le dosage quotidien, divisé en trois ou quatre prises, varie de 6 à 20 milligrammes. Cependant on aurait utilisé des doses de 30 à 50 milligrammes sans effet toxique appréciable.

Il semble que l'artane atténue surtout l'hypertonie, qu'il agit moins sur le tremblement. Il produirait aussi une action légèrement stimulante sur les centres cérébraux, créant un certain degré de bien-être qui n'est pas sans bénéfice pour les parkinsoniens trop souvent à tendance dépressive. Des essais de ce produit sur un nombre imposant de malades auraient procuré des résultats favorables dans 76.1% des cas. (Dashay. — *J.A.M.A.*, **140**: 1317, (27 août) 1949.)

L'accoutumance au méthadon

Le méthadon est un analgésique de synthèse. Comme la morphine il est employé contre la douleur, il est cependant moins hypnotique que l'alcaloïde de l'opium. Mais il crée une accoutumance et un esclavage aussi dange-

reux et tenaces que la morphine. L'euphorie produite par son action, les symptômes de son abstinence ou sevrage quand il a été administré pendant une période appréciable, la substitution que les morphinomanes opèrent par son truchement à leur narcotique habituel, sont des critères qui font du méthadon un produit utile certes, moins toxique que la morphine, actif par voie buccale, mais dangereux et qu'on doit manier avec précaution et autant de prudence que la morphine. — (*J.A.M.A.* 140: 542, (11 juin) 1949.)

Le testostérone contre le syndrome dépressif

Qu'il s'agisse d'un syndrome dépressif de la maniaco-dépressive, d'une psychose d'involution ou d'une dépression réactionnelle, le testostérone aux fortes doses de 50 mg. quotidiennement par voie parentérale pendant 2 ou 3 semaines serait employé avec autant de fruit que l'électro-choc. Cette action s'exercerait par des modifications humorales produites par l'hormone stéroïde androgène. (Altschule et Tillotson. — *New Engl. Journ. Med.*, 239: 1036, (30 déc.) 1948.)

La méningite tuberculeuse et la streptomycine

Cent malades ont été traités par de la streptomycine intrathécale et intramusculaire. Au moins 15 jours d'injections quotidiennes intrathécales avec reprise ultérieure si le liquide montre peu d'atténuation biologique et si le syndrome clinique se maintient peu satisfaisant ou si, s'étant amélioré, il redevient franchement pathologique. Huit mois environ de streptomycine intramusculaire. Après un recul de 22 mois depuis le début du traitement sur 100 malades dont on soustrait 18 qui moururent durant les 5 premiers jours du traitement, 27% sont en état de guérison apparente. (Etienne Bernard et Coll. — *Bull. Mem. Soc. Med. Hôp. Paris* 65: 526, 1949.)

Exploration prostatique avant tout traitement au testostérone

Il est de prudence élémentaire de procéder à un toucher rectal chez tout sujet mâle que l'on veut soumettre à une cure par l'hormone androgène. On n'ignore pas en effet qu'elle accélérerait sévèrement le développement d'un cancer prostatique. Ce conseil doit être d'autant plus impératif que le sujet a dépassé l'âge de 45 ou 50 ans. Se rappeler aussi qu'un tel cancer s'accompagne habituellement d'une augmentation appréciable de la phosphatase acide du sang. Tout nodule induré et fixe senti sur la prostate au toucher rectal doit éveiller l'attention et suggérer l'abstention de l'emploi du testostérone. (*J.A.M.A.*, 140: 438, 28 mai 1949.)

Le diagnostic de l'angine de poitrine par le test de la manchette

On gonfle le brassard de l'appareil à tension artérielle à 50 millimètres ou même 100 millimètres au-dessus de la tension systolique; on maintient cette constriction pendant 5 minutes. L'épreuve positive se marque par l'apparition d'une douleur d'angine, similaire à celle ressentie au cours des crises invoquées par le malade. Les sujets sans angine vraie n'éprouvent aucune douleur. D'autre part, certains auteurs auraient trouvé le test positif dans une proportion de 70 à 79% des cas d'angine véritable. On peut adopter l'opinion selon laquelle le test de la manchette négatif n'élimine pas le diagnostic d'angine vraie, mais qu'un test positif offre une forte présomption de l'existence de cette affection. (Rouquès. — *La Presse Médicale*, 57: 712, 30 juillet 1949.)

L'iode radioactif dans le goitre toxique

Des cas sévères et résistants de thyrotoxicose ne répondent pas aux traitements usuellement employés contre cette affection: la thyroïdectomie partielle, la radiothérapie, l'administration des thiouracils. On se trouve désarmés. Mais l'iode radioactif offre une der-

nière arme et semble-t-il éminemment efficace. Ainsi 18 cas de ce genre furent soumis à cette dernière thérapeutique. Seize de ces 18 malades qui avaient résisté au traitement usuel, chirurgical et médical, répondirent très favorablement à l'iode radioactif au point qu'ils possèdent maintenant une fonction thyroïdienne normale. (Prinzmetal et coll. — *J.A.M.A.*, 140: 1082, 30 juillet 1949.)

L'enurésie essentielle traitée par l'électro choc lombo-pubien

Méthode inusitée, assez curieuse, douloureuse, quasi intolérable qui semblerait donner cependant des résultats impressionnants, soit: 81.3% de succès et 13.5% d'améliorations. Une électrode au pubis, une autre sur la 1ère et le 2ème vertèbre lombaire. On fait passer un courant de 90 V. pendant 1/10 de sec. à une intensité de 200-300 milliampères pour les deux premiers traitements, puis 11 V. 1/10 sec., 400-500 m/A. pour les subséquents. Douleur violente aux lombes, secousse électrique aux

membres inférieurs avec sensation de faiblesse. On effectue 3 à 10 traitements. Peut-être serait-il possible de rendre cette méthode plus accessible en l'appliquant au cours d'une anesthésie générale (au Pentothal, par exemple). (Poloni et Abba. — *Minerva Medica*, 1: 317, 3 mars 1949.)

Traitement étiologique de la maladie d'Addison

On rapporte un cas de maladie d'Addison par tuberculose surrénalienne. Le traitement a consisté dans l'injection de streptomycine dans la région péri-capsulaire des deux reins. On injecta de 10 à 30 centigrammes de l'antibiotique d'un côté et de l'autre en alternant d'un jour à l'autre. La dose totale fut de 6 grammes. Deux mois plus tard, la maladie semblait être arrêtée. On avait procédé auparavant à une pneumotisation périrénale. (Bessi Guidi. — *Minerva Medica*, 2: 6 octobre 1948.)

Roma AMYOT.

“L'Union Médicale du Canada” en 1880

Maladies régnantes.

Novembre 1880

Un confrère nous écrivait dernièrement, nous demandant si nous n'avions pas, dans nos notes, quelque préparation nouvelle puissante contre la coqueluche dont étaient victimes plusieurs de ses enfants. C'est bien là une maladie régnante épidémique, contagieuse (des expériences récentes nous prouvent la possibilité de son inoculation sur les animaux), sévissant quelquefois avec une vigueur désespérante, ne ménageant dans certaines familles pas un seul de ces petits êtres dont elle est la maladie particulière. Son caractère particulier est bien la convulsion dans la toux; l'élément spasmodique, accompagné d'une sécrétion muqueuse plus ou moins abondante, mais sécrétion d'autant plus surprenante qu'elle est généralement nulle dans les maladies de l'appareil respiratoire de l'enfance.

Voici ce que nous faisons, un cas de coqueluche étant donné; nous combattons à la fois les deux états pathologiques de cette maladie: l'état catarrhal et l'état nerveux; nous avons recours au vomitif à différentes reprises; le sirop d'ipéca est bien un des émétiques de l'âge auquel nous avons affaire; cette médication vomitive est employée le matin invariablement. Puis ensuite, ou en même temps plutôt, nous avons recours aux anti-convulsifs ou anti-nerveux, tels que la teinture d'opium camphrée, le stramonium, la belladone, etc. Ces derniers médicaments sont donnés régulièrement deux ou trois fois par jour, mais surtout au moment des attaques de toux; le soir, plus particulièrement, il convient d'augmenter la dose.

Voici une formule que nous donne un praticien de Paris, qui nous a bien servi:

Racine de belladone pulv.	grs iv
Poudre de Douer.	grs x
Fleur de soufre.	3 i
Sucre de lait, quantité suffisante pour faire vingt prises.	

Direction: une toutes les six heures.

Cette double médication ne doit pas nous faire oublier le régime de vie qui doit être des plus hygiéniques. Nos petits malades seront portés à la pro-

menade on leur fera faire même quelque voyage au loin; le changement d'air ici semble très bien agir; et c'est même là la dernière ressource qui nous reste, lorsque quinze à vingt jours de la médication précédente n'ont pas triomphé de la coqueluche.

Tels sont à peu près les seuls conseils thérapeutiques que nous pouvons donner à notre correspondant et à tous ceux qui nous lisent. Nul doute que la thérapeutique de cette maladie est des plus variées; rarement un état pathologique compte autant d'agents médicamenteux: que ce soit là un avertissement salutaire, l'abondance des remèdes prouve la *pauvreté* d'une médication.

La scarlatine et la rougeole, sœurs presque inséparables et que la *raie blanche caractéristique* des auteurs ne vous empêche pas de confondre souvent au début, sont bien aussi des maladies du jour. Au sujet de ces deux fièvres éruptives, il est deux observations des auteurs qui sont méconnues généralement et qui méritent considération, quoique l'expérience n'ait pas encore établi définitivement leur justesse.

L'isolement est bien une précaution hygiénique qu'il faut employer dans la plupart des maladies de cette nature. Cependant il semble être prouvé que l'isolement agit d'une manière plus certaine dans la scarlatine. Il convient donc de l'employer d'une manière plus méthodique.

Dans la rougeole, l'agent préventif n'est pas l'isolement mais l'usage de la belladone, à l'intérieur naturellement. Bouchut en recommande l'usage dans toutes les familles au début d'une épidémie rubiole.

Que chacun se mette à l'essai et constate l'efficacité de cette double médication préventive de deux états pathologiques, qui présentent si souvent des complications organiques dangereuses. Au sujet de ces dernières, pourquoi ne dirions-nous pas, pour compléter ces quelques réflexions, que la cause des complications de la scarlatine (maladie de Bright) et de la rougeole (bronchite, phtisie) se trouve bien dans l'exposition trop prompte des enfants à l'air, qui ici n'est plus le *pabulum vite*, mais bien le destructeur de la vie. Si une surveillance plus stricte des petits convalescents était faite, si on prolongeait de trois ou quatre semaines leur séjour à la maison, les convalescences ne seraient pas si fréquemment suivies de *rechutes* ou complications presque toujours mortelles.

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. Méd. psychol.», 94: 1 (juin) 1938.

MEDECINE

Chr. Juel BJERKELUND. — **Tachycardie paroxysmale bénigne chez un garçon de 10 ans.** (*Benign Paroxysmal Ventricular Tachycardia in a Ten-Year-Old Boy.*) "Acta Medica Scandinavica", 133: 139 (mars) 1949.

Succession paroxystique d'extrasystoles ventriculaires, voilà ce qu'en 1909, Th. Lewis décrivait comme répondant à la définition de tachycardie paroxystique ventriculaire. Elle est généralement associée à un trouble myocardique grave comme on peut en rencontrer dans l'infarctus aigu du myocarde, la syphilis cardiaque, la myocardite diphtérique, l'intoxication digitalique, le shock électrique, la maladie cardiaque rhumatismale ou hyperthyroïdienne, mais on peut aussi la rencontrer dans un cœur sans lésion myocardique appréciable.

C'est particulièrement le cas d'un enfant de 10 ans qui fut admis à l'hôpital sous le seul prétexte que son pouls était trop rapide au gré de sa mère. Quant à lui, il n'en était nullement incommodé, même qu'il était un fervent de la nage et du football.

A un premier examen, le cœur fut trouvé normal en tous points et même à l'électrocardiographie. Un test à l'effort lui déclencha cependant, quelque temps plus tard, une crise de tachycardie qui dura 7 heures... rythme: 180 à 230 par minute... T.A.: 80/60 et 90/70... battements de la jugulaire: 80 à 120/min. ...

Le traitement à la quinidine s'est avéré inefficace même à la dose de 0.20 g. aux 2 heures. Quant à la digitaline qui fut essayée ensuite elle réussit à produire un trigéminisme avec extra-systole originant du ventricule droit, tout comme dans les crises.

Les crises se sont ralenties ensuite graduellement... le pronostic semblerait assez bon.

J.-Roger GAREAU.

B. SJOREN. — **Anémie artérielle orthostatique.** (*Arterial Orthostatic anemia.*) "Acta Medica Scandinavica", 133: 45 (janv.) 1949.

Description de 2 cas de bradycardie sinusale cause de syncope dans l'anémie artérielle orthostatique. Cette bradycardie était due à *une stimulation du vague*. De plus, dans l'un des cas, l'ECG montrait des *modifications typiques de l'onde T* en station verticale, et, après absorption d'adrénaline, *dépression du segment ST sans modification de T*.

Explication par la théorie d'Akesson: l'insuffisance de la circulation cardiaque dans l'anémie orthostatique artérielle, en ajoutant cependant que les changements orthostatiques de T *sont dus au sympathique*.

Le diagnostic différentiel doit bien se faire entre l'anémie artérielle orthostatique, l'hypotension posturale et le syndrome du sinus carotidien. Symptômes: Pas de douleurs cardiaques, mais, dans la station debout, sensation de malaise progressif, de pâleur, moiteur, faiblesse, battements aux tempes, constriction à la tête, impression de vide au creux épigastrique et enfin perte de connaissance. Remèdes: Atropine 2mg. sous-cutané. Ephédrine 5 cg. sous-cutané. Atropine et Gynergen, mais pas de Gynergen seul.

J.-Roger GAREAU.

C. N. ARMSTRONG. — **Considérations d'actualité sur le traitement des obèses.** (*Modern Trends in the Treatment of Obesity.*) "Medical Press", 221: 331 (6 avril) 1949.

L'auteur condamne l'emploi abusif d'extrait thyroïdien dans le traitement de l'obésité; seule, une hypothyroïdie associée l'autorise, et très peu d'obèses en manifesteraient les signes, alors que plusieurs accusent de l'hypertension, de la diaphorèse et de la tachycardie.

Le mécanisme exact de l'obésité n'est pas encore très clair. Nous savons toutefois qu'elle accompagne deux états pathologiques définis; certaines suractivités endocriniennes et des troubles fonctionnels de l'hypothalamus en déclenchent l'installation. Dans les deux cas, il y a boulimie avec rétention hydrique, et, dans le second cas, s'ajoute un appétit marqué pour les glucides.

L'hyperpituitarisme est la cause la plus fréquente d'obésité, comme dans le syndrome de Cushing ou dans les pubertés précoces chez des enfants gros et robustes, de même qu'au cours de la vie ordinaire, à la puberté, pendant la grossesse, à la suite du climatère ou de la castration. La surrénale peut être à l'origine de certaines obésités: ainsi dans l'hyperadrénalisme, dans les adénomes et les hyperplasies de la corticale; l'hyperadrénalisme est souvent dû à l'action de l'hypophyse.

Les centres du métabolisme situés dans l'hypothalamus seraient incriminés dans le type d'obésité caractérisé par l'absence de pléthore, une peau fine et douce, des poils rares, des organes génitaux petits, parfois de l'énurésie. Deux syndromes cliniques se rattachent à cette étiologie: l'adiposo-gynandrisme, décrit par Simpson; l'adiposo-génitalisme, décrit par Froelich, résultat d'un processus tumoral ou inflammatoire. Les troubles endocriniens associés sont secondaires et ne sont pas responsables de l'obésité. Si le développement génital laisse à désirer, et à cette seule condition, la chorino-gonadotropine est indiquée.

L'auteur relève quelques rares cas d'obésité provenant d'une hypoglycémie chronique.

Le traitement de l'obèse se résume en trois points: le régime, le contrôle de l'appétit et l'excrétion d'eau accumulée. Il faut d'abord écarter, par un examen clinique et les examens neurologique, radiologique et chimique complémentaires, les lésions du diencéphale et des glandes endocrines que nous avons signalées et qui ne relèvent point de cet article.

L'auteur recommande un régime de 1.250 calories comprenant au moins 70 g. de protides par jour; on permet jusqu'à 120 g. de protides: il s'agit surtout de réduire l'apport des glucides et des lipides. (Certains restreignent à 1.000 le nombre quotidien de calories — cf. Gastineau et al.: *Treatment of the Fat and the Lean*, in "J.A.M.A.", 8 jan. 1949. L'auteur ne mentionne pas les suppléments vitaminiques et même minéraux qu'il est d'usage d'inclure.) Le sucre est interdit et remplacé par la saccharine. Toutes les fritures sont exclues. Le sel est permis avec modération.

La cure exige une parfaite collaboration du sujet, qui doit combattre des habitudes tenaces et les frustrations d'un régime rigoureux. Le sulfate d'amphétamine sert de stimulant à l'état général et de frein à l'appétit: l'auteur prescrit, sauf en présence d'hypertension artérielle, 10 mg. de benzédrine ou de dexédrine au lever et à la fin de la matinée.

Le plus satisfaisant des diurétiques serait l'urée, en trois prises de 15 g. (environ une cuillerée à soupe trois fois par jour), avec un jus de fruit. Des purgatifs salins corrigent la constipation qui peut s'ensuivre.

En suivant ce programme fidèlement, on devrait perdre deux ou trois livres par semaine. L'administration de l'amphétamine et de l'urée cesse aussitôt que le poids idéal est obtenu. L'alimentation sera désormais adéquate aux besoins de l'individu, avec cependant quelque restriction des glucides, dont le goût est alors perdu.

J.-B. BOULANGER.

R. C. COHEN. — **L'épanchement péritonéal secondaire au pneumopéritoine artificiel.** (*Peritoneal effusion as a complication of artificial pneumoperitoneum.*) "Lancet", 2: 1006 (25 décembre) 1948.

Les complications au cours du pneumopéritoine sont plutôt assez rares. Cependant la plus fréquente est l'épanchement péritonéal. L'auteur dit qu'il a ainsi traité 223 cas. Ils ont reçu en tout 5800 insufflations. L'épanchement péritonéal est apparu chez 8 cas (3.58 pour cent). La cause de ces ascites est ordinairement la péritonite tuberculeuse. Cette complication doit faire cesser cette thérapeutique.

Paul-René ARCHAMBAULT.

G. F. VOLINI, J. R. HUGHES et J. R. PEPPER. — **L'étude comparative de la sulfadiazine, de la pénicilline et de la pénicilline combinée avec la sulfadiazine dans le traitement de la pneumonie lobaire.** (*Comparative Study of Sulfadiazine, Penicillin and Penicillin Combined with Sulfadiazine in Treatment of Lobar Pneumonia.*) "Diseases of Chest", 15: 255 (mars) 1949.

Les auteurs ont traité 239 patients souffrant de pneumonie lobaire. En vue du traitement, ils les ont divisés en 4 groupes. Premier groupe: 90 malades traités avec la sulfadiazine. Deuxième groupe: 54 malades traités avec la pénicilline cristalline en injection intramusculaire.

Troisième groupe: 48 malades traités avec la pénicilline par voie buccale.

Quatrième groupe: 47 malades traités avec la pénicilline et la sulfadiazine combinées. La pénicilline seule s'est montrée de beaucoup supérieure aux sulfamidés dans la pneumonie lobaire. Dans le groupe où la sulfadiazine et la pénicilline ont été données, on a remarqué un retard dans l'amélioration avec un plus grand nombre de complications et un taux de mortalité plus élevé. Il semblerait que l'emploi des sulfamidés combinés avec la pénicilline engendrerait une action antagoniste plutôt qu'une action synergique.

Les auteurs nous apprennent qu'ils ne sauraient trouver de raison favorable à l'emploi

des sulfamidés combinés à la pénicilline dans la pneumonie puisqu'avec la pénicilline seule, tout paraît se passer admirablement. Si dans la pneumonie, il y a des raisons particulières pour s'abstenir de l'emploi de la pénicilline, on fera bien d'employer les sulfamidés uniquement.

Telles sont les conclusions rapportées par les auteurs dans une étude très intéressante, étude entreprise pour comparer l'efficacité de la pénicilline seule, employée par voie buccale ou par voie intramusculaire, en comparaison avec les sulfas combinés à la pénicilline.

Paul-René ARCHAMBAULT.

Stanley B. CLARKE. — **Le diagnostic différentiel des lésions pulmonaires.** (*Differential Diagnosis of Pulmonary Lesions.*) "New York State J. Medicine", 48: 1587 (15 juillet) 1949.

L'auteur qui est un radiologiste s'efforce de simplifier les termes employés pour expliquer les lésions rencontrées en pathologie pulmonaire. Ce qui facilite la collaboration entre les médecins praticiens et les radiologues. Il ne faut pas oublier que ce sont ces mêmes médecins qui sont les premiers à rencontrer ces malades.

Destruction de tissu pulmonaire = abcès du poumon, bronchiectasie, tuberculose, pneumoconiose. Consolidation (hépatisation) des alvéoles pulmonaires = pneumonie lobaire, congestion passive et infarctus pulmonaire.

Changement de pression intrathoracique = atélectasie et emphysème.

Lésions primitives interstitielles et localisées = pneumonie typique. Changement d'un tissu pulmonaire normal en un tissu pathologique = tumeurs primitives et métastatiques des poumons.

Changement de densité pleurale, épaississement de la plèvre et tumeurs pleurales.

Ainsi les trouvailles radiologiques sont nommées d'après les lésions pathologiques sous-jacentes.

Paul-René ARCHAMBAULT.

PHTISIOLOGIE

C. O. STALLYBRASS. — **La tuberculose à la croisée des chemins.** (*Tuberculosis at the crossroads.*) "Brit. Med. Journ.", 1: 207 (février) 1949.

Le taux de la mortalité par tuberculose est un des meilleurs indices du bien-être sanitaire d'une population. C'est ainsi que l'auteur envisage la question.

En 1847 la mortalité anglaise par tuberculose se chiffrait à 3189 par million. De nos jours le taux est de 528. Cela est dû à des facteurs sociaux et économiques qui ont amélioré grandement les conditions de vie: meilleure alimentation, logements salubres, gages plus élevés, enseignement de l'hygiène, sanatoriums pour isoler les malades, etc. Afin de combattre plus efficacement encore la tuberculose, l'auteur suggère la vaccination par le B.C.G. dans les familles, et dans les lieux où il y a contagion certain.

Paul-René ARCHAMBAULT.

G. M. MEADE. — **La prévention de l'infection tuberculeuse primaire chez les étudiants en médecine: l'autopsie, source de cette infection.** (*Prevention of Primary Tuberculosis in Medical Students: Autopsy as source of primary infection.*) "American Rev. of Tuberculosis", 58: 675 (déc.) 1949.

Ces recherches se sont faites à la Faculté de Médecine de l'Université de Rochester. L'auteur a démontré que cette infection s'est surtout produite durant la seconde partie de l'année académique. Les autopsies, la manipulation de pièces anatomiques contaminées par les B.K. se sont avérées comme étant les causes de contagion, surtout chez les étudiants de la seconde année.

Le pourcentage des réactions positives à la fin de la première année était de 54.2 et à la fin de la seconde année de 92. Or, on a commencé à prendre des précautions au cours des autopsies et dans la manipulation des pièces anatomiques et on a vu descendre le pourcentage des virages. Ainsi à la fin de la première

année on lit 36.4, à la fin de la seconde année 38.8 et à la fin de la quatrième année 51.9.

On est en droit de penser que l'infection tuberculeuse chez les médecins est inévitable et que l'infection primaire chez les jeunes adultes est presque toujours inoffensive et bien limitée. Il s'ensuit que toutes ces précautions semblent bien inutiles. Cependant, actuellement on fait des études chez les étudiants qui graduent avec une réaction tuberculique négative. Chez 14 de ces sujets, suivis depuis 3 ans, on ne note qu'un seul virage et c'est chez un interne qui fait du travail dans un laboratoire d'anatomie pathologique. Le traitement par le B.C.G. semble bien indiqué chez ces personnes exposées, parce que, tout de même, les infections primaires chez les jeunes adultes ne sont pas toujours inoffensives et limitées. Il faut donc parer à toute éventualité.

Paul-René ARCHAMBAULT.

M. DELORD. — **Les infiltrats pulmonaires fugaces.** "Journal français de médecine et de chirurgie thoracique", 2: 317 (fév.) 1948.

Les infiltrats pulmonaires fugaces sont des ombres, des opacités variées, n'ayant pas de zones centrales claires ni de signes d'atélectasies. Ces lésions occupent une portion d'un lobe. Le tout disparaît en moins de six semaines. La cause de ces infiltrats n'est pas spécifique. On les constate principalement au cours 1. — d'une pneumonie lobaire ou d'une bronchopneumonie; 2. — au cours des bronchiectasies et des sténoses bronchiques; 3. — au cours de tuberculoses pulmonaires; 4. — au cours du syndrome de Loeffler; 5. — au cours de certaines infections parasitaires ou infectieuses (ascaris, pneumonie staphylococcique, pneumonie atypique).

L'anatomie pathologique de ces infiltrats est inconnue puisque, par définition, la guérison survient trop vite pour en faire une étude plus approfondie.

Paul-René ARCHAMBAULT.

Walter PAGEL et G. H. C. TOUSSAINT. — **La pathologie de la réinfection. Quelques causes d'erreurs de diagnostic.** (*Pathology of Reinfection. Some Sources of Diagnostic Errors.*) "American Review of Tub.", 58: 85 (juillet) 1948.

On dit réinfection tuberculeuse quand l'infection survient chez une personne qui a déjà subi antérieurement une première infection, à condition que cette infection primitive ait eu le temps de guérir anatomiquement. Cette nouvelle lésion se localise à l'endroit même où le bacille tuberculeux est entré, ce qui produit de la caséose des ganglions lymphatiques.

On dit surinfection tuberculeuse quand l'infection primitive n'a pas eu le temps de guérir complètement. Cette surinfection ne produit pas de caséose des ganglions lymphatiques.

L'auteur conclut que reconnaître cliniquement et pathologiquement ces différents types d'infection tuberculeuse présente de très grandes difficultés. Pour prouver son opinion, il rapporte de nombreuses observations cliniques, la plupart contrôlées par des examens nécropsiques.

Paul-René ARCHAMBAULT.

CARDIOLOGIE

E. DONZELOT, A. M. EMAM-ZADE, R. HEIM DE BALZAC, J. E. ESCAILLE et M. ANTOINE. — **L'angiocardigraphie dans les cardiopathies congénitales. Interprétation. Valeur. Indications.** "Semaine des Hôpitaux de Paris", 25: (22 juillet) 1949.

Cette nouvelle technique d'exploration consiste à introduire brusquement, dans le torrent circulatoire, une quantité assez importante de substance de contraste qui parcourt, en les opacifiant, les différents segments de l'appareil cardio-pulmonaire et dont on radiographie le cheminement très rapide par une série de clichés successifs.

Grâce à une technique mise au point avec soin (cf. Archives des Maladies du Cœur 42: 35, 1949), les auteurs n'ont eu aucun accident dans leur première série de 74 angiocardio-

phies. Il est de première importance de bien connaître l'anatomie radiologique de l'appareil circulatoire pour interpréter les images très spéciales et souvent embrouillées que donne l'angiocardigraphie.

Les auteurs décrivent en détail quatre cas pour illustrer les renseignements précieux fournis par l'angiocardigraphie.

Les auteurs recommandent l'injection par la voie jugulaire car l'injection au pli du coude s'accompagne très fréquemment d'une dilatation importante de tout le trajet veineux brachial et axillaire, et d'un reflux dans les collatérales et affluentes. Il y a également stagnation qui soustrait à l'opacification une partie notable de la substance. Intérêt à employer un trocart volumineux. L'orifice tricuspide est quelquefois très visible mais dans l'immense majorité des cas on ne peut l'identifier. Il est inhabituel de constater, en cas de shunt veino-artériel, un remplissage du ventricule gauche. Les auteurs résument de façon systématique et nette leurs observations des différents territoires injectés. Les récentes acquisitions de la chirurgie cardio-vasculaire ont modifié l'avenir d'un grand nombre de congénitaux. La possibilité d'obtenir par l'angiocardigraphie un diagnostic précis et exact, posant l'indication opératoire salvatrice, constitue pour l'individu un bénéfice éventuel qui justifie les dangers possibles de cet examen. Le risque de cette technique est sûrement bien moindre que celui d'une intervention purement exploratrice.

Les auteurs pensent:

1. — que l'angiocardigraphie est indispensable dans tous les cas de cardiopathie congénitale et avant toute intervention cardio-vasculaire où elle précise le diagnostic et les modalités opératoires.

2. — quand le diagnostic est hésitant entre tumeur médiastinale et tumeur vasculaire, l'angiocardigraphie donne des résultats capitaux en montrant soit la nature vasculaire, soit la nature non vasculaire d'une masse, elle guide ainsi avec certitude le traitement.

Paul DAVID.

Egon E. KATTWINKEL. — **Mort due à une maladie cardiaque après usage d'hydrochlorure d'émétine utilisé dans le traitement de l'alcoolisme chronique par réflexe conditionnel.** (*Death due to cardiac disease following the use of emetine hydrochloride in conditioned reflex treatment of chronic alcoholism.*) "New Engl. J. of M.", **240**: 995 (juin) 1949.

Un patient de 33 ans a reçu 1 grain d'émétine I.M. pendant 4 jours, puis 1 jour de repos et 1 grain $\frac{1}{2}$ pendant 5 jours et 1 grain 10 jours avant l'hospitalisation. Après la cinquième injection le patient eut de la diarrhée puis il se plaignit de fatigue, dyspnée, faiblesse et de tremblements. Le cœur s'accéléra. L'examen du cœur motiva une hospitalisation immédiate mais 48 heures plus tard le patient mourut en insuffisance cardiaque malgré une thérapeutique énergique. L'autopsie révéla une pathologie presque exclusivement cardiaque.

L'auteur suggère qu'un tracé électrocardiographique soit enregistré avant, pendant et deux semaines après le traitement; toute organicité cardiaque devrait contre-indiquer le traitement, la dose totale d'émétine ne devrait pas dépasser 10 grains pour une série. Le pronostic est bon si l'on sait arrêter le traitement assez tôt car les processus pathologiques sont réversibles.

Paul DAVID.

Hugh H. HANSON et David I. RUTLEDGE. — **Cœur normal et fibrillation auriculaire.** (*Auricular Fibrillation in normal hearts.*) "New Engl. J. of M.", **240**: 947 (juin) 1949.

En général la fibrillation auriculaire se voit chez un cœur malade. Plus rarement elle survient chez un cœur normal.

Les auteurs étudient 651 cas de fibrillation auriculaire.

Seulement 30 cas (4.6%) montrent de la fibrillation et un cœur normal.

Sur ces 30 cas: 10 cas de fibrillation chronique.

Sur ces 30 cas: 20 cas de fibrillation paroxystique.

La fibrillation survient le plus souvent chez l'homme et peut faire son apparition à n'importe quel âge. Le plus souvent le patient ne ressent aucun symptôme, tout au plus se plaint-il de palpitations. L'étiologie de ces cas est inconnue. Les complications sont rares et l'arythmie peut durer des années sans évidence cardiaque. Aucun traitement s'il n'y a pas de complication.

Paul DAVID.

CHIRURGIE

Carlo SCUDERI. — **La transplantation tendineuse dans la paralysie définitive du nerf radial.** (*Tendon Transplants for Irreparable Radial Nerve Paralysis.*) "Surg., Gynec. and Obst.", **88**: 643 (mai) 1949.

Après avoir relaté l'évolution historique de cette intervention, l'auteur présente en deux tableaux les huit modifications de technique utilisées chez les 45 cas qu'il rapporte.

Cette double expérience livresque et personnelle lui permet de rappeler les principes fondamentaux dirigeant cette opération.

1. — Les articulations des doigts et celle du poignet doivent être souples avant tout acte chirurgical.

2. — Les tendons doivent être transplantés selon une ligne la plus droite possible depuis l'origine du tendon moteur au tendon récepteur.

3. — La transplantation de tous les tendons fléchisseurs du poignet entraîne une certaine instabilité de ce dernier ce qui empêche l'extension complète des doigts.

4. — L'activation du pouce et de l'index par le même tendon moteur est souvent peu satisfaisante.

5. — Le transport d'un seul moteur à 2 ou 3 tendons du pouce procure un résultat nettement inférieur à la transplantation à un seul tendon parce qu'ils ont une ligne d'action et un point d'insertion différents.

6. — Malgré la preuve expérimentale contraire, le cubital antérieur est cliniquement capable d'étendre et le poignet et les doigts

s'il est suturé convenablement et sous une tension correcte.

7. — La technique qui lui semble la plus logique et la plus efficace est la transplantation du cubital antérieur dans les tendons extenseurs des 2', 3', 4', et 5' doigts et du petit palmaire dans le long extenseur du pouce sectionné.

L'auteur précise quelques points de technique qu'il a réalisés et qui lui semblent importants.

Au pouce, c'est la section du tendon du long extenseur suivie de son glissement sur le bord externe du radius ou il sera suturé au tendon du petit palmaire. Dans une boutonnière percée dans le premier, il glisse le deuxième. Cette anastomose latéro-latérale est maintenue par 4 points à la soie fine. Le petit palmaire devient donc extenseur-abducteur.

Le tendon du cubital antérieur libéré en avant est tourné à la face dorsale et sectionné longitudinalement. Après ouverture du ligament dorsal du carpe, une boutonnière est percée dans le tendon extenseur du 5' en regard du bord supérieur du ligament dorsal. Sur le 4', elle est percée $\frac{1}{4}$ de pouce plus bas et ainsi de suite de façon à ce que la boutonnière sur le 2' soit à $\frac{3}{4}$ ou à 1 pouce plus bas que celle sur le 5'.

Une partie du tendon moteur divisé est passée dans ces boutonnières et l'autre par dessus les tendons. La fixation est assurée par quelques points à la soie.

Les soins post-opératoires commencent par une immobilisation plâtrée de 16 à 18 jours. Le plâtre s'étend de l'interphalangienne jusqu'au coude et maintient les doigts en extension et le poignet en légère flexion dorsale. Elle est suivie de physiothérapie, sous surveillance compétente, pendant deux semaines.

On a recours dès lors à la physiothérapie occupationnelle.

Si le patient coopère, il a une bonne main 3 à 4 mois après l'opération.

La meilleure fonction de la main est atteinte environ 9 mois après l'opération et demeure habituellement telle.

Guy LAFOND.

DERMATO-SYPHILIGRAPHIE

Thomas H. MILLER et James R. DELANAY. — **Bismuthothérapie orale en dermatologie.** (*Oral Bismuth therapy in dermatology.*) "Archives of Derm. and Syphyl.", 60: 196 (août) 1949.

Depuis 25 ans le bismuth a pris une place importante en thérapeutique et son emploi s'est avéré efficace non seulement en syphilothérapie mais aussi dans le traitement d'un grand nombre de dermatoses dont l'agent étiologique ne fut jamais clairement établi. On l'administre par voie intra-musculaire, la voie orale donnant presque toujours lieu à une intolérance gastro-intestinale.

Récemment un nouveau sel de bismuth pour administration orale, le triglycollamate de sodium et de bismuth a fait son apparition. Quelques intéressés, notamment Gross et Wright, Pascher, Sawicky, Silverberg et Emmet l'ont employé dans le traitement d'un groupe de dermatoses diverses et l'étude des résultats qu'ils ont obtenus prouve son efficacité tout en justifiant d'autres essais.

Le triglycollamate de sodium et de bismuth est formé par la combinaison du sel de bismuth, de l'acide triglycollamique avec trois équivalents moléculaires de triglycollamate disodium. Soluble dans l'eau sans hydrolyse, il forme une solution neutre et stable. Il n'est pas précipité par les ions phosphates et chlorures présents normalement dans les humeurs. Un gramme du médicament contient l'équivalent de 0.138 g. de bismuth métallique. Bien toléré à de hautes doses et durant un temps prolongé, il est relativement non toxique.

Les auteurs du présent article rapportent 46 cas traités représentant cinq entités différentes; verrues diverses, condylomes acuminés, lupus érythémateux, lichen plan et sclérodermies.

Le médicament a été administré sous forme de comprimés contenant chacun l'équivalent de 75 mg. de bismuth métallique à raison de un comprimé après chaque repas. La dose est doublée après trois jours s'il n'y a pas de signes d'intolérance; elle est réduite proportionnellement à l'âge et au poids chez les vieillards et les enfants.

En résumé, ce nouveau mode de thérapie bismuthique s'est montré efficace dans le traitement des dermatoses qui, dans le passé, ont répondu au bismuth administré sous une autre forme. De plus, dans certains cas, la voie orale a donné de bons résultats alors qu'il y avait eu échec par la voie intra-musculaire.

Les réactions toxiques sont minimales; quelques cas de gingivites ont été notés, mais jamais assez importante pour faire cesser le traitement.

Les effets de la thérapie bismuthique par voie orale se sont montrés particulièrement bons dans les cas de verrues planes juvéniles, de lupus érythémateux disséminé, et de lichen plan.

La période de traitement est égale sinon moindre à celle requise lorsque le bismuth est donné par voie parentérale.

Jeanne LAPIERRE.

HYGIENE

(Editorial). — **Individus prédisposés aux accidents.** (*The accident — Prone individual.*) "Am. Journ. Pub. Health", **39**: 1051 (août) 1949.

La grande majorité des accidents n'est pas due au hasard. — Certains traits de personnalité semblent prédisposer certaines gens aux accidents.

Cette hypothèse semble avoir été bien démontrée pour ce qui est des accidents de la rue. — Une étude démontre que, dans l'état de Connecticut, moins de 4% des conducteurs d'automobiles sont responsables pour plus de 36% des accidents de la rue.

Cette hypothèse a encore été prouvée claire-

ment dans l'industrie. — Le Dr Lumbar parle « d'accidentité ».

Les individus souffrant d'accidentité seraient absorbés par les plaisirs et les satisfactions immédiates. Ils prendraient des décisions trop rapides sous l'impression vive du moment. — Ils seraient même impulsifs.

Ils sont souvent mus par un instinct de rébellion, de ressentiment contre l'autorité. « La plupart des accidents sont inconsciemment recherchés ».

Ils souffrent souvent aussi d'un sentiment de culpabilité mêlé d'un besoin d'auto-assertion qui les conduit à s'imposer inconsciemment des modes d'auto-expiation.

D'où l'on voit que la question des accidents n'est pas seulement un problème de voirie et de réglementation.

Jean DARGIS.

J. M. RAWLINGS. — **Relation entre la nutrition et l'infection chez l'enfant.** (*Relation of Nutrition to Infection in children.*) "Amer. Journal of Pub. Health", **39**: 858 (7 juillet) 1949.

315 enfants de 2 à 17 ans sont vus soit en raison d'une nutrition déficiente, soit parce que souffrant d'infection chronique — soit pour les deux raisons à la fois. — Tous sont de familles indigentes.

Une histoire méticuleuse est faite, un examen médical, des examens de laboratoire nécessaires pour établir le diagnostic. — On donne aux intéressés les conseils médicaux qui s'imposent. Une infirmière fait des visites régulières aux patients. On ordonne à doses supplémentaires des vitamines A-B-C-D; du fer et du foie de veau quand il y a indication — et de la pénicilline et du sulfadiazine pour combattre les infections aiguës. — La période d'observation dure de 3 à 32 mois.

Constatations

20% des cas — état d'infection ou de mauvaise nutrition beaucoup plus marqué que ce que l'on constate ordinairement.

72% des cas — amygdales anormales.

39.5% — Troubles de la nutrition.

Plaintes les plus fréquentes: manque d'appétit, nervosité.

Amygdalectomie et adenoïdectomie.

Un premier groupe des cas — soit 75% — ne subirent aucune opération. L'état des 133 patients sur 139 qui auraient eu besoin d'être opérés s'est tellement amélioré qu'à la fin de la période d'observation on considérait qu'il n'était plus nécessaire de les opérer.

Tous les cas souffrant de malnutrition étaient améliorés à la fin de la période d'observation.

Au total — après 3 mois d'observation 70% des cas pouvaient être classés mieux, beaucoup mieux, ou « very much better » après 10 mois d'observation 85% des cas pouvaient être qualifiés du même progrès.

Bien que l'on obtienne de bons résultats sans opérer sur les amygdales ou les végétations on observe que les résultats sont encore meilleurs quand en plus de la thérapeutique supplémentaire on fait l'amygdalectomie et l'adenoïdectomie.

D'une façon générale, on note:

1. — Un meilleur appétit,
2. — Une croissance plus active,
3. — Un meilleur rendement scolaire,
4. — Une meilleure aptitude psychologique et une meilleure conduite.

Jean DARGIS.

OPHTALMO-OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Joseph LOBEL. — **Emploi de la vitamine A dans les surdités.** (*Clinical studies with parenteral Vitamin A therapy in deafness.*) "Eye, Ear, Nose and Throat Monthly", 28: 213 (mai) 1949.

Après de longues études sur la structure interne de l'oreille et sur les modifications rencontrées dans les surdités progressives, telle que atrophie de l'organe de Corti, dégénérescence labyrinthique, l'auteur a cru voir une

relation entre une certaine déficience nutritive et une baisse d'audition.

Il a employé des capsules de carotène, parce qu'il trouvait une ressemblance entre certaines lésions temporales et celles qu'on rencontre au cours du rachitisme. Certains résultats favorables l'ont incité à aller plus loin et augmenter les doses. Il a cru bon de remplacer les capsules par des préparations parentérales de 50.000 unités de Vitamine A par c.c. Il administre sa préparation dénommée Anatola (P&D) 2 fois la semaine pour une période de 6 semaines. Si après il constate un progrès, il continue le traitement pour un autre 20 à 22 semaines.

Traitant indifféremment des cas de surdité de conduction (otosclérose), de perception ou mixte, des cas récents comme anciens, il note des résultats intéressants allant jusqu'à 50% d'amélioration sur un total de 300 patients traités ainsi. Egalement les bourdonnements sont favorablement influencés.

La préparation de Vitamine A employée est assez spéciale, elle contient de l'huile d'olive et des terpines pour faciliter l'absorption dans le sang et maintenir la concentration.

En conclusion ce médicament d'emploi empirique tant qu'on n'aura pas fait la preuve de sa spécificité nous offre un moyen thérapeutique, sinon efficace du moins inoffensif.

J. P. HANDFIELD.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Reidar GRELLAND. — **Perforation d'un infarctus du septum interventriculaire diagnostiquée avant la mort.** (*Perforation of the Infarcted interventricular Septum Diagnosed Ante Mortem.*) "Acta Medica Scandinavica", 133: 1 (janvier) 1949.

La rupture du cœur se produit généralement moins de 2 semaines après un infarctus du myocarde et d'habitude à la fin de la première semaine. C'est, règle générale, une trouvaille d'autopsie, mais dernièrement, plusieurs cas ont été diagnostiqués pendant la vie. Cliniquement, le diagnostic se fait à l'apparition

d'un souffle systolique rude et sonore avec frémissement dans la région sternale basse chez un patient qui souffre d'infarctus récent.

Un patient de 60 ans, diabétique connu depuis 17 ans, avec une T.A. de 155/70, commence à se plaindre de douleurs anginoïdes progressives qui le forcent à ralentir ses activités et vont même un jour jusqu'à lui causer une grave dyspnée, avec signes de congestion veineuse, le neuvième jour après avoir subi une crise d'angine qui avait duré une journée.

Comme on entendait le souffle systolique en question et qu'on avait par ailleurs des signes

d'infarctus postérieur à l'ECG on conclut à la rupture du septum.

Le patient mourut 24 jours après l'infarctus et 15 jours après la perforation septale. A l'autopsie, on trouva un thrombus dans l'artère coronaire droite et un infarctus de la partie postérieure du septum, avec perforation de 1 cm.

De ceci ressort la nécessité d'imposer un repos prolongé dans les cas d'infarctus du myocarde, les petits se sclérosant après 5 semaines et les gros après 2 mois et plus.

J.-Roger GAREAU.

SOCIÉTÉS

RÉUNION SCIENTIFIQUE DU BUREAU MÉDICAL DE L'HÔPITAL NOTRE-DAME

Séance du 28 avril 1949.

Présidence de M. P.-M. Ricard.

Gastrectomie d'urgence pour hémorragie massive d'origine ulcéreuse.

M. Marcel LAMOUREUX

Le 26 janvier 1949, Monsieur A.N..., âgé de 69 ans, est hospitalisé pour hémorragie intestinale grave.

Depuis 3 jours, à la suite d'un écart de régime, il souffre d'une diarrhée profuse avec selles noirâtres et goût de sang; il se sent très faible et incapable de se tenir debout. Il n'a pas vomi de sang.

Le patient est un ancien alcoolique prenant, autrefois, 40 onces de spiritueux par jour, mais depuis cinq ans, il ne prend plus d'alcool.

Depuis trois ans, le malade a présenté du méloena à trois reprises différentes, mais de façon beaucoup moins abondante qu'au cours de cet épisode actuel.

Un examen radiologique antérieur a démontré chez lui un ulcère duodéal, origine alors probable de ses hémorragies digestives. Entre ces crises, le patient se porte très bien. L'histoire antérieure du malade ne révèle aucun autre antécédent important.

Ce qui frappe d'abord, à l'examen du malade, c'est sa pâleur extrême des téguments et des muqueuses. Il est très asthénique, anxieux et un peu agité; le pouls est à 100; la pression 140/80; la respiration à 28.

L'abdomen est souple, légèrement douloureux au niveau de la région épigastrique. Il existe des râles de congestion au niveau des deux bases pulmonaires. Le reste de l'examen ne révèle rien d'anormal pour un homme de cet âge.

La formule sanguine, demandée d'urgence à 5 hres p.m., nous donne les résultats suivants:

Globules rouges 2.400.000 —
hémoglobine 44%.

Le temps de saignement est à 1 min.

Le temps de coagulation à 4 min.

Une transfusion de 1000 cc. est administrée lentement, un tube de Levine est introduit dans l'estomac et ne ramène pas de sang. Nous prescrivons de la morphine, une diète absolue, la prise de la pression et du pouls à toutes les heures, la surveillance du tube de Levine re: présence de sang, et une formule sanguine aux 6 heures.

Après transfusion, la formule sanguine remonte à: globules rouges 2.500.000 — hémoglobine 50% à 11 heures p.m. puis à globules rouges 2.700.000 — hémoglobine 53% le lendemain à 5 heures a.m.

Le lendemain, 27 janvier 1949, nous prescrivons une autre transfusion de 300 cc. et la formule sanguine est à globules rouges 2.700.000 — hémoglobine 58% à 5 heures p.m.

Le 28 janvier 1949, nous tentons une alimentation liquide et à 5 heures p.m., la formule sanguine est à globules rouges 3.200.000 — hémoglobine 63%.

Au cours de la journée du 30 janvier, le malade présente des symptômes d'une nouvelle hémorragie; il reçoit une transfusion de 300

c.c. et la formule sanguine tombe à 2.250.000 — hémoglobine 48%.

Le lendemain matin, 31 janvier, la formule est tombée à globules rouges 1.775.000 — hémoglobine 44%.

Durant toute cette période, la pression artérielle maxima se maintenait entre 139 et 150 et le pouls entre 80 et 100.

En face de ces signes de persistance d'hémorragie, malgré le traitement, et devant le maintien relativement bon de l'état général du malade, nous décidons d'intervenir d'urgence. Le 31 janvier, dans l'après-midi, nous pratiquons la laparotomie.

A l'ouverture, on constate que le côlon est rempli de sang noirâtre. Sur la face postérieure du bulbe duodénal, on palpe un gros ulcère térébrant dans la tête du pancréas. Il existe une forte réaction inflammatoire péri-bulbaire. L'artère pancréatico-duodénale nous semble augmentée de calibre et rigide. L'estomac est vide, le foie est normal de volume et de coloration; il n'existe pas de dilatation de la circulation porte et les parois du grêle et du côlon ne présentent rien de particulier.

Nous pratiquons une gastrectomie partielle avec exérèse de l'ulcère et fermeture du moignon duodénal au delà de la lésion. Le malade reçoit 1.500 cc. de sang et 500 cc. de soluté physiologique au cours de l'intervention, à la fin de l'opération, la pression artérielle est à 105/55, le pouls à 88.

Les suites opératoires sont essentiellement normales, la formule sanguine, le 2 février 1949, est à globules rouges 3.575.000 — hémoglobine 79%. Le malade quitte l'hôpital 15 jours après l'intervention. Il est revu un mois après l'opération et il se porte très bien.

Nous présentons le malade, conscients du peu de force d'argumentation qu'offre la présentation d'un seul cas dans cette grave complication de l'ulcère qu'est l'hémorragie massive. Nous espérons que l'avenir nous fournira un matériel plus abondant nous permettant de prouver nos avancés.

Nous croyons que tout ulcéreux qui saigne est un candidat possible à la chirurgie d'ur-

gence, qu'il doit être suivi attentivement d'heure en heure et que, s'il continue de saigner malgré la thérapeutique médicale, ou si après arrêt l'hémorragie recommence, surtout s'il s'agit d'un homme ayant dépassé la quarantaine, on ne doit pas hésiter à arrêter chirurgicalement l'hémorragie et ceci sans attendre que l'état général du malade ne devienne trop mauvais.

L'opération de choix est la gastrectomie avec exérèse de l'ulcère. Elle est bien tolérée, arrête l'hémorragie et c'est le meilleur traitement actuel en vue des récidives futures.

Discussion.

M. LOUIS HENRI GARIÉPY. Ce travail indique un changement d'orientation de la part des chirurgiens dans le traitement de ce genre de complication. Il y a quelques années, les chirurgiens auraient hésité avant d'entreprendre une telle intervention en présence d'une hémorragie massive.

M. YVES CHAPUT félicite le docteur M. Lamoureux de l'audace qu'il a eue de faire l'opération. Aux Journées médicales de 1947, lors d'un symposium sur les hémorragies digestives, l'attention avait été attirée sur les variétés d'ulcères d'estomac. Il ajoute que lorsqu'il s'agit d'un vieil ulcère d'estomac, il y a des chances que l'hémorragie soit une hémorragie artérielle. Si dans un délai minimum de 48 heures l'hémorragie n'arrête pas ou récidive c'est une indication absolue pour l'intervention chirurgicale.

Il demande au docteur Lamoureux de faire des commentaires sur les constatations opératoires et sur l'examen anatomo-pathologique dans son cas.

M. RENÉ ROLLAND. Autrefois on ne faisait que l'exérèse de l'ulcère. Il est intéressant qu'ici on ait fait d'emblée la cure radicale.

M. MARCEL LAMOUREUX répond au docteur Y. Chaput qu'à l'opération, l'artère pancréatico-duodénale semblait augmentée de volume. Le rapport anatomo-pathologique a révélé qu'il s'agissait d'un ulcère duodénal sans mention de la présence d'une artère. Lorsqu'une

pièce anatomo-pathologique est enlevée à la salle d'opération on se trouve à détruire l'artère principale de la région et par conséquent

on ne peut la voir sur le specimen anatomo-pathologique comme si le prélèvement avait été fait à la salle d'autopsie.

Note préliminaire sur l'étude du dosage de l'urée sanguine.

M. Paul RIOPEL

Principes	Méthodes diverses	Dosage	Causes d'erreur	Appréciations diverses
Produit de condensation: Dixanthylurée	Xanthydrol - Fosse - Agasse Lafont, 5e Ed. 423	1°) Gravimétrie 2°) Volumétrie J. Phcie & Chim. XV - 7 - 1932	1°) Antipyrine 2°) Véronal, Dial GardénaI (Fabre)	La plus précise La seule méthode directe
Hydrolyse de l'urée par l'uréase	Van Slyke & Cullen <i>J. Am. Med. Ass.</i> , 62-1558-1914	1°) Colorimétrie après Nessler.	1°) Hg-Pb-Cu-Ag	"The multiplicity of published procedures for determining Urea Nitrogen is an indication that the Ideal Method has not yet been found."
	Folin Wu <i>J. Biol. Chem.</i> , 38- 91-1919		2°) Fluorure Halogènes	
	Keller <i>J. Lab. Clin. Med.</i> , 17-1146-1931	2°) Aération ou Distillation		
	Keller & Swedberg <i>J. Biol. Chem.</i> , 88- 77-1930	a) Colorimétrie	3°) pH	
	Gentzkow <i>J. Biol. Chem.</i> , 143- 531-1942	b) Volumétrie.	4°) Sol. Tampons a) Nature b) Composition	
Hydrolyse acide de l'urée sous pression	Karr <i>J. Lab. Clin. Med.</i> , 9- 3-1924			
	Karr modifié <i>P. Riopel, H.N.-D.</i> , 1949	3°) Gazométrie du CO ²	5°) Ammoniaque	Cf. C. J. Gentzkow <i>J. Biol. Chem.</i> , 143 - 531 - 1942
Libération de l'azote de l'urée par: BrONa	Leiboff & Kahn <i>J. Biol. Chem.</i> , 83- 347-1929	Van Sylke <i>J. Biol. Chem.</i> , 73 - 695 - 1927		
	Wong <i>J. Biol. Chem.</i> , 55- 431-1923			
	Grimbert & Laudat Fiches biochimiques U.18		1°) Température et pression (contrôlables)	Grimbert & Laudat comparèrent les résultats de cette méthode avec celle au Xanthydrol et obtinrent des chiffres pratiquement identiques.
	Agasse Lafont 5e Edition 1945	Gazométrie de l'N libéré	2°) Oxydation = NCH	
	R. Bonnay Thèse doctorat-Phcie-Paris 1946		3°) Créatinine 4°) Ac. Urique.	

Modification de la méthode de Karr

- 1° — Défécation changée.
- 2° — Moment de l'hydrolyse déplacé pour poser la réaction à son pH optimum.
- 3° — Abandon de l'usage de la gomme Ghati.
- 4° — Addition au réactif de Nessler:
 - a) de persulfate de potassium pour prévenir la réduction;
 - b) de gluconate de potassium pour modérer l'action oxydante du persulfate

(cf. Gentzkow, *J. Biol. Chem.* 143 - 1942).

Etude des causes d'erreur du BrNaO

- 1° — Température et pression; les contrôles quotidiens détournent ces erreurs.
- 2° — Apport d'azote créatinique:

Créatinine (C₄ H₇ ON₃), dont 37.16% d'azote.

Créatinine normale du sang: 1 à 2 mg. %.

Azote créatinique normal: 0.37 à 0.74 mg. %.

BrNaO dégage 1/3 de l'N créatinique (Polonovski - 117 - 1948)

Donc: 0.12 mg. d'N entraînable par mg. de créatinine.

Etude de certaines causes d'erreur des tests à l'urease.

L'erreur due au Pb et surtout au Hg n'est pas fonction de la masse de ces corps; de très faibles traces s'attaquent au dynamisme de la réaction diastasique.

La faible quantité d'ammoniaque susceptible de se trouver dans certains papiers filtres serait dommageable. (cf. Hawk & Summerson p. 504).

Observations

1° — Les causes d'erreur avec le BrNaO sont contrôlables ou négligeables.

2° — 96% à 103.8% de l'urée ajoutée au sang est récupérable avec le BrNaO. Le 3.8% additionnel exprime la limite d'erreur en excès des expériences en cours.

3° — Le BrNaO serait un réactif suffisamment énergique pour libérer l'azote des composés uréiques possibles.

4° — Seulement 14.2% de l'urée ajoutée au sang est récupérable avec la méthode Karr modifiée.

5° — 55.65% de l'urée ajoutée au sang est récupérable avec la méthode Karr.

6° — Les résultats obtenus avec Karr et Karr-Riopel comparés à ceux donnés avec le BrNaO dégagent les faits suivants:

a) La méthode de Karr modifiée dose 73.5% de l'urée.

b) La méthode de Karr modifiée dose 42.67% de l'urée.

7° — L'examen des clichés reproduisant ces résultats laisse prévoir qu'il y aurait formation de composés uréiques.

8° — L'uréase semble ne pouvoir hydrolyser de tels composés.

Conclusion

Considérant les observations qui se dégagent présentement de ce travail, la méthode à l'hypobromite sera conservée pour le dosage de l'urée du sang.

Discussion.

M. PAUL RIOPEL montre, par une série de transparents, le résultat de nombreuses analyses de contrôle avec diverses méthodes de dosage de l'urée sanguine.

M. ALBERT BERTRAND. Le travail de Monsieur Riopel prouve bien qu'avant de changer de méthode, il faut nécessairement vérifier la valeur des nouvelles méthodes proposées.

Coarctation de l'aorte.

MM. L.-H. GARIÉPY, F. JONCAS

et Fabien PARENT

M.C., jeune homme de 25 ans, jouissant d'une bonne santé et dont le travail ne consiste qu'en surveillance, le forçant à marcher une dizaine d'heures par jour, est admis à l'hôpital le 4 février dernier, pour une épistaxis. L'hémorragie, que des tamponnements des deux narines, à la maison, n'ont pu arrêter, a débuté la veille, spontanément, à son travail.

A l'admission, nous trouvons un jeune homme bien constitué, mais dont la pâleur fait soupçonner une anémie considérable.

L'histoire subjective ne montre rien de particulier sauf de la faiblesse et des engourdissements des deux membres inférieurs, vers la fin de la journée. En 1941, l'examen médical, pour service militaire, révéla un cœur hypertrophié. Depuis deux ans, il a dû cesser tout exercice physique à cause de faiblesse des jambes.

Antécédents personnels

R.A.A. en bas âge avec œdème des membres inférieurs; Oreillons à 12 ans; Otite à 17 ans.

Antécédents héréditaires

Rien de particulier.

Objectivement

Pâleur des téguments; saigne abondamment des deux narines, surtout à droite.

Température: normale — Respiration: 28 — Pouls: 140 — P.A.: 160/90.

Cœur: la pointe bat à 13.5 cm de la ligne médio-sternale. Souffle systolique avec intensité maximum en avant, dans le 2^{ème} espace intercostal gauche, mais plus marqué dans la région scapulovertébrale gauche.

L'examen du nez, par les docteurs Jules Brahy et René Charbonneau, montre une hémorragie en nappe des fosses nasales.

Laboratoires

Temps de saignement et coagulation: normaux. — Epreuve de fragilité capillaire: normale. — Prothrombine: 100%. — Plaquettes sanguines: 170.500. — Globules rouges: 4.200.000 le 4 février 1949. — 1.525.000 le 5 février 1949. — Groupe sanguin: A — Rh négatif.

Traitement

Tamponnements antérieurs et postérieurs avec thrombine topique.

Synkavite — Redoxon — Cérutin —

Onze transfusions du 8 au 23 février avec total de 3.400 ml.

La thérapeutique n'a pas empêché le malade de saigner à des intervalles irréguliers durant près de trois semaines, les hémorragies étant précédées de malaise, nervosité, céphalée et sueurs froides.

Le 25 février, un examen plus complet montre, en plus des symptômes déjà mentionnés, les signes suivants:

	Membres supérieurs	Membres inférieurs
Périphérométrie	33° Centigrade	29° C.
Appar. McKesson		
Oscillométrie	9 Graduations	Moins que 1
Tension artérielle	160/90	Impossible à prendre
Pulsations	Radiales bien frappées	Fémorales = nil Pédieuses faibles

De plus, les pulsations des artères intercostales sont palpables.

Une radiographie du thorax montre un cœur hypertrophié et la présence d'érosions sur le bord inférieur des arcs costaux.

Le docteur Paul David confirme le diagnostic de « Coarctation de l'aorte ».

Le malade n'ayant pas saigné durant les deux dernières semaines de son hospitalisation, il retourne chez lui temporairement, en attendant l'intervention chirurgicale pour résection du segment rétréci de l'aorte.

Discussion.

M. FERNAND JONCAS résume l'observation et présente le malade.

M. LOUIS-HENRI GARIÉPY explique les circonstances qui ont permis de faire le diagnostic de ce cas. Lors d'une réunion scientifique du Bureau médical, le docteur Paul David avait présenté une observation de coarctation de l'aorte. Le résumé de la symptomatologie de cette maladie nous a fait penser que notre malade pouvait, lui aussi, avoir la même affection. Immédiatement après l'assemblée, le malade a été réexaminé et éventuellement le diagnostic a été confirmé.

M. C. A. ATTENDU demande si la syphilis peut être mise en cause au point de vue pathogénie et demande aussi quel a été le résultat du Wassermann.

M. ANDRÉ MACKAY se demande comment expliquer le fait qu'il n'y avait pas de battement artériel aux fémorales et qu'il y avait quelques pulsations aux pédieuses.

M. JULES PRÉVOST. Les chirurgiens ont-ils vu le malade et ont-ils décidé de l'opérer?

M. PAUL DAVID explique la lésion anatomopathologique par un dessin au tableau noir.

Il répond au docteur Attendu que l'étiologie de la coarctation de l'aorte est purement congénitale et que la syphilis n'y joue aucun rôle. Le traitement est exclusivement un traitement chirurgical.

Electrocardiographie et angine de poitrine. Importance de l'épreuve d'effort.

MM. Paul DAVID et Jacques FOURCAND.

Diagnostic de l'angine de poitrine.

Le diagnostic clinique d'angine de poitrine est en général relativement facile: douleur

rétrosternale d'effort avec ou sans irradiation, de courte durée, soulagée par le repos ou un vasodilatateur (nitroglycérine, nitrite d'amy-le, trinitrine — etc.). Tel est le tableau clinique typique.

Le cas atypique n'est pas exceptionnel:

1) Douleur: serrement, pesanteur, brûlement, suffocation, malaise, engourdissement, étouffement.

2) Localisation: presque toujours rétrosternale, épigastrique, scapulaire, brachiale seulement.

3) Irradiation: souvent absente, dans l'une ou l'autre des épaules, l'un ou l'autre des bras, le long d'une mâchoire, etc.

4) Effort: physique, émotionnel, digestif, sexuel, mental. Rôle de la température.

5) Repos: diminution ou arrêt de l'activité soulage presque toujours le patient.

6) Vasodilatateur: excellent test thérapeutique diagnostic. Dose appropriée à chaque cas.

Rôle de l'électrocardiographie.

L'électrocardiogramme est l'image de l'état du myocarde au moment où le tracé est enregistré. L'angine de poitrine est un symptôme qui traduit l'ischémie ou l'anoxémie du myocarde au moment du spasme coronarien. La crise terminée, l'ischémie disparaît et le myocarde peut être parfaitement bien oxygéné. D'où la fréquence des tracés électrocardiographiques normaux chez les angineux. Corollaire: un électrocardiogramme normal n'élimine pas le diagnostic clinique d'angine de poitrine.

Rôle de l'épreuve d'effort.

Elle consiste à placer le patient dans une condition provocatrice de crise. Plusieurs méthodes:

1) Two steps exercise test de Master: Il s'agit d'une épreuve standardisée par des milliers d'expériences chez l'homme normal. Epreuve proportionnelle au sexe, âge, poids et taille. Avantage de la comparaison.

2) Test d'anoxémie de Levy et Brorek: Il consiste à faire inhaler de l'azote en quantité connue pendant un temps connu.

3) Test de l'escalier: Le nôtre. Il a l'avantage d'être rudimentaire et très simple, de pouvoir être fait avec un minimum d'appareillage et de personnel. Le tracé est d'abord pris au repos (D1, D2, D3, VR, VL, VF, V2, V4, V5) puis répété après effort (D1, D2, D3, D4).

Danger de l'épreuve d'effort.

Il existe. Elle peut provoquer une crise (condition électrocardiographie idéale), tout comme la montée de l'escalier ou le déplacement pour venir consulter au dispensaire ou au bureau.

L'un de nous (P.D.) a enregistré environ cent épreuves d'effort sans un seul cas de mortalité. Nous prenons les mesures de protection suivantes:

1) Nous ne pratiquons jamais l'épreuve sans la demande spécifique du médecin traitant.

2) Nous exigeons la présence d'un médecin ou d'un interne aux côtés du patient pendant le test.

3) Nous arrêtons toujours l'épreuve à 100 marches et avant si le patient se plaint d'un malaise rétrosternal pendant l'épreuve.

4) Nous avons en mains pendant l'épreuve de la nitroglycérine.

Résultat de l'épreuve d'effort.

Nous avons réuni onze électrocardiogrammes de notre filière privée et de celle de l'hôpital afin d'illustrer les modifications obtenues.

Nous remercions les docteurs J. Prévost, L. Morissette, J. Léger et R. Boucher d'avoir bien voulu nous autoriser à publier des tracés de leurs malades privés.

Nous avons surtout cherché des tracés normaux ou presque au repos et pathologiques à l'effort — 8 de nos cas tombent dans cette catégorie. Nous avons retenu les trois autres cas parce qu'ils illustraient d'une façon parti-

culièrement nette les signes de positivité à l'effort: abaissement du segment ST, inversion de l'onde T ou apparition de contractions prématurées.

Histoires de cas et projections de tracés.

Cas No 1

Monsieur F..., nous est référé avec un diagnostic d'angine de poitrine et on nous demande, spécifiquement, de pratiquer un tracé à l'effort. Nous n'avons pas d'autres renseignements cliniques à son sujet. L'ECG au repos est pathologique et, après épreuve d'effort (70 marches), on constate une aggravation marquée des signes en D1 et V4.

Nous avons appris que, dernièrement, il a possiblement fait un infarctus du myocarde et qu'actuellement Monsieur F... est au repos absolu au lit.

Cas No 2

Monsieur St-D..., âgé de 49 ans, se plaint, depuis 1947, de douleurs rétro-sternales provoquées par l'effort. Un diagnostic d'angine de poitrine fut posé et un ECG au repos se révéla absolument négatif. A cette occasion le diagnostic fut changé en celui d'hyperchlorhydrie gastrique.

Plusieurs médicaments ne donnèrent aucun résultat lorsqu'il nous consulta au dispensaire.

Les crises ont une localisation nettement rétro-sternale, sont provoquées par l'effort, durent au plus 15 minutes et sont soulagées par le repos et la nitro-glycérine.

L'examen objectif montre une P.A. à 160/100 mais, à part cela, rien de significatif au cœur.

A la fluoroscopie, le cœur est radiologiquement normal.

Une épreuve d'effort fut pratiquée le 7 janvier 1949, L'ECG au repos, à part une déviation à gauche de l'axe électrique, est normal. Après exercice (60 marches), on note une légère dénivellation du segment ST en D1 et V4; dans cette dernière dérivation l'onde T, qui au repos était nettement positive, est maintenant presque aplatie. Le diagnostic d'angine

de poitrine est donc confirmé par le tracé à l'effort.

Cas No 3

Madame H. G..., âgée de 65 ans présente des crises douloureuses rétro-sternales accompagnées de céphalée intense avec, assez souvent, irradiation dans l'épaule gauche ainsi que dans le bras. Les crises sont provoquées soit par l'effort, soit par une émotion; elles sont, en général, soulagées par la nitro-glycérine. Des conflits familiaux et un psychisme particulier font penser à des crises d'hystérie.

Le premier ECG pratiqué au repos fut à peu près négatif. Les deuxième et troisième faits à domicile pendant le syndrome douloureux, montraient des modifications considérables. Le diagnostic d'Angor Pectoris fut définitivement posé.

Hospitalisée à l'occasion d'une sympathectomie cervicale, un ECG au repos, sans douleur, est totalement négatif. Mais l'effort (40 marches) imprima sur le nouvel ECG des modifications typiques d'insuffisance coronarienne.

Cas No 4

Monsieur A.B. est référé par son médecin avec un diagnostic de probabilité d'angine de poitrine. Les premières crises douloureuses ont débuté il y a environ 5 ans. Il est hospitalisé à deux reprises pour ce syndrome douloureux et, au second séjour à l'hôpital, une cholécystectomie est pratiquée bien que la vésicule ne contenait pas d'images suspectes de calculs à l'examen radiologique.

Des tracés ECG au repos n'avaient rien montré et le médecin traitant me le refère afin de faire la preuve de l'angine de poitrine.

Une épreuve d'effort fut pratiquée le 7 janvier 1949 et montra une dénivellation du segment ST en D1 et surtout V4. Ces constatations signent le diagnostic d'insuffisance coronarienne.

Cas No 5

Monsieur A.D..., âgé de 62 ans, présente, de-

puis 1947, de nombreux épisodes absolument typiques d'angine de poitrine.

En janvier 1948, crise rétro-sternale très douloureuse, de longue durée. Depuis, les moindres efforts physiques déclenchent la crise qui est soulagée par la nitro-glycérine.

A l'examen: rythme cardiaque régulier à 72, — souffle systolique râpeux d'intensité moyenne grade III au foyer aortique et à la pointe. Aucun signe d'insuffisance cardiaque.

Scopie: cœur non augmenté de volume mais hypertrophie du ventricule gauche.

L'ECG presque normal au repos montre, à l'effort, un aplatissement marqué de l'onde T en V4. Ce signe ECG, joint à l'histoire clinique, permet de poser, à coup sûr, le diagnostic d'angine de poitrine.

Cas No 6

Monsieur R.M. âgé de 65 ans consulte son médecin la première fois en février 1946, pour un syndrome douloureux rétro-sternal, survenant à l'effort seulement, datant depuis mai 1945. Depuis cette époque les crises n'ont jamais cessé complètement mais, à certaines périodes, elles se sont espacées.

Un ECG pratiqué le 10 novembre 1948 montre, après épreuve d'effort (70 marches) un aplatissement de l'onde T en D1, D2 et V4. Il faut noter que le tracé, au repos, est tout à fait normal. Dans le cas présent la positivité de l'épreuve d'effort permet de confirmer le diagnostic clinique d'angine de poitrine.

Cas No 7

Monsieur C. P... âgé de 49 ans nous est référé, par le service de médecine, pour des douleurs localisées au creux épigastrique avec irradiation rétro-sternale, nausées et fatigue lors des crises. Ce syndrome semble lié à l'effort et soulagé par le repos.

Un traitement médical pour gastralgie n'eut aucun résultat. Les examens clinique et radiologique sont négatifs.

L'ECG fait le 12 janvier 1949 est absolument normal au repos. A l'effort (60 marches) nous voyons une dénivellation du segment ST en D1, D2 et V4 avec une diminution d'am-

plitude de l'onde T dans ces dérivations. Cette constatation permet de confirmer le diagnostic clinique d'angine de poitrine. Par la suite, le patient fut soulagé par la nitro-glycérine.

Cas No 8

Madame P.V... âgée de 36 ans est très nerveuse. Elle se plaint de palpitations et d'une sensation douloureuse rétro-sternale, sans relation avec l'effort.

Examen: P.A. 145 -140/90. Souffle systolique aortique grade II.

Scopie: aorte élargie et déroulée. Hypertrophie concentrique du ventricule gauche.

L'ECG fait en mars 1947 ne montre rien de significatif au repos tandis qu'à l'effort (70 marches) on note un aplatissement très net de l'onde T en V4.

Cas No 9

Monsieur J.L... âgé de 57 ans se présente au dispensaire pour douleurs rétro-sternales à l'effort s'irradiant au creux épigastrique, aux mâchoires, au bras gauche et rarement au bras droit. Le repos soulage ces crises qui sont raccourcies par la nitro-glycérine.

L'ECG au repos est pathologique mais, à l'effort, nous voyons apparaître des contractions prématurées très fréquentes donnant un rythme bigéminé. Nous pensons que ce signe dépend directement d'une insuffisance coronarienne créée par l'exercice. Le diagnostic clinique déjà très net est confirmé par l'ECG.

Cas No 10

Monsieur L.H... est âgé de 54 ans et présente des crises douloureuses rétro-sternales provoquées par l'effort, s'irradiant dans le bras gauche, soulagées par la nitro-glycérine, depuis 5 ans. Les périodes d'aggravation nécessitent souvent 20 à 25 tablettes de nitro-glycérine pour obtenir une amélioration.

Une épreuve d'effort, faite le 6 novembre 1948, montre un abaissement très marqué du segment ST en V4 avec aplatissement de l'onde T dans cette dérivation. Il faut noter que, dans le cas présent, l'ECG au repos montrait très peu de signes d'anormalité en dépit d'une histoire clinique très typique.

Cas No 11

Madame F.C..., âgée de 66 ans, consulte son médecin en 1945, pour des douleurs musculaires et des troubles circulatoires périphériques. La P.A. est de: 180/100. Une radiographie montre une hypertrophie ventriculaire gauche.

Vers le mois de décembre 1947, apparaissent des douleurs rétro-sternales de courte durée, soulagées par le repos et la nitro-glycérine.

Un ECG fut fait le 6 septembre 1948. Au repos: quelques petites modifications suggestives de troubles myocardiques. A l'effort (70 marches): on note un abaissement très marqué du segment ST en V4 qui signe une insuffisance coronarienne typique.

Conclusion

L'angineux présente très souvent, au repos, un tracé électrocardiographique normal.

L'angineux présente très souvent, à l'effort, un tracé électrocardiographique anormal.

Nous pensons donc que cette épreuve devrait être pratiquée de routine chaque fois qu'un diagnostic d'angine de poitrine est soupçonné ou posé.

Discussion.

M. PAUL DAVID montre, au moyen de transparent, les électrocardiogrammes avant et après l'épreuve d'effort. Il explique que l'épreuve d'effort est faite seulement sur la demande du médecin traitant. Si l'électrocardiogramme au repos est déjà pathologique, il faut être très prudent avant de décider de faire l'épreuve d'effort.

M. JULES PRÉVOST demande des précisions sur la gradation de la positivité de l'épreuve.

M. YVES CHAPUT demande quelle serait l'attitude des compagnies d'assurance en présence d'un électrocardiogramme anormal après l'épreuve d'effort.

M. PAUL DAVID répond au *docteur J. Prévost* que la gradation de la positivité après l'épreuve d'effort est une affaire d'interprétation personnelle. Lui-même a adopté quatre grades de positivité:

Grade I : — Modifications trop minimes pour avoir une signification clinique.

Grade II : — Modification légère du segment ST ou de l'onde T.

Grade III: — Modification marquée soit du segment ST soit de l'onde T.

Grade IV: — Modification marquée du segment ST et de l'onde T.

Le docteur P. David répond au *docteur Y. Chaput* que les compagnies d'assurance n'exigent pas que l'électrocardiogramme soit fait après l'épreuve d'effort. Cependant il est certain que si la compagnie était renseignée sur la positivité de l'électrocardiogramme après l'épreuve d'effort, le sujet serait refusé.

Fractures de jambes et ostéosynthèses.

(Rapport préliminaire)

M. Roger CHAMPOUX

Le traitement des fractures de la diaphyse des os de la jambe est gouvernée, comme c'est le cas pour toutes les fractures, par les principes généraux suivants:

1) Réduction anatomique aussi parfaite que possible des divers fragments osseux.

2) Maintien de la réduction par une immobilisation, plâtrée ou autre, du membre fracturé.

Le traitement habituel, ici à l'hôpital Notre-Dame, jusqu'à l'an dernier, était la réduction manuelle suivie, selon le cas, d'une immobilisation plâtrée, pour les fractures simples, sans tendance au glissement, ou encore la mise en place d'une broche de Kirschner au niveau du calcaneum, et d'un appareil de traction à poids, dans le but d'empêcher le glissement des fragments. Cette traction, maintenue pendant trois semaines, est suivie par l'immobilisation du membre dans un plâtre. Le principe est excellent et suit les données classiques du traitement des fractures; les résultats sont, pour la majorité des cas, très satisfaisants.

Aujourd'hui, grâce à l'avènement de la technique "no touch" en chirurgie osseuse et à l'emploi des antibiotiques, il nous est permis de recourir plus souvent aux ostéosynthèses et avec moins de crainte au point de vue infection.

La technique opératoire en est relativement simple. Savonnage du membre fracturé, incision curviligne contournant le trait de fracture et isolement des lèvres de la plaie. Réduction de la fracture qui est maintenue en place au moyen d'instruments osseux, et finalement fixation des fragments réduits, au moyen de vis en vitallium. Les différentes étapes de cette opération sont effectuées en observant rigoureusement les principes de la technique "no touch". Une fois la plaie refermée, le membre fracturé est immobilisé dans une gouttière plâtrée postérieure qui est complétée par un pansement compressif. Cette gouttière est ensuite transformée en plâtre complet au bout de six ou sept jours et le patient a son congé.

Quels sont les avantages de ces ostéosynthèses? Il y en a trois principaux. Ce sont:

1) Une réduction anatomique à peu près parfaite, ce qui, en général, est assez difficile à obtenir autrement et encore plus à maintenir.

2) Une diminution marquée de la période d'hospitalisation, surtout pour les cas faits d'emblée.

3) Un confort beaucoup plus grand pour les patients.

Quels sont les indications?

1) Ostéosynthèses d'emblée pour les cas présentant une tendance marquée au glissement, v.g. Fractures spiroïdes, fractures en biseau...

2) Ostéosynthèses secondaires pour les cas où la réduction ne semble pas vouloir se maintenir.

Il semble donc que cette technique soit une amélioration en chirurgie osseuse traumatique, et qu'elle doive nous rendre de grands services.

Pas de discussion.

Epithélioma spino-cellulaire sur lupus vulgaire.

MM. A. MARIN, F. BOULAIS et R. CARON

M. Urgel D..., 77 ans, ex-cultivateur.

Au cours de sa carrière, ce monsieur a subi plusieurs traumatismes à la face.

Depuis 30 ou 40 ans, aurait eu des lésions érythémateuses et croûteuses au front.

Il y a environ un an, aurait eu une lésion cornée au sourcil droit, lésion qui serait restée stationnaire plusieurs mois pour ensuite proliférer rapidement et atteindre son volume actuel.

Examen local

Grosse masse aplatie de 7.5 x 3 x 1 cm dont la base intéresse tout le sourcil droit et toute la paupière supérieure droite, pour ensuite s'étaler vers le bas presque jusqu'au bout du nez.

La surface de la tumeur est irrégulière, saigne facilement et secrète du liquide séro-purulent.

En relevant la tumeur, on peut voir remuer le globe oculaire et le patient perçoit la lumière. Il n'y a pas de ganglions au voisinage.

Le front est couvert d'une aire cicatricielle avec lésions érythémateuses croûteuses.

Le nez et les joues sont aussi parsemés de lésions très érythémateuses et croûteuses.

A la pression, on peut voir des grains jaunes de Trelat.

Biopsies

Epithélioma spino-cellulaire et Lupus vulgaire.

L'examen de l'œil fut fait en ophtalmologie.

Discussion.

M. FRÉDÉRIC BOULAIS présente le malade.

M. PAUL DONTIGNY s'informe du traitement.

M. JULES PRÉVOST demande quelle est la localisation habituelle du lupus vulgaire.

M. ALBÉRIC MARIN: l'éventualité de développement de l'épithélioma n'est pas exceptionnelle parce que le lupus vulgaire est considéré comme une précancérose.

Il répond au *docteur Paul Dontigny* que le traitement de l'épithélioma se fera par radium puncture. Le traitement du lupus vulgaire est l'emploi de la vitamine D² qui est une des découvertes récentes les plus remarquables.

Il répond au *docteur Jules Prévost* que le lupus vulgaire est localisé surtout à la face.

Georges LECLERC.

NÉCROLOGIE

DOCTEUR FREDERICK SMITH

(1903-1949)

Avec le décès du docteur Frederick Smith, la Faculté de Médecine de l'Université McGill a perdu un homme de talent et un organisateur habile. Nommé Doyen il y a à peine deux ans et à un âge plutôt jeune — il n'avait que 44 ans — le docteur Smith s'était rapidement familiarisé avec les nombreux problèmes que confrontent tous les jours ceux qui dirigent une Faculté de Médecine et savait — sinon les résoudre — au moins y trouver une solution satisfaisante. J'ai pris contact avec le docteur Smith pendant la dernière guerre, alors que nous siégeons dans divers comités du Conseil National des Recherches et, à la suite de sa nomination comme Doyen, je l'ai rencontré à maintes reprises, alors que nous discutons de nos problèmes communs. Il m'a toujours été très sympathique et je suis certain que nous nous comprenions. Le docteur Smith avait compris toute l'importance que notre Faculté prenait de jour en jour et, tout récemment encore, il me parlait de notre futur hôpital universitaire. Il se rendait compte que dans cet hôpital — que nous terminerons sûrement un jour — nous disposerions d'un moyen certain d'étendre et de compléter notre enseignement, et se réjouissait de l'influence que nous pourrions exercer dans notre milieu montréalais.

Le docteur Smith naquit à Bradford, Angleterre, le 27 février 1903, où il fit ses premières études. Plus tard, il entra à l'université de Cambridge et obtint son diplôme de bachelier ès arts en 1925. Il étudia alors la médecine à l'hôpital Guy, et à l'hôpital de Londres à titre de "Freedom Research Scholar". Il gradua en 1927 avec les distinctions M.R.C.S. (d'Angleterre) et L.R.C.P. (de Londres) et, en 1928, obtint les titres de M.A., M.B. et B.Ch. (Cambridge). L'année suivante il était nommé "Ré-

sident House Physician" à l'hôpital de Londres. En 1929, M. le docteur Smith fut nommé "Research Assistant" à l'Institut Rockefeller de New York. Il s'associa au personnel enseignant de l'université McGill en 1931, à titre de conférencier, division de la Bactériologie; il devint plus tard professeur-adjoint, et, en 1946, professeur. Il fut nommé Doyen de la Faculté de Médecine le 1er juillet 1947.

Je suis convaincu que nous avons perdu un excellent ami parmi nos collègues de langue anglaise et tous ceux qui ont connu comme moi le docteur Smith ne sauraient qu'en garder un souvenir heureux. La Faculté de Médecine a déjà exprimé ses condoléances à l'Université McGill et à Madame Smith. Je profite de l'occasion pour renouveler nos sympathies par l'entremise de l'Union Médicale du Canada.

Edmond DUBE, M.D.

Doyen de la Faculté de Médecine
Université de Montréal.

DOCTEUR THOMAS E. JONES

(1892-1949)

Le 29 septembre dernier, le docteur Thomas E. Jones est décédé au moment où il était en train de changer de vêtements avant de commencer ses opérations. Le docteur Jones était le chef du département de chirurgie de la "Cleveland Clinic". Ainsi disparaît un des premiers chirurgiens des Etats-Unis. Tous, américains ou étrangers, étaient unanimes à reconnaître son habileté remarquable et sa grande valeur chirurgicale.

Le docteur Jones était né le 1er avril 1892 au pays de Galles. Tout jeune encore, ses parents vinrent habiter aux Etats-Unis dans l'Ohio. Il étudia à Steubenville, Ohio, et ensuite à l'Université "Western Reserve" à Cle-

veland où il fut reçu médecin en 1916. Il fit du service militaire au cours de la première grande guerre et, en février 1921, il devint l'associé de cette brillante équipe des fondateurs de la "Cleveland Clinic": Crile, Bunts, Lower et Phillips. Il ne quitta jamais Cleveland.

Il était membre de plusieurs sociétés de chirurgie et de proctologie, tant américaines qu'étrangères, et il a laissé des travaux importants sur la chirurgie du tube digestif et en particulier sur le côlon et le rectum. Il était sans contredit l'un des cinq plus grands chirurgiens du tube digestif en Amérique.

Ceux qui l'ont connu et surtout tous ses élèves qui, comme moi, l'ont vu à l'œuvre, à la salle d'opération, de sept heures trente à une heure, et ensuite à examiner des patients de

deux à six et ceci six jours par semaine, n'oublieront jamais son assiduité au travail, sa dextérité sans gestes inutiles, ses conseils et son exemple.

S'il était demeuré célibataire, c'était sûrement pour se donner plus à son travail et à ses malades.

La mort tragique du Docteur Jones, en pleine activité à 57 ans, met en deuil la chirurgie américaine et la "Cleveland Clinic" perd en lui un de ses plus grands hommes depuis sa fondation.

A son frère, le Docteur John C. Jones, chirurgien thoracique réputé de Los Angeles et à tous mes amis de la "Cleveland Clinic", j'adresse ici l'expression de mon entière sympathie.

Maurice GERVAIS.

NOUVELLES

OFFICIERS DE L'ASSOCIATION DES RADIOLOGISTES DE LA PRO- VINCE DE QUÉBEC

Samedi soir dernier, le 15 octobre 1949, les membres de l'Association des Radiologistes de la Province de Québec ont élu leurs officiers pour l'année 1949-50.

Ces officiers sont :

Président: Dr Mathieu Samson, Québec.

Vice-président: Dr Edwin Crawford, Montréal.

Secrétaire général: Dr Origène Dufresne, Montréal.

Trésorier: Dr D. L. McRae, Montréal.

Secrétaire des séances: Dr G. Gill, Montréal.

Directeurs:

Dr. Jules Gosselin, Québec; Dr C. B. Peirce, Montréal; Dr Hervé Lacharité, Montréal; Dr E. F. Crutchlow, Montréal; Dr L. A. Gagnier, Montréal.

DR. GÉRALD LASALLE

Le docteur Gérald Lasalle de l'Hôpital Général de Verdun est parti récemment pour Toronto où il étudiera l'administration hospitalière pendant une période de deux ans. Nos meilleurs vœux de succès au Dr Lasalle.

SUBVENTIONS D'HYGIÈNE À L'UNI- VERSITÉ DE MONTRÉAL

L'Institut de microbiologie et d'hygiène de l'Université de Montréal recevra une subvention fédérale qui lui permettra d'organiser dans ses laboratoires un nouveau département de virologie.

L'hon. Paul Martin, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, fait remarquer à ce sujet que le nouveau service répondra à un besoin pressant, celui d'étudier et de combattre le groupe important d'affections engendrées par les virus, et qu'il complètera le service que fournissent déjà les laboratoires d'hygiène provinciaux du Québec.

La subvention fédérale, qui s'élèvera à près de \$6,000, servira à acheter du matériel scientifique, des instruments, des articles de verre et autres accessoires qu'exige, pour être complété, l'outillage du laboratoire.

Le ministère de la Santé de la province de Québec a recommandé le projet sous le bénéfice des sub-

ventions fédérales d'hygiène. Le coût en sera imputé sur la subvention de \$1,500,000 et plus attribuée annuellement au Québec par le Gouvernement fédéral pour le développement des services généraux d'hygiène publique.

LE VINGTIÈME ANNIVERSAIRE DE LA SOCIÉTÉ DE PHTISIOLOGIE DE MONTRÉAL

Pour illustrer son vingtième anniversaire d'existence et commémorer sa fondation en 1928, la Société de Phtisiologie de Montréal vient de publier un Bulletin qui lui fait honneur. Tant par sa présentation que par la valeur des articles qu'il contient, ce Bulletin mérite notre appréciation. Certains articles rappellent le passé et l'évolution de la lutte contre la tuberculose dans le Québec et à Montréal, ils évoquent l'histoire de la Société de Phtisiologie. Ils enseignent la gratitude à l'égard de ceux qui se sont dévoués à la cause d'un des aspects les plus vitaux de la médecine sociale et permettent un certain optimisme par l'allègement progressif du taux de mortalité dans notre cité.

D'autres travaux plus spécifiquement scientifiques exposent surtout des problèmes d'ordre thérapeutique.

Nous félicitons de leur initiative les officiers de la Société et leurs collaborateurs qui ont fourni la matière de cette publication.

A la Société elle-même, nous souhaitons une prospérité scientifique croissante et une action à portée sociale grandissante.

Roma AMYOT.

LE PROFESSEUR J.-ROMÉO PÉPIN HÔTE D'HONNEUR DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE L'EST DE MONTRÉAL

Le professeur J.-Roméo Pépin, de l'Hôtel-Dieu, sera l'hôte d'honneur et le conférencier de l'Association des Médecins de l'Est, lors du dernier dîner-causerie de l'année, qui aura lieu mardi le 13 décembre prochain, à 7h.30 du soir, au Cercle Universitaire, sous la présidence du Dr Paul Letondal, président de l'Association. A cette occasion, le Dr Pépin parlera « du Praticien et de l'Université ».

Ce dîner, gracieusement offert aux membres de l'Association des Médecins de l'Est par le Labora-

toire Nadeau, termine une série de quatre dîners-causeries consacrés à l'étude des problèmes du Praticien, au cours de la présente année. Les sujets traités, les conférenciers et les laboratoires qui ont coopéré, jusqu'ici, furent les suivants: « Le Praticien et le Laboratoire » par le professeur Eugène Robillard, de l'Université de Montréal (Laboratoire Marois); « Le Praticien et les Hôpitaux » par le Dr Emile Blain, de l'Hôpital Notre-Dame (Laboratoire Lancet); « Le Praticien et les Spécialistes » par le Dr Alphonse Bernier, de l'Hôpital Saint-Luc (Anglo-French).

Pour renseignements, communiquer avec le Dr Julien Pesant, Secrétaire de l'Association, 2043, rue Champlain, Montréal.

LE PROFESSEUR MALLET-GUY À MONTRÉAL ET À QUÉBEC

Le docteur Pierre Mallet-Guy, professeur de pathologie chirurgicale à la Faculté de Médecine de l'Université de Lyon, s'est rendu très aimablement à la prière des autorités de la Faculté de Québec et de celle de Montréal et a bien voulu donner quelques leçons aux étudiants en médecine canadiens.

Mardi, le 25 octobre, il a donné une leçon clinique aux étudiants de 3e année, ainsi qu'à un grand nombre de membres du personnel, réunis dans l'amphithéâtre de l'Hôtel-Dieu de Montréal. Il a traité de la lithiase cholécystienne.

Mercredi, le 26 octobre, devant un auditoire composé d'étudiants de 3e année et de médecins, il a parlé, à l'hôpital Notre-Dame, de la pancréatite chronique. C'est à Laval de Québec que Vendredi, le 28 octobre, il donna une leçon sur les dystonies biliaires.

Le trop court passage du professeur Pierre Mallet-Guy laisse espérer une récurrence prolongée et manifeste la reprise d'un contact avec les facultés des provinces françaises, déjà amorcé par Lamarque de Montpellier et René Fontaine de Strasbourg.

LE DOCTEUR EUCHARISTE SAMSON REÇOIT LE PRIX ANNUEL DU COLLÈGE ROYAL DES CHIRURGIENS DU CANADA

Un jeune chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Québec, le docteur Euchariste Samson, recevra le 26 novembre un prix très convoité: celui du Collège Royal des Chirurgiens du Canada pour son travail intitulé: « Le traitement radical du Cancer de la tête du pancréas. »

Dans la section de médecine, le prix du Collège Royal des Médecins a été décerné au Docteur W.

Stanley Hartercroft de Toronto pour son travail portant le titre: « *Aspects of Experimental Choline-Deficiency* ».

C'est la première année que ces prix seront décernés; la cérémonie aura lieu lors des assises du Collège, tenues à Toronto le 25 et 26 novembre.

LE DOCTEUR CHARLES DEBRAY À L'HÔPITAL ST-LUC

Le cours de perfectionnement du professeur Charles Debray, médecin des hôpitaux de Paris et professeur-agrégé, comporta une série de leçons et de cliniques dont voici le programme:

Leçons théoriques.

Date	Heure	Sujet de la leçon
4 oct.	5 heures P.M.	Séance de la Société Médicale de Montréal, coïncidant avec l'ouverture du cours. Au programme, le professeur Charles Debray: <i>L'Intèrè catarrhal.</i>
5 oct.	5 heures P.M.	<i>Ulcère de l'estomac:</i> Signes et évolution.
7 oct.	5 heures P.M.	<i>Ulcère de l'estomac:</i> Formes cliniques et diagnostic.
11 oct.	5 heures P.M.	<i>Ulcère de l'estomac:</i> Pathogénie.
12 oct.	5 heures P.M.	<i>Ulcère de l'estomac:</i> Traitement médical.
14 oct.	5 heures P.M.	<i>Cancer de l'estomac:</i> Formes cliniques.
17 oct.	5 heures P.M.	<i>Cancer de l'estomac:</i> Diagnostic et indications thérapeutiques.
19 oct.	5 heures P.M.	<i>Gastrites:</i> Signes.
21 oct.	5 heures P.M.	<i>Gastrites:</i> Formes cliniques. Gastropathies allergiques, dystrophiques et carencielles.
24 oct.	5 heures P.M.	" <i>Dumping Syndrome</i> " des gastrectomisés.
26 oct.	5 heures P.M.	<i>Cholangiographie peropératoire.</i>
28 oct.	5 heures P.M.	<i>Iléus biliaire.</i>
2 nov.	5 heures P.M.	<i>Diverticule du côlon.</i>
3 nov.	5 heures P.M.	<i>Les modificateurs du comportement en radiologie digestive.</i>
4 nov.	5 heures P.M.	<i>Endocrines et tube digestif.</i>

Leçons cliniques

Tous les mardis et jeudis:

de 9.30 à 11 heures. Leçons au lit des malades.

de 11 hrs. à midi. Présentation magistrale de malades.

Les lundis, mercredis et vendredis:

de 10 hrs. à midi. Visite des salles du service de médecine.

N.B. — Ces leçons cliniques commencèrent le 5 octobre et finirent le 28 octobre 1949.

CONFÉRENCE À ST-LUC DU PROFESSEUR PIERRE MALLET-GUY DE LYON

Sous les auspices conjointes de la Société de chirurgie, de la Société de radiologie et de la Société de gastro-entérologie, le professeur Pierre Mallet-Guy de Lyon a donné à l'hôpital Saint-Luc, lundi le 24 octobre, une conférence accompagnée de projections lumineuses et complétée par la présentation d'un film personnel sur: *La manométrie et la radiographie per-opératoire dans la chirurgie biliaire*. La séance était sous la présidence du professeur Paul Bourgeois, le docteur Origène Dufresne présenta l'invité d'honneur et son collègue au programme: le docteur Charles Debray. Le docteur René Rolland remercia les conférenciers.

CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE CHIRURGIE À LA NOUVELLE-ORLÉANS

Le 13e Congrès de la Société Internationale de Chirurgie s'est tenu du 10 au 15 octobre à la Nouvelle-Orléans. Les conférences ont eu lieu à l'hôtel Roosevelt et les séances opératoires surtout au *Charity Hospital*.

Le Congrès se tint sous la présidence active du professeur George Grey Turner de Londres et la présidence honoraire du professeur Rudolph Matas de la Nouvelle-Orléans. Le secrétaire en était le docteur J. Mims Gage, également de la Nouvelle-Orléans.

Parmi les sujets au programme, on remarque: la chirurgie de la parathyroïde par le professeur Raffaele Paolucci de Rome, la chirurgie du pancréas par le professeur Ian Aird de Londres, la chirurgie de la glande pituitaire par le professeur Paul Martin de Bruxelles, le traitement de la thrombose post-opératoire et de ses séquelles par le professeur Alton Ochsner de la Nouvelle-Orléans et le professeur Michael E. de Bakey de Houston (Texas), la chirurgie de la surrénale par le professeur René Fontaine de Strasbourg et l'étude des causes de récurrence dans la chirurgie biliaire par le professeur Rudolf Demel de Vienne, Autriche.

Parmi les congressistes, dont le nombre était de plusieurs centaines, on a pu remarquer la présence de

collègues canadiens, dont les docteurs François Roy, Gustave Auger, H. Beaudet et Antoine Pettigrew de Québec, L.-P. Mousseau d'Edmonton, C. W. Harris, R. C. Laird et A. W. M. White de Toronto, Charles Bohémier, Charles Hébert, Edouard Gagnon, Jean-Paul Legault et Edouard Desjardins de Montréal.

Le président du Comité International est le docteur J. Verhoogen et le secrétaire-général est le docteur Léo Desjardin, tous deux de Bruxelles. Le prochain Congrès aura lieu à Paris en 1951 et sera sous la présidence active du professeur René Leriche.

NOUVEAUX FELLOWS DE L'AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS

La réunion clinique de l'American College of Surgeons s'est tenue à Chicago à l'hôtel Stevens, du 17 au 21 octobre. Un concours énorme de membres s'y est rassemblé; plus de 7.500 personnes se sont inscrites au Congrès.

Celui-ci s'est terminé vendredi le 21, par la réception de près de 750 nouveaux membres. Il nous fait plaisir de mentionner parmi ceux-ci, les noms de nos collègues suivants: les docteurs Jean-Paul Legault, Jean-Paul Bourque et E. Balangero de Montréal, le docteur Jacques Turcot de Québec et le docteur Edmond Bourgault d'Amos.

NOMINATIONS À LA FACULTÉ DE MÉDECINE D'OTTAWA

L'Université d'Ottawa annonce les 19 nominations suivantes à la Faculté de Médecine:

Le docteur Jean Ettore de Paris et Alger, professeur de biochimie, le docteur Ludwig von Bertalanffy de Vienne, professeur de recherches biologiques, le docteur J. P. Gilhooly, d'Ottawa, professeur d'ophtalmologie, le docteur J. L. Coupal professeur d'oto-rhino-laryngologie, le docteur Henri de St-Victor, professeur-agrégé d'obstétrique, le docteur William B. Leach du Manitoba, professeur-agrégé d'anatomie pathologique, les docteurs J. P. Bonfield, Douglas Low et N. Sauvé, chargés de cours en anesthésiologie, le docteur A. Hurtig en gynécologie, les docteurs E. D. Brunet, G. E. Irwin et J. Thérien, assistants en chirurgie, le docteur W. S. Tigges, chargé de cours en bio-physique, les docteurs A. W. Bearsto et L. Julien, assistants à la clinique médicale, le docteur M. Mainville, assistant à la clinique d'anesthésiologie, le docteur H. N. Brown assistant en pathologie et le docteur Tomara Jeletzky, démonstrateur en anatomie.

Présentation
d'une préparation fluide
de pénicilline orale
d'une saveur exceptionnelle

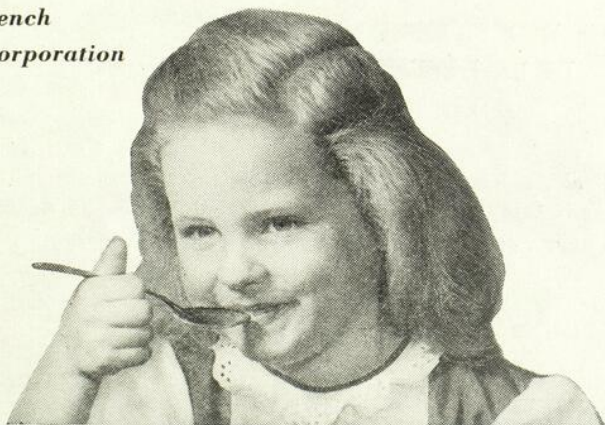
Eskacillin

L'ESKACILLIN est savoureuse et facile à donner. Vos malades—enfants, vieillards et tous ceux qui regimbent à la vue des comprimés et des mixtures amères—aimeront l'ESKACILLIN. En outre, l'ESKACILLIN:

- 1 . . . Epargne aux enfants le cauchemar et la douleur des injections.
- 2 . . . Evite aux parents la corvée d'écraser des comprimés ou de cajoler des enfants malades pour qu'ils consentent à avaler une mixture antipathique.
- 3 . . . Conserve son activité pendant 7 jours entiers à condition d'être gardée au réfrigérateur.

Une cuillerée à thé (5 c.c.) d'ESKACILLIN renferme 50,000 unités de pénicilline-G cristallisée—soit le même nombre d'unités que le comprimé classique de pénicilline per os.

Smith Kline & French
Inter-American Corporation
Montréal 1



INSTITUT DU CANCER À L'UNIVERSITÉ LAVAL

Un Institut du cancer est fondé à l'université Laval. Le secrétaire général de Laval, Mgr Alphonse-Marie Parent, a annoncé récemment la fondation du nouvel institut, qui a pour but principal de coordonner tout le travail effectué à l'Université et dans les hôpitaux universitaires de la région de Québec dans le domaine de la lutte contre le cancer.

Le nouvel Institut aura à sa tête un bureau de direction de six membres. Le doyen de la faculté de médecine de Laval, le docteur Charles Vézina, présidera ce bureau de direction, qui se compose des docteurs Edouard Morin, Henri Lapointe, Léo Payeur, Rosaire Gingras et Carlton Auger, tous professeurs à la faculté de médecine.

La direction de cet institut du cancer à Québec permettra d'intensifier le travail de lutte contre cette terrible maladie. Elle aura, de plus, l'avantage de faciliter des échanges sur les recherches et les méthodes de diagnostic développées dans les différents hôpitaux universitaires de la région.

RÉUNION DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE MONTRÉAL

La Société de Chirurgie de Montréal tenait une séance à l'Hôpital Notre-Dame, sous la présidence du docteur Paul Bourgeois, le mercredi 5 octobre, à 4.30 heures p.m. Les communications suivantes étaient au programme:

- a) Considérations sur la réanimation du cœur: Docteur Mercier Fauteux;
- b) Discussion au sujet des certificats de spécialisation.

ÉLECTION D'OFFICIERS MÉDICAUX DE LA DÉFENSE

Le Capitaine D.-R. Webster, R.C.N. (R), a été élu président de la section ouest de Québec de la "Defence Medical Association," à une réunion annuelle tenue au R.C.A.M.C., 3626 rue St-Urbain.

Les autres officiers sont: le colonel Paul Gaboury, vice-président; le colonel Charles Létourneau, secrétaire-trésorier; le lieutenant-colonel W. Mason Couper, le lieutenant-colonel Ronald Stephens et W. C. Gilbert Turner, membres du comité exécutif.

LES PHTISIOLOGUES DE QUÉBEC ET MONTRÉAL À SHERBROOKE

Répondant à l'invitation du docteur Georges Grégoire, président de la Société de phtisiologie de Québec, plus de cinquante médecins, la plupart spécia-

listes en tuberculose, se sont réunis au Sanatorium Saint-François, à Sherbrooke. Le président et le secrétaire de la Société de phtisiologie de Montréal, les docteurs G. Rolland et P.-G. Bégin, avaient joint leur appel à celui du docteur Grégoire, de sorte que les deux associations étaient également représentées.

Le docteur Lasalle Laberge, directeur médical du Sanatorium Saint-François, souhaite la bienvenue aux membres des deux sociétés, ainsi qu'aux directeurs du Comité provincial de défense contre la tuberculose qui, ayant tenu leurs délibérations la veille au même endroit, participaient encore à cette séance d'études. Le docteur Georges Grégoire rendit hommage à la Société de phtisiologie de Montréal, qui vient de célébrer le vingtième anniversaire de sa fondation, et le docteur G. Rolland fit lui-même l'éloge de la Société de phtisiologie de Québec, qui fêtait récemment son dixième anniversaire.

Le docteur Jean-Marie Lemieux, de l'hôpital Laval, en collaboration avec le docteur Paul Roger, de la même institution, soumit un travail sur la thoracoplastie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire; le docteur Georges Deshaies, de l'hôpital du Sacré-Cœur, de Cartierville, parla des résections pulmonaires en rapport avec le même traitement; on entendit ensuite le docteur Jules Hallé, de l'hôpital Laval, exposer l'utilité et la nécessité de la bronchoscopie dans les thoracoplasties; enfin, le docteur Maurice Bonnier, de l'hôpital du Sacré-Cœur et de l'hôpital Sainte-Justine, illustra l'importance de la bronchoscopie en chirurgie pulmonaire.

Après la séance, un buffet froid fut servi par les autorités du Sanatorium Saint-François.

CONFÉRENCES SUR LA MÉDECINE INDUSTRIELLE

Une session de trois jours d'études sur la médecine industrielle s'est tenue à Québec, sous la présidence du docteur F.-J. Tourangeau, de Montréal, président de l'Association Médicale Industrielle du Québec.

Cette réunion était tenue conjointement par l'Association de la province de Québec et la section de la médecine industrielle de l'Association Médicale d'Ontario.

En plus du discours présidentiel, il y eut des conférences sur les blessures de la main, de la tête, les maladies de la peau dans l'industrie, le diabète dans l'industrie, et autres.

LAURÉATS DU PRIX NOBEL EN MÉDECINE

Deux professeurs de médecine, un Suisse et un Portugais, ont gagné conjointement le prix Nobel de médecine pour la médecine et la physiologie à cause de leurs recherches séparées sur le cerveau humain.

HEMO-BEX

*afin . . .
qu'ils resplendissent
de santé*

Tonique efficace et agréable au goût,
spécialement indiqué pour enfants.

VITAMINE "D" Sels de Calcium,
Glycérophosphate de Fer, Manganèse
plus facteurs de **VITAMINE "B"**.

"Santé et Maladie"



ANGLO-FRENCH DRUG Cie, Ltée,
Montréal 18, P. Q.

Généreux échantillons à Messieurs les Médecins.

Ce prix de \$30.000 sera partagé entre le Dr Antonio Caetano de Abren Freire Egas Moniz, âgé de 75 ans, ancien ministre des affaires étrangères du Portugal et doyen retraité de la faculté de médecine de l'université de Lisbonne, et le Dr Rudolf Walter Hess, 68 ans, directeur de l'Institut physiologique de l'université de Zurich.

Le conseil des professeurs de la faculté de médecine de Stockholm, qui a fait le choix, a annoncé l'attribution de ce prix fondé en vertu du testament d'Alfred Nobel, inventeur de la dynamite.

Egas Moniz est plus connu pour son travail de pionnier dans la lobotomie frontale, opération faite dans le cerveau pour éliminer les tendances criminelles. Il a découvert en 1927 une méthode pour étudier la circulation sanguine dans le cerveau.

Hess est fameux pour son étude de la stimulation et de l'isolation des segments sudcordiformes du cerveau, travail qui a rendu possible l'identification des fonctions des parties cérébrales.

HAUT POSTE POUR LE DR ADÉLARD GROULX

Le docteur Adélarde Groulx, directeur municipal du service de santé a été élu le 28 oct., à New-York, vice-président de l'American Health Association. Les membres de cet organisme étaient en congrès dans la grande ville américaine. Le docteur Groulx serait le premier Canadien français à accéder à un poste aussi important dans ce corps public américain. On apprend de plus que le docteur Antoine-B. Valois, surintendant du service démographique du service municipal de santé a été nommé "fellow" du même organisme.

NEURO-CHIRURGIENS AU CONGRÈS DE QUÉBEC

Deux hôpitaux de Montréal étaient officiellement représentés au congrès annuel de la "Neurosurgical Society of America" tenu à Québec fin d'octobre et début de novembre.

Les Drs Claude Bertrand, de Notre-Dame, et André Parenteau, de l'Hôtel-Dieu, sont les deux seuls neuro-chirurgiens canadiens avec le Dr Jean Sirois, de Québec, à faire partie de cet organisme. Encore faut-il préciser que le Dr Parenteau ne deviendra membre officiel de la Société qu'au congrès.

Ce sera la première fois que les congressistes se réuniront dans la vieille capitale; Ils seront une centaine environ, venant de toutes les parties des Etats-

Unis. Les autorités municipales ont organisé à leur intention toute une série de réceptions.

Le congrès durera trois jours: les 31 octobre, 1er et 2 novembre. Les débats seront dirigés par les Drs William F. Meacham, de Nashville, Tennessee; Charles-E. Troland, de Richmond, Virginie, et Douglas Hawkes, de Memphis, Tennessee.

BÉNÉFICIAIRES DU PRÊT D'HONNEUR DE L'A.G.D.U.M.

Trois jeunes diplômés de l'Université de Montréal suivent actuellement des cours de perfectionnement à l'étranger, grâce au prêt d'honneur inauguré, il y a un peu plus d'un an par l'Association générale des diplômés de l'Université de Montréal. Ce sont le Dr Pierre-A. Turgeon, qui se spécialise en dermatosyphiligraphie, aux Etats-Unis; le Dr Jean-Pierre Labrecque, qui se spécialise en psychiatrie, à Paris; et le Dr Jean-Jacques Lussier, qui poursuit des études en physiologie à l'Université Cambridge, Angleterre.

DÎNER-CAUSERIE EN L'HONNEUR DU PRO- FESSEUR RENÉ FABRE DE PARIS

La Société de Pédiatrie et la Société Médicale de Montréal ont organisé un dîner-causerie en l'honneur du professeur René Fabre, doyen de la Faculté de pharmacie de Paris, pharmacien de l'hôpital des Enfants-Malades, membre de l'Académie de Médecine. Ce dîner eut lieu, avant son départ pour Québec, jeudi, le 6 octobre, à 7h.30 du soir, au Cercle Universitaire, sous la présidence du Dr Paul Letondal, président de la Société de Pédiatrie de Montréal.

Conférencier de l'Institut Scientifique Franco-Canadien, professeur de toxicologie rompu aux techniques de la médecine expérimentale, le professeur Fabre fait partie de la Commission, récemment nommée par la Société de Pédiatrie de Paris, pour mettre au point les doses des médicaments chez les enfants "en tenant compte non seulement de la posologie classique, mais des conditions physio-pathologiques de l'âge considéré".

C'est à ce titre que l'éminent biochimiste parla des conceptions françaises actuelles sur la posologie infantile, sujet d'une si grande importance pratique. Il fut présenté par le Dr Origène Dufresne et remercié par le Dr Daniel Longpré, respectivement vice-présidents de la Société Médicale et de la Société de Pédiatrie de Montréal.

BIOCALCIUM



GLUCONATE DE CALCIUM

Composé

FORMULE

Gluconate de Chaux 0.08 Chlorhydrate de Choline . . 0.002
Cacodylate de Soude 0.01 Sérum Isotonique Q.S.p. . . . 1 c.c.
Ampoule de 5 c.c.

Calcémie



Globules rouges



Hémoglobine



Macrophages



Glycémie

Cholestérolémie



Lymphocytes

**Indications: Médication récalcifiante — Antihémorragique et
Hémostatique — Tétanie — Spasmophilie — Anti-choc parfait.
Ampoules RIGOREUSEMENT INDOLORES.**

Echantillon et documentation complète sur demande.

Préparé au Canada selon la formule et le procédé de fabrication
des Laboratoires Dehaussy.

Représentants exclusifs au Canada:

HERDT & CHARTON Inc.
2027, Avenue du Collège McGill, Montréal

AGRANDISSEMENT DE L'HÔPITAL DE SAINT-JEAN DE QUÉBEC

On a commencé les travaux d'agrandissement du Pavillon Jeanne-Mance des gardes-malades de l'hôpital de St-Jean d'Iberville. Le pavillon contiendra 60 chambres, des salles de cours, de démonstrations et un laboratoire de chimie.

50 ANS DE PRATIQUE MÉDICALE

Le docteur Joseph-Hormisdas Dupré, Sorel, a célébré son 50e anniversaire de pratique médicale, en même temps que son 50e anniversaire de mariage.

Deux des fils du docteur Dupré ont embrassé la carrière de leur père. Ce sont le docteur Georges-Henri Dupré, de Sorel, et le docteur Robert Dupré, de Sunmar (Saint-Maurice), où il dirige un hôpital pour les bûcherons.

LE DOCTEUR G. DUFF, NOUVEAU DOYEN À MCGILL

Le docteur George Lyman Duff, directeur de l'Institut Pathologique de l'université McGill et professeur d'anatomie pathologique, a été nommé doyen de la faculté de médecine, en remplacement du docteur Frederick Smith, décédé subitement.

CAUSERIE DU DOCTEUR L.-C. SIMARD

Le docteur Louis-Charles Simard, directeur de l'Institut du Cancer de Montréal, a prononcé une causerie sur le dépistage du cancer, le 25 octobre, à l'Hôtel-Dieu de Saint-Hyacinthe. La conférence était complétée par la projection de films en couleurs.

BOURSE OBTENUE PAR LE DOCTEUR LUCIEN COUTU

Le docteur Lucien L. Coutu, de Montréal, a obtenu de la Canadian Life Insurance Officers Association une bourse pour l'étude de la pathogénie des maladies cardiovasculaires en rapport avec l'hypertension et la fièvre rhumatismale. Le docteur Coutu étudiera à l'Institut Expérimental de Médecine et de Chirurgie de l'Université de Montréal, sous la direction du docteur Hans Selye.

NOUVELLE SOCIÉTÉ FONDÉE À MONTRÉAL

Les docteurs Donatien Marion, Jacques Fortier et Alfred LeRoy, de Montréal, viennent d'obtenir des lettres patentes du gouvernement provincial, les constituant en corporation sous le nom de "La Société d'obstétrique de la province de Québec".

But de la société: "Encourager et favoriser l'étude des problèmes obstétricaux d'hygiène prénatale et postnatale, en fonction de la santé publique et du bien-être social".

Le siège social de la corporation sera à Montréal.

RÉUNION DE LA SOCIÉTÉ DES TECHNICIENS EN RAYONS X

La Société des techniciens en Rayons X de la province de Québec a tenu sa première assemblée de la saison, sous la présidence de Mlle Madeleine Archambault.

Le docteur Allaire, chef du service de radiologie à l'hôpital Général de Verdun, a souhaité la bienvenue, tandis que le docteur Roger Vallée, radiologiste, a donné une conférence sur le spondylolisthésis.

Le docteur L.-A. Gagnier, radiologiste et président honoraire de la Société, a décerné les certificats aux candidats qui ont subi avec succès les examens du mois de mai dernier.

NOMINATION DU DOCTEUR JEAN-PIERRE JEAN

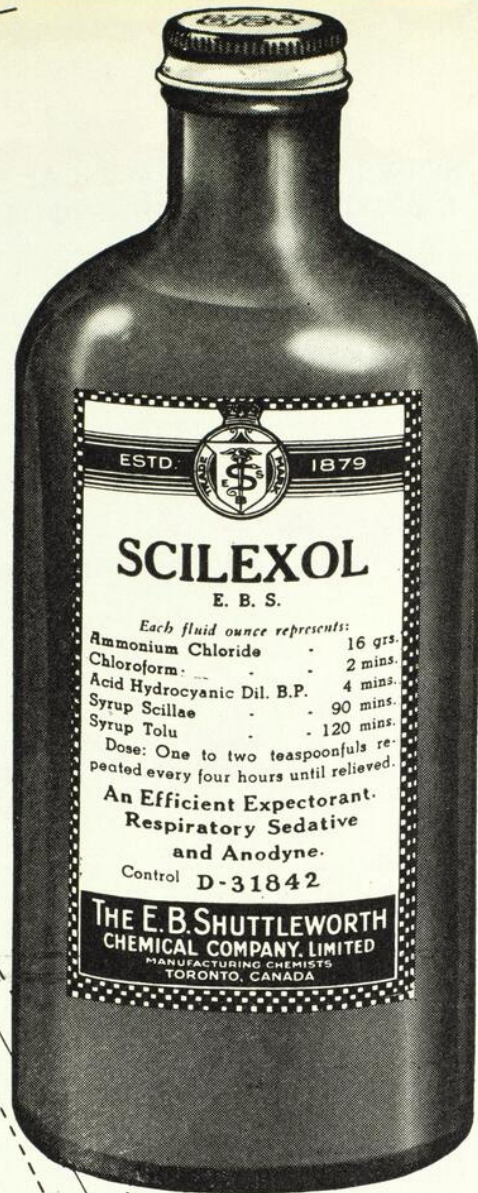
Le docteur Jean-Pierre Jean, assistant radiologiste de l'Hôtel-Dieu de Montréal, vient d'être admis par l'*American Board of Radiology* après avoir subi avec succès les épreuves exigées par cette association.

NOMINATION EN CARDIOLOGIE À L'HÔPITAL DE HULL

Lors de la dernière séance du Bureau Médical de l'hôpital du Sacré-Cœur de Hull, le docteur Henri Racine de cette ville a été nommé à la tête du département de Cardiologie et d'Electrocardiographie. Le docteur Henri Racine avait antérieurement fait un stage d'études au *Montreal Jewish General Hospital*.

LA TOUX ENRAYÉE

Le Scilexol contient des expectorants qui dégagent les voies respiratoires de leurs sécrétions, et facilitent leur élimination.



AVEC
LE

SCILEXOL

Les spasmes de la toux seront vite enrayés si on associe au Scilexol les sédatifs suivants.*

- 1 Codéine 1 gr. par once
- 2 Héroïne ½ gr. par once
- 3 Teinture d'opium camphrée 80 min. par once

* Ordonnance pour narcotiques requise.

THE **E.B.S.** SHUTTLEWORTH CHEMICAL CO., LTD. TORONTO, CANADA

Représentants:

- M. Paul Busseau, 4904, rue Wellington, Verdun, P. Q. — M. A. A. Summers, Morrisburg, Ont.
M. J. L. Vallerand, 1055, Mont St-Denis, Wolfesfield Park, P. Q.
M. Léon Viens, 9510, rue Saint-Hubert, Montréal, P. Q. — M. P. E. Thibaudeau, 385, boul. Charest, Québec, P. Q.

NOUVEAU BUREAU MÉDICAL À L'HÔTEL-DIEU DE SHERBROOKE

A la dernière réunion mensuelle du bureau médical de l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke, il a été procédé aux élections des officiers pour l'année qui commence. Le docteur Léo Blais a été élu président et succède au docteur Rouville Lamy; le docteur Albert Dion a été nommé vice-président; le docteur Antoine Hébert agira comme secrétaire et les conseillers seront les docteurs Rouville Lamy et J. Ovila Noël.

ÉLECTIONS À L'INSTITUT BRUCHÉSI

Lors de l'assemblée annuelle les élections ont eu lieu avec le résultat suivant:

MM. les docteurs J. A. Jarry, Président; Jean-C. Lallemand, Vice-Président; J.-U. Boyer, Trésorier; Claude Demers, Secrétaire; Directeurs: M. le Docteur A.-M. Cholette, M. Emile Massicotte, M. Edouard Rinfret, M. Jean-Marie Nadeau, M. E. Doucet, M. le Dr A. Groulx.

Les administrateurs ont pris la décision de nommer un officier médical permanent à la direction médicale des cliniques de l'Institut Bruchési. Ils ont nommé à ce poste le Dr G. Jarry. Le nouveau titulaire a été gradué en 1934 et a fait de l'internat sénior à l'Hôpital Notre-Dame et au Sanatorium du Lac Edouard. L'École de médecine de l'Université de Paris lui conféra un certificat de spécialisation en tuberculose et un certificat de radiologie pulmonaire. Le Dr G. Jarry fit du service médical à l'hôpital du Sacré-Cœur et à l'Institut Bruchési. De 1941 à 46 fit du service actif dans la marine, de 1943 à 44 il devint assistant directeur médical général de la marine. En 1944-45 fut nommé directeur du Centre de Traitement en tuberculose à Ste-Agathe.

Pendant les années 1947-48 le Dr G. Jarry fut directeur médical de la ligue antituberculeuse de Montréal, présentement il est médecin de l'Institut Bruchési et consultant à la clinique pulmonaire de l'Hôpital des Vétérans Queen Mary Road. Membre de la section de silicose; « Fellow of American College of Chest Physician » des Etats-Unis. En janvier 1946 il reçut le titre de M.B.E. pour action méritoire dans le domaine de la tuberculose pulmonaire.

L'INSTITUT BRUCHÉSI DE MONTRÉAL Inc.

CENTRE ANTITUBERCULEUX

RAPPORT ANNÉE 1948

J'ai bien l'honneur de vous présenter le rapport des activités de l'Institut Bruchési, pendant l'année 1948.

En parcourant nos statistiques nous pouvons constater une légère diminution du nombre des consul-

tants et du nombre de tuberculeux. Nous sommes d'opinion que cette diminution est normale. Le dépistage se fait aujourd'hui sur une plus grande échelle. La population de la ville de Montréal et des environs est visitée par la Ligue Antituberculeuse, même les gens de la campagne, par leurs Unités Sanitaires ou par leurs cliniques volantes, ont plus de facilités pour être radiographiés et diagnostiqués. Cependant nous conservons une clientèle intéressante. Nous avons eu la curiosité de rechercher dans nos tuberculeux de 1948 la proportion des malades dirigés vers nos cliniques par leur médecin de famille, par des organismes de santé: (Ligue antituberculeuse — Hôpitaux — Service Social); par d'autres organisations ou venus d'eux-mêmes. Nous avons établi les pourcentages suivants sur un échantillon assez important.

Médecins de Famille	42.66%
T. minime	17.66%
T. modérément avancée.	20.33%
T. très avancée.	4.66%
Organisme de Santé	29.33%
T. minime.	18.66%
T. modérément avancée.	9.00%
T. très avancée.	66%
Autres organisations	5.33%
T. minime.	1.66%
T. modérément avancée.	3.00%
T. très avancée.	66%
Venus d'eux-mêmes	22.66%
T. minime.	10.33%
T. modérément avancée.	10.00%
T. très avancée.	2.33%

Les comparaisons nous permettent de constater l'importante collaboration que nous donnent les médecins de famille. Elles montrent d'autre part que leur attention est portée sur les possibilités de tuberculose chez leurs malades, puisque le pourcentage des cas de début n'est inférieur que de 1% à celui des cas envoyés par les organismes de santé. Il n'y a pas à s'étonner si leur pourcentage de tuberculeux modérément avancés est plus haut. Beaucoup de malades vont voir leur médecin quand ils se sentent moins bien disposés, quand le mal a déjà fait des progrès notables.

Les organismes de santé, par le fait de leur dépistage intense ou du grand nombre de patients qui les consultent pour d'autres maladies que la tuberculose, ont un pourcentage un peu plus élevée de cas de début et un pourcentage beaucoup moindre de cas modérément avancés.

En 1948, nous avons fait parvenir 8692 rapports médicaux. Ceci explique la conduite que nous tenons

OSMOPAK localise sûrement l'infection

FORMULE:

OSMOPAK est un pansement osmotique émoullissant composé de 58% de sulfate de magnésium, de 1-2% de benzocaïne et de 1-25,000 de vert brillant, dans une base miscible à l'eau.

OSMOPAK est recommandé dans tous les cas d'infection en général, clous, furoncles, plaies diabétiques, etc., et dans le traitement d'inflammation ou d'infections locales purulentes des mains, des pieds ou de tout autre tissu sous-cutané. L'OSMOPAK procure le maximum de drainage avec un minimum de perte de tissu. Il est aussi recommandé dans la cervicite et la vaginite.

Présentation: Pots de 115 et 577 grammes.

Echantillon médical et documentation sur demande.

Manufacturé par Irwin Neisler Co., Decatur, Ill. U. S. A.

Agents exclusifs au Canada:

HERDT & CHARTON, INC.,

2027, Avenue du Collège McGill, Montréal, P. Q.

VERTAVIS une nouvelle préparation dans le traitement de l'hypertension essentielle

Chaque tablette contient 10 Unités Craw de *Veratrum Viride* contrôlé biologiquement par les Laboratoires de recherches Irwin Neisler & Co., Decatur, Ill.

Les expériences faites dans de nombreuses cliniques ont démontré que le *Veratrum Viride* titré biologiquement est supérieur à toute autre drogue pour abaisser la pression artérielle. (The Medical Clinics of North America, septembre 1948; Doctor Freis, page 1253.) Les tablettes Vertavis doivent être prises à une heure d'intervalle et de préférence après les repas. La dose doit être augmentée ou diminuée graduellement selon les résultats obtenus.

POSOLOGIE:

Donnez une tablette VERTAVIS (10 unités Craw) aux heures ci-dessous mentionnées:

SEMAINE	VERTAVIS	MATIN	SOIR	Dose quotidienne Unités Craw
1ère semaine	1 tablette à	7 heures	7 heures	20
2ième semaine	1 tablette à	7 & 8 heures	7 heures	30
3ième semaine	1 tablette à	7 & 8 heures	7 & 8 heures	40
4ième semaine	1 tablette à	7, 8 & 9 heures	7 & 8 heures	50
5ième semaine	1 tablette à	7, 8 & 9 heures	7, 8 & 9 heures	60

Documentation complète et échantillon envoyés à MM. les médecins sur demande.

Manufacturé par IRWIN NEISLER CO., Decatur, Ill., U. S. A.

Agents exclusifs au Canada:

HERDT & CHARTON, INC.,

2027, Avenue du Collège McGill, Montréal, P. Q.

envers tous ceux qui collaborent avec nous. Dès que les examens sont faits et le diagnostic posé, le médecin ou l'organisation sont mis au courant des résultats. S'ils veulent que nous continuions de suivre leurs malades ou de faire les démarches pour leur hospitalisation, nous les gardons sous notre surveillance. Au cas contraire, le patient leur est retourné. Nous accomplissons ainsi la fonction d'un centre antituberculeux.

Nous constatons encore par nos statistiques que le nombre de nos tuberculeux a diminué. C'est tout à fait normal. La mortalité à Montréal est passée de 83.5 en 1938 à 57.6 en 1947 et à 51.6 en 1948.

Le dépistage est en fonction du nombre des tuberculeux. Cependant l'intensité de notre dépistage n'a pas diminué, en 1947 elle était de 10.30%, en 1948 elle fut de 10.65%. Chez les enfants le nombre des cas diagnostiqués a beaucoup diminué, 83 en 1948 et 142 en 1947. Le pourcentage de l'intensité également 7.32% en 47 et 3.90% en 1948. Ceci s'explique par la diminution très prononcée des tuberculeux avancés. Le plus grand nombre est dépisté aujourd'hui avant qu'il ait pu contaminer les enfants. Il faut reconnaître là le bon travail de prophylaxie accompli par les infirmières de notre service Social. Nos réactions tuberculiques en sont une autre preuve. En 1947, le pourcentage des réactions négatives était de 54.04%, en 1948, il est de 59.50%.

Le travail de nos succursales continue de se montrer efficace. Le tableau de leurs progrès depuis leur fondation expliquerait l'amélioration de la situation tuberculeuse dans les quartiers qu'elles desservent. Ce que nous constatons dans notre clinique centrale, on peut le constater dans nos deux succursales: la diminution de la mortalité, la diminution du nombre de tuberculeux et surtout de tuberculeux avancés, la diminution de la contagion à preuve l'augmentation des enfants réagissant négativement à la tuberculine — en 1948 à l'Est 65.89% et au Nord 63.65%.

Ces résultats suffiraient à justifier le maintien de nos succursales. Il faudrait ajouter à cela le nombre constant des consultants et le chiffre respectable des examens radiographiques, Est: 2270, Nord 2717. Mais il y a un facteur de prophylaxie qu'il ne faut pas négliger. La visite, par nos infirmières du Service Social, de nos familles tuberculeuses a une valeur prophylactique et éducative de premier ordre. L'existence auprès de ces familles d'une clinique leur permet de la fréquenter facilement, sans grand déplacement. Pour les autres, elle est un phare qui indique le danger toujours présent et rappelle qu'il faut savoir se protéger et surtout apprendre d'une façon certaine si l'on est protégé. La succursale, on pourrait la comparer au sanatorium dont on a dit qu'il assainit le voisinage.

Nous nous plaignons à reconnaître l'heureuse collaboration de la Ligue Antituberculeuse de Montréal,

avec son président M. Monast. Nous avons été heureux de donner notre coopération la plus entière possible au Ministère provincial de la Santé particulièrement à son Ministre l'honorable Albini Paquette, au service municipal de santé et à son directeur le Dr Adélard Groulx. Nous remercions aussi les autres organisations qui nous ont libéralement prêté leur concours ainsi que les journaux et les postes de radio qui nous ont permis de poursuivre notre campagne d'éducation antituberculeuse parmi la population du district de Montréal.

Le travail fait à l'institut Bruchési a demandé beaucoup de dévouement. Notre personnel religieux, médical, infirmier et employé de bureau n'a jamais hésité un instant à faire plus que sa part, quand il le fallait. C'est là le secret de nos succès.

Dr. J.-A. JARRY,
Directeur médical.

LE QUÉBEC AU PREMIER RANG QUANT À L'EXAMEN DU SANG

**38 p. c. moins de cas de syphilis
déclarés en 1948 qu'en 1945.**

Le nombre total des cas de syphilis déclarés durant les quatre dernières années, de 1945 à 1948, a diminué dans la proportion suivante: les cas déclarés en 1948 sont de 7% de moins qu'en 1947, de 30% de moins qu'en 1946 et de 38% de moins qu'en 1945. Au cours de 1948 le nombre total des cas déclarés atteint 3.725 d'après un rapport que vient de publier la division des maladies vénériennes du ministère provincial de la Santé.

Les cas de syphilis primaire et secondaire déclarés en 1948 se sont chiffrés à 33% de moins que ceux déclarés en 1947, à 51% de moins qu'en 1946 et à 56% de moins qu'en 1945.

La différence est moins notable dans les cas de syphilis latente et autres. Il y a même une augmentation de 2% en 1948 sur les cas déclarés en 1947, mais une diminution de 22% sur 1946 et de 31% sur 1945.

Cette augmentation de 2% en 1948 sur l'année 1947, en ce qui regarde la déclaration des cas de syphilis latente et autres, est due à la campagne d'éducation menée par la Division et aussi au dépistage des syphilis inconnues par l'analyse de sang en routine pratiquée dans les institutions et les industries. De 1% à 3% de cas de syphilis inconnue sont ainsi découverts.

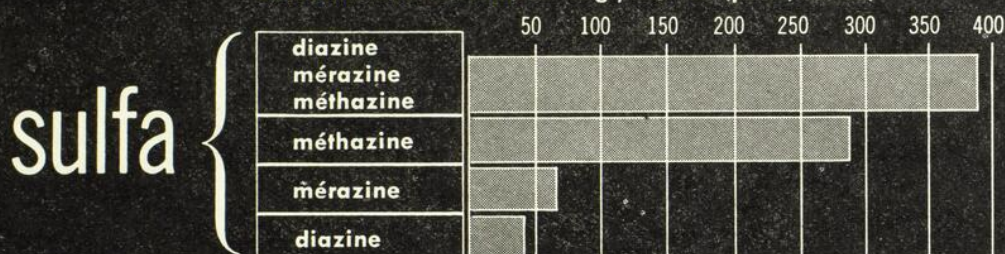
En 1948 surtout, plusieurs industries ont acquiescé à la demande de la Division des Maladies Vénériennes et adopté l'analyse de sang pour leurs employés. Cette pratique s'étend de plus en plus parmi les diverses industries de la province.

nouvelle

suspension liquide
trisulfamidée . . .

réduit la Cristallurie

Solubilité des Sulfamidés: mg./100 cc. (pH 6, 37°C.)



A cause de la faible solubilité caractéristique des sulfamidés l'emploi de ces précieuses drogues comporte un risque sérieux de cristallurie et d'obstruction rénale. Ce danger peut être considérablement réduit par l'alcalinisation de l'urine, et il est virtuellement supprimé par l'emploi simultané de plusieurs sulfamidés. C'est exactement ce que fait le CREMOTRES-A, la nouvelle suspension trisulfamidée alcalinisée de Sharp & Dohme. Le CREMOTRES-A contient par 100 cc.:

Sulfamèrazine	2 gm.
Sulfadiazine	4 gm.
Sulfaméthazine	4 gm.
Lactate de Sodium	33.3 gm.

D'après les résultats d'études cliniques il semblerait que l'emploi d'un mélange trisulfamidé évite complètement le risque de cristallurie.* L'efficacité thérapeutique n'est pas affectée. *Dose pour adultes:* 2 cuillerées à table (3 gm. de sulfamidés) et ensuite 2 cuillerées à thé (1 gm.) toutes les 4 heures. Pour les enfants, diminuer la dose proportionnellement au poids. Présentée en flacons Spasaver de 16 onces fluide. Sharp & Dohme (Canada) Ltd., Toronto 5, Ontario.

*British Med. J. 1:7, 1947;
Svenska Lakartidn, 43:1816, 1946.

Cremotres-A

Suspension Plurisulfamidée Alcalinisée

Quant à la routine de l'examen de sang dans les hôpitaux et institutions, une enquête faite en 1947 par la Ligue de Santé du Canada auprès des hôpitaux de toutes les provinces du pays a démontré que c'est dans les hôpitaux de la province de Québec que cet examen est le plus généralement appliqué.

SUBVENTIONS POUR LA LUTTE ANTIVÉNÉRIENNE

Une subvention versée en vertu du programme fédéral d'hygiène permettra à des hôpitaux de Québec, de Montréal, des Trois-Rivières, de Hull et de Sherbrooke d'augmenter l'outillage de leurs dispensaires antivénériens.

En annonçant cette nouvelle, l'hon. Paul Martin, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, ajoute que des fonds fédéraux sont également affectés à la spécialisation du personnel du Service provincial de lutte antivénérienne ainsi qu'au paiement partiel des traitements d'un certain nombre de médecins et d'infirmières qui travaillent, en permanence ou par intermittence, dans les dispensaires antivénériens.

Reçoivent du nouveau matériel thérapeutique et scientifique l'Hôtel-Dieu et l'hôpital du St-Sacrement, de Québec; l'Hôtel-Dieu, l'hôpital Notre-Dame et l'hôpital St-Luc, de Montréal; l'hôpital St-Joseph, des Trois-Rivières; l'hôpital du Sacré-Cœur, de Hull, et l'hôpital St-Vincent-de-Paul, de Sherbrooke.

Des fonds fédéraux permettront à des membres du personnel du service antivénérien de se perfectionner. A l'aide de ces fonds, deux préposés au service médico-social suivront un cours de trois mois, à l'Université de Pennsylvanie, en épidémiologie appliquée à la vénériologie; deux médecins suivront des cours de spécialisation aux dispensaires antivénériens des hôpitaux de New-York, de Philadelphie et de Baltimore; un membre du service médico-social suivra un cours spécial à l'école de service social de l'Université de Montréal; 32 membres de ce même service se réuniront à Montréal afin de discuter ensemble les problèmes particuliers à la lutte antivénérienne et assisteront à des séances d'études données par les médecins des dispensaires.

La subvention fédérale pour traitements permettra aux dispensaires antivénériens de l'Hôtel-Dieu de Québec, de l'Hôtel-Dieu de Montréal, de l'Hôtel-Dieu de Chicoutimi et de l'Hôpital de Drummondville de retenir les services intermittents d'un plus grand nombre de médecins.

Chacun de ces projets a été recommandé, en vertu du Programme fédéral d'hygiène, par l'hon. J.-H.-A.

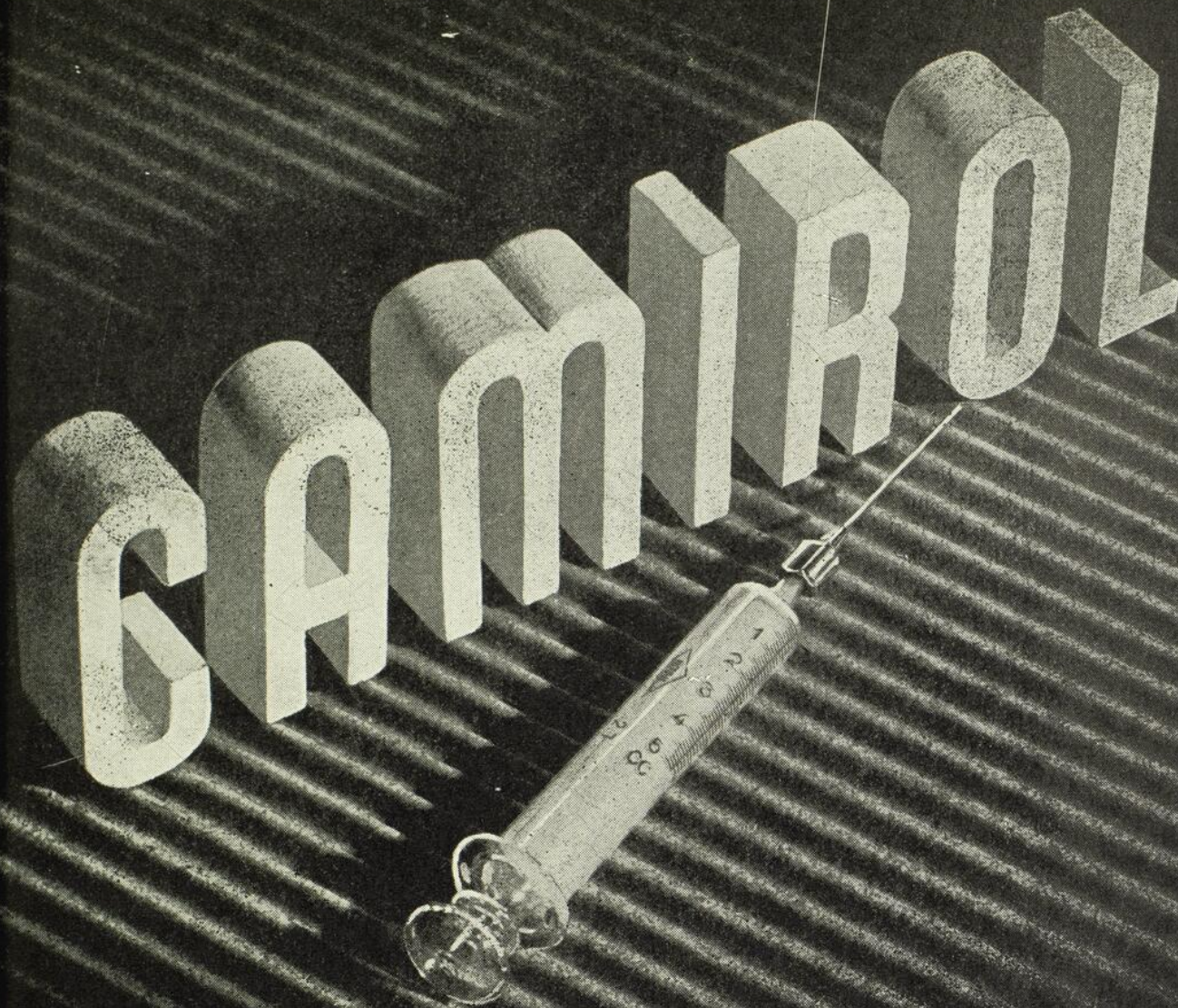
Paquette, ministre de la Santé de Québec. Le coût, estimé à \$8.000 environ, en sera imputé à la quote-part québécoise des \$575.000 que le Gouvernement fédéral assigne chaque année, pour tout le Canada, à la lutte antivénérienne.

PLUS DE 550,000 ANALYSES EN 1948 DANS LES LABORATOIRES DU MINISTÈRE PROVINCIAL DE SANTÉ

Au cours de l'année 1948, il y a eu dans les laboratoires du ministère provincial de la Santé, 550.736 analyses, soit près de quarante mille de plus qu'en 1947. C'est dire que nos laboratoires continuent de collaborer efficacement à la grande lutte conduite en cette province en faveur de l'hygiène et de la médecine préventive. Le seul laboratoire de diagnostic bactériologique a effectué, en 1948, 72.450 analyses ce qui constitue une aide indispensable aux médecins pour le diagnostic prompt et sûr des maladies infectieuses: diphtérie (6.467), typhoïde (30.295), tuberculose (14.968), etc. L'examen des échantillons prélevés chez les patients atteints de ces maladies permet que ces derniers soient traités d'une manière appropriée et cessent de contaminer leurs voisins.

Les laboratoires jouent un rôle important dans le maintien de la salubrité publique. Dans ce domaine, en 1948, le nombre des analyses a atteint 87.246. C'est ainsi que le ministère provincial de la Santé peut mettre les consommateurs en garde contre les eaux et les aliments nocifs et faire disparaître les sources de contamination par l'examen de l'eau, du lait et des autres aliments. C'est encore grâce aux laboratoires que l'on peut assurer le bon fonctionnement des usines de filtration et de pasteurisation, grâce à l'examen des échantillons de « contrôle » et grâce à l'analyse des produits chimiques et des matériaux utilisés. Quant au laboratoire de sérologie, on y a fait, l'an dernier, 388.387 analyses diverses.

Jamais les microbes ne cessent leur activité: ils agissent toujours quelque part, c'est pourquoi les laboratoires du ministère provincial de la Santé que dirige l'hon. J.-H.-A. Paquette, m.d., fonctionnent à plein rendement, assurant nuit et jour la protection du public dans la mesure du possible, chaque fois que praticiens et hygiénistes leur en fournissent l'occasion. Un travail méticuleusement scientifique, l'emploi des méthodes universellement éprouvées, un outillage particulièrement complet et, ce qui est encore plus important, la conduite des analyses par des spécialistes le longue expérience, telles sont les principales caractéristiques de nos laboratoires. Ils sont destinés à servir la communauté et à la protéger.



Nouvelle Médication

*pour la sinusite et les infections
des voies respiratoires*

Injection Intramusculaire

FORMULE

Iodoforme	Menthol
Iodures	Camphre
Ampoule de 1 cc.	
(En solution huileuse de faible acidité)	

Documentation complète et échantillon sur demande

REPRÉSENTANTS POUR LE CANADA

HERDT & CHARTON, INC.

"MÉDICAMENTS DE MARQUE"

2027, AVENUE DU COLLÈGE MCGILL, MONTRÉAL

CONFISCATION DE 12.197 LIVRES D'ALIMENTS IMPROPRES À LA CONSOMMATION

Au cours de juillet dernier, les inspecteurs sanitaires du ministère provincial de la Santé ont confisqué 12.197 livres d'aliments impropres à la consommation après avoir visité 240 boulangeries, 1889 épicerie, 870 restaurants, 2.498 boucheries et 217 marchés publics.

La surveillance des produits laitiers a nécessité l'inspection de 24 beurreries et fromageries, de 361 laiteries publiques, de 260 usines de pasteurisation et de 823 vacheries et laiteries du producteur.

L'inspection des établissements publics a conduit les inspecteurs des Unités sanitaires dans 325 écoles, 227 boutiques de barbiers ou de coiffeuses, 52 salles publiques, 104 hôtelleries et tavernes, 192 plages et bains publics.

C'est dire que l'inspection sanitaire, dans la province de Québec, est conduite d'une façon régulière. D'ailleurs, la protection de l'être humain par une étroite surveillance des denrées alimentaires est indispensable. L'homme est le seul parmi les êtres vivants qui abuse de ses organes digestifs. Il convient donc de le protéger contre tous les aliments détériorés.

LA VITAMINE B₁₂



Microphotographie de la Vitamine B₁₂, la substance qui combat l'anémie pernicieuse et que l'on a isolé de l'Anahaemin B. D. H.

Bien qu'on ait toujours basé l'activité de chaque lot d'Anahaemin B.D.H. sur des essais cliniques avant d'en faire la distribution, on a maintenant une preuve supplémentaire de son activité hématopoïétique depuis que dans les laboratoires de recherches de B.D.H.* on a isolé des lots réguliers d'Anahaemin B.D.H. le principe anti-anémie pernicieuse sous une forme cristallisée.

Ce principe est identique à la substance appelée vitamine B₁₂ par Rickes et al. † Depuis que nous avons présenté l'Anahaemin B.D.H., il y a douze ans, ce produit a donné des résultats remarquables dans le traitement des anémies macrocytaires.

*J. Pharm. Pharmacol., janv. 1949, p. 60.

†Science, 16 avril 1948, p. 397.

THE BRITISH DRUG HOUSES (CANADA) LIMITED

TORONTO

CANADA

REVUE DES LIVRES

Robert S. OGILVIE. — **Handbook of Electroencephalography.** Un volume de 137 pages. — Addison-Wesley Press, Inc., Cambridge 42, Mass., 1949.

L'Electroencéphalographie (E.E.G.) est une des méthodes des plus importantes dans l'étude de la physiologie normale et pathologique du cerveau; c'est un procédé ultra-technique qui exige un haut degré d'entraînement.

Ce manuel a été écrit pour ceux désirant devenir techniciens en la matière et pour aider ceux déjà versés dans ce genre d'activité. L'auteur y a déversé le fruit de sa longue expérience comme technicien aux côtés des Drs. Gibbs et Lennox.

L'ouvrage est divisé en cinq chapitres. Le premier a trait aux détails techniques dont la connaissance est nécessaire pour la création d'un laboratoire d'E.E.G. On y signale la nécessité de locaux d'une grandeur satisfaisante, éloignés de tout appareil électrique pouvant créer des interférences électriques pour assurer des enregistrements libres d'artefacts. La cabine blindée doit être spacieuse et assurée d'une mise correcte à terre. L'appareil à air comprimé doit être placé de préférence en dehors du laboratoire.

Le deuxième chapitre décrit les électrodes, leur fabrication, comment les poser sur la tête du patient. Les deux méthodes d'enregistrement, monopolaire et bipolaire, sont étudiées ainsi que la technique de Gibbs pour l'étude de l'épilepsie psychomotrice à l'aide de dérivations temporales antérieures. Quelques lignes sont aussi consacrées à l'étude du procédé de localisation par la méthode de phases réversibles.

Le troisième chapitre a trait à l'obtention des enregistrements et des nombreux détails pratiques sont donnés concernant le manie-ment de l'appareil et aussi des malades (quelques uns parmi eux très difficiles à maintenir

dans un état de relâchement physique et psychique). Les artefacts sont longuement décrits et leurs très nombreuses causes envisagées.

Le quatrième chapitre s'occupe de l'interprétation des enregistrements. Ces connaissances sont d'une exigence fondamentale pour tout technicien dument qualifié et de ceci dépend en grande partie la valeur de l'examen. L'habileté dans l'interprétation s'acquiert seulement après une longue pratique aux côtés d'un spécialiste compétent.

L'auteur esquisse ensuite les enregistrements pendant le sommeil, méthode très employée par Gibbs; elle peut déceler des décharges épileptiques alors que les enregistrements à l'état de veille sont normaux.

Le problème de la classification des électroencéphalogrammes est sommairement abordé; celle employée par Gibbs est basée surtout sur la fréquence des ondes et celle employée par Jasper prend comme base la localisation et la forme des décharges paroxystiques.

Dans le dernier chapitre l'auteur donne ses impressions sur la possibilité de créer des services électroencéphalographiques ambulatoires pouvant desservir plusieurs cliniques hospitalières, et décrit brièvement les notions fondamentales d'électricité qui s'appliquent à ce sujet. Le livre se termine par un aperçu général du coût d'installation et de maintien du laboratoire.

Ce manuel, écrit de façon très compréhensible, donne une idée générale sur les aspects surtout pratiques de l'Electroencéphalographie. Bien des points importants mais complexes n'ont pas pu être couverts. Cependant, comme l'auteur le déclare, il s'agit d'un livre destiné à aider ceux qui désirent s'initier à cette matière. Dans ce sens sa lecture est à recommander.

J. VASQUEZ.

- SUPPRIMER L'IRRITATION GASTRIQUE
- AUGMENTER LA TOLÉRANCE

avec les
comprimés

Acet - Aminophylline

GLYCINATE DE THÉOPHYLLINE SODIQUE

- ASTHME CARDIAQUE
- THROMBOSE CORONARIENNE
- ANGINE DE POITRINE
- ASTHME BRONCHIQUE — ŒDÈME PULMONAIRE

PHARMACOLOGIE:

L'ACET-AMINOPHYLLINE exerce une action stimulatrice directe sur le myocarde, dont il améliore le rendement. Par action spécifique sur le centre respiratoire cérébral, il normalise la respiration du Cheyne-Stokes. Les artères coronariennes et périphériques subissent une dilatation temporaire. **L'ACET-AMINOPHYLLINE** relâche les fibres de la musculature lisse, spécialement des bronchioles. Il possède une action diurétique prononcée.

PRÉSENTATION ET POSOLOGIE RECOMMANDÉE:

Comprimés à 5 grains: Un ou deux comprimés trois fois par jour.
Chez l'enfant: proportionnellement à l'âge et au poids.

SOURCES À CONSULTER:

1. Bubert, H. M. et Cook, S.: J. South. Med. Ass., **41**: 146, 1948.
2. Bubert, H. M. et Cook, S.: Bull. School of Med., Univ. of Maryland, **32**: 175, 1948.
3. Paul, W. D. et Montgomery, A. E.: J. Iowa State M. S.
4. Krantz, Holbert et al.: J. A. Ph. A., **36**: 8, 1947.

LABORATOIRE BIO-CHIMIQUE INC.

178 est. rue Jean-Talon, MONTRÉAL, P. Q.

CANADA 1949 — édition française.

L'édition française de CANADA 1949 vient de paraître. Sous un format commode et fort attrayant, cet ouvrage présente une revue officielle de la situation actuelle et des progrès récents au Canada au point de vue économique, social et culturel. Il est publié d'ordre du ministre du Commerce et s'adresse particulièrement aux hommes d'affaires, aux étudiants, aux conférenciers et à tous ceux qui s'intéressent aux progrès du Canada. Il traite de l'organisation économique du pays sous tous ses aspects et les statistiques qu'il contient sont les plus récentes.

CANADA 1949 est un volume de quelque 280 pages et contient, en plus de ses chapitres réguliers, des articles spéciaux sur le pétrole du Canada, sur la citoyenneté et sur le phoque de l'Alaska. Le texte est abondamment illustré de plus de 150 gravures dont huit planches en couleurs. Il contient en outre 100 tableaux statistiques ainsi que des diagrammes et des graphiques et deux cartes hors-texte.

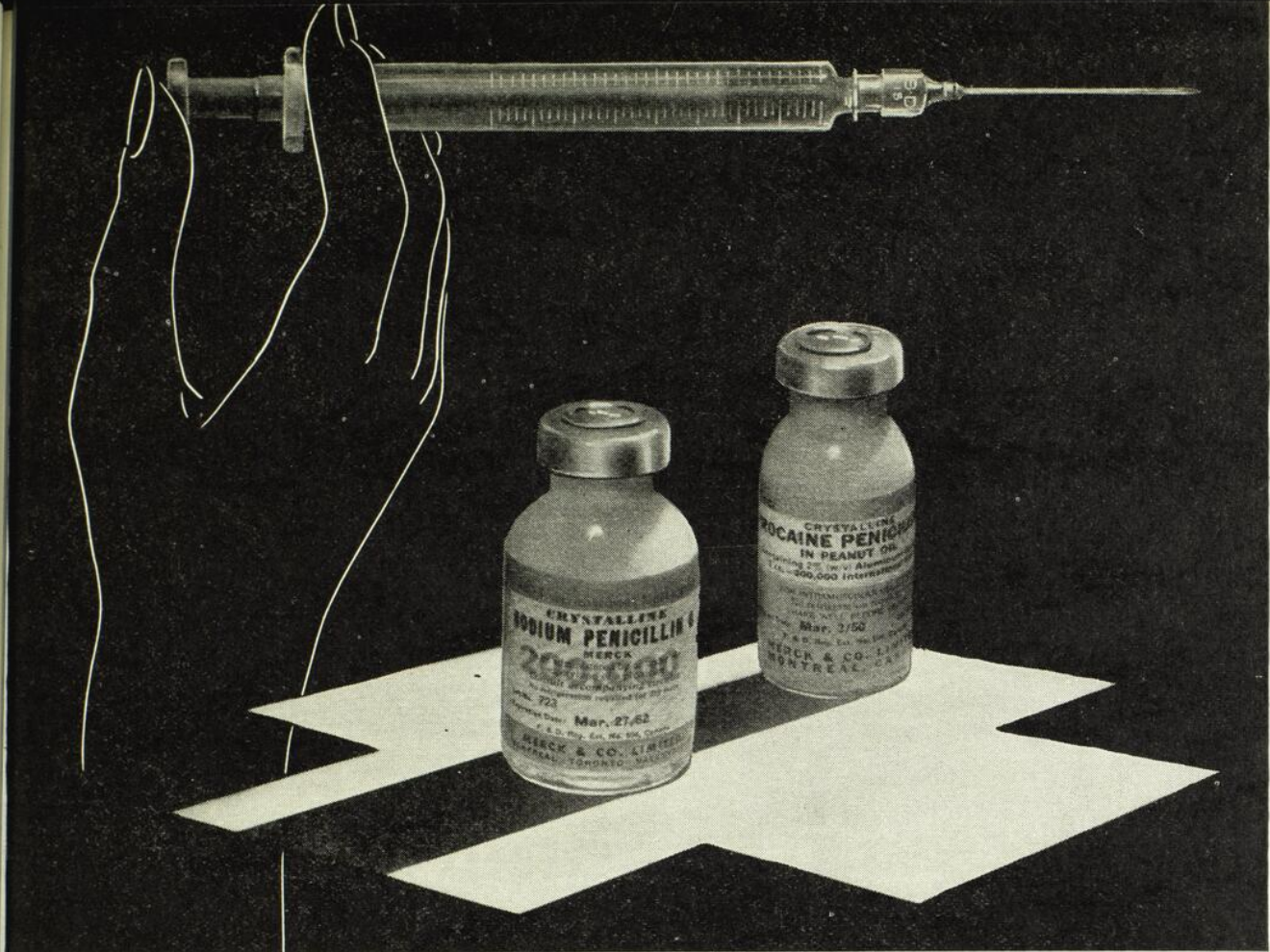
La principale planche en couleurs est consacrée cette année à l'entrée de Terre-Neuve dans la Confédération canadienne, devenant, par là, la dixième province du Canada. On y voit un magnifique tableau illustrant le départ de Jean et Sébastien Cabot, de Bristol,

en Angleterre en 1497, à la découverte du Nouveau-Monde.

Voici les sujets sur lesquels portent les divers chapitres de CANADA 1949: 1° Pétrole canadien — production et perspective (article spécial); 2° Citoyenneté et unité canadienne (article spécial); 3° Services extérieurs du Canada; 4° Population — démographie; 5° Education — science — culture; 6° Santé publique — bienfaisance — anciens combattants; 7° Revenu national — relevé de la production; 8° Agriculture; 9° Forêts; 10° Pêcheries; 11° Fourrures; 12° Mines et minéraux; 13° Energie hydraulique; 14° Manufactures; 15° Transports et communications; 16° Commerce intérieur — prix et régie des prix — coût de la vie; 17° Commerce extérieur; 18° Construction; 19° Travail; 20° Finances publiques; 21° Régime bancaire — assurance; 22° Climat; 23° Parcs nationaux du Canada.

CANADA 1949 est dès maintenant *en vente* au prix de 25c. l'exemplaire chez *l'Imprimeur du roi, à Ottawa*.

Les commandes doivent être adressées à l'Imprimeur du roi, à Ottawa, en même temps qu'une remise de 25c. par bon ou mandat postal. Les timbres-poste ne sont pas acceptés. Si l'on envoie des pièces de monnaie, celles-ci devront être placées entre deux cartons dont les bords seront ensuite collés ensemble.



PÉNICILLINE G SODIQUE CRISTALLISÉE MERCK

La Pénicilline G Sodique Cristallisée Merck est d'une pureté insurpassable.

L'absorption de la pénicilline en solution aqueuse s'accomplit promptement, permettant ainsi un effet thérapeutique rapide.

Les solutions sont faciles à manipuler et à injecter. La douleur et l'irritation au siège de l'injection sont réduites à un minimum.

PÉNICILLINE G PROCAÏNIQUE CRISTALLISÉE MERCK DANS L'HUILE D'ARACHIDE contenant 2% (p/v) de Monostéarate d'Aluminium

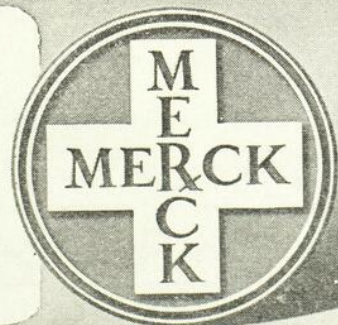
La profession médicale nous avait à plusieurs reprises demandé une pénicilline Merck capable de produire des niveaux prolongés de pénicillémie; nous avons le plaisir de présenter notre PÉNICILLINE G PROCAÏNIQUE CRISTALLISÉE DANS L'HUILE D'ARACHIDE, contenant 2% (p/v) de Monostéarate d'Aluminium; s'obtient en fioles de 10 cm³.

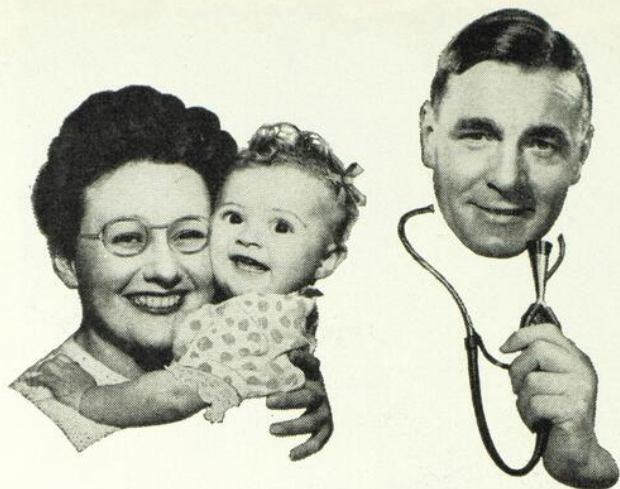
PÉNICILLINE G SODIQUE CRISTALLISÉE

ET

PÉNICILLINE G PROCAÏNIQUE CRISTALLISÉE

DANS L'HUILE D'ARACHIDE





Voici comment

Carnation

R

Le Lait Evaporé dont la fabrication est contrôlée avec la même précision qu'une ordonnance.

protège la recommandation

du médecin



Carnation est d'avis que la formule du bébé est semblable à n'importe quelle autre ordonnance.

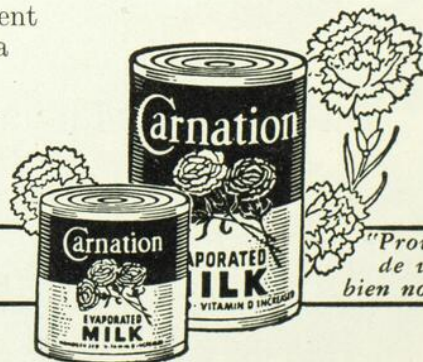
Lorsque vous l'écrivez vous devriez être en mesure de spécifier un lait évaporé qui réponde aux plus rigoureuses exigences du corps médical en fait de pureté, de qualité et d'uniformité.

Carnation est le lait évaporé dont la fabrication est contrôlée avec la même précision qu'une ordonnance. Chaque opération dans sa fabrication est constamment soumise à un contrôle sévère. Des tests répétés et une surveillance étroite assurent la conformité de chaque boîte de Lait Evaporé Carnation aux plus rigoureuses exigences du corps médical.

Il n'est pas surprenant que la plupart des mamans qui emploient le Carnation disent que leur médecin ou l'hôpital le leur a recommandé. C'est le lait auquel les médecins savent qu'ils peuvent se fier.



*Des relevés portant sur toute la population indiquent qu'il y a plus de Lait Carnation employé dans l'alimentation des bébés que toute autre marque de lait évaporé.



Le Lait Que Tout Médecin Connait

"Provenant de vaches bien nourries"

AMYGDALITES — PHARYNGITES
INFECTIONS DE LA GORGE

Cèdent à **2** suppositoires

Néo-Laryngobis

SEL BISMUTHIQUE DE L'ACIDE DIPROPYL ACÉTIQUE

Traitement complet: Deux (2) suppositoires adultes
ou enfants à intervalles de vingt-quatre (24) heures.
Enfants (de 3 à 6 ans) un demi ($\frac{1}{2}$) suppositoire par
vingt-quatre (24) heures.

LABORATOIRE BIO-CHIMIQUE INC.

178 est, rue Jean-Talon, MONTRÉAL, P. Q.

SOULAGER LA DOULEUR

EN

LEVANT LE SPASME

avec

NEUROPHEN

Antispasmodique, sédatif et analgésique

SANS TOXICITÉ

PRINCIPALES INDICATIONS:

Le NEUROPHEN est indiqué pour soulager la douleur spas-
tique, les états anxieux, les malaises et la céphalée présente
dans les cas suivants: dysménorrhée, coliques biliaire et rénale,
ulcères peptique et duodéal, hyperchlorhydrie, spasme du pylore,
entéro-spasme et colites de diverses natures.

FORMULE

Chaque comprimé contient:

Novatropine (Méthylbromure
d'homatropine) 1 mgm.
Phénobarbital 20 mgms.
Acide Acétylsalicylique 150 mgms.
Menadione (Vitamine K)0.25 mgm.

POSOLOGIE

Un comprimé toutes les 2 ou 3 heures.
Ne pas dépasser 6 comprimés par jour.

Il est important de noter que la toxicité de la Novatropine (méthylbromure d'homatropine) est $\frac{1}{30}$ e de celle de l'Atropine.

LABORATOIRE BIO-CHIMIQUE INC.

178 est, rue Jean-Talon, MONTRÉAL, P. Q.

MICROBIOLOGIE — HYGIÈNE — MÉDECINE PRÉVENTIVE

- RECHERCHES
 - ENSEIGNEMENT SPÉCIALISÉ
 - ŒUVRES DE SANTÉ PUBLIQUE
 - PRODUITS BIOLOGIQUES — VACCINS — SÉRUMS

LE VACCIN BCG

PRÉVENTION DE LA TUBERCULOSE

PROTECTION DE 80% EN MILIEU TUBERCULEUX*

- Préparé suivant la technique de l'Institut Pasteur.
- Épreuves de sécurité sur chaque lot de vaccin.
- 3 voies: BUCCALE — INTRADERMIQUE — TRANSCUTANÉE (Scarifications — Piqûres multiples).
- FOURNI GRATUITEMENT SUR DEMANDE dans la Province de Québec.
- Le seul Service du BCG au Canada, depuis 1926.



ALBERT CALMETTE
1863 - 1933

*J. A. BAUDOIN: Am. Rev. Tuberc., 43: 581, 1941.

R. G. FERGUSON: Am. Rev. Tuberc., 54: 325, 1946.

INSTITUT DE MICROBIOLOGIE ET D'HYGIÈNE DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

2900, boulevard du Mont-Royal,

Montréal, P. Q., Zone 26

(sans but lucratif)

*Pharmacies***SARRAZIN & CHOQUETTE**ARTHUR SARRAZIN
Bachelier de l'Université de MontréalLUC CHOQUETTE
Docteur en Pharmacie de l'Université de Paris

921 EST, RUE STE-CATHERINE. Tél.: PLateau 9622

VACCINS SÉRUMS • ORTHOPÉDIE • OPTIQUE • LABORATOIRE D'ANALYSES

Succursales

ANGLE ST-DENIS ET MONT-ROYAL • 6511, ST-HUBERT PRÈS BEAUBIEN

Monsieur le docteur,

Faites-vous de la médecine générale?

Si oui, nous pouvons vous rendre service. Vos patientes sont rarement intéressées à se rendre au laboratoire d'un hôpital. Mais parfois un certain retard dans les menstruations peut troubler leur quiétude.

Certes, vous avez beaucoup d'expérience, mais, actuellement, un zondek coûte seulement \$4.00. Pourquoi ne pas confirmer votre diagnostic par la véritable épreuve d'Aschheim-Zondek. Savez-vous que cette véritable épreuve se fait avec des rates et non des lapines?

Cependant, il ne faudrait pas oublier qu'une môle hydatiforme, un chorio-épithéliome ou une sécrétion exagérée de gonado-tropes, au début de la ménopause, peuvent donner un résultat positif sans qu'il y ait grossesse? Par contre, un zondek négatif en élimine toute possibilité.

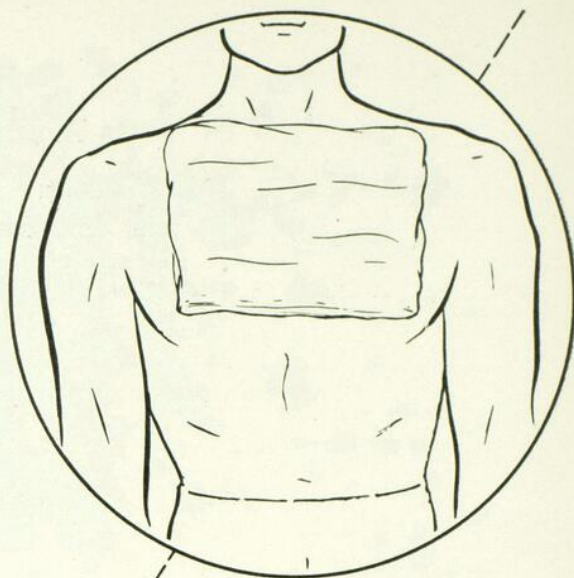
Nous allons chercher à domicile les spécimens d'urine sur un simple appel téléphonique. Un médecin, aidé de gardes-malades techniciennes, procède à l'épreuve d'Aschheim-Zondek. Quarante-huit heures plus tard, on vous téléphone le résultat. Le lendemain, une lettre confirmant le rapport de l'épreuve vient s'ajouter au dossier de votre patiente.

SARRAZIN & CHOQUETTE.

par

Jacques Noisoux,

interne des hôpitaux, attaché au laboratoire d'analyses.



Dans le traitement des affections inflammatoires de la poitrine, entorses, engorgements glandulaires, foulures, contusions —

NUMOTIZINE

Médicament topique
analgésique et décongestif

Soulage la douleur.

Diminue la congestion.

L'action de la Numotizine est si prolongée qu'une application de 1/8 de pouce d'épaisseur dure huit heures ou davantage. Il n'est pas nécessaire de réchauffer.

En pots de 4, 8 et 30 onces.

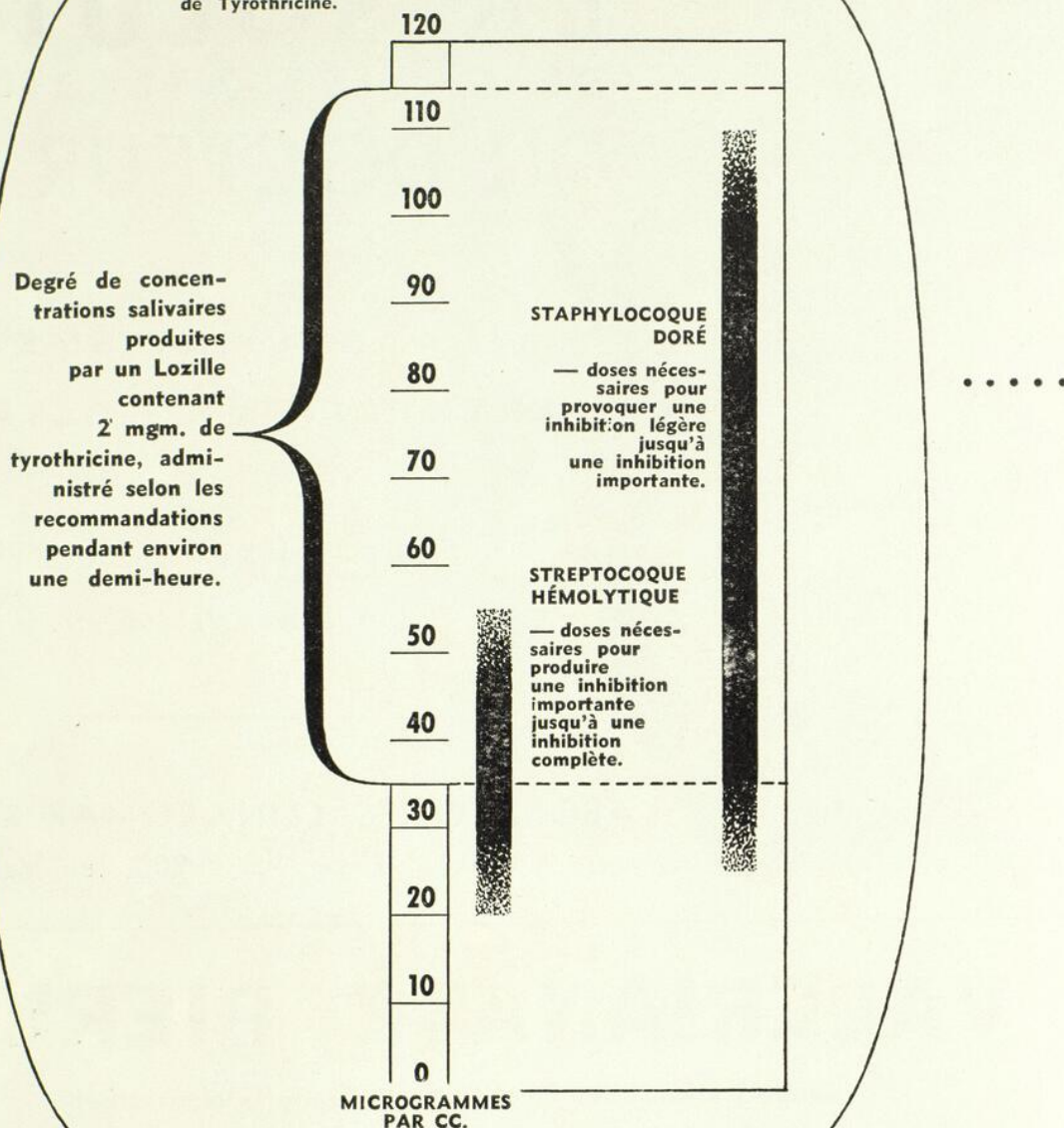
Fabriquée au Canada.

Représentants:

Wingate Chemical Co. Ltd.,
378 ouest, rue St-Paul,
Montréal.



Suspensions salivaires de Streptocoques hémolytiques et de Staphylocoques dorés, exposés pendant une demi-heure à l'action de diverses concentrations de Tyrothricine.



Concentrations salivaires actives de Tyrothricine

Quand il est administré comme il se doit, un Lozille conserve pendant environ une *demi-heure* les concentrations salivaires indiquées sur le graphique.

La concentration salivaire prolongée assure une action antibactérienne générale contre les organismes gram-positifs, causes des infections oropharyngées aiguës.

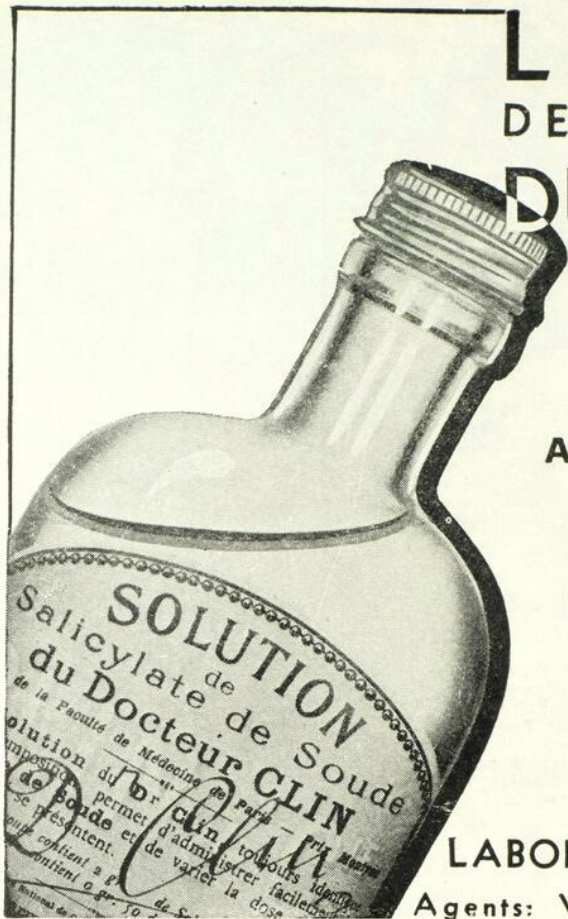
La Tyrothricine, contrairement à la pénicilline pour usage topique, se distingue par une absence de toxicité locale. D'un goût agréable, les Lozilles contiennent aussi de la propésine, qui produit une analgésie non-toxique et durable.

Chaque Lozille contient 2 mgm. de tyrothricine et 2 mgm. de propésine. Se vend en fioles de 15 Lozilles.

LOZILLES

PASTILLES DE TYROTHRINE-PROPÉSINE

WHITE LABORATORIES of Canada, Ltd., 64-66 Gerrard Street East, Toronto, Ont.



LA SOLUTION DE SALICYLATE DE SOUDE DU DOCTEUR CLIN

RHUMATISME
ARTHRITISME • SCIATIQUE

TOLÉRANCE • ACTIVITÉ

Flacon de 300 c.c.

LABORATOIRES CLIN, COMAR & CIE, PARIS
Agents: VINANT Ltée, 200, rue Vallée, Montréal

VALERIANATE PIERLOT

Calme les Maladies Nerveuses — Traite la Neurasthénie

- Composition:** Valérianate d'Ammonium.
- Propriétés:** Antispasmodique.
Stimulant diffusible et énergique, régulateur de l'innervation.
- Indications:** Excitabilité nerveuse, Insomnie, Migraines, Vapeurs, Toux nerveuse, Palpitations, Tremblement, Spasmes, Chorée, Convulsions, Attaques de nerfs, Hystérie, Névralgies, Sciattique, Règles douloureuses ou difficiles.
- Pozologie:** Une à deux cuillerées à thé dans un quart de verre d'eau sucrée, matin et soir. Pour les enfants, moitié ou tiers d'une cuillerée à thé.
- Présentation:** Flacon de 120 cc.

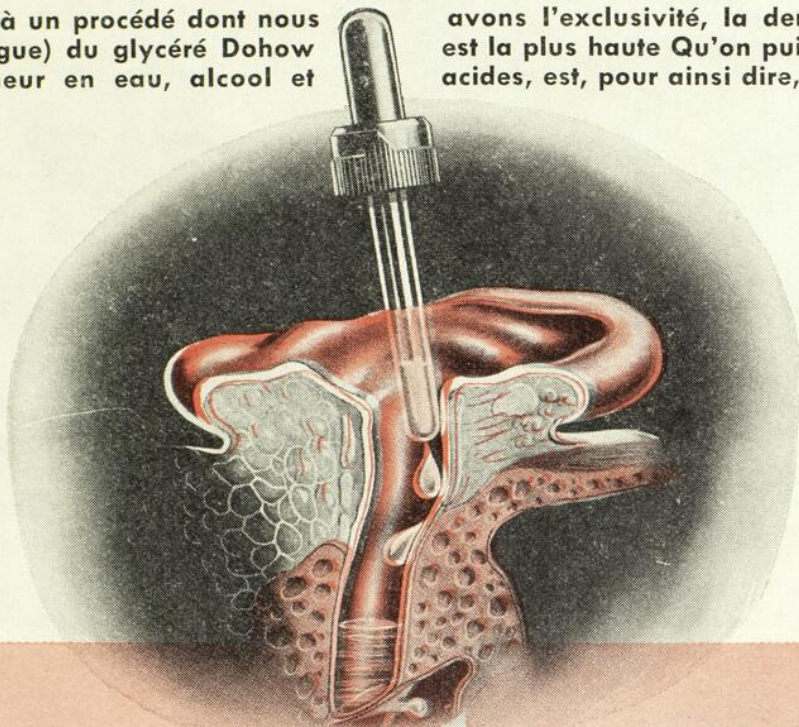
Laboratoires H. RIVIER — Paris

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

LA NOTION FOURNIE PAR L'EXAMEN DU MALADE DICTE LE CHOIX DE LA MÉDICATION

Grâce à un procédé dont nous
spécifigues) du glycérol Dohow
sa teneur en eau, alcool et

avons l'exclusivité, la densité (gravité
est la plus haute Qu'on puisse obtenir—
acides, est, pour ainsi dire, nulle.



CONTRE L'OTITE
MOYENNE AIGÜE

ENLÈVEMENT DES CONCRÉTIONS
CÉRUMINEUSES

COMME ADJUVANT D'UNE MÉDICATION
ORGANIQUE CONTRE CERTAINS AGENTS
INFECTIEUX (PÉNICILLINE, etc.)

OTOPATHIES ASSOCIÉES AUX MALADIES
CONTAGIEUSES

SERVEZ-
VOUS

d'Auralgan

... parce que ses propriétés puissamment anal-
gésiques et déshydratantes diminuent la con-
gestion, calment promptement la douleur, et
soulagent l'inflammation, dans tous les cas qui
intéressent un tympan encore intact.

FORMULE:

Glycéré DOHOW 17.90 g
(la plus haute densité qui puisse être obtenue)
Phénazone 0.87 g
Benzocaïne 0.23 g

CONTRE L'OTITE MOYENNE
SUPPURANTE CHRONIQUE, LA
FURONCULOSE ET LA
DERMATOMYCOSE AURICULAIRE,

SERVEZ-
VOUS

d'O-TOS-MO-SAN

... parce que cette combinaison chimique des
plus efficaces (et non pas une simple mixture),
qui réunit le sulfathiazole et l'urée dans un
excipient de glycérol AURALGAN (DOHOW),
exerce une puissante action dissolvante sur les
protides, liquéfie et dissout les granulations
tissulaires exubérantes, nettoie le conduit auditif,
supprime la fétidité, et tend à activer la
réparation normale des tissus en présence d'une
otite moyenne suppurante chronique.

FORMULE:

Urée 2.0 g
Sulfathiazole 1.6 g
Glycéré DOHOW (base) 16.4 g

Documentation et échantillons envoyés à la demande de MM. les médecins.

THE DOHOW CHEMICAL COMPANY, LTD. • fabricants de l'AURALGAN et de l'O-TOS-MO-SAN

Montréal

New York-13

Londres

SANATORIUM PRÉVOST



Façade Sud du nouveau Sanatorium Prévost. Tous les pavillons sont maintenant ouverts aux malades à l'exception du "pavillon bleu", à l'extrême droite, que l'on aménage présentement pour abriter des laboratoires et quelques chambres.

L'établissement demeure toujours consacré au traitement INDIVIDUEL des affections neuro-psychiatriques en cure libre.

● Personnel hospitalier expérimenté. Cures de repos. Physiothérapie complète. Pyrétothérapie. Electrochocs. Insulinothérapie. Psychothérapie. Bientôt: radiothérapie; régimes confiés à une diététicienne.

BUREAU MÉDICAL

Neuro-psychiatres: Drs Roma Amyot, Ernest Brunet, Jean-Léon Desrochers, Paul Larivière, Emile Legrand, Alcide Pilon, Jean Saucier et Karl Stern;

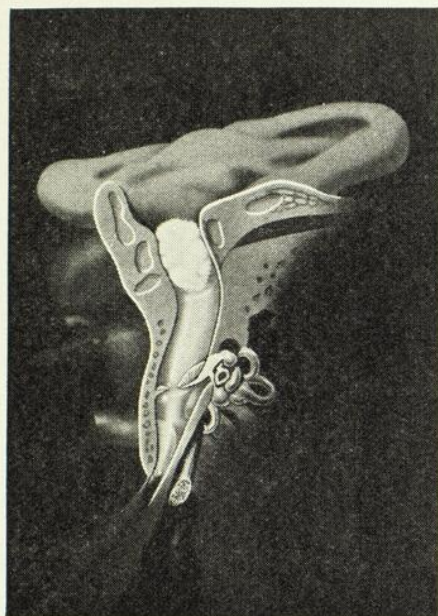
Consultants: Drs Fernand Charest, René Dandurand, Paul David, Edouard Desjardins, Roland Dussault, Léon Gérin-Lajoie, Charles-E. Grignon, Charles-E. Hébert, J.-B. Jobin, Albert Jutras, Richard Lessard, Georges Manseau, Léopold Morissette, Jules Prévost, J.-A. Vidal.

4455 OUEST, BOULEVARD GOUIN.

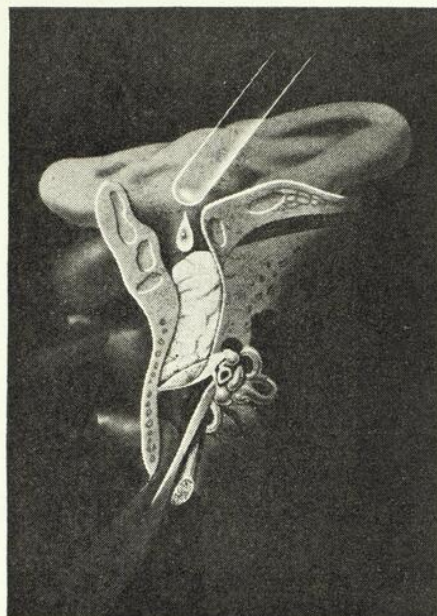
TÉLÉPHONE: BYwater 2405 *

Quintuple attaque contre

les affections
de l'oreille moyenne



les affections
de l'oreille externe



1. **Action antibactérienne** — La concentration très élevée de sulfa-urée combat efficacement l'infection locale. ^{1, 2}
2. **Débridement** — Le foyer d'infection est rapidement nettoyé — la fétidité est diminuée, et la suppression des débris nécrotiques est rendue plus facile.
3. **Analgésique** — Le chlorobutanol soulage la douleur et la démangeaison.
4. **Fongicide** — Enraye le danger de contagion par les fongosités ordinaires.
5. **Hygroscopique** — Absorbe l'excès d'humidité et possède une action décongestive.

L'Otomide White est une solution stable contenant 5% de sulfanilamide, 10% d'urée (carbamide), et 3% de chlorobutanol anhydre dans un excipient composé de glycérine d'une activité hygroscopique très élevée. Présenté en flacons compte-gouttes contenant 1/2 once liquide (15 cm³).

White's

OTOMIDE

Chimiothérapie topique en otologie

White Laboratories of Canada, 64-66 est, rue Gerrard, Toronto, Ontario.

1. Holder, H. G., et MacKay, E. M.: *Mil. Surg.*, 90: 509-518 (mai) 1942.
2. Holder, H. G., et MacKay, E. M.: *Surgery* 15: 677-682 (mai) 1943.

Qu'il s'agisse de . . .

RHUMATISME
COUTTE
GRIPPE
CÉPHALÉE
ODONTALGIE
NÉVRALGIE
DYSMÉNORRÉE

RADACIL

SOULAGE LA DOULEUR

RADACIL, remède allemand de haute renommée, associe, dans un seul comprimé, l'action thérapeutique de la phénacétine, de l'acide acétosalicylique, de l'aminopyrine et de la caféine:

La **phénacétine** agit au niveau du cortex. C'est un excellent anti-névralgique qui procure une agréable sensation de détente. Son effet calmant, qui s'exerce surtout dans les états d'irritation, favorise le sommeil.

L'**acide acéto-salicylique** apaise la douleur et fait graduellement baisser la température. Il est surtout indiqué dans le rhumatisme articulaire, la fièvre, les névralgies, etc.

L'**aminopyrine**, analgésique antispasmodique est indiqué dans les spasmes des musculatures vasculaire (migraine), intestinale et utérine.

La **caféine** est un stimulant central à action principalement corticale. Par ses propriétés angiectasiques, il soulage de la migraine.

RADACIL, administré à haute dose, ou mieux en traitement prolongé, comme dans le cas de rhumatisme articulaire, n'entraîne aucune réaction secondaire sérieuse.

Posologie — Un ou deux comprimés trois fois par jour et même davantage dans les cas de fortes douleurs.

Présentation — Tubes de 20 comprimés — RADACIL n'est vendu que sur prescription.

Toute demande d'information ou commande de médecins, dentistes, pharmaciens, recevra une attention immédiate.

THE EASTERN IMPORT, REG'D

C. P. 25

LÉVIS, P. Q.

LARGE FRACTURE DU CRÂNE AVEC ENFONCEMENT

*Protection postopératoire par bonnet
de Gypsona P. O. P.*

R. J., âgé de 49 ans. Accident de motocyclette.

Admis dans un coma profond, avec une large plaie du cuir chevelu et des contusions au niveau des régions temporale et pariétale droites.

L'EXAMEN RADIOLOGIQUE montra de multiples fractures lunéaires avec enfoncement de gros fragments, une fracture de l'arcade zygomatique droite et des fractures de la base du crâne. (Fig. 1)

PROTOCOLE OPÉRATOIRE: Nettoyage de la plaie du cuir chevelu. Extraction des fragments osseux enfoncés, qui avaient pénétré le cortex sur une région de 2 pouces de diamètre. Débridement du cortex. Greffe temporelle suturée pour fermer la brèche dure-mérienne. Suture de la plaie du cuir chevelu. (Fig 2) Application d'un bonnet de Gypsona P. O. P. (Fig. 3)

Durant la période de semi-coma, le patient fut nourri au moyen d'un cathéter naso-pharyngien.

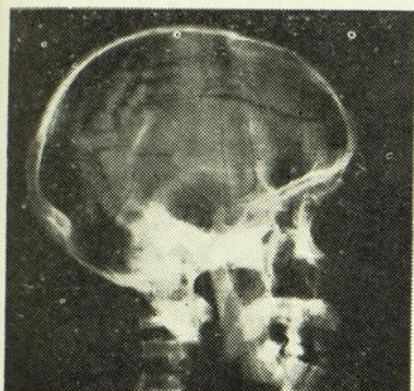


Fig. 1

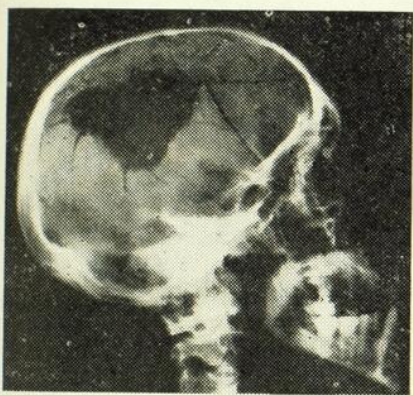


Fig. 2



Fig. 3

Les détails et les gravures de ce cas sont authentiques. T. J. Smith & Nephew, Ltd., de Hull, Angleterre, publient ce cas, typique entre plusieurs, où leurs produits ont été utilisés avec succès.

Les bandages au plâtre de Paris Gypsona font prise rapidement et sont prêts pour usage immédiat. Ils sont fournis en largeurs de 2", 3" 4", 6" et 8" par 3 verges de longueur.

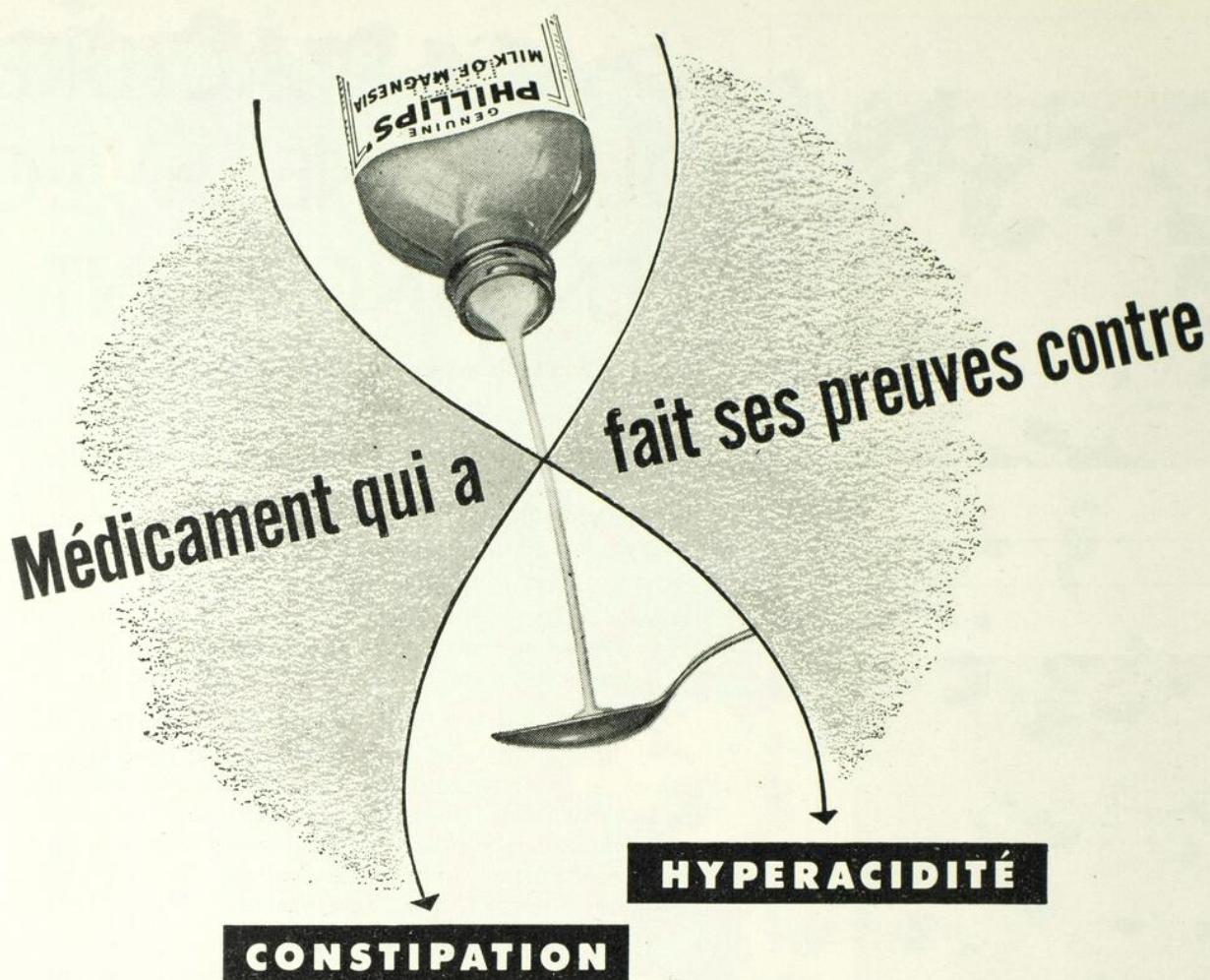
GYPSONA est aussi fournie en coupons pour attelles.

SMITH & NEPHEW LIMITED

378 ouest, rue Saint-Paul,

MONTREAL 1, P. Q.





Depuis plus de 75 ans, le Lait de Magnésie Phillips' est accepté d'une façon générale par le corps médical, comme agent thérapeutique standard pour soulager la constipation et l'hyperacidité de l'estomac.

Comme laxatif—Le Lait de Magnésie Phillips', quoique très efficace, est doux et sans danger pour les adultes et les enfants.

Comme antiacide—Le Lait de Magnésie Phillips' soulage rapidement et efficacement. Ne contient pas de carbonates; pour cette raison, il n'occasionne pas de malaises dus à la flatulence.

DOSE: Laxatif: 2 à 4 cuillerées à soupe.

Antiacide: 1 à 4 cuillerées à thé, ou
1 à 4 tablettes.



LAIT DE MAGNÉSIE PHILLIPS'

Préparé exclusivement par THE CHAS. H. PHILLIPS CO. DIVISION, 1019 Elliott Street West, Windsor, Ont.
of Sterling Drug Inc.

MANDELAMINE

MANDELAMINE

Nom déposé

**Antiseptique urinaire de choix — dans
le traitement de longue durée
ou pour les cas aigus.**

On continue de reconnaître ^{1, 2, 3}, la MANDELAMINE* comme étant un antiseptique de choix, non seulement dans les cas typiques non compliqués, mais aussi dans les infections plus opiniâtres nécessitant un traitement de longue durée.

Dans le traitement de longue durée —
Efficacité soutenue et sécurité lorsque le traitement doit être de longue durée: vu son efficacité antibactérienne soutenue, vu l'absence virtuelle de réactions secondaires et grâce au fait que le patient l'accepte parfaitement, on devrait logiquement choisir la MANDELAMINE lorsque la chimiothérapie doit être de longue durée ou lorsque l'infection devient résistante à d'autres médications.

Dans les cas aigus —
Résultats rapides dans les infections urinaires courantes. Dans une série de 200 cas d'infections courantes des voies urinaires, Carroll et Allen ³ obtinrent des résultats heureux chez environ 74% des cas — souvent en moins de trois jours.

Comprimés entériques de 0.25 g. (3/4 grains) chacun, en flacons de 100, 500 et 1,000.

*MANDELAMINE est le nom déposé par Nepera Chemical Co., Inc. pour leur marque d'hexydaline (mandélate de méthénamine).

1. Butt, A. J.: Florida M. A., 35: 430 (janv.) 1949.
2. Merricks, J. W.: West Virginia M. J., 44: 157 (juin) 1948.
3. Carroll G., et Allen, H. N.: J. Urol., 55: 674 (juin) 1946.
4. Scudi, J. V., et Duca, C. J.: J. Urol., (fév.) 1949.

6 CARACTÉRISTIQUES IMPORTANTES

1. Pas d'intolérance gastrique.
2. Pas de régime solide ou liquide.
3. Pas d'acidification supplémentaire (excepté s'il existe des organismes qui ont la propriété de dédoubler l'urée).
4. Vaste champ d'activité antibactérienne.
5. Aucun danger de résistance au médicament.
6. Simplicité du mode d'emploi — 3 ou 4 comprimés, trois fois par jour.



NEPERA CHEMICAL Co. Inc.

Distributeurs exclusifs

MERCK & CO. Limited

Montréal - Toronto - Valleyfield

Les RIB-BACK sont des *Auxiliaires*...



Auxiliaires DU CHIRURGIEN:

La supériorité du pouvoir tranchant repose sur la finesse uniforme qui règne tout le long du taillant. Le chirurgien est assuré de trouver entière satisfaction, grâce au Rib-renfort, une caractéristique exclusive qui ajoute de la force et assure le degré de rigidité le plus capable de résister à la pression latérale.

Auxiliaires DES ASSISTANTS:

Il se pose moins de problèmes pour les autres membres de l'équipe chirurgicale lorsqu'ils sont sûrs de la qualité des lames. Moins de délais... moins de confusion... un précieux apport à la réalisation d'un processus chirurgical rigoureusement réglé.

Auxiliaires DE TOUS LES USAGERS:

Des méthodes précises de fabrication et des inspections sévères assurent à toutes les lames une stricte uniformité, ce qui leur confère la faculté de s'adapter exactement et solidement à chaque manche B-P, lui-même construit pour servir de façons diverses. Selon les besoins, on peut instantanément remplacer les uns par les autres différents modèles de lames.

Auxiliaires DE L'ACHETEUR:

Dans chaque douzaine de RIB-BACK qu'il se procure, l'acheteur est assuré de trouver 12 lames parfaites. Leur qualité est supérieure, et la durée d'usage satisfaisant plus étendue, voilà des facteurs qui, du point de vue économique, réduisent la consommation des lames à un minimum.



Demandez-les à votre fournisseur

BARD-PARKER COMPANY, INC.

Danbury, Connecticut, U.S.A.

A B A R D - P A R K E R P R O D U C T

UNION DE PHARMACOLOGIE SCIENTIFIQUE APPLIQUÉE, 1 Bis, rue LAULANIÉ - AGEN - (Lot-et-Garonne) FRANCE

Artichaut.
 Boldo.
 Combretum.
 Polypode.
 Orthosiphon.
 Adonis.
 Peptone.
 Chlorure de Magnésium.

Les gouttes

Ictère.
 Atonie vésiculaire.
 Colites.
 Insuffisance hépatique.
 Insuffisance rénale.
 Urée sanguine (excès).
 Albuminurie digestive.
 Anorexie.

HÉPAX

stimulent les fonctions Hépatiques et Rénales

AGENT DE
 DÉSENSIBILISATION
 D'ACTION DOUCE
 ET PROGRESSIVE

30 à 50 gouttes, 2 ou
 3 fois par jour, au début
 des repas.

ADULTES

2 à 5 gouttes par année
 d'âge, 2 ou 3 fois par
 jour.

ENFANTS

AGENTS AU CANADA : LABORATOIRES JEAN OLIVE, 200, RUE VALLÉE, MONTRÉAL.

Première réalisation d'un produit détersif qui mousse - et qui est acide - pH 3.6 - remplace les savons tous alcalins en présence d'eau - rétablit le pH de la peau - pH 4.5 • **DERMACIDE** • élaboré à l'instigation et sur les conseils du professeur Darier • **DERMACIDE** • réalise le traitement moderne des affections cutanées - dans la plupart des cas son action est complétée par • **VITA-DERMACIDE** • pâte acide - grasse - vitaminée - soluble à l'eau.

LABORATOIRES M. PORCHER — 35, rue des Blancs Manteaux — PARIS

AU CANADA: LABORATOIRES JEAN OLIVE — 200, RUE VALLÉE, MONTRÉAL, P. Q.

UNIFORMITÉ



L'une des plus belles usines de produits pharmaceutiques au monde est exclusivement consacrée à la fabrication de l'Aspirin. Rien de ce que vous prescrivez n'est fait avec plus de soin. Pour assurer la qualité toujours uniforme de l'Aspirin, plus de soixante-dix vérifications et essais différents sont faits au cours de sa fabrication. A l'appui de ces vérifications et de ces essais, il y a quarante-sept années d'expérience dans la fabrication de *l'analgésique* pour usage à la maison . . . l'Aspirin.

"Aspirin" est la marque déposée au Canada de
The Bayer Company Limited

Maintenant...



Merck vous offre maintenant l'acide para-amino-salicylique (acide 4-amino-2-hydroxybenzoïque), sous sa forme originale ou en comprimés.

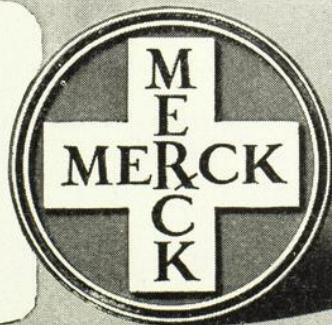
Des études cliniques laissent prévoir que le P. A. S. jouera un rôle d'importance dans le traitement de la tuberculose comme adjuvant de la streptomycine.

Le P. A. S. Merck est hautement purifié, de sorte que le médecin est sûr d'employer un produit de qualité.

La pureté du P. A. S. Merck en fait un produit tout à fait approprié au traitement de certains cas de tuberculose comme adjuvant au Complexe Streptomycine Chlorure de Calcium Merck ou au sulfate de Dihydrostreptomycine Merck.

Présentation: Bouteilles de 500 gm. de poudre pure.
Bouteilles de 1,000 comprimés contenant 500 mg. de P. A. S. pur.

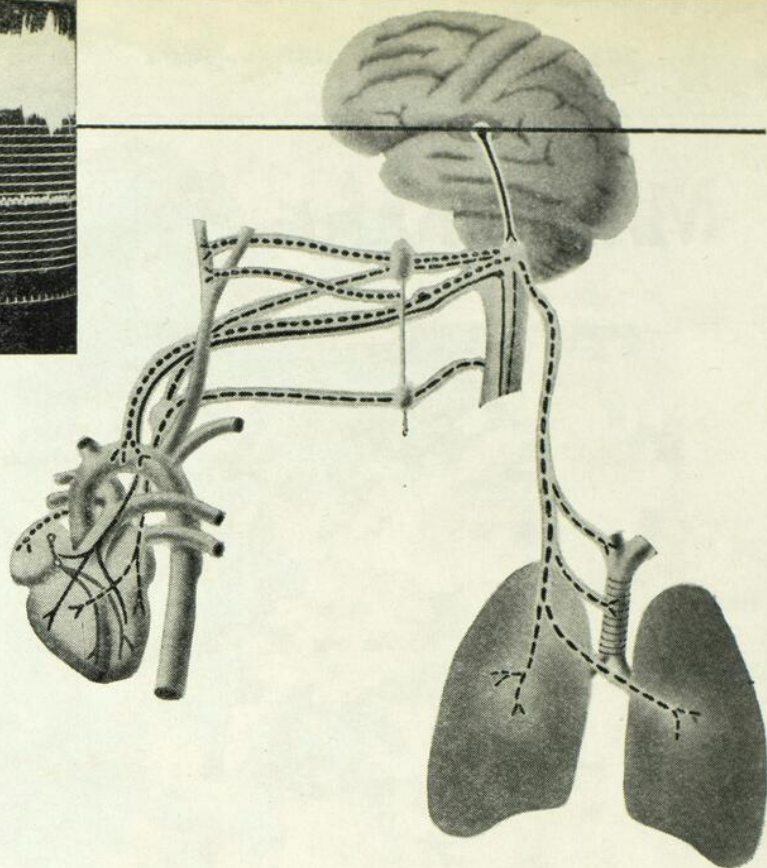
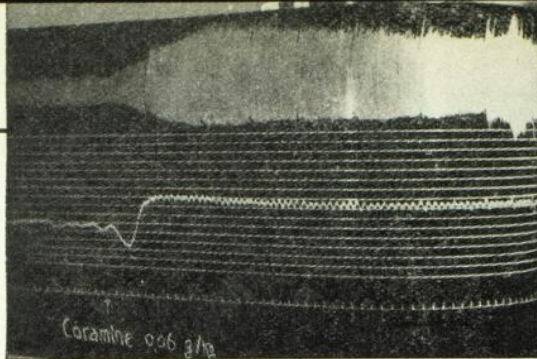
P. A. S.
ACIDE Para-AMINOSALICYLIQUE
MERCK



MERCK & CO. LTD.

Chimistes Fabricants

MONTREAL
TORONTO
VALLEYFIELD



CORAMINE
LIQUIDE

pour une respiration améliorée

Dans les affections chroniques du coeur et en particulier dans les cas de décompensation cardiaque avec dyspnée, l'emploi de la Coramine par la bouche apporte un soulagement remarquable.

L'amélioration qu'entraîne la Coramine sur la respiration a une répercussion notable sur l'efficacité cardiaque. "Durant l'inspiration, la chute de la pression intrathoracique favorise le retour du sang veineux, en remplissant l'oreillette et le ventricule droits. Lorsque le cycle respiratoire est inversé, le relâchement du poumon, par déplacement de la masse sanguine, augmente le reflux veineux pulmonaire et le débit du ventricule gauche."¹

Ainsi, l'augmentation de la circulation pulmonaire, grâce à la Coramine, est probablement l'un des plus importants effets de ce médicament dans les affections cardiaques chroniques.

¹Cournand, A. : Bull. New York Acad. Med. 23: 27, 1947

COMPAGNIE

Ciba

LIMITÉE, MONTRÉAL

*Nikethamide "Ciba

2

combinaisons
de la
Coramine

Coramine

Adénosine

DILATE LES CORONAIRES

Coramine

Glucose

EXERCE UN EFFET
VIVIFIANT GÉNÉRAL

COMPAGNIE

Ciba

LIMITÉE, MONTRÉAL



Comme 1. Les fonctions organiques optima dépendent d'un apport de vitamines suffisant;

Comme 2. Les vitamines Unicap* sont économiques et permettent un usage constant;

En conséquence 3. Une carence en vitamines est désormais inexcusable.

Favorisez un apport de vitamines adéquat avec

une UNICAP par jour

Upjohn
TORONTO, ONTARIO

384, Rue Adélaïde, Ouest

MÉDICAMENTS DE QUALITÉ DEPUIS 1886

*Nom déposé

ÉVACUATION des BOUES BILIAIRES

BILI-SOL

A base d'un **charbon animal suractivé et d'oléate de soude**, le **BILI-SOL** est la réalisation scientifique d'une méthode empiriquement employée depuis des siècles, en Europe et dans le Moyen Orient.

EN BOÎTES DE 128 COMPRIMÉS DE 1 GRAMME

Pour la conduite du traitement, il est important de s'en tenir aux indications suivantes qui sont basées sur l'expérience.

Pendant les périodes aiguës: 16 comprimés par jour en 2 fois, 1 à 2 heures avant les deux principaux repas.

Durée du traitement: 30 à 40 jours.

Dans les états frustes: 6 à 8 comprimés par jour en 2 fois, avant les deux principaux repas, pendant 15 jours, tous les 3 mois.

J. EDDÉ Ltée, Édifice New Birks, Montréal.

Le Soufre et l'Iode

dans la thérapeutique du **RHUMATISME.**

Laboratoires **BRISSON**, Paris.

SÉTI

Ampoules jumelées de soufre et d'iode pour injections intramusculaires ou intraveineuses.

NÉO-SÉTI

Solution buvable de soufre et d'iode.

SÉTIPYRINE

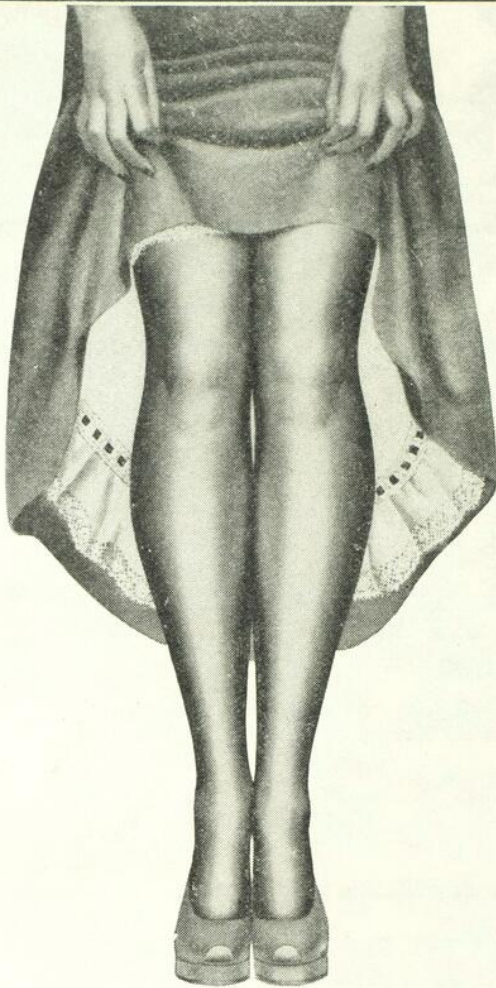
Comprimés sédatifs des douleurs.

Traitement des Rhumatismes aigus et chroniques.

Rhumatismes déformants.

Sciaticques-Lumbago.

J. EDDÉ LIMITÉE, Edifice New Birks, **MONTRÉAL**, Agents pour le Canada



**Aucune objection
lorsque vous
prescrivez**

**les BAS *Elastiques*
BAUER & BLACK**

Quels que soient les besoins cliniques en matière de support, les patients jouissent d'un plus grand soulagement avec les Supports Elastiques Bauer & Black.

A l'encontre des modèles épais d'autrefois, les Bas Elastiques Bauer & Black sont légers et peu apparents... Ils vous offrent le genre de SUPPORT dont vous avez besoin pour obtenir les résultats que VOUS désirez. Grâce à leur élasticité dans les deux sens et à leur faculté de mouler la jambe, les Bas Elastiques Bauer & Black fournissent une pression uniforme — et, cependant, la beauté naturelle de la jambe n'est en rien altérée.

PRODUIT DE LA SOCIÉTÉ

(BAUER & BLACK)

DIVISION DE
THE KENDALL COMPANY (CANADA) LIMITED
TORONTO, ONTARIO

Curity
REG. IN CANADA

PARTURIOL LAFA

(OCYTO-NARGÉNOL RM 206)

Composition : Campho-Sulfonate de dihydroxycodéinone, Campho-Sulfonate de scopolamine, Campho-Sulfonate d'éphédrine, Sulfate de Spartéine, Phénylpropionate de dihydroxycodéinone, Sérum physiologique.

Propriétés : Hâte le travail — Atténue la douleur — Conserve la lucidité — Ne provoque jamais d'apnée.

Indications : Accouchements.

Posologie : 4 cc. en injection intramusculaire quand la dilatation est à 5 francs. 2 cc. en injection de rappel au besoin.

Présentation : Boîte de 3 ampoules 2 cc.
Boîte de 50 ampoules 2 cc.

Laboratoires Associés Franco-Anglais

Licence

Laboratoires CLIN, Paris

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

STANO-PLEX LAFA FURONCULOSE, ACNÉ

Composition : Complexe B Naturel Lafa associé au Protéinate d'étain.

Propriétés : Combinaison de trois traitements classiques de la Furonculose et de l'Acné — Médications à base d'étain, levures, soufre — en un seul produit: composé organique de l'étain (Protéinate) associé au Complexe B Naturel Lafa, (extrait de cultures sélectionnées de levure), avec soufre colloïdal employé comme catalyseur.

Indications : Furonculose — Acné sous toutes ses formes et manifestations.

Posologie : 4 à 6 comprimés par jour.

Présentation : Flacon de 60 comprimés.

Laboratoires Associés Franco-Anglais

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

Somnof

APAISEMENT POSITIF SANS AUCUN MALAISE

L'apaisement psychique à l'aide de la scopolamine précède l'action d'une dose minime de barbituriques bien éprouvés.

Des expériences cliniques, opérées même sur des patients très difficiles à calmer, ne laissent voir aucun effet de drogue, aucune excitation première... mais plutôt une sensation naturelle de fatigue suivie d'un sommeil profond et sans rêves.

On croit que le catabolisme complet des ingrédients peut occasionner un regain de vigueur au réveil, — remplaçant le malaise qui suit d'habitude l'absorption des barbituriques seuls.

FORMULE :

Bromhydrate de scopolamine	1/200 gr.
Chlorhydrate d'apomorphine	1/70 gr.
Niacine	3/4 gr.
Hexobarbital	3/4 gr.
Phenobarbital	3/8 gr.

REFERENCES:

1. Lehmann, H.: C. M. A. J., février, 1949.
2. Hershenson, B. B., Brubaker, E. R.: Am. J. Obstet. & Gynec., 53: 307, 1947.
3. Lehmann, H.: C. M. A. J., 51: 558, 1944.

FRANK W. HORNER LIMITED
MONTREAL **CANADA**

Aide dans la convalescence post-opératoire



Ce support non élastique fut créé pour cette femme afin de procurer un support abdominal bien coordonné à celui du dos. Remarquer le Soutien Spencer pour les Seins, qui fut également dessiné individuellement pour cette personne.

Les SUPPORTS SPENCER, créés individuellement pour chaque malade, sont d'une efficacité thérapeutique parfaite comme adjuvant au traitement après une néphrectomie, une néphropexie, une herniotomie, une colostomie, une hystérectomie, une cholécystectomie, une intervention vertébrale et une mastectomie. Ils sont aussi indiqués dans les cas d'hypotension orthostatique consécutive à une sympathectomie.

Le Spencer aide efficacement la convalescence en protégeant et supportant la musculature affaiblie.

Chaque Support Spencer est *dessiné, taillé et confectionné* dans nos ateliers de Rock Island, après qu'une corsetière a noté les particularités corporelles et posturales du malade et des mesures détaillées. Ainsi le médecin a l'assurance que chaque malade aura le support voulu pour seconder le traitement. Malgré cela, le prix d'un Spencer est très raisonnable.

Pour atteindre une marchande de Supports Spencer, consulter le bottin du téléphone sous "Corsetière Spencer" ou "Salon de Supports Spencer" ou écrivez-nous directement.

SPENCER SUPPORTS (CANADA) LIMITED,
Rock Island, Québec.
Aux Etats-Unis: Spencer, Incorporated, New Haven,
Connecticut.
En Angleterre: Spencer (Banbury) Limited,
Banbury, Oxon.

Veillez m'adresser la brochure "Les Supports Spencer dans la pratique médicale moderne".

..... M. D.
Adresse

..... 151-11-49

SUPPORTS DE DESSIN INDIVIDUEL SPENCER

pour l'abdomen, le dos et les seins



La Librairie Beauchemin Limitée

imprimeur de « L'Union Médicale du Canada »,

offre

ses services à tous les

MÉDECINS,
ANNONCEURS

et

LECTEURS

de cette revue pour tous
travaux d'impression et de
reliure.

- Son outillage le plus perfectionné,
- Son personnel des plus avisés,
- Sont garantie de qualité,
- A des prix modérés.

CONFIEZ-NOUS VOS TRAVAUX ET NOUS FERONS EN
SORTE DE VOUS DONNER ENTIÈRE SATISFACTION.

LIBRAIRIE BEAUCHEMIN LIMITÉE

LIBRAIRES — ÉDITEURS

Imprimeurs - Relieurs - Papetiers en gros

426-430, rue ST-GABRIEL

MONTREAL

Tél.: LANCASTER 4236

Toutes les Indications de
l'IODE et des IODURES

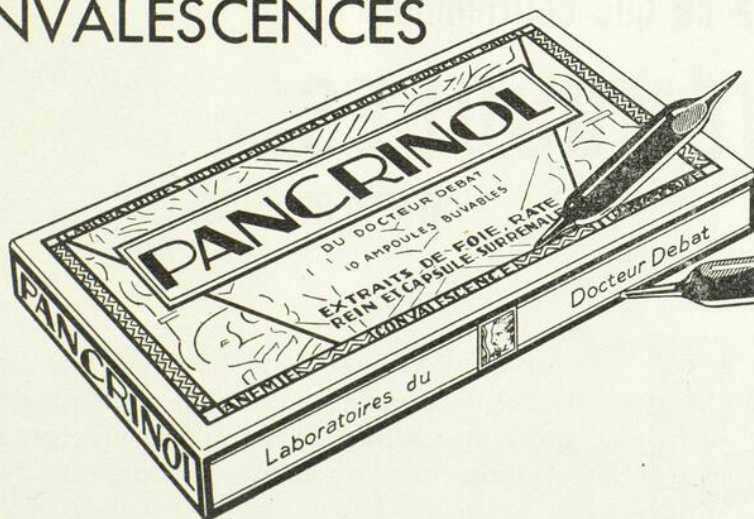


IODOGÉNOL
PÉPIN

Pas d'Iodisme

AGENT GÉNÉRAL : J. EDDÉ L^{td} - MONTRÉAL

ANÉMIES
CONVALESCENCES



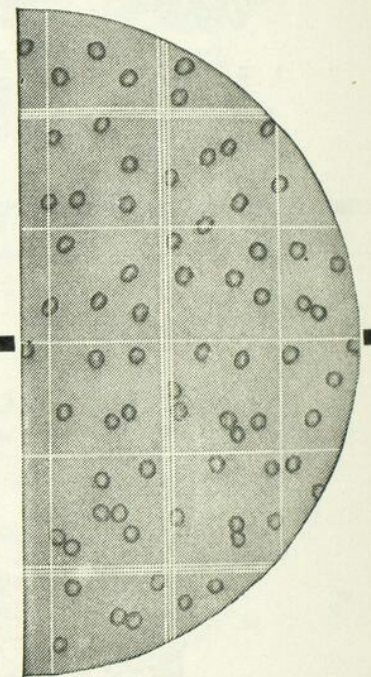
Agent Général J. EDDÉ Ltée MONTRÉAL

PANCRINOL Ampoules buvables 5 cc.

TONI-PANCRINOL (Elixir, flacon 240 cc.)

Sulfate ferreux, excis., U. S. P.	162.0 mg.
Chlorhydrate de Thiamine (vitamine B ₁) ..	1.0 mg.
Riboflavine (vitamine B ₂)	1.0 mg.
Acide ascorbique (vitamine C)	15.0 mg.
Niacinamide	4.0 mg.
Chlorhydrate de Pyridoxine (vitamine B ₆)	0.5 mg.
Pantothénate de Calcium	0.85 mg.
Acide Folique	0.85 mg.
Concentré de foie	162.0 mg.

Pour que le traitement des anémies hypochromes soit un succès, il faut plus que de simples sels de fer; on a trouvé que les vitamines et le foie combinés au fer étaient des adjuvants efficaces dans la restauration de l'équilibre sanguin normal. Non seulement les Hémosules* 'Warner' renferment-elles du foie et la quantité nécessaire de sel ferreux, mais elles contiennent aussi des doses importantes et bien équilibrées du complexe vitaminique B, y compris l'acide folique — ce sont là des substances dont on a démontré l'importance dans la régénération des globules rouges.



... voilà ce que contiennent les
HEMOSULES *
 "WARNER"



Les HÉMOSULES* amélioreront l'état des patients qui sont déprimés ou amaigris ainsi que des malades qui ont besoin d'un stimulant au cours d'une convalescence après une maladie infectieuse.

Présentation: Les Hémosules* 'Warner' — capsules hématiniques — s'obtiennent en flacons de 96.

* Nom déposé

WILLIAM R. WARNER & CO. LIMITED
 727 ouest, rue King, - - - Toronto, Ont.

LABORATOIRES DÉPRUNEAUX — 23, Rue du Parc, Fontenay-sous-Bois

solution de Goulie

PHOSPHONEUROL

polyphosphates phosphoriques

44 GOUTTES (dose moyenne pour adultes)

CORRESPONDENT À

1.10 gm. Phosphate disodique
0.55 gm. Phosphate monocalcique
0.25 gm. Glycérophosphate de Magnésie
5 gouttes Acide Phosphorique

**Stimulant du Système
Nerveux**

Reminéralisant

Anti-alcalosique

Au Canada: LABORATOIRES JEAN OLIVE, 200, Rue Vallée, Montréal

LABORATOIRES JEAN OLIVE — 14, rue des Minimes — PARIS 3e

ASTHÉNIES

LEURS
FORMES
SUITES
CAUSES



ADYNAMIES

ÉTATS
D'INFÉRIORITÉ
DE
L'ORGANISME

VIRISTHÈNE

Base de médication toni-nerveuse, la triade:
Phosphore, Arsenic, Noix vomique, est renforcée dans
les gouttes concentrées de Viristhène par l'adjonction
d'éléments métalliques essentiels aux fonctions vitales.

Phosphore, Arsenic, Noix
vomique, Manganèse, Zinc,
Cuivre, Magnésium.

“LA PILULE LIQUIDE”

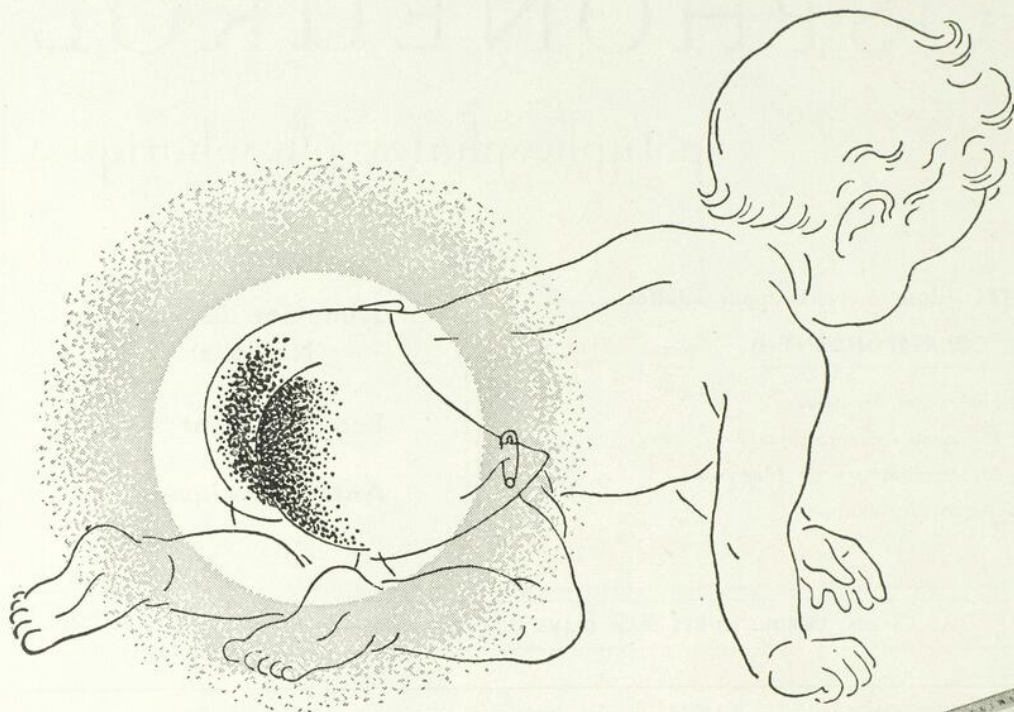
20 à 25 gouttes deux fois par
jour; avant, pendant ou après
les repas, dans un peu d'eau.

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

L'ÉRYTHÈME FESSIER

(DERMITE AMMONIACALE)

peut être prévenu...



par des couches
EXEMPTES D'AMMONIAQUE
après un traitement au **DIAPARENE**

Traitez les "couches de nuit" de bébé en les rinçant au Diaparene, le premier médicament pour couches qui empêche les B. ammoniagènes de décomposer l'urée urinaire en ammoniacque libre; de sorte que Diaparene, contrairement aux pommades, poudres et lotions palliatives, supprime vraiment la cause de la dermite ammoniacale. Empêche l'inflammation ammoniacale de l'échauffaison, de l'irritation et de l'éruption d'origine allergique, etc. ☒ Un comprimé par deux pintes d'eau de rinçage pour chaque lot de six couches, soit une solution à 1:25,000. La concentration peut être augmentée cinq fois (1:5,000 selon la résistance de l'éruption et l'importance de l'action enzymatique.



PRODUIT ACTIF: chlorure d'ammonium monohydraté de di-isobutyl cresoxy ethoxy ethyl di-méthyl benzyle: 12.7%. MATIÈRES INERTES: 87.3%.

Boîtes de 20 et de 40 comprimés.

1. Cook, J. V.: Brennen Practice of Ped. 4: Chapter 41, 1945.
2. Benson, R. A. et al: J. Ped. 31: 369-754, 1947.
3. Perlman, H. H.: Skin and Cancer Clinic, Post Graduate Hospital, New-York, 1948.

Annonce réservée au Corps Médical

Demandez échantillons et littérature

Diaparene

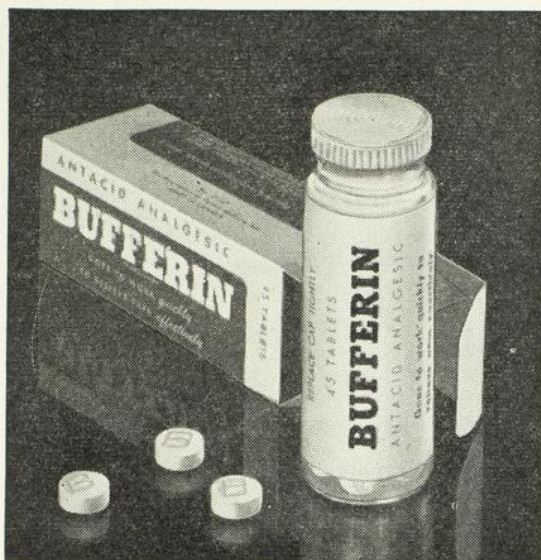
Division pharmaceutique, Homemakers' Products Corporation, New-York 10
Au Canada: HOMEMAKERS' PRODUCTS (CANADA) LIMITED, Toronto 10



"TRAITE LA COUCHE"

SUPPRIME LA CAUSE DE L'ÉRYTHÈME FESSIER

Un nouveau comprimé offrant



- 1 un soulagement plus rapide avec
- 2 une meilleure tolérance gastrique

BUFFERIN, le nouvel analgésique antiacide de Bristol-Myers, soulage plus rapidement la douleur que l'acide acétylsalicylique seul parce qu'il est plus vite absorbé dans le courant sanguin. Des essais cliniques ont démontré que 10 minutes seulement après l'ingestion de **BUFFERIN**, les niveaux sanguins de salicylate sont approximativement 20% plus élevés que 20 minutes après l'ingestion d'acide acétylsalicylique seul.

BUFFERIN est mieux toléré, particulièrement chez les patients qui ont déjà subi des embarras gastriques occasionnés par l'acide acétylsalicylique seul.

INDICATIONS: — Pour le soulagement des céphalées et névralgies simples, des douleurs musculaires et des malaises éprouvés au cours de la grippe, des rhumes, des infections légères, et particulièrement pour ces cas de rhumatisme et d'arthritisme qui exigent une salicylo-thérapie intensive et prolongée.

BUFFERIN ne contient pas de sodium. On peut le prescrire sans crainte aux malades astreints à un régime exempt de sodium.

Un comprimé de **BUFFERIN** associe 5 grains d'acide acétylsalicylique à des proportions optima de carbonate de magnésium et de glycinate d'aluminium.

BUFFERIN est offert en fioles de 15 et de 45 comprimés. Échantillons gratuits et documentation descriptive sur demande.

BUFFERIN est un nom déposé par BRISTOL-MYERS Company of Canada Limited

Un produit de BRISTOL-MYERS — 3035 rue St-Antoine, Montréal 30, P.Q.

Le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada

Avis CONCERNANT LES EXAMENS

ASSOCIÉ (FELLOW) EN MÉDECINE

L'examen peut être passé en MÉDECINE, ou en Médecine en accentuant l'une des spécialités suivantes:

Dermatologie et syphiligraphie	Pédiatrie
Neurologie et/ou psychiatrie	Radiologie

ASSOCIÉ (FELLOW) EN CHIRURGIE

L'examen peut être passé en CHIRURGIE, ou en Chirurgie en accentuant l'une des spécialités suivantes:

Neuro-chirurgie	Chirurgie orthopédique
Obstétrique et gynécologie	Otolaryngologie
Ophthalmologie	Urologie

CERTIFICATS EN SPÉCIALITÉS

Les Spécialités approuvées pour le certificat sont les suivantes:

Anesthésie	Obstétrique et/ou gynécologie	Médecine physique
Dermatologie et syphiligraphie	Ophthalmologie	Chirurgie plastique
Chirurgie générale	Chirurgie orthopédique	Santé publique
Médecine interne	Otolaryngologie	Radiologie: Diagnostique et/ou thérapeutique
Neurologie et/ou psychiatrie	Pédiatrie	Chirurgie thoracique
Neuro-chirurgie	Pathologie	Urologie
	Bactériologie	

Copies des règlements concernant les examens pour le titre d'Associé et pour le certificat de spécialiste, de même que des bulletins de demande, peuvent être obtenus en s'adressant au:

Secrétaire honoraire,

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

BETAGEN

VITAMINE B COMPOSÉE

ÉLIXIR GLYCÉROPHOSPHATES

PRINCIPAUX COMPOSANTS

Vitamine B₁
(chlorure de Thiamine)
Riboflavine
avec les autres facteurs de la
Vitamine B complexe
B₃, B₄, B₅, B₆
Lécithine d'œufs
Avénine

Glycérophosphates
de Sodium
de Calcium
de Potassium
de Strychnine (1/60 gr. à l'once)

Tonique et Aliment Nervin

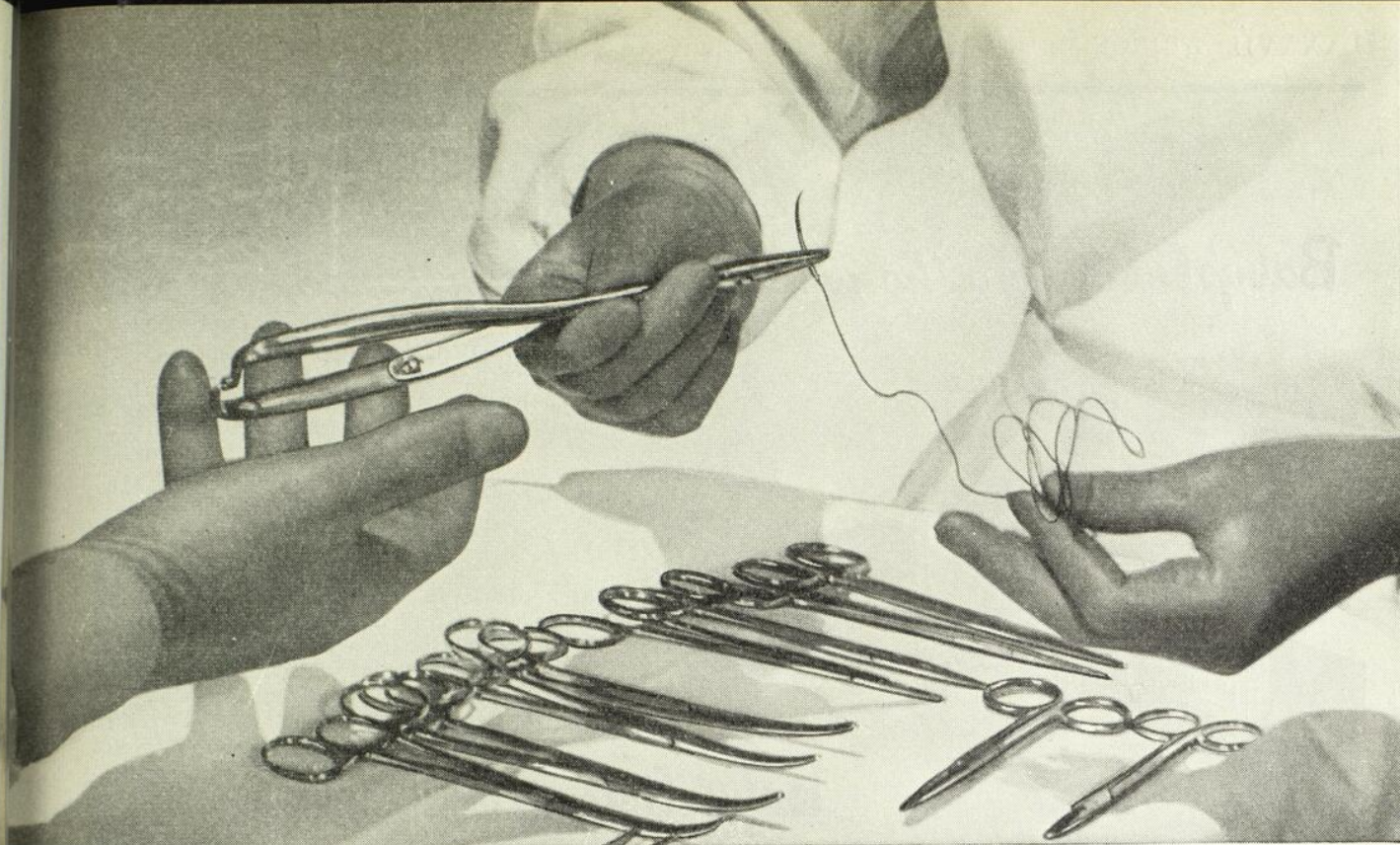
Pertes d'énergie et d'appétit — Anémie

Neurasthénie — Troubles gastro-intestinaux.

Déséquilibre nerveux.

Saveur agréable — Tolérance parfaite.

La Cie **CANADA DRUG CO.**, Montréal



Vous pouvez maintenant employer les Sutures Ethicon avec aiguille Atraloc* sans frais supplémentaires.

Les hôpitaux économisent de plusieurs façons.

Les sutures Ethicon en boîtes métalliques "Sterile Pack" permettent aux hôpitaux de réaliser des économies substantielles. Et maintenant, les chirurgiens peuvent employer les sutures Ethicon avec aiguille Atraloc*, destinées aux interventions générales, gastro-intestinales, obst., et gynéc., amygdales et circoncision, présentées en boîtes "Sterile Pack" — *au même prix que les sutures ordinaires.*

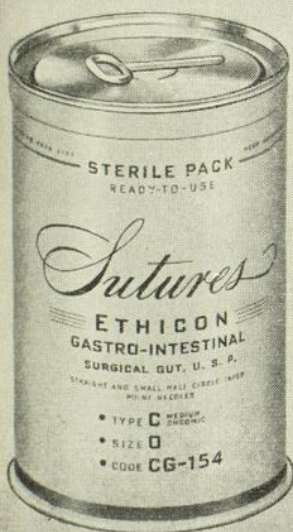
Les sutures Ethicon avec aiguille Atraloc* suppriment la nécessité d'enfiler et facilitent au plus haut degré la tâche du chirurgien.

Quant aux hôpitaux, ils n'ont plus à se préoccuper du problème d'acheter, d'emmagasiner et de préparer les aiguilles. Des sutures avec aiguille Atraloc* sont constamment disponibles pour usage immédiat.

Dans la salle d'opérations, la garde-malade gagne du temps précieux. L'opération se fait rapidement et sans interruption.

Demandez les sutures Ethicon avec aiguille Atraloc*.

*Atraloc — désigne les aiguilles sans chas, "Ethicon".



es boîtes métalliques "Sterile Pack" renferment les sutures Ethicon avec aiguille Atraloc*, prêtes à servir.

au même prix que les sutures ordinaires.

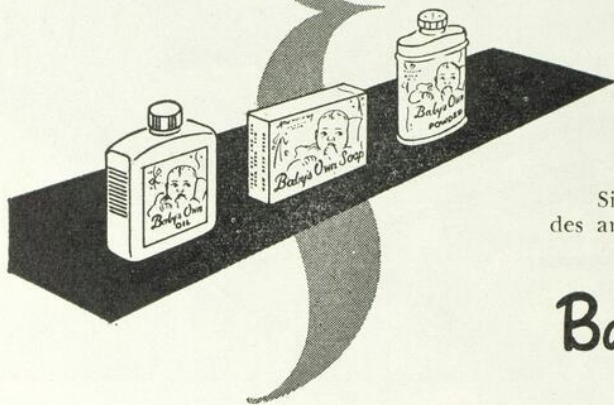
es chirurgiens et les hôpitaux ont applaudi l'annonce disant que les prix des sutures Ethicon avec aiguille Atraloc* étaient les mêmes que pour les sutures ordinaires. (Les sutures avec deux aiguilles sont aussi réduites).

Ces économies substantielles ont favorisé chez plusieurs l'adoption de nos sutures avec aiguilles et ont permis de profiter d'une technique perfectionnée et d'une manipulation simplifiée.

ETHICON
Sutures

Johnson Johnson
LIMITED MONTREAL

Baby's Own s'honore de votre confiance



Depuis longtemps la profession médicale honore les produits BABY'S OWN de sa confiance. Et les fabricants de BABY'S OWN sont convaincus que c'est la pureté, scrupuleusement contrôlée, de leurs produits qui leur vaut cet honneur. Nous nous renseignons constamment sur les nouvelles méthodes thérapeutiques approuvées par les médecins afin de conserver à nos produits leur qualité incomparable. La pureté et la douceur du savon, de l'huile (libre de tout antiseptique) et de la poudre BABY'S OWN sont d'une importance capitale pour l'épiderme des bébés. Si vous désirez utiliser ou recommander en toute confiance des articles de toilette pour les soins de l'épiderme des bébés, vous ne trouverez mieux que BABY'S OWN.

Baby's Own - SAVON - HUILE - POUDRE

The J. B. Williams Co. (Canada) Limited
La Salle, P. Q.



POURQUOI DÉDAIGNEZ-VOUS de faire de la chirurgie dans votre bureau?

CET APPAREIL VOUS EST UNE NÉCESSITÉ DOCTEUR!

NOUVEAU MODÈLE de Bureau de l'appareil Electro-Chirurgical *Bovie*

Maintenant . . . un petit appareil electro-chirurgical compact qui vous permet de pratiquer de nombreuses techniques chirurgicales utiles dans votre propre bureau.

MALLEZ AUJOURD'HUI À FERRANTI ELECTRIC LTD.,

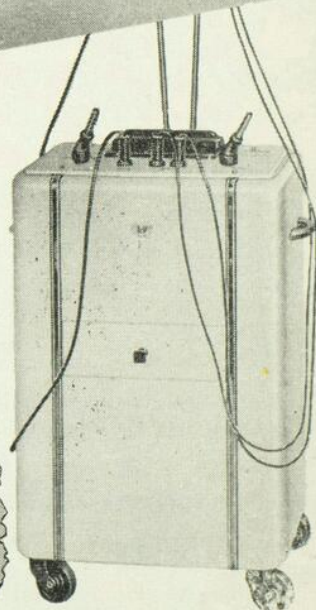
615 MONTREAL TRAMWAYS BUILDING, MONTREAL, QUEBEC.

Messieurs: Sans obligation de ma part, envoyez-moi votre pamphlet de quatre pages, démontrant les nombreux usages pratiques du nouveau modèle de bureau Bovie.

ADRESSE _____

NOM _____

Écrivez
Aujourd'hui pour
notre Pamphlet
Gratuit!





Six auxiliaires des médecins--chacun d'eux qualifié!

1 DRYCO . . . un aliment pour bébés, vitaminé et facile à digérer, qui accélère la reprise du poids à la naissance, et fournit la meilleure nutrition pendant les premiers mois de la vie où la croissance est la plus rapide.

Grâce à sa teneur élevée en protéines, basse en matières grasses et modérée en hydrates de carbone, Dryco vous permet d'ordonner une formule qu'il est très facile de varier dans les cas d'alimentation *spéciale* comme dans les cas d'alimentation normale.

2 LAIT PROTÉINÉ C.M.P. . . . un lait acidifié riche en protéines, pauvre en matières grasses et *très pauvre* en hydrates de carbone. Il a été employé avec beaucoup de succès dans l'alimentation infantile dans des cas de diarrhée chez des bébés élevés au biberon, de dyspepsie, de dénutrition dues à des troubles gastro-intestinaux, de maladie coeliaque, et comme nourriture pour les prématurés lorsque l'on ne peut pas se procurer de lait de femme.

3 LAIT À L'ACIDE LACTIQUE C.M.P. . . . un lait pasteurisé déshydraté par pulvérisation, inoculé avec une culture de bacille d'acide lactique, et incubé jusqu'à ce qu'il ait le degré d'acidité voulu.

Le Lait à l'Acide Lactique C.M.P. possède toutes les excellentes qualités du produit fraîchement préparé et,

de plus, est uniforme et stable. On le reliquifie vite et facilement pour emploi immédiat.

4 MULL-SOY . . . un aliment émulsifié à base de fèves de soya, employé pour remplacer le lait dans les cas d'allergie au lait chez les bébés, les enfants et les adultes. Il a un goût agréable, est bien toléré et facile à digérer.

Mull-Soy, dilué avec un volume égal d'eau, possède toutes les propriétés nutritives essentielles du lait de vache ordinaire.

5 LAIT ÉVAPORÉ BORDEN'S . . . un lait complet, pur et frais, évaporé jusqu'à double concentration, et homogénéisé pour être plus lisse, facile à digérer, et être employé dans les formules d'alimentation pour bébés. Enrichi de vitamine D.

6 KLIM . . . lait en poudre, déshydraté par pulvérisation, contenant tous les éléments nutritifs précieux du lait complet frais. Un moyen simple et efficace de fournir plus de substances solides du lait sans augmenter le volume total du régime alimentaire.

Le procédé de déshydratation par pulvérisation donne un caillot mou et floconneux qui se digère facilement et qui est surtout désirable dans l'alimentation infantile.

Aliments *Borden's* pour Formules

THE BORDEN COMPANY, LIMITED.

De la documentation sera envoyée franco, par la poste, à tout médecin qui en fera la demande.

Division des Aliments pour Formules
Spadina Crescent, Toronto 4, Ontario

Pratiquée chez soi ou ailleurs

L'ÉPREUVE "ÉCLAIR"

Simplifie la recherche du sucre et de l'acétone dans les urines

PAS D'ÉPROUVETTES - PAS DE DOSAGE - PAS D'ÉBULLITION

Les diabétiques accueilleront avec plaisir l'épreuve "Éclair" (réactif sec prêt à utiliser), en raison de sa simplicité et de sa facilité d'emploi. Pas d'éprouvettes, pas d'ébullition, pas de dosage; simplement un peu de poudre, un peu d'urine — s'il y a présence de sucre ou d'acétone, la modification de couleur se produit à l'instant.

Galatest

Pour la recherche du sucre
dans l'urine

LA MÊME SIMPLE MÉTHODE POUR LES DEUX ÉPREUVES

Réactif à l'Acétone (Denco)

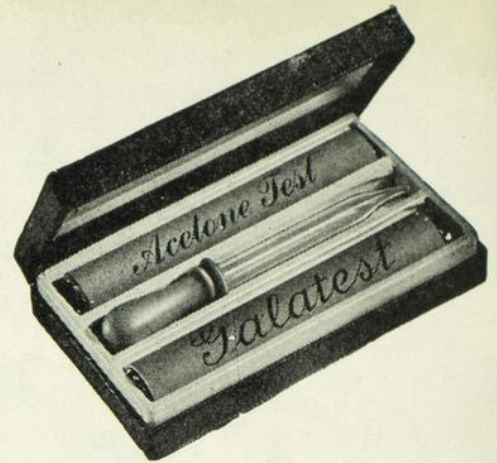
pour la recherche de l'acétone
dans l'urine



1. Un peu de poudre

2. Un peu d'urine

Modification de couleur instantanée
Notices descriptives sur demande.

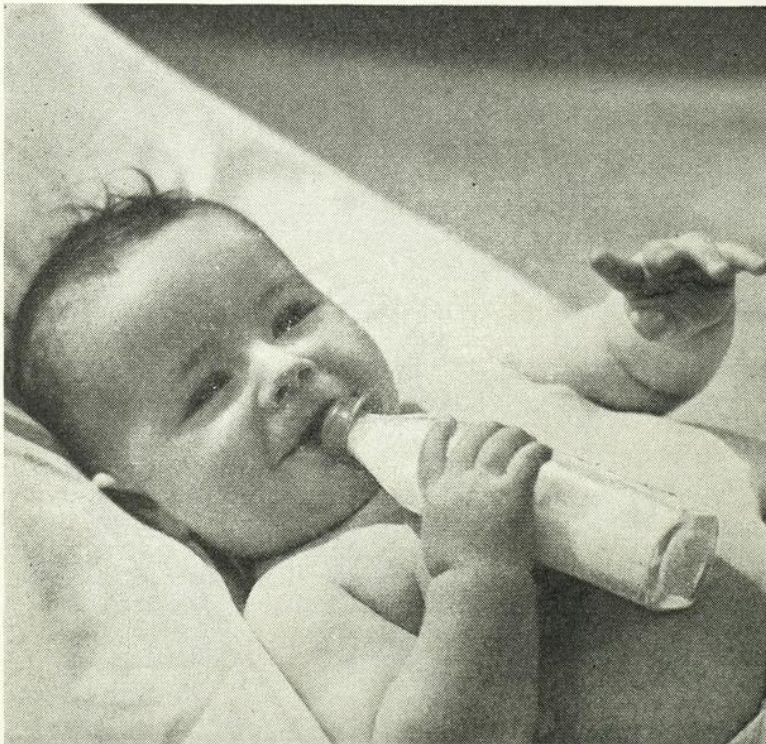


Nécessaire contenant une fiole de réactif d'acétone (Denco) et une fiole de Galatest maintenant disponible. Très commode pour la trousse du médecin ou du diabétique. Le nécessaire contient aussi un stilligoutte médical et une échelle de couleurs. Ce nécessaire si commode ou les fioles de rechange sont en vente à toutes les pharmacies d'ordonnances et chez les marchands d'instruments chirurgicaux.

Accepté pour publicité dans le
"Journal of the American
Medical Association".

THE DENVER CHEMICAL MANUFACTURING COMPANY

286 ouest, rue St. Paul, Montréal



Votre tâche — et la nôtre:

Pour favoriser une croissance parfaite

Les éléments essentiels au développement de l'enfant, tels que contenus dans le lait de vache entier, sont des plus favorables à sa croissance parfaite s'il utilise amplement ce lait. Et dans le Lait Evaporé Nestlé's on y trouve un caillé petit, de faible tension et les solides du lait bien dispersés, tout ce qui peut contribuer à une digestion plus facile et une bonne utilisation.



Nestlé's Milk Products (Canada) Limited

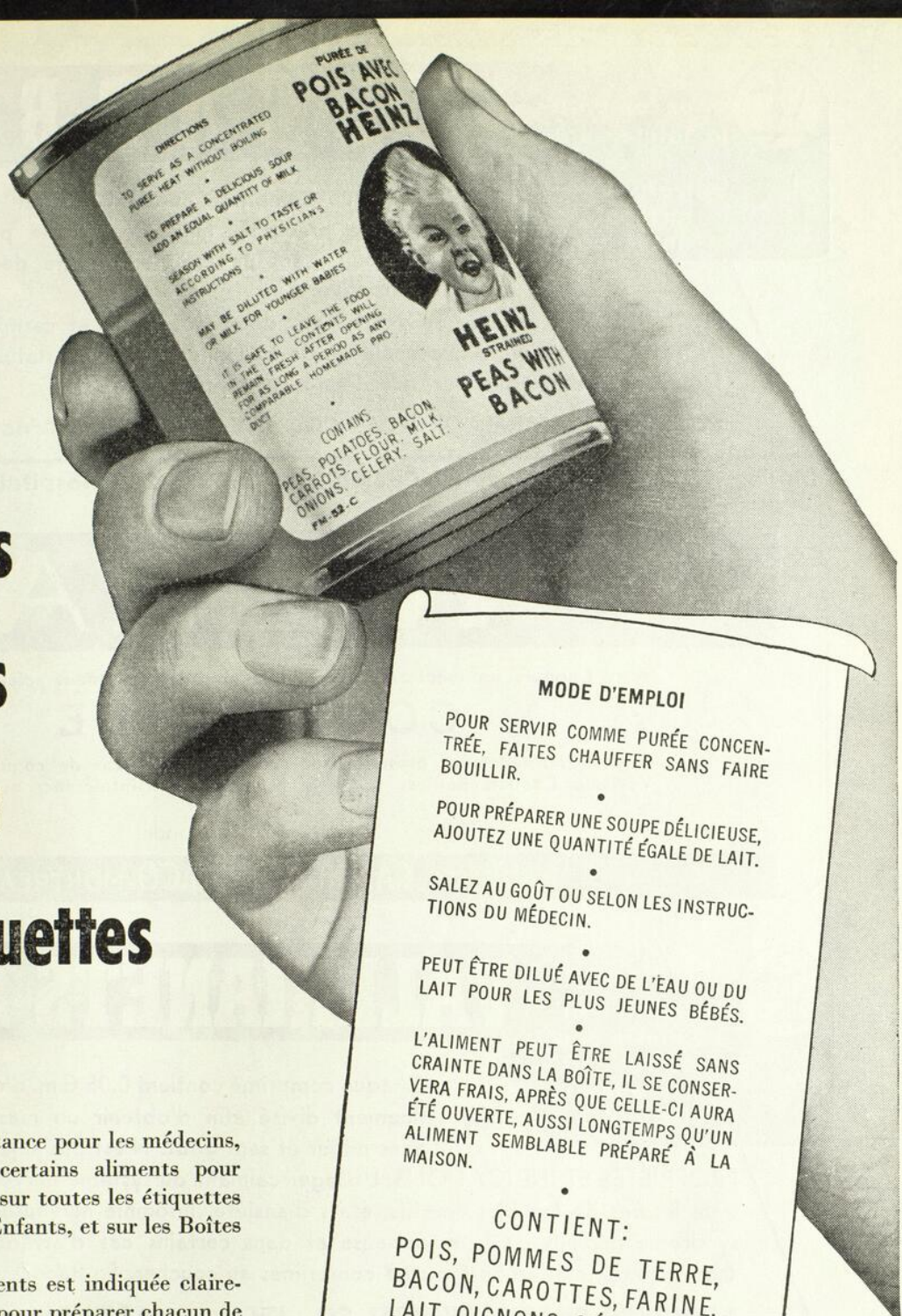
METROPOLITAN BUILDING, TORONTO

Pourquoi les Médecins Devraient-ils Regarder au Dos des Etiquettes Heinz ?

Des renseignements de grande importance pour les médecins, concernant la recommandation de certains aliments pour certains genres de bébés, se trouvent sur toutes les étiquettes de Purées et d'Aliments Heinz pour Enfants, et sur les Boîtes de Céréales.

Non seulement la liste des ingrédients est indiquée clairement sur les boîtes, mais des conseils pour préparer chacun de ces aliments soit en purée concentrée, en soupe ou encore plus dilués pour les plus jeunes bébés, sont également donnés.

Des livrets, tableaux et autre documentation sont préparés expressément pour les médecins et les infirmières, et des échantillons des produits Heinz seront envoyés sur demande. Ecrivez à H. J. Heinz Company of Canada, Ltd., Dept. S. P., 420 Dupont Street, Toronto 4, Ontario.



Aliments **HEINZ** pour Bébés

PURÉES, 17 ALIMENTS POUR ENFANTS, 2 CÉRÉALES POUR BÉBÉS



Pour combattre
la flatulence dans
les cas de
putréfaction et de
fermentation
intestinales

EU CARBON®

Chaque comprimé contient: extrait de rhubarbe, séné, soufre précipité, huile de menthe poivrée et huile de fenouil, dans un excipient formé de charbon de saule suractivé.

PROPRIÉTÉS ET INDICATIONS: Laxatif doux, adsorbant et carminatif. Indiqué dans les cas d'indigestion, d'hyperacidité, de ballonnement et de flatulence.

1 ou 2 comprimés par jour, une demi-heure après les repas. En flacons de 100.

STANDARD PHARMACEUTICAL CO., INC. 1123 Broadway, New York

Distributeur au Canada: LYSTER CHEMICALS, Ltd. 222 Hospital St., Montreal 1, Canada

PAVERAL

reste toujours un médicament de choix pour le traitement scientifique de la

COQUELUCHE

est journallement prescrit avec succès pour les cas de coqueluche et des toux Coqueluchoïdes. — Ne cause ni intolérance ni complication.

Littérature sur demande.

AGENTS CANADA DRUG.CO.MONTREAL



Sédation et
euphorie pour
les patients
nerveux et
irritables

VALERIANETS-DISPERT®

Chaque comprimé contient 0.05 Gm. d'extrait de valériane finement divisé afin d'obtenir un maximum d'efficacité. Sans odeur et sans goût. N'est pas sujet à accoutumance.

PROPRIÉTÉS ET INDICATIONS: Un léger calmant du système nerveux central. Indiqué dans les cas de troubles émotifs, états d'anxiété, insomnie nerveuse, ainsi que dans le syndrome nerveux de la ménopause et dans certains cas d'artériosclérose.

1 ou 2 comprimés au besoin ou 3 comprimés au coucher. En flacons de 50, 100 et 500.

STANDARD PHARMACEUTICAL CO., INC. 1123 Broadway, New York

Distributeur au Canada: LYSTER CHEMICALS, Ltd. 222 Hospital St., Montreal 1, Canada

FORMULE

EXTRAIT HÉPATIQUE
EXTRAIT SPLÉNIQUE
EXTRAIT ORCHITIQUE
MÉTHYLARSÉNATE
DE SOUDE
CHLORURE DE
MAGNÉSIUM
CHLORURE DE
MANGANÈSE
Acide PHOSPHORIQUE
PEPTONATE DE FER

CRINHÉMOL

AMPOULES BUVABLES

ANÉMIE — ASTHÉNIE — MANQUE D'APPÉTIT
FAIBLESSE GÉNÉRALE — DÉPRESSION
NERVEUSE — SUITE D'ACCOUCHEMENT

Dépositaire: MAISON GALLO
207 ouest, rue Notre-Dame, Montréal, P. Q.

PRÉSENTATION

Boîte de
20 ampoules.

POSOLOGIE

Une ampoule le
matin et le midi
avant les repas.

COMPRIMÉS
TRI - SULFA
SODIUM BICARBONATE

ASSOCIATION RATIONNELLE DES SULFAS.

CRISTALLISATION ET CALCUL RÉNAL ÉVITÉS PAR L'ALCALINISATION DE LA FORMULE:

Aussi TRI-SULFA
en suspension
contient
0.30 gram.
par cuillerée à thé.

SULFATHIAZOLE
SULFAMÉRAZINE
SULFADIAZINE
0.50 gram. du mélange par comprimé.

Aussi TRI-SULFA
sans bicarbonate, à 0.50 gram.
par comprimé et
0.30 gram. par comprimé
pour enfant.

La Cie CANADA DRUG CO., Montréal

DEPUIS PRÈS D'UN DEMI-SIÈCLE
Toujours le même but:

**RÉDUIRE LE TAUX DE LA
MORTALITÉ INFANTILE**

Par la Qualité de nos Produits

J. Joubert
LIMITÉE

Le volume liquide comme laxatif léger



Sal Hepatica augmente le volume liquide dans l'intestin par simple pression osmotique; amollit les matières fécales.

Sal Hepatica

LÉNITIF

LAXATIF

PURGATIF

*Le degré d'activité de ce mélange
de salins, bien dosé,
est facilement réglé selon la dose.*

POUR DES ÉCHANTILLONS GRATUITS DE SAL HEPATICA, VEUILLEZ ADRESSER CE COUPON À:
Bristol-Myers Company of Canada Ltd.,
3035, rue St-Antoine, Montréal 30, P.Q.

Nom _____
D 6

Adresse _____

Ville _____

Province _____

ARTHRITISME

Lyxanthine

Astier

Iodo-propanol sulfonate de sodium, bitartrate de lysidine, gluconate de calcium

“par son action bienfaisante dans les cas de désordres physiologiques, amène fréquemment un soulagement symptomatique et objectif...”

Tarsy, I. M.: M. Times 73: 101 (Avril) 1945.

Granulés effervescents d'un goût agréable, en flacons de 60 grammes

Flacon-Echantillon
(suffisant pour 10 jours)

sur demande à:

ROUGIER FRÈRES, 350 rue LE MOYNE, MONTRÉAL 1

Fabricants et Concessionnaires au Canada pour les

Laboratoires du Dr. P. Astier, Paris, France

RHUMATISME CHRONIQUE

Lunettes
verres ophtalmiques

Examen de la vue

ALBANY PHILIE. O.D.

ASSISTÉ D'OPTOMÉTRISTES
ET OPTICIENS DIPLÔMÉS

BUREAU CHEZ

Dupuis Frères
LIMITÉ

MONTREAL

TABLE DES ANNONCEURS

	Pages	Pages
Abbot Laboratoires	XLI-XLII	Laboratoires Jean Olive (Phosphoneurol) - (Viristhène) LXXXII
Ames Company of Canada, Ltd. (Clinitest)	XXIX	Laboratoires Jean Olive (Hepax) — (Dermacide)
Anglo-French Drug Co. (Hemo-bex)	XLIV	LXVIII
Ayerst, McKenna & Harrison Ltée (Supplavite)	XXI	Lederle Laboratories (Antibiotiques)
Ayerst, McKenna & Harrison Ltée (Premarin)	XXII	XI
Bard-Parker Co., Inc. (Rib-Back)	LXVII	Leeming Miles Co., Ltd., The (Pabalate)
Bauer & Black (Curity)	LXXV	XXXIV - XXXV
Bayer Co. Ltd., The (Aspirin)	LXIX	Librairie Beauchemin Limitée
Berex Pharmacal Co.	XVII	LXXIX
Borden Co., Ltd., The (Six auxiliaires des médecins) LXXXVIII		Mead Johnson & Company of Canada Ltd. (Rétrospec-
Bristol Laboratories of Canada Ltd. (Flo-Cillin "96")	XL	tive)
Bristol-Myers Company of Canada Ltd. (Bufferin) ...	LXXXIV	Troisième page de la couverture
Bristol-Myers Company of Canada Ltd. (Sal Hepatica) ..	XCIII	Merck & Co. Ltd. (Dihydrostreptomycine)
British Drug Houses (Canada) Ltd., The (Anahaemin)	L	I
Burroughs Wellcome & Co. (Dexin)	XXXVIII	Merck & Co. Ltd. (Pénicillines G sodique et G procaï-
Canada Drug Co. (Betagen)	LXXXV	nique cristallisées)
Canada Drug Co. (Pavéral)	XCI	LII
Canada Drug Co. (Tri-Sulfa)	XCII	Merck & Co. Ltd. (Mandelamine)
Carnation Co. Ltd. (Lait Carnation)	LIII	LXVI
Casgrain & Charbonneau Ltée (Benzocode) - (Rectocrine) XXVI		Merck & Co. Ltd. (Pyr'dium)
Chas. H. Phillips Co. Division, The (Lait de magnésie Phillips)	LXV	V
Collège Royal des Médecins et Chirurgiens (Avis)	LXXXV	Merck & Co. Ltd. (Acide Para-Aminosalicyle)
Compagnie Ciba Ltée	XV - XVI	LXX
Compagnie Ciba Ltée (Coramine)	LXXI - LXXII	Merrel Co., The Wm. S. (Mercodol)
Denver Chemical Manufacturing Co., The (Epreuve Eclair)	LXXXIX	XXX
Dohow Chemical Co., Ltd., The (Auralgan) - (O-Tos-Mo-San) LX		Millet, Roux & Cie (Dioniforme)
Dupuis Frères (Examen de la vue)	XCIII	XIII
Eastern Import, Reg'd., The (Radacil)	LXIII	Mowatt & Moore Ltd. (Spasex) — (Neuro-Spasex)
Eddé, J., Ltée (Bili-Sol) - (Séti) - (Néo-Séti) - (Séti-pyridine) LXXIV		XIX
Eddé, J., Ltée (Iodogénol) (Pancrinol)	LXXX	Nestlé's Milk Products (Canada) Ltd. (Lait évaporé) ..
Eli Lilly and Company (Canada) Ltd. (Rapidité) Première page de la couverture		LXXXIX
Ferranti Electric Ltd. (Appareil electro-chirurgical Bovie)	LXXXVII	Poulenc Ltée (Dilvasène)
Frosst, Charles E. & Co. (Alamino)	VII - VIII - IX	Deuxième page de la couverture
Frosst, Charles E. & Co. (Ostoforte)	IV	Rougier Frères (Nitrinose)
Gallo, Maison (Crinhémol)	XCI	III
Heinz Co. of Canada Ltd. H. J.	XC	Rougier Frères (Lyxanthine Astier)
Herdt & Charton, Inc. (Vichy Célestins)	II	XCIII
Herdt & Charton, Inc. (Biocalcium)	XLV	Sanatorium Prévoist
Herdt & Charton, Inc. (Osmopak) - (Vertavis)	XLVII	LXI
Herdt & Charton, Inc. (Camirol)	XLIX	Sandoz Pharmaceut'cals Ltd. (Calcium-Sandoz) —
Homemaker's Products (Canada) Ltd. (Diaparene) ..	LXXXIII	(Calcibronat-Sandoz)
Horner (Frank W.), Ltd. (Somnol)	LXXXVII	XXIV
Institut de Microbiologie et d'Hygiène de l'Université de Montréal (Vaccin BCG)	LV	Sarrazin & Choquette (Zondek)
Johnson & Johnson Ltd. (Sutures Ethicon)	LXXXVI	LVI
Joubert Ltée, J. J.	XCII	Schering Corporation Ltd. (Oreton)
Laboratoire Bio-Chimique Inc. (Neo-Laryngobis) — (Neurophen)	LIV	XXV
Laboratoire Bio-Chimique Inc. (Acet-Aminophylline)	LI	Sharp & Dohme (Canada) Ltd. (Cremotres - A)
Laboratoires Desautels Ltée (Passodine)	XXXVI	XLVIII
Laboratoires Desbergers Ltée (Rubion Heparos) Quatrième page de la couverture		Shuttleworth Chemical Co. Ltd., The E. B. (Scilexol) ...
		XLVI
		Smith and Nephew Ltd. (Gypsona)
		LXIV
		Smith, Kline & French Inter-American Corp. (Sulfate de Benzédrine)
		XXXIX
		Smith, Kline & French Inter-American Corp. (Eskacillin) XLIII
		Spencer Supports (Canada) Ltd. (Supports Spencer) ..
		LXXXVIII
		Standard Pharmaceutical Co., Inc. (Eucarbon)
		XCI
		Standard Pharmaceutical Co., Inc. (Valerianate-Dispert)
		XCI
		Usines Chimiques du Canada Inc. (Sal Iodum Valor) ..
		XCIV
		Upjohn (Unicap)
		LXXXIII
		Vinant Ltée (Lipiodol) — (Rhinamide)
		XVIII
		Vinant Ltée (Solution du Dr Clin) — (Valerianate Pierlot) LIX
		Vinant Ltée (Ant grippine Midy)
		XX
		Vinant Ltée (Parturiol Lafa) — (Stano-plex Lafa) ..
		LXXVI
		Warner and Co. Ltd., William R. (Hémosomes)
		LXXXI
		White Laboratories of Canada (Sulfathiazole Gum) ..
		XXVII
		White Laboratories of Canada (Mol-iron)
		XXXIII
		White Laboratories of Canada (Lozilles)
		LVIII
		White Laboratories of Canada (Otomide)
		LXII
		Whitt'er Laboratories (Division Nutrition Research Laboratories) (Resmicon)
		XXXIV - XXXV
		Williams Co. (Canada) Ltd., The J. B. (Baby's Own) LXXXVII
		Wingate Chemical Company Ltd. (Complexe B - MRT) XXVIII
		Wingate Chemical Company Ltd. (Numotizine)
		LVII
		Winthrop-Stearns Inc. (Neo-Synephrine)
		XXIII
		Wyeth & Bros. (Canada) Ltd., John (Amphojil)
		XXXII
		Wyeth & Bros. (Canada) Ltd., John (Conestron)
		XXXI
		X-ray and Radium Industries Ltd. (C. Supertilt)
		XXXVII

SAL-IODUM VALOR

UN

SPECIFIQUE

DU

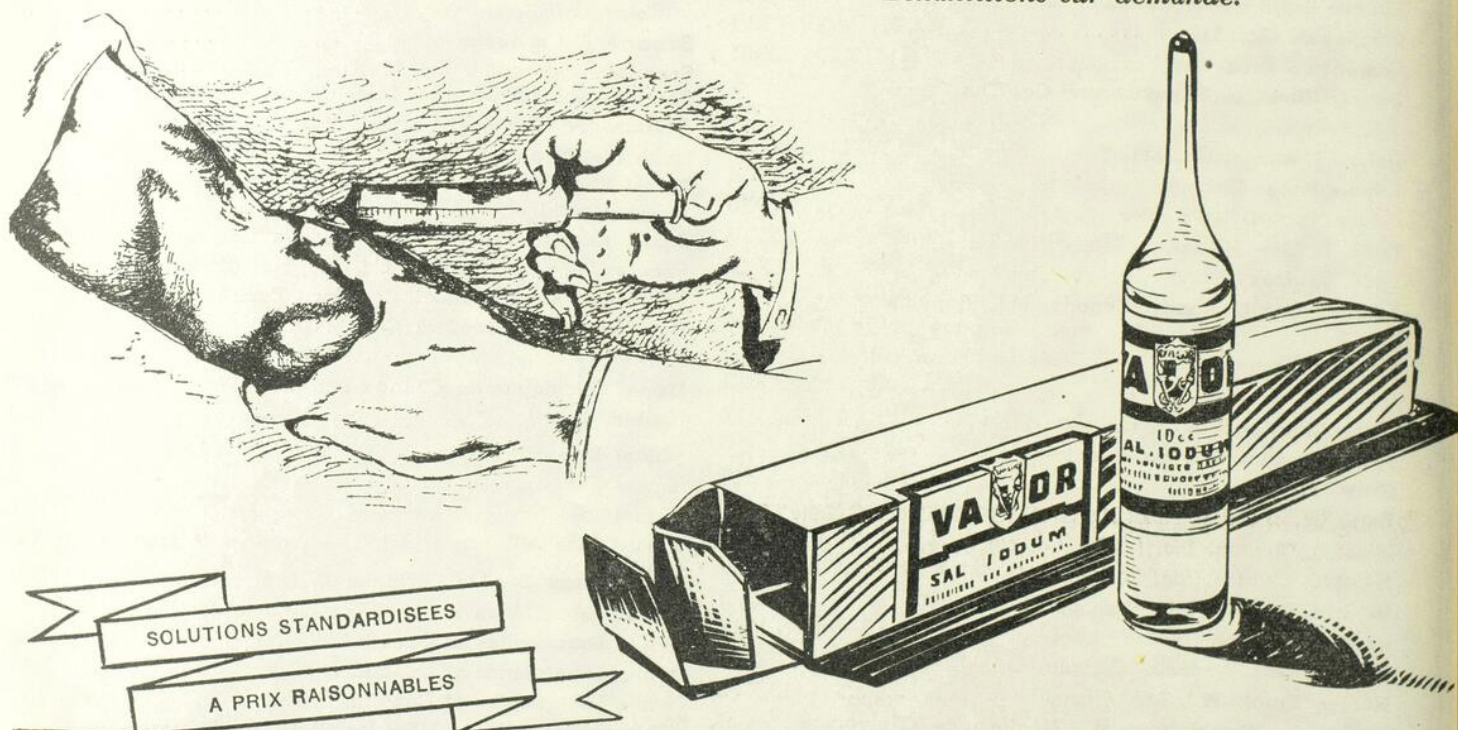
RHUMATISME

L'injection intraveineuse de SAL-IODUM VALOR est non seulement la « méthode idéale » d'administrer les salicylates et les iodures; mais encore elle semble être la seule également bien tolérée par tous les sujets. Elle est le plus sûr et le plus prompt moyen d'obtenir des résultats tangibles dans l'administration de ces deux médicaments.

L'injection de SAL-IODUM VALOR est à la fois indolore et sans danger, les médicaments, étant introduits instantanément dans le courant circulatoire, ne subissent pas l'action de sucs gastriques et de plus fortes doses sont tolérées; leur élimination est rapide et ne cause aucune irritation du filtre rénal.

Il nous suffit de mettre sous les yeux du médecin les services que la médication intraveineuse de SAL-IODUM VALOR est appelée à rendre et d'en signaler les bienfaits si grands et si remarquables. C'est, au dire d'un grand nombre de cliniciens distingués, la meilleure médication dans les cas de Rhumatisme aigu et chronique, dans la Goutte et toutes les formes d'Arthritisme.

Posologie: Une injection (20 cc.) peut être donnée tous les deux jours, jusqu'à l'obtention des résultats désirés. — Echantillons sur demande.



USINES CHIMIQUES DU CANADA, INC.

MONTREAL



RÉTROSPECTIVE

1 LB. NET

MEAD'S DEXTRI-MALTOSE

A product consisting of maltose and dextrans, resulting from the enzymic action of barley malt on cereal starch.

WITH
SODIUM CHLORIDE 2%

D **NO. 1** **M**

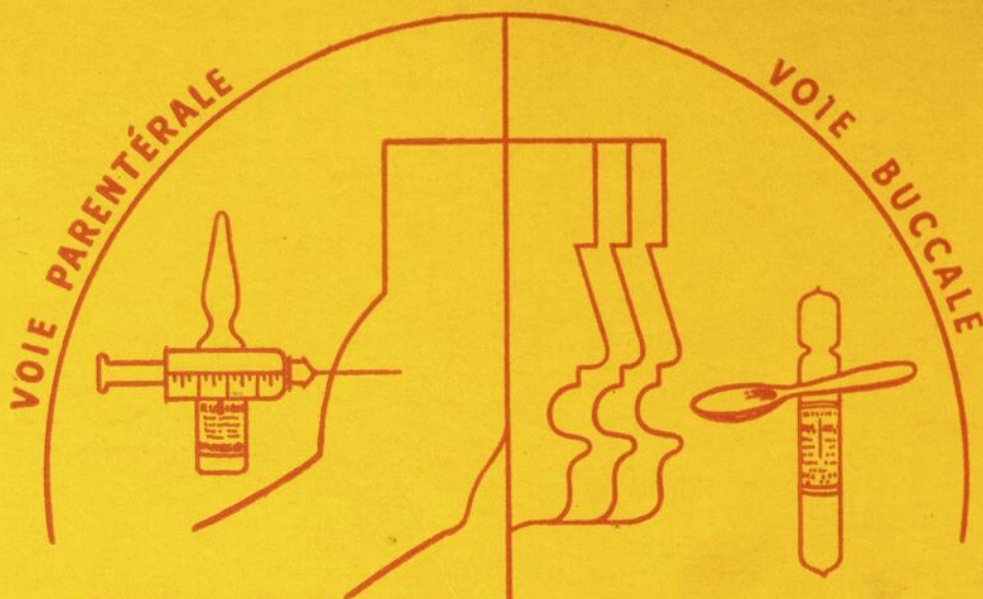
SPECIALLY PREPARED
FOR USE IN INFANT DIETS

MEAD JOHNSON & CO.
OF CANADA, LTD.
BELLEVILLE, ONT.

KEEP THIS PACKAGE TIGHTLY CLOSED AS A PROTECTION AGAINST MOISTURE.

TOP NOT REMOVED. CONTENTS WITHIN A VERY STURDY ALUMINUM DRUM.

L'EMPLOI du lait de vache, de l'eau et des hydrates de carbone mélangés représente la méthode unique d'alimentation infantile qui, sans interruption, depuis plus de trois décades, a été favorablement accueillie par les pédiatres. Aucun hydrate de carbone employé dans cette méthode d'alimentation infantile ne jouit d'un passé aussi riche et fécond, en expérience clinique renommée, que le Dextrin-Maltose de Mead.



RUBION HEPAROS

VITAMINE **B**₁₂ DESBERGERS

principe anti-anémie pernicieuse
du Foie de Veau.

Ampoule 1 cc.
Contenant 15 microgrammes de
Vitamine B₁₂ cristallisée
en solution saline.

Posologie:

1 ampoule par 15 jours ou à intervalle
plus rapproché, selon la
gravité du cas.

Aucune intolérance.

Boîtes de 6 ampoules injectables.

FOIE DE VEAU CONCENTRÉ
et
ACIDES AMINÉS

Contient Vitamine B₁₂ et tous les autres
facteurs anti-anémie secondaire.

Indications:

Anémies secondaires, aussi comme médi-
cation de support dans le traitement
spécifique de l'anémie pernicieuse.

Posologie:

Une ampoule à tous les deux jours
ou tous les jours selon le cas.

Boîtes de 10 ampoules buvables.

DESBERGERS
MONTREAL *Limitée* CANADA

BIOLOGISTES

CHIMISTES

PHARMACIENS