

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

1872 - 1962



Fondée à Québec en 1902

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

BULLETIN		ALLERGIE PÉDIATRIQUE — QUELQUES CONSIDÉRATIONS	644
MUTUALITÉS ELECTORALES	595	<i>John Weisnagel</i>	
<i>Edouard Desjardins</i>		LES ICTÈRES EN CHIRURGIE	648
• • •		<i>Denis Charette</i>	
RELEVÉ DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DU CANADA	598	ÉDITORIAL	
<i>Pierre Smith</i>		LES MALADIES D'AUTO-IMMUNISATION	652
CONGRÈS DE MONTRÉAL ET LA RECHERCHE MÉDICALE, SOURCE ET COMPLÉMENT DE CULTURE SCIENTIFIQUE	600	<i>Jean-Guy Laurin</i>	
<i>Edouard Desjardins</i>		LE VACCIN SABIN AU CANADA	654
TRAVAUX ORIGINAUX		<i>Roma Amyot</i>	
HYPERESTHÉSIE ET TROUBLES PSYCHIATRIQUES	602	IL Y A UN MANQUE DE MÉDECINS EN ANGLETERRE	654
<i>Jean-Marc Bordeleau et Pierre Martel</i>		<i>Roma Amyot</i>	
LA SIMULATION EN GYNÉCOLOGIE ET EN OBSTÉTRIQUE	607	VARIÉTÉS	
<i>Jean Albert-Weil</i>		LA NECESSITÉ DE LA RECHERCHE DANS UN HÔPITAL D'ENSEIGNEMENT	656
ANÉMIE HEMOCHROMATOSE LATENTE ET LE TRAITEMENT DE L'HEMO- CHROMATOSE IDIOPATHIQUE FAMILIALE	615	<i>Paul David</i>	
<i>Jean Mathieu</i>		DIALOGUE SUR L'ASSURANCE-SANTÉ	659
RECUEIL DE FAITS		<i>Gilbert Blain</i>	
LA FIBROSE RÉTRO-PÉRITONÉALE	620	• • •	
<i>Yvan Laberge</i>		ANALYSES	664
LE SPHAGIA LUSORIA	624	SOCIÉTÉS	675
<i>J. Manzi, C. Gendreau et J.-M. Beauregard</i>		NECROLOGIE	678
REVUE GÉNÉRALE		NOUVELLES	680
UN CAS SUR L'ASPECT SOCIO-CULTUREL DE LA MALADIE MENTALE	627	REVUE DES LIVRES	683
<i>J.-François Saucier</i>		COMMUNIQUÉS	685
LA SCOLIOSE EN PRATIQUE GÉNÉRALE	638	LIVRES REÇUS	692
<i>J.-C. Favreau et C.-A. Laurin</i>		L'UNION MÉDICALE DU CANADA EN 1893	704
		NOUVELLES PHARMACEUTIQUES	708

Une considération de BASE...
en corticothérapie cutanée

CORTICREME

1 mg. d'Hydrocortisone par gramme

Base spéciale hydrosoluble, évanescence:
libère rapidement la concentration
thérapeutique nécessaire.

INFLAMMATIONS • PRURIT • ECZÉMAS

Tubes de 10 et 20 grammes

Dans les dermatites infectées

CORTICREME NEOMYCIN

Hydrocortisone 1 mg. — Sulfate de Néomycine 5 mg.
Tubes de 10 et 20 grammes



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

*"...l'élévation
de la
pression diastolique
est
d'importance
cruciale..."¹*

*Comment
Ismelin
abaisse
la pression
diastolique*

Ismelin[®]
pour abaisser
la diastolique



"Le facteur primordial entrant en jeu dans le mécanisme de formation de l'hypertension artérielle, telle que la rencontre le plus souvent le médecin, réside dans l'augmentation de la résistance vasculaire périphérique . . . La pression diastolique, qui représente la résistance résiduelle des parois du système vasculaire périphérique après la systole, constitue la meilleure indication du facteur de résistance. Il en résulte que l'élévation de la pression diastolique est d'importance cruciale dans l'évaluation des causes du syndrome hypertensif chez l'homme . . ."¹

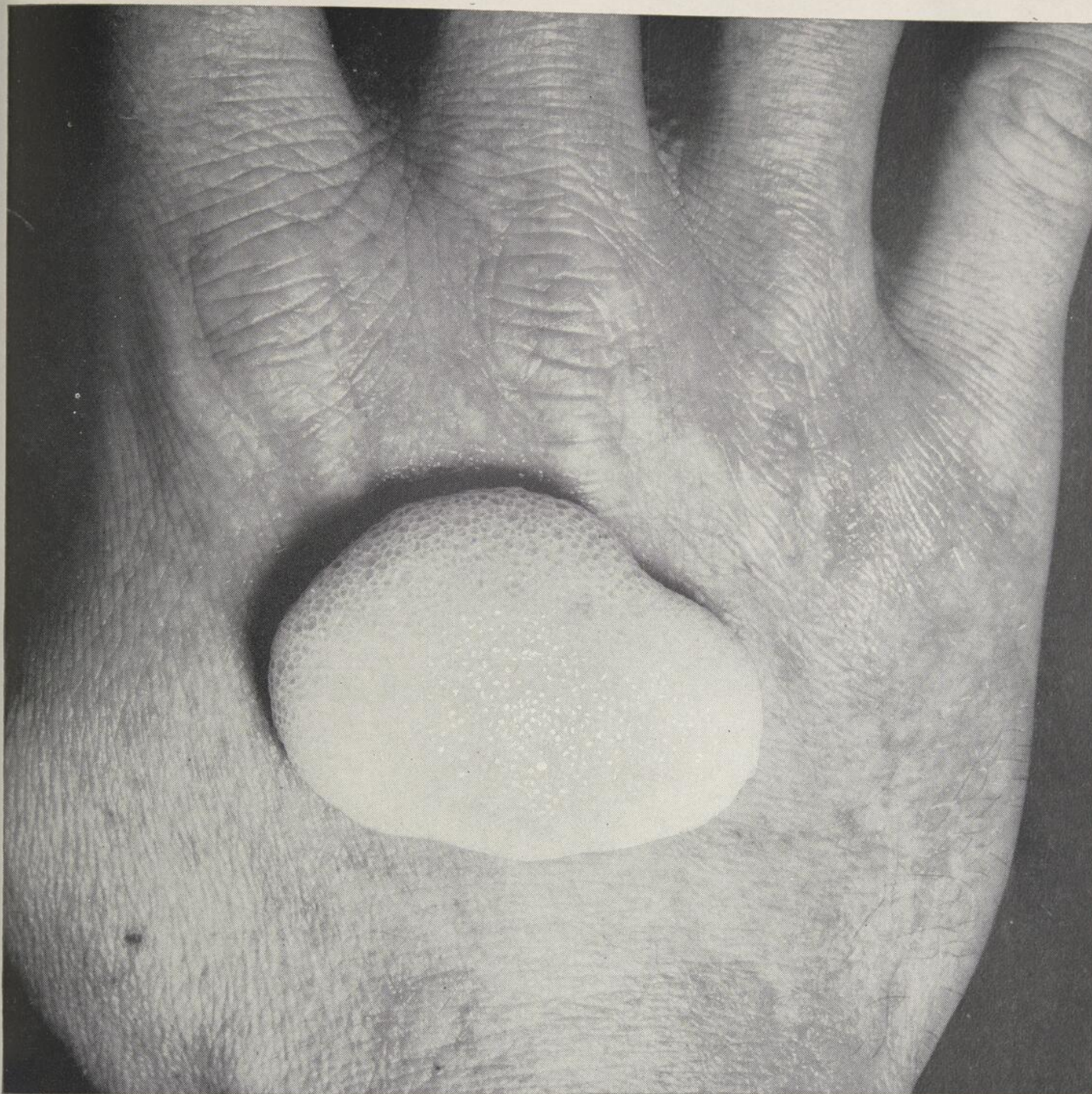
Ismelin représente un principe nouveau en thérapeutique antihypertensive: son action s'exerce au niveau de la jonction sympatho-vasculaire en s'opposant vraisemblablement à la formation et/ou la libération de la substance vasopressive, la nor-épinéphrine. Ainsi mise à l'abri d'une stimulation excessive, la paroi artériolaire se dilate par relâchement du tonus, l'angio-spasme est soulagé. Il en résulte une diminution de la résistance périphérique qui se traduit presque toujours par une baisse marquée de la pression diastolique, comme l'ont confirmé à maintes reprises les rapports publiés sur Ismelin.^{2,3,4,5,6,7,8,9} Pour tous renseignements détaillés concernant la posologie, les précautions à prendre et les effets secondaires, prière d'écrire à CIBA Company Limited, Dorval, Québec.

C I B A

OU LA RECHERCHE EST DE TRADITION

Bibliographie: 1. Harrison, T.R., Adams, R.D., Bennett, I.L., Jr., Resnik, W.H., Thorn, G.W. et Wintrobe, M.M. (rédacteurs): Principles of Internal Medicine, Vol. 2, 3ème Edition, The Blakiston Division, McGraw-Hill Book Company, Inc., New York, 1958, p. 1321. 2. Lewis, J.A.: Canad. med. Ass. J. 84:183 (29 jan.) 1961. 3. Page, I.H. et Dustan, H.P.: J.A.M.A. 170:1265 (11 juillet) 1959. 4. Page, I.H., Hurley, R.E. et Dustan, H.P.: J.A.M.A. 175:543 (18 fév.) 1961. 5. Kelly, J.J., Jr., Housel, E.L. et Daly, J.W.: J.A.M.A. 176:577 (20 mai) 1961. 6. Riven, S.S. et Hall, W.: South. M.J. 54:673 (juin) 1961. 7. Richardson, S.W. et Wyso, E.M.: Virginia M. Month. 86:377 (juillet) 1959. 8. Frohlich, E.D. et Freis, E.D.: M. Ann. District of Columbia 28:419 (août) 1959. 9. Pomerantz, H.Z., Barskey, S., Ballon, J., Neiman, G. et Lapin, A.W.: Canad. med. Ass. J. 85:193 (22 juillet) 1961.

(Ismelin[®]—guanéthidine CIBA) 2220



Mousse* Neo-Aristoderm

Néomycine-Acétonide de Triamcinolone Lederle

S'ÉTEND PLUS FACILEMENT ET PLUS ÉGALEMENT QU'UN ONGUENT

Vos malades apprécieront la facilité d'application sur les lésions sensibles, ainsi que l'absence d'onctuosité qui rend la MOUSSE NÉO-ARISTODERM esthétiquement supérieure aux autres topiques. Le distributeur sous pression applique la mousse directement

sur le siège de l'inflammation aidant à supprimer le gaspillage. La MOUSSE NÉO-ARISTODERM renferme de l'acétonide de triamcinolone, qui est dix fois plus actif que l'hydrocortisone topique, associé à la néomycine pour combattre l'infection secondaire.



*Marque Déposée

Lederle

CYANAMID OF CANADA LIMITED Montreal

L'Union Médicale

du Canada

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

DIRECTION SCIENTIFIQUE

MEMBRES D'HONNEUR

Léon Binet, doyen,
Faculté de Médecine, Université de Paris;
H. Hermann, doyen,
Faculté de Médecine, Université de Lyon;
Maurice Roch (Genève),
Pasteur Vallery-Radot (Paris),
R. Kourilsky (Paris),
Paul-Louis Chigot (Paris),
Paul Lamarque (Montpellier),

Wilbrod Bonin, doyen,
Faculté de Médecine, Université de Montréal;
Jean-Baptiste Jobin, doyen,
Faculté de Médecine, Université Laval, Québec;
Jean-Charles Lussier, Doyen,
Faculté de Médecine, Université d'Ottawa.
Gérard-Ludger Larouche, doyen,
Faculté de Médecine, Université de Sherbrooke;

Paul Letondal,
Rosario Fontaine,
Roméo Pépin,
J.-L. Petitclerc,
Georges Dumont,
Adélarde Groulx,
L.-P. Mousseau.

BUREAU DE REDACTION

Rédacteur en chef: Roma AMYOT

Assistant-rédacteur en chef:
Edouard Desjardins

Secrétaire de la Rédaction:
Jean-Marc Bordeleau

BUREAU DE COLLABORATION

MM. André Barbeau, Jacques Baillargeon, J.-M. Beauregard, M. Bélisle, Jacques Bernier, Marcel Berthiaume, Jean-Marc Bordeleau, Yvon Chartier, Léandre Décarie, Jacques Gagnon, Fernand Grégoire, Rolland Guy, P.-P. Julien, M. Kaludi,

MM. Camille Laurin, J.-Guy Laurin, Simon Lauzé, R. Lebeau, Maurice LeClair, André Leduc, François Léger, Charles Lépine, Jean Mathieu, Gérard Migneault, André Proulx, Rosario Robillard, Maurice St-Martin, Florent Thibert.

CORRESPONDANTS

MM. A. Plichet et M. Pestel (Paris),
P. Rentchnick (Suisse),
Donat-P. Cyr (Boston, Mass.),
Charles-P. Mathé (San Francisco),
A. Fontaine (Woonsocket),
L. Mantha, A. Lecours, L. Potvin (Ottawa),

MM. Georges-L. Dumont (Campbellton, N.-B.),
Aug. Panneton, J.-A. Denoncourt (Trois-Rivières),
D. Colin (Saint-Boniface),
L.-P. Mousseau (Edmonton),
Sylvio Leblond (Chicoutimi),
H. E. St-Louis (Vancouver),
Jean-Paul Fortier (Sherbrooke).

INDICATIONS:

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

Indispensable dans les convalescences post-opératoires.

VICHY CÉLESTINS

EAU MINÉRALE ALCALINE NATURELLE PROPRIÉTÉ DE L'ÉTAT FRANÇAIS

l'eau qui fait ... du bien!

RECOMMANDÉE ET PRESCRITE PAR LE CORPS MÉDICAL DANS LE MONDE ENTIER

Formule naturelle I-NI-MI-TABLE !

Méfiez-vous des substitutions, prescrivez toujours CÉLESTINS

Importateurs: HERDT & CHARTON, INC. — 2245, rue Viau, Montréal — CL. 9-4641

QU'IL S'AGISSE D'ALLERGIES

SAISONNIÈRES OU DE TOUT

TROUBLE DE MÊME NATURE,¹

PERIACTIN*

(Chlorhydrate de cyproheptadine)

ASSURE UN EFFET

ANTIALLERGIQUE ET

ANTIPRURIGINEUX

UNIFORME ET DÉCISIF

Le soulagement des manifestations allergiques est presque immédiat et le prurit cède rapidement au traitement.

PERIACTIN* est un antagoniste des allergotoxines dont l'activité se compare à celle des plus puissants antagonistes de la sérotonine² et de l'histamine.

En outre, sa portée thérapeutique, tant comme antagoniste des allergotoxines que comme antiprurigineux, égale et surpasse même celle des autres agents dont on dispose présentement.

PERIACTIN est également indiquée dans le traitement de patients souffrant de: migraine; d'asthme bronchique y compris le status asthmaticus; piquûres d'insectes; coups de soleil.

Présentation: Ca 3276. Comprimés PERIACTIN (Chlorhydrate de cyproheptadine) dosés à 4 mg. chacun. Flacons de 100 et de 500.

1. Miller, J., and Fishman, A.: A Serotonin Antagonist in the Treatment of Allergic and Allied Disorders (à paraître).
2. Kaminsky, H., and Asrilant, M.: The Therapeutic Action of a New Antiserotonin Agent in Dermatology, *Día Médico* 34: 1970-1973, Sept. 8, 1960.

*Marque de commerce



MERCK SHARP & DOHME OF CANADA LIMITED

MONTRÉAL 30, QUÉ.

L'Union Médicale

du Canada

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

ADMINISTRATION

Président: Paul Dumas
Vice-président: Origène Dufresne
Secrétaire-trésorier: P.-R. Archambault

COMITÉ EXÉCUTIF ET DE PUBLICITÉ

MM. Paul Dumas, Roma Amyot, Origène Dufresne,
P.-R. Archambault et Edouard Desjardins.

BUREAU DE DIRECTION

MM. Roma Amyot, P.-R. Archambault, Albert Bertrand, Emile Blain, E.-Roland Blais, Roméo Boucher, P. Bourgeois, Paul David, J.-A. Denoncourt, Edouard Desjardins, Origène Dufresne, Roger-R. Dufresne, Paul Dumas,

MM. Jacques Genest, Albert Jutras, Wilfrid LeBlond, Jean-Louis Léger, Donatien Marion, J.-P. Paquette, Laurent Potvin, Jean Saucier, L.-Charles Simard, Henri Smith, Pierre Smith, J.-A. Vidal.

ADMINISTRATION et Secrétariat:
PUBLICITÉ: Jacques-D. Clerk.

5064, avenue du Parc, Montréal 8
Téléphone: 273 - 3065

Effet à
4 dimensions
immédiat
et prolongé

NALDECOL

(COMPRIMÉS À DEUX COUCHES ACTIVES)

LE TRAITEMENT LE PLUS NOUVEAU ET LE PLUS EFFICACE
POUR LE RHUME DES FOINS;

LES 4 DIMENSIONS FOURNIES PAR :

2 ANTIHISTAMINIQUES
DE CHOIX
la Bristamine* et la carbinoxamine;

2 DÉCONGESTIFS
DE CHOIX
le HCl de phényléphrine et le HCl de
phénylpropanolamine;

en un **COMPRIMÉ À DEUX TEMPS**
qui procure un soulagement soutenu pendant
8 heures tout en assurant une tolérance maximum.

Un autre produit



BRISTOL LABORATORIES OF CANADA LTD.
286 ouest, rue St-Paul, Montréal, P.Q.

*Marque déposée par Bristol pour le citrate de phényltoloxamine.

le Nozinan*

est le médicament électif de l'anxiété

lévomépromazine

à faibles doses
comprimés à 2 et à 5 mg.**

**Ne pas confondre avec les comprimés à 25 et à 50 mg.
dont les applications cliniques sont différentes

renseignements et échantillons sur demande

*Marque déposée au Canada

dissipe l'angoisse
régularise le sommeil
réduit la tension psychique
sans les risques des effets secondaires propres à
certains agents psychotoniques

efficace dans les indications cliniques électives
suivantes:

états dépressifs légers
inquiétude, anxiété, angoisse
hypocondrie, phobies, neurasthénie
irritabilité, instabilité



POULENC LIMITÉE

8580 Esplanade, Montréal



CONDITIONS DE PUBLICATION

"L'Union Médicale du Canada" paraît tous les mois. Cette Revue est l'organe officiel de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada.
Elle publie les travaux des Congrès, tous les communiqués de l'Association et des articles médicaux inédits.

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

Les manuscrits doivent être dactylographiés avec double interligne. Ils doivent être complétés par un résumé de l'article, rédigé en français et en anglais.

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

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

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

Publicité: Le texte des annonces doit aller sous presse quinze jours avant la date de publication. Le barème des annonces est fourni sur demande à Jacques-D. Clerk, publiciste, 5064, avenue du Parc. Téléphone: 273 - 3065.
Tout annonceur qui n'observe pas l'éthique professionnelle est exclu de notre publicité, et nous saurons gré à nos lecteurs d'attirer notre attention sur toute dérogation à cette ligne de conduite.
Tout ce qui regarde la rédaction et l'administration doit être adressé franco aux bureaux de "L'Union Médicale du Canada", 5064, avenue du Parc. — Téléphone: 273 - 3065.

La pénicilline orale à action rapide

SYNCILLINE*

(phénéthiçilline potassique)

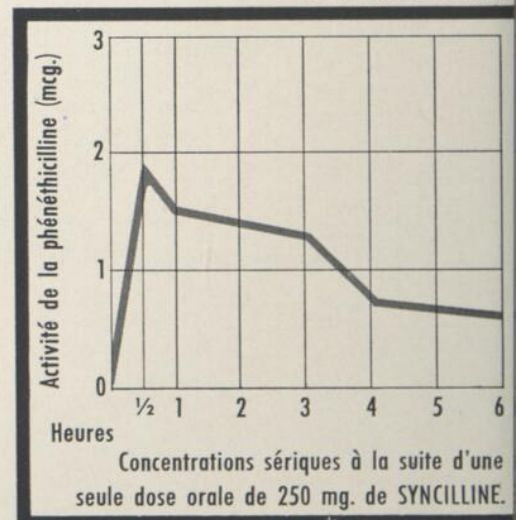
Concentration sérique maximum en moins d'UNE DEMI-HEURE
— Vos patients attendent de vos traitements un résultat à la fois efficace et rapide qui réduira la fièvre et soulagera les symptômes dans un minimum de temps. La SYNCILLINE, grâce à son action bactéricide rapide, vous assure ce résultat mieux que toute autre pénicilline orale.

Un autre produit



BRISTOL LABORATORIES OF CANADA LTD., 286 ouest, rue St-Paul, Montréal, P.Q.

Dr. A. Prigot et collègues



"Cet antibiotique est absorbé rapidement et atteint sa concentration sérique maximum en moins d'une demi-heure après l'administration."

CRONK, G. A. et coll. — *Antibiotics Annual 1959/60*

*Marque de commerce

DANS LES INFECTIONS
D'ORIGINE COCCIQUE,
L'ANTIBIOTIQUE LE
PLUS EFFICACE EST

Erythrocline*

Erythromycine Abbott

COM DÉPOSÉ

Quelle largeur de "spectre" faut-il pour le traitement d'une infection? On demande le maximum d'activité contre le micro-organisme causal, mais aussi le maximum de passivité à l'endroit de la flore non pathogénique de l'appareil digestif.

A votre prochain cas d'infection cocciue, rappelez-vous qu'Erythrocline est un antibiotique de spectre moyen, notablement efficace contre les organismes gram-positifs. C'est donc presque un agent spécifique des infections cocciues — c'est-à-dire qu'elle montre une grande activité contre la majorité des bactéries responsables des infections courantes.

Contre nombre de souches staphylo normalement récalcitrantes — et ce groupe devient de plus en plus résistant à la pénicilline et à certains autres antibiotiques — Erythrocline conserve sa valeur thérapeutique. Mais malgré sa puissance, Erythrocline a rarement d'effets perturbateurs sur la flore gastro-intestinale normale. Présentée en Filmtabs*, faciles à avaler à 100 et 250 mg. Dose recommandée chez l'adulte: 250 mg toutes les six heures; enfants, selon l'âge et le poids. Filmtabs — comprimés filmo-scillés, Abbott



Les premiers frémissements d'une vie nouvelle, un rappel enchanteur le jour—une intrusion importune la nuit. Situation classique pour le recours au Placidyl non barbiturique—un appel à la fois doux et impérieux au sommeil, durant le cycle complet de la grossesse. Placidyl. Pour tous ceux qui sont dans l'heureuse attente, y compris les pères.



Dans la pratique générale: Aucune contre-indication chez les personnes âgées ou débiles. Pas de dépression respiratoire aux doses usuelles. **En chirurgie:** Tranquillisation ou sédation pré- ou post-opératoire. **En psychiatrie:** Peut être employé à doses efficaces pendant des périodes prolongées. **En médecine interne:** Sédation sans troubler les réponses physiologiques. **En obstétrique-gynécologie:** Bien toléré durant tout le cycle de la grossesse. **En résumé:** pour la plupart des patients insomniaques.



Placidyl* endort doucement votre patient

Ethchlorvynol, Abbott

*Nom Déposé



soulage le martyre de la douleur violente

Le **SPARIDOL* 50** assure une meilleure analgésie *outré* qu'il exerce des actions sédative, amnésique et anti-émétique. Réservez-le à votre opéré ou au malade en proie à une douleur vive et rebelle (par ex. carcinome au stade final). Vous le soulagerez, sans pour cela provoquer une dépression notable de ses fonctions vitales.

SPARIDOL* 50

Chlorhydrate de promazine et chlorhydrate de mépéridine, Wyeth

Présentation: SPARIDOL 50 injectable, réservé à l'injection intramusculaire, à 50 mg. de chlorhydrate de promazine et 50 mg. de chlorhydrate de mépéridine par cc.; en fioles de 1 cc., de 10 cc. et de 30 cc.



Ⓝ *Sujet aux règlements des narcotiques* Ⓜ *Ordonnance obligatoire*

L'Association des Médecins de Langue Française du Canada

Fondée à Québec en 1902

DIRECTEURS GÉNÉRAUX HONORAIRES

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

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

SECRÉTAIRE GÉNÉRAL HONORAIRE

Hermile TRUDEL, 1990 est, rue Rachel, Montréal.

OFFICIERS

Emile BLAIN, directeur général, 400 est, rue Sherbrooke, Montréal.

E.-Rolland BLAIS, secrétaire-trésorier général, 1779, avenue de l'Eglise, Montréal.

André LEDUC, adjoint au directeur général, 5635, avenue Canterbury, Montréal.

Raymond CARON, adjoint au secrétaire-trésorier général, 2178 est, Mont-Royal, Montréal.

COMITÉ EXÉCUTIF

Emile BLAIN, Montréal.

E.-Rolland Blais, Montréal.

André LEDUC, Montréal.

Raymond CARON, Montréal.

Roma AMYOT, Montréal.

Edouard DESJARDINS, Montréal.

Pierre JOBIN, Québec.

Armand RIOUX, Québec.

Directeur des Relations Extérieures:

Pierre SMITH.

Directeur de l'Exposition du Congrès:

B.-G. BEGIN.

ANCIENS PRÉSIDENTS DE CONGRÈS

Albert PAQUET,

Richard GAUDET,

A.-L. RICHARD,

J.-A. VIDAL,

J.-A. DENONCOURT,

J.-B. JOBIN,

René-L. DuBERGER,

Roma AMYOT,

L.-P. MOUSSEAU,

Lucien LaRUE,

Georges-L. DUMONT,

Pierre SMITH,

Alphonse-E. LeBLANC,

Pierre JOBIN.

COMITÉ DU XXXII^e CONGRÈS

Président: **Edouard DESJARDINS**, Montréal.

Secrétaire: **Jacques GENEST**, Montréal.

Trésorier: **Jean CHARBONNEAU**, Montréal.

Adjoint au secrétaire: **Lucien-L. COUTU**, Montréal.

MEMBRES DU CONSEIL

ARCHAMBAULT, François, 1656 est, rue Sherbrooke, Montréal.

ARCHAMBAULT, Gérard, 472, avenue Laurier, St-Jean, Qué.

BEAUDOIN, Robert-A., 375, ave Coolidge, Manchester, N.H.

BEGIN, B.-G., 12075, rue Pasteur, Montréal.

BEUGLET, Ernest, 605, Medical Arts Bldg., Windsor, Ont.

BONIN, Wilbrod, 575, avenue Davaar, Outremont.

BUJOLD, Edese, Dalhousie, N.-B.

BUNDOCK, Benoît, Edifice Copeland, Ottawa, Ont.

CAMPBELL, Maurice, 384, N.-Dame, Cap-de-la-Madeleine, P.Q.

CARON, Wilfrid, 1191, des Erables, Québec, P.Q.

CHEVALIER, Paul, Edifice Continental, Sherbrooke, P.Q.

CHRETIEN, Maurice, 537, Station, Shawinigan, P.Q.

DAIGNEAULT, Léo, 171, chemin Montréal, Cornwall, Ont.

DAVID, Paul, 3, avenue McCulloch, Outremont.

DECARIE, Roland, 524 est, rue Sherbrooke, Montréal.

DORION, J.-Ed., 609 est, boulevard Charest, Québec, P.Q.

DUFRESNE, Origène, 4120 est, rue Ontario, Montréal.

DUFRESNE, Roger, 418 est, rue Sherbrooke, Montréal.

FONTAINE, Auray, 52, avenue Hamlet, Woonsocket, R.I.

FOREST, J.-E., 129, rue Jetté, Joliette, P.Q.

GAUTHIER, J.-Dominique, Shippegan, N.-B.

GAUTHIER, Vincent, 1100, rue Bougainville, Québec, P.Q.

GOYETTE, Roger-B., 110, Stewart, app. 79, Ottawa, Ont.

HAMEL, Jean-F., 168, rue Charlotte, Ottawa, Ont.

ISABELLE, Gaston, 31, rue Montcalm, Hull, P.Q.

JOANNETTE, Albert, Sainte-Agathe-des-Monts, P.Q.

LABOSSIERE, Sylvio, Saint-Timothée, P.Q.

LAFRAMBOISE, Jean, 247, River Road, Eastview, Ont.

LAROCHELLE, Ls-Napoléon, 80, rue St-Louis, Québec, P.Q.

LAROCHE, Gérard-L., 1328, rue Amherst, Sherbrooke, P.Q.

LEBLANC, J.-B., 975, rue St-Prosper, Trois-Rivières, P.Q.

LeBLANC, Philippe-H., Petit-Ruisseau, N.-E.

LECOURS, J.-A., 538, King Edward, Ottawa, Ont.

LEGER, Jacques, 3766, chemin Reine-Marie, Montréal.

LESSARD, Richard, 115 est, Grande-Allée, Québec, P.Q.

LUSSIER, J.-Jacques, Faculté de Médecine, Ottawa, Ont.

MORISSET, Jean, Rimouski, P.Q.

MORISSET, Pierre, Saint-Georges-de-Beauce, P.Q.

NADEAU, Honoré, 55, rue Saint-Jean, Québec, P.Q.

PELLETIER, Emile, 34, rue de la Fabrique, Québec, P.Q.

PICHETTE, Lionel, 177, rue Principale, Hull, P.Q.

PILON, Jean-Louis, 389 est, boul. St-Joseph, Montréal.

POTVIN, Laurent, 623, Noranda, Eastview, Ont.

POWERS, Arthur, 11, rue Front, Hull, P.Q.

SAINTE-PIERRE, Hubert, 763, bd Mercure, Drummondville, P.Q.

ST-JEAN, Conrad, 210, rue Principale, Granby, P.Q.

TERRIEN, Jean, 189, rue Bronson, Ottawa, Ont.

THIBAUT, Eugène, 4070, boul. Lasalle, Verdun, P.Q.

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

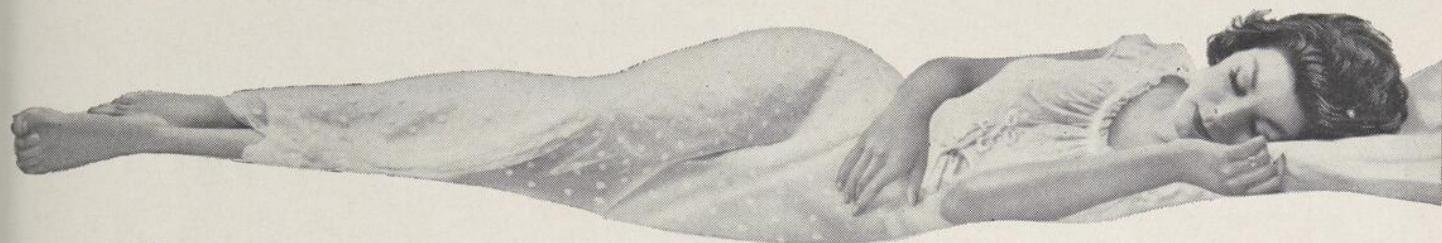
WHISSELL, Georges-L., Westlock, Alberta.

SECRETARIAT: 5064, avenue du Parc, Montréal 8, Qué. — Tél.: 273-2321

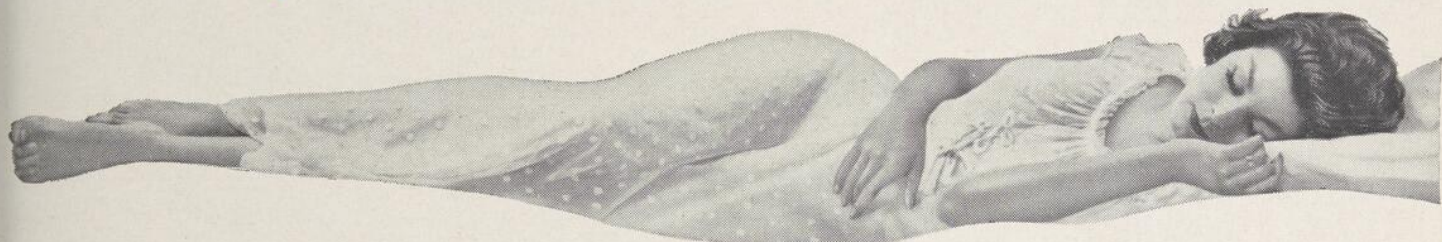
assurance d'un meilleur sommeil "MÉQUELON" 

Marque déposée de chlorhydrate de méthaqualone

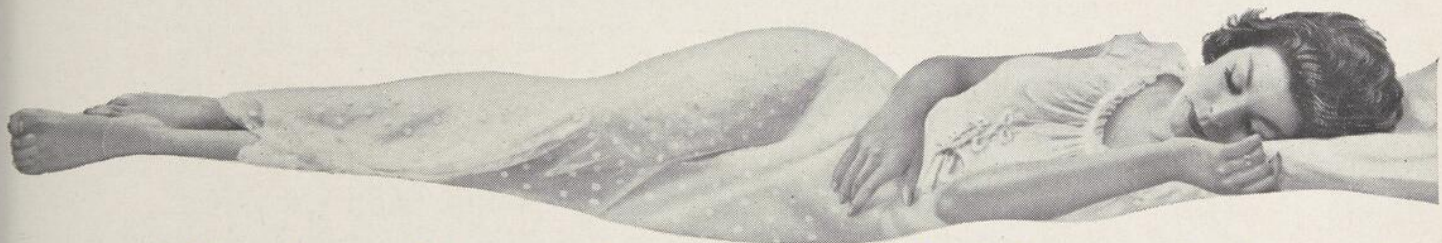
un hypnotique non barbiturique tout à fait nouveau



une induction rapide assure habituellement un sommeil de 6 à 8 heures ainsi qu'un réveil lucide



les effets secondaires sont rares



potentialise la codéine et les autres analgésiques ainsi que les dépressifs du système nerveux central

"MÉQUELON" (marque déposée de chlorhydrate de méthaqualone) assure habituellement le sommeil en 10 à 20 minutes. On ne note aucune agitation psychique ou motrice durant la période d'induction et le patient jouit généralement d'un réveil lucide après 6 à 8 heures de sommeil^{1,2}. En cas de réveil nocturne, le retour au sommeil est rapide et spontané.

"MÉQUELON" peut s'employer concurremment avec d'autres médicaments tels que la réserpine, la chlorpromazine, et le méprobamate^{2,8}.

"MÉQUELON" même s'il ne possède pas en lui-même des propriétés analgésiques, s'emploie particulièrement dans les cas d'insomnie associée à la douleur. Il augmente la durée et l'action des analgésiques couramment employés²⁻⁵. Les effets secondaires tels que les troubles gastriques, les sensations de dépression au réveil et de

léthargie, sont peu nombreux, légers et rares lorsque l'on s'en tient à la posologie^{1,2,3,6}. Il n'affecte pas l'activité cardiaque ou respiratoire et on ne relève à date aucun effet hématopoïétique contraire^{6,7}.

Avertissement: "MÉQUELON" n'a pas de contre-indications connues. Le métabolisme se fait rapidement de façon à ce que l'effet cumulatif ne se produise pas. Comme avec tout autre hypnotique, l'alcool en augmente l'effet dépressif sur le système nerveux central. "MÉQUELON" potentialise l'effet des sédatifs sur le système nerveux central et ces derniers doivent donc être administrés en doses réduites lorsqu'ils sont prescrits comme adjuvants.

Posologie: Une capsule "MÉQUELON" à 150 mg. 15 minutes avant le coucher.

Flacons de 100 capsules.

RÉFÉRENCES: 1. Barcelo, R.: A Clinical Study of Methaqualone: A New Non-Barbiturate Hypnotic. *Canad. M. J.*: 85:1304, 1961. 2. Ravina, A.: *Presse Médicale*, 67:22, 1959. 3. Arvers, J. J.: Thèse de Paris, 1958 (dossier chez Charles E. Frosst & Co.*). 4. Boissier, J. R. et Font du Picard, Y.: *Thérapie*, xi, 57-60, 1960. 5. Cass, L. J. et Frederick, W. S.: *New Eng. J. Med.*, 259:1108-1111 1958. 6. Bernard, J.: Report on Tests for Activity and Harmlessness to Haemopoietic Organs (dossier chez Charles E. Frosst & Co.*). 7. Boissier, J. R., Dumont, C. et Malen, C.: *Thérapie*, xiii, 30-45, 1958. 8. Communication personnelle (dossier chez Charles E. Frosst & Co.*).

*A votre disposition sur demande.

PRODUITS PHARMACEUTIQUES DE QUALITÉ
 Charles E. Frosst & Co.
MONTRÉAL CANADA
Maison entièrement canadienne - Fondée en 1899

*En une seule année...l'expérience de quelque
100,000 jours de traitement, consignée dans la documentation,
témoigne de l'accueil extrêmement favorable accordé à*

ELAVIL

(C H L O R H Y D R A T E D ' A M I T R I P T Y L I N E)

L'ANTIDÉPRESSEUR AUX PROPRIÉTÉS DISTINCTIVES

**qui soulage PROMPTEMENT l'anxiété, la tension
et l'insomnie associées à la dépression**

(“L'anxiété est très rarement exempte de dépression.”²)

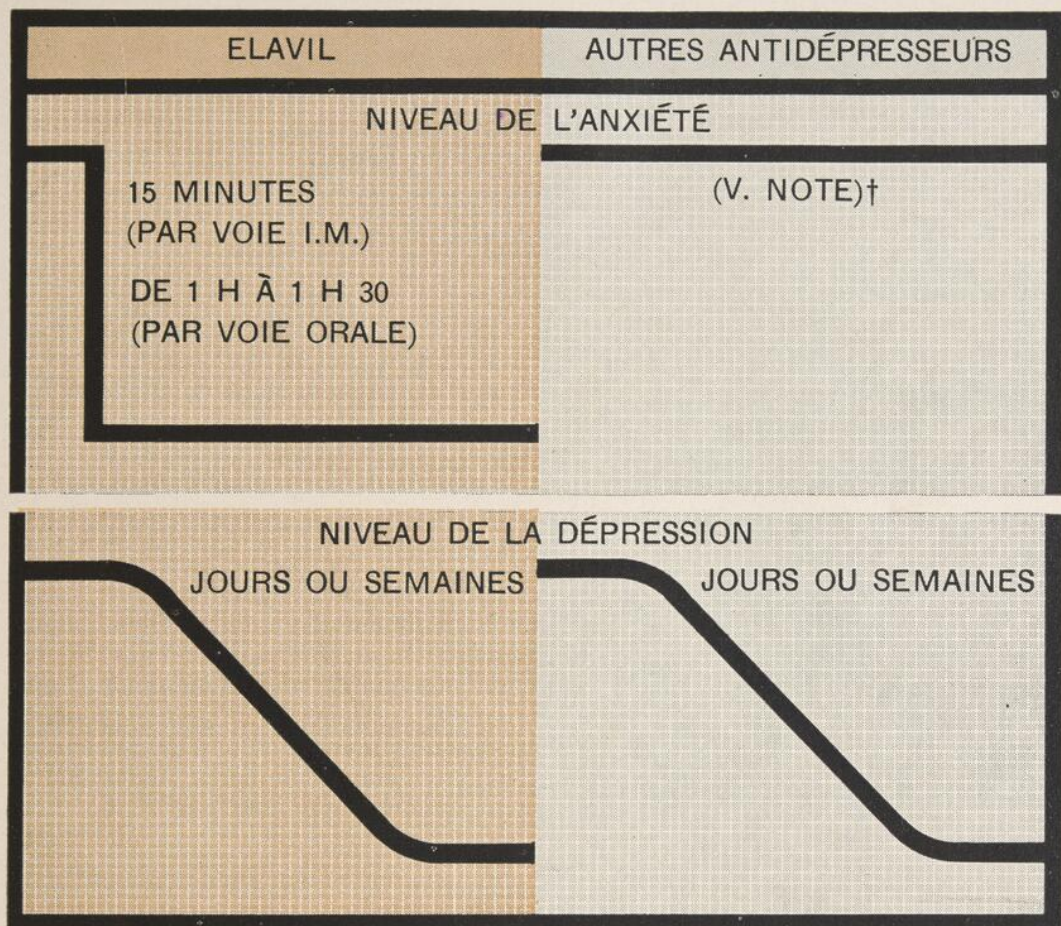
et s'attaque ensuite à la dépression sous-jacente

(Bien que la réponse thérapeutique soit prompte chez certains patients, chez d'autres elle peut ne se manifester qu'après une période de deux semaines ou plus.)

•MARQUE DE COMMERCE

1. Bibliographie fournie sur demande.
2. Ayd, F. J., Jr.:Recognizing the Depressed Patient, Grune & Stratton, New York, 1961, p. 55.

Rapidité d'action d'ELAVIL et d'autres antidépresseurs



†Les autres antidépresseurs n'exercent aucune activité anxiolytique inhérente significative et immédiate. Au contraire, bon nombre d'entre eux ne font qu'aggraver l'anxiété sous-jacente et s'ils la maîtrisent, ce n'est que par suite de leur effet sur la dépression.

POSOLOGIE HABITUELLE CHEZ LES ADULTES :

Dose d'attaque—25 mg. t.i.d. Selon l'effet constaté, les doses seront augmentées ou diminuées. Dans le cas de patients ambulatoires, la posologie varie, sous forme de comprimés, de 10 mg. q.i.d. à 150 mg. par jour. Le traitement doit se continuer pendant une période d'au moins trois mois après obtention de résultats satisfaisants afin de prévenir les récurrences.

Documentation complète à la disposition des médecins.

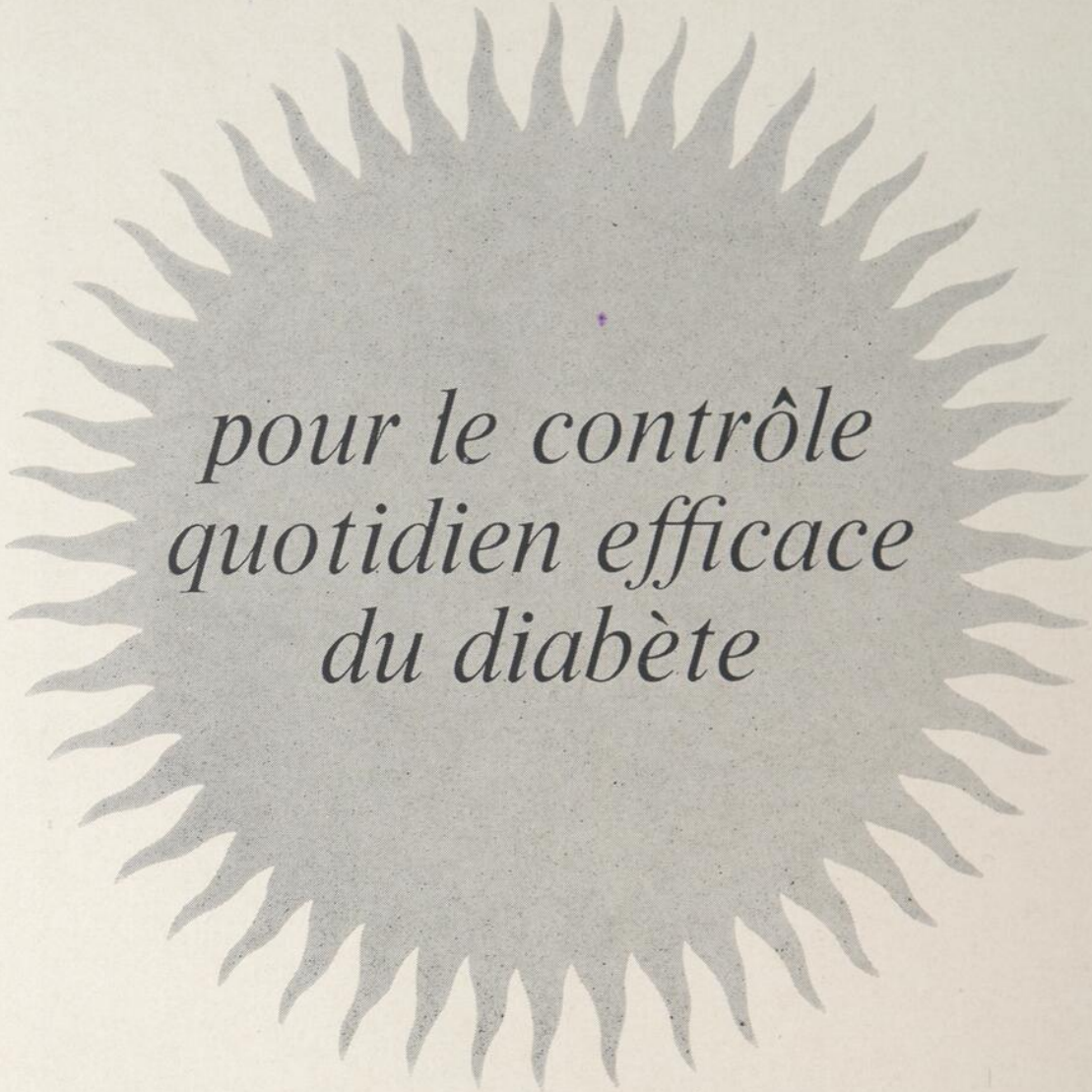
PRÉSENTATION :

Comprimés dosés à 10 et à 25 mg., en flacons de 100 et de 500.

Forme injectable (i.m.) en fioles de 10 cc. Chaque cc. renferme 10 mg. de chlorhydrate d'amitriptyline.



MERCK SHARP & DOHME OF CANADA LIMITED
MONTRÉAL 30, QUÉ.



*pour le contrôle
quotidien efficace
du diabète*

colorimétriques **CLINITEST***
les comprimés réactifs

Dosage pratique de la glycosurie . . . sûr, résultats constants . . . négatif à 2% . . . Graphique permettant de contrôler le diabète de jour en jour.

Flacon de 36 comprimés, boîte de 24 comprimés sous papier métallique, et nécessaire Clinitest d'analyse glycosurique . . . tous avec feuilles à graphique.

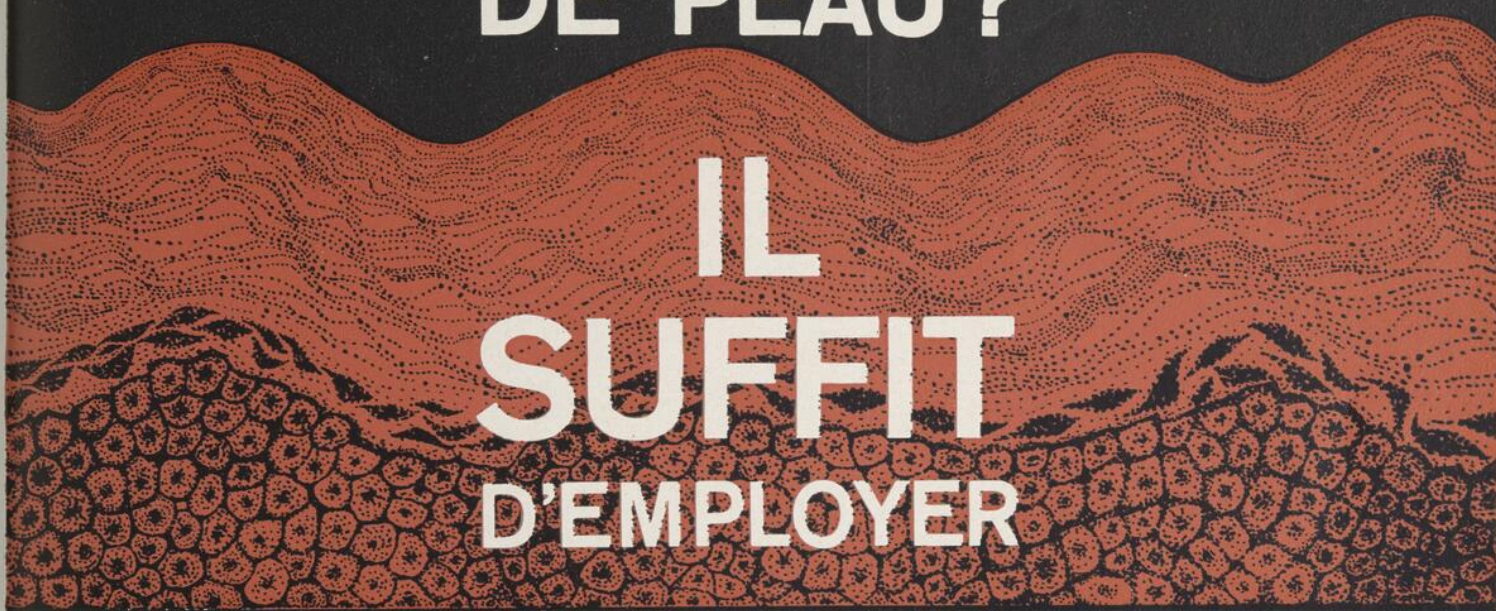
AMES
COMPANY OF
CANADA, LTD
Toronto - Ontario



CLINISTIX*
Bâtonnets réactifs

Epreuve urologique qualitative instantanée—spécifique du glucose . . . réaction enzymatique permettant des vérifications urologiques rapides et fréquentes.

À PEINE
PLUS
QU'À FLEUR
DE PEAU?



IL
SUFFIT
D'EMPLOYER

LE
NOUVEAU

DILODERM

ACÉTATE DE DICHLORISONE

- c'est uniquement un stéroïde topique
aucun effet métabolique • économique
- 2 formes : aérosol et crème avec ou sans
néomycine

Schering
CORPORATION LIMITED



DIX
FOIS...
CENT
FOIS...

ELASTOLEX ET ELASTOCREPE S'ÉTIRENT ET REPRENENT LEUR FORME



ELASTOLEX*
Bandage renforcé
de caoutchouc
Largeurs:
2", 3", 4"



ELASTOCREPE*
Bandage en coton
crêpé B.P.C.
Largeurs:
2", 2½", 3", 4"

*marques déposées

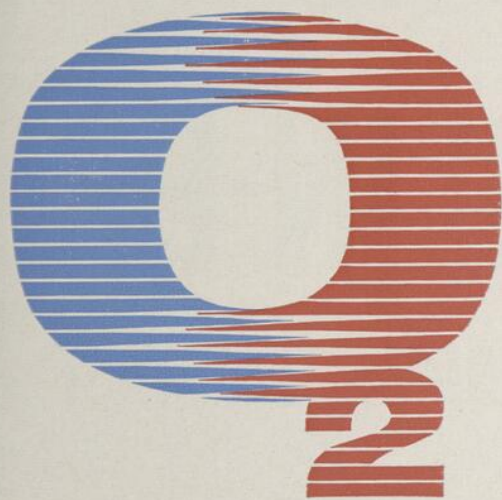
Vous pouvez utiliser Elastolex ou Elastocrepe en toute confiance dans tous les cas où l'emploi d'un bandage élastique non adhésif, crêpé ou renforcé de caoutchouc, est indiqué.



SMITH & NEPHEW, LIMITED
5640, RUE PARÉ, MONTRÉAL

UNE NOUVELLE CONCEPTION THÉRAPEUTIQUE DE LA MALADIE CORONARIENNE

PERSANTINE®



L'hypoxie myocardique peut causer et aussi compliquer une affection cardiaque, qu'elle se manifeste sous forme d'insuffisance cardiaque ou de précordialgie. Ainsi, le débit coronarien représente un élément déterminant de la performance cardiaque. Par sa double activité physique, celle d'augmenter le flot coronarien et métabolique, celle de modifier la réponse myocardique à l'hypoxie, Persantine procure un mode de thérapie sûr et efficace du facteur prédominant des cardiopathies.

PERSANTINE provoque une augmentation de la circulation coronarienne et des réserves d'oxygène à un degré et d'une durée qui n'ont jamais été observés avec d'autres agents chimiothérapeutiques.

PERSANTINE tend à diminuer le spasme des artères coronaires.

PERSANTINE contribue au développement d'une circulation collatérale et d'un flot sanguin vers les régions ischémiques du myocarde.

PERSANTINE exerce un effet métabolique au niveau de la cellule en y maintenant la production d'énergie dans les états ischémiques.

PERSANTINE a un effet inotrope positif.

Présentation: Persantine est le 2,6-bis di(2-hydroxyéthyl)amino-4,8-bis(1-pipéridyl)pyrimido-(5,4-d)-pyrimidine.
Dragées de 25 mg; ampoules de 10 mg (2ml).

La brochure complète sur les indications est disponible sur demande.



PRODUITS BOEHRINGER INGELHEIM
Distribués par Geigy Produits Pharmaceutiques, Montréal

L-1642F

DANS LES CAS DE TROUBLES GASTRO-INTESTINAUX D'ORIGINE FONCTIONNELLE

associés à des troubles hépato-biliaires...

CHAQUE

PATIENT

PEUT

RECEVOIR

SELON

SES

BESOINS

LE NOUVEAU

Pr **DECHOLIN-BB***

LA TENSION

butabarbital sodique
(Attention: peut créer
l'accoutumance) 15
mg (1/4 grain)

LE SPASME

extrait de belladone
10 mg (1/6 grain)

LA STASE

acide déhydro-
cholique AMES
250 mg (3 3/4
grains)

Présentation: Flacon de 100 comprimés.

AUSSI:

pour le **SPASME** et la **STASE**

DECHOLIN* AVEC **BELLADONE**

extrait de belladone, 10 mg (1/6 grain)
acide déhydrocholique AMES, 250 mg (3 3/4 grains)

Présentation: Flacons de 100 et de 500 comprimés.

pour la **STASE** seule

DECHOLIN*

acide déhydrocholique AMES, 250 mg (3 3/4 grains)

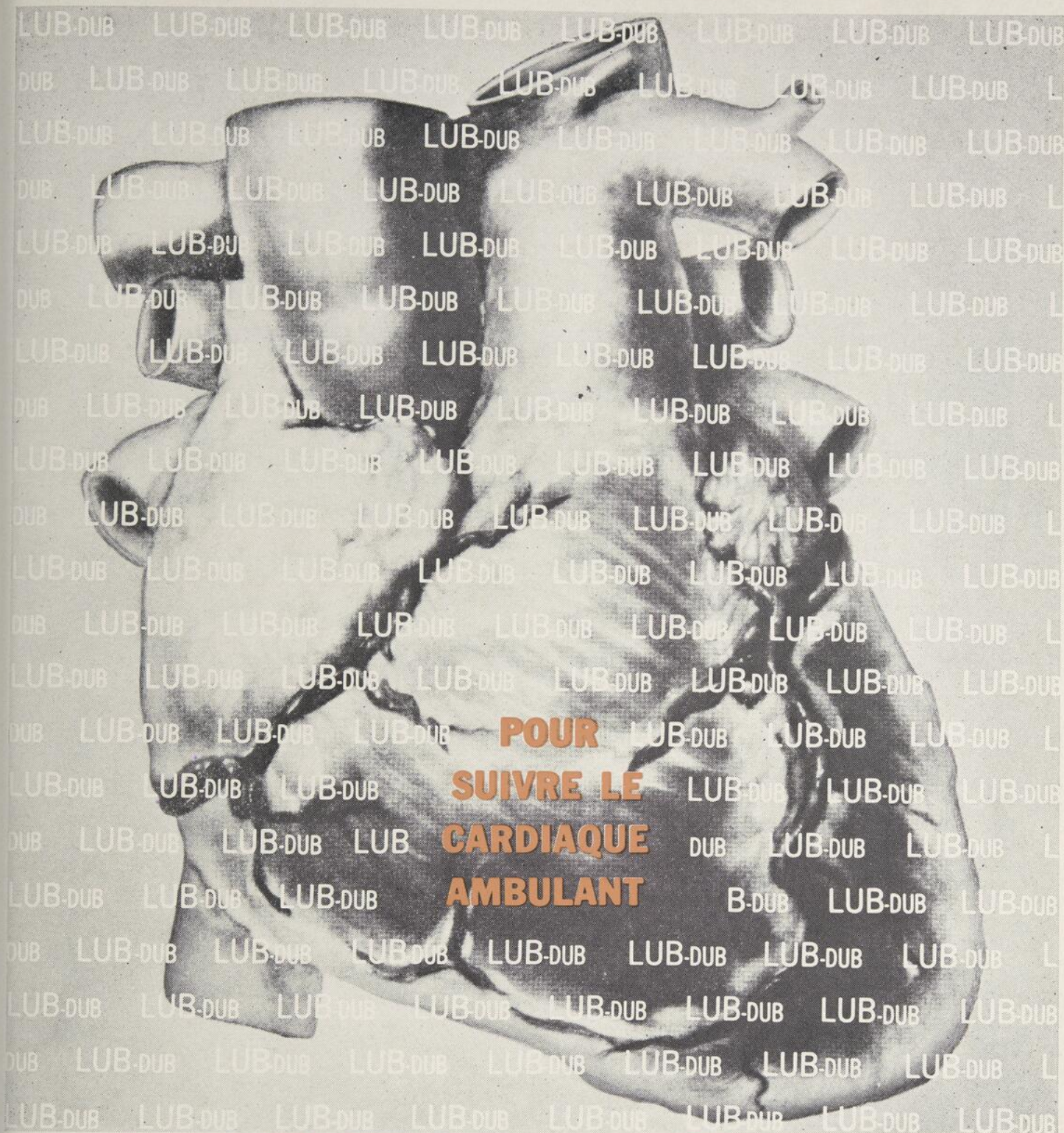
Présentation: Flacons de 100 et de 500 comprimés.

AMES
COMPANY OF
CANADA, LTD
Toronto - Ontario



Dose moyenne pour adultes — DECHOLIN-BB, DECHOLIN avec BELLADONE et DECHOLIN
— 1 ou, au besoin, 2 comprimés trois fois par jour.

Contre-indications: Occlusion des voies biliaires, hépatite aiguë et (dans le cas
de DECHOLIN avec BELLADONE et de DECHOLIN-BB) glaucome.



**POUR
SUIVRE LE
CARDIAQUE
AMBULANT**

DIAMOX*

ACÉTAZOLAMIDE LEDERLE

Pour une diurèse douce

Dans la décompensation légère ou modérée, le DIAMOX fournit une diurèse adaptée aux besoins. L'élimination de l'eau se fait doucement sans déformer les rapports électrolytiques normaux. Une seule dose le matin fournit une action diurne autolimitative confortable sans déranger le repos nocturne. Comprimés de 250 mg. Parentéral, fioles de 500 mg.

*Nom Déposé



CYANAMID OF CANADA LIMITED, Montréal

Jugulation absolue

de

l'infection localisée + stimulation de l'épidermisation

CICATRIN

TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE AVEC ACIDES AMINÉS

CICATRIN évite d'avoir inutilement recours, en application topique, aux antibiotiques dont le rôle est plus utile lorsque administrés dans l'organisme.

Son emploi réduit au minimum les risques d'apparition de souches bactériennes résistantes et de sensibilisation de la peau vis-à-vis des antibiotiques.

CICATRIN est efficace contre la plupart des germes pathogènes, y compris ceux devenus réfractaires à la pénicilline et autres antibiotiques.

Chaque gramme renferme

Sulfate de néomycine	- - - - -	5 mg.
Zinc-bacitracine	- - - - -	- 250 unités.
l-Cystine	- - - - -	2 mg.
d1-Thréonine	- - - - -	1 mg.
Glycine	- - - - -	10 mg.

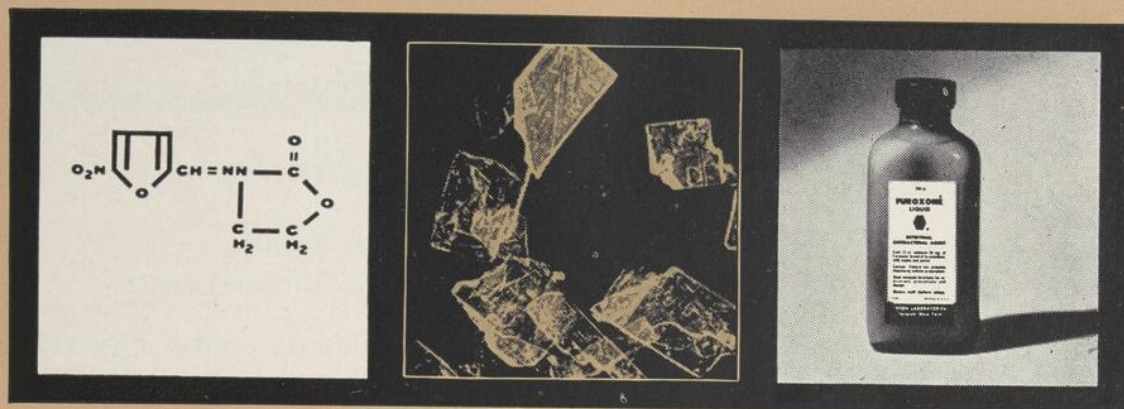
Présentation: Poudre: Insufflateurs de 5 et de 15 grammes
Crème: Tubes de 5 et de 15 grammes



CALMIC

CALMIC LIMITED TORONTO, CANADA
Crewe and London, England

Enrayez les diarrhées aiguës
et les maladies intestinales
sans susciter de nouveaux problèmes



FUROXONE

marque de furazolidone

**LIQUIDE
ET
COMPRIMÉS**

antibactérien
émollient
adsorbant

- Bactéricide par voie orale contre une variété étendue de bactéries intestinales ^{1, 2}—y compris les pathogènes habituels et les souches d'Escherichia, de Salmonella et de Staphylocoques que les antibiotiques et les sulfamidés ne contrôlent pas efficacement.
- N'entraîne aucune résistance bactérienne appréciable et ne favorise pas la pullulation de monilia ou de staphylocoques.
- Aucune toxicité connue.
- Pour les patients de tout âge (peut s'ajouter aux boires du nourrisson . . . coule librement à travers les tétines).

Présentation:

Furoxone Liquide: flacons de 120 ou 240 cc. 15 cc. contiennent 50 mg. de Furoxone avec kaolin et pectine. Saveur agréable de menthe et d'orange.

Furoxone Comprimés: 100 mg. rainurés, flacons de 20 et 100.

1. Ponce de Leon, E.: Antibiotic Med. & Clin. Therapy 4:816, 1957.

2. H. W. McFadden et M. M. Musselman: Personal communication to Eaton Laboratories.

NITROFURANS—une catégorie unique d'antibactériens

AUSTIN LABORATORIES LIMITED

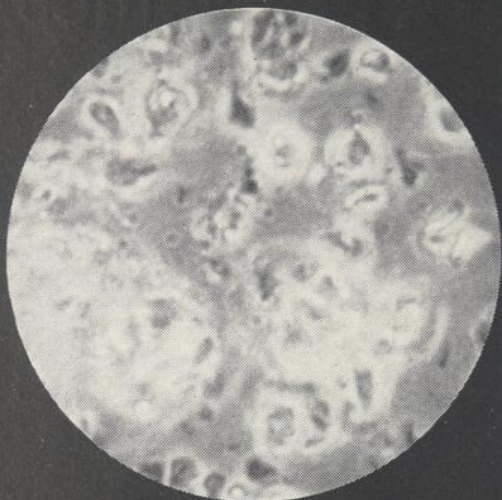
PARIS,



CANADA

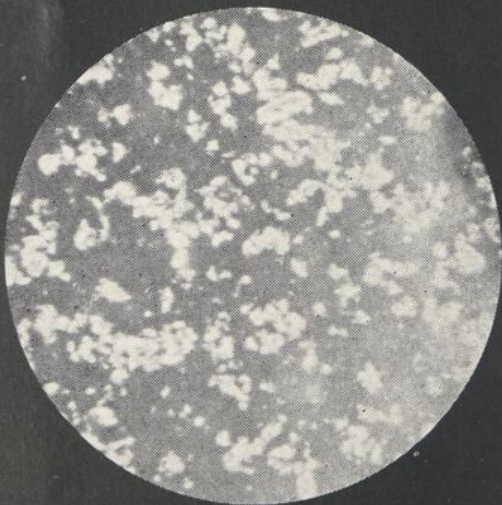
Usagers exclusifs de la marque de fabrique Furoxone de Norwich
Pharmaceutical Company, Ltd., une division de Eaton Laboratories.

ATTAPULGITE ACTIVÉE NORMALE



Une substance exceptionnelle dont le pouvoir adsorbant est de 5 à 8 fois supérieur à celui du kaolin.

ATTAPULGITE ACTIVÉE MICRONISÉE



Grâce aux particules ultra-fines, la surface adsorbante est portée à 590 m² par dose.

ATASORB™ à la NÉOMYCINE

(attapulgite composée et néomycine, Lilly)

*stoppe la diarrhée—
rétablit le fonctionnement
intestinal normal*

Associe l'attapulgite activée et l'attapulgite activée "micronisée"*

*La "micronisation" a pour effet d'accroître considérablement la surface adsorbante.

L'attapulgite activée (silicate double hydraté de magnésium et d'aluminium) possède un pouvoir adsorbant supérieur à celui du kaolin pour certains alcaloïdes, toxines et bactéries, et pour certaines souches d'entérovirus rencontrées chez l'homme. Son pouvoir adsorbant est cinq à huit fois supérieur à celui du kaolin pour les alcaloïdes, la strychnine et la quinine, cinq fois supérieur pour la toxine diphtérique et deux fois supérieur pour le *staphylococcus aureus*. L'étude comparée des capacités d'adsorption a montré que l'attapulgite activée "micronisée" adsorbe six fois plus l'exotoxine staphylococcique que l'attapulgite normale.

Posologie moyenne: Adultes—2 cuillerées à soupe trois ou quatre fois par jour.

Enfants de 2 à 12 ans—1/2 à 1 cuillerée à soupe trois ou quatre fois par jour.

Nourrissons—1 à 2 cuillerées à thé trois ou quatre fois par jour.

Présentation: Flacons de 170 et 473 cm³.

Se fait également: M-114, Atasorb™ (sans néomycine)

Atasorb™ (attapulgite composée, Lilly).

Eli Lilly and Company (Canada) Limited • Toronto, Ontario



262014

**80% des grossesses
sont menées à terme chez
25 malades ayant
antérieurement avorté
94 fois consécutives¹**



Lipp¹ a administré Depo-Provera à 25 malades ayant antérieurement avorté 94 fois consécutives. Chaque malade avait été sous les soins du médecin pendant 8 à 48 mois. Le traitement avec Depo-Provera a été institué entre la troisième et la huitième semaine de la grossesse. Six malades ont reçu des injections de 25 mg deux fois par semaine, à raison de deux à quatre doses, puis toutes les quatre semaines jusqu'à la 20e semaine. Les dix-neuf ont reçu des injections de 50 mg deux fois par semaine jusqu'à la 12e semaine, puis de 50 mg toutes les 4 semaines jusqu'à la 20e semaine.

Résultats: Le groupe des 6 malades a mis

Depo-Provera

Chaque c.c. renferme 50 mg d'acétate de médroxyprogestérone. Présentations: fioles-ampoules de 1 c.c. et de 5 c.c.

Posologie: *Menace d'avortement*—50 mg I.M. par jour pendant la durée des symptômes, suivis de 50 mg par semaine pendant le premier trimestre ou

par voie intramusculaire

Depo-Provera

par voie orale

Comprimés Provera

au monde 4 enfants viables (un gain de 67%) tandis que le groupe des dix-neuf malades en a enfanté 16 (un gain de 84%). Aucun incident secondaire ne s'est manifesté et aucun signe d'effet masculinisant n'a été observé.

Pourquoi ne pas considérer Depo-Provera par voie intramusculaire et Provera Oral pour les cas d'avortement habituel de votre propre pratique: sous forme parentérale—seule injection de 50 mg produit un effet progestatif qui dure jusqu'à 16 jours sous forme orale—action puissante à faible dose aucun incident secondaire sérieux observé au cours d'études cliniques approfondies.

jusqu'à ce que la viabilité du foetus soit établie.

Avortement habituel—premier trimestre, 50 mg I.M. par semaine; deuxième trimestre, 100 mg I.M. q. deux semaines; troisième trimestre, 100 mg I.M. q. 2 semaines jusqu'au 8e mois.

Provera en comprimés

Présentés en flacons de 24 et de 100 comprimés dosés à 5 mg d'acétate de médroxyprogestérone. Posologie: *Menace d'avortement*—10 à 30 mg par jour. *Avortement habituel*—premier trimestre, 10 mg par jour; deuxième trimestre, 20 mg par jour; troisième trimestre, 40 mg par jour.

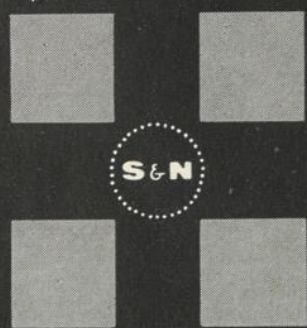
1. LIPP, R. G.: HABITUAL ABORTION—TREATMENT WITH PARENTERAL MEDROXYPROGESTERONE ACETATE, TO BE PUBLISHED. CF 1630/62

THE UPJOHN COMPANY OF CANADA
DON MILLS (TORONTO), ONTARIO

Upjohn

MARQUE DÉPOSÉE: PROVERA • MARQUE DE COMMERCE: DEPO-PROVERA

*Le Gypsona a résisté
à l'épreuve du temps*



Gypsona
TRADE MARK

**le symbole de qualité
dans les pansements et attelles en plâtre de Paris**

Choisissez le GYPSONA RÉGULIER ou le GYPSONA L.P.L. (faible perte de plâtre)

SMITH & NEPHEW, LIMITED

5640, rue Paré, Montréal, Qué.

DULCOLAX®



... déclenche
le
péristaltisme
par
contact

Posologie et présentation—Dragées: 2 ou 3 dragées au coucher pour effet le lendemain matin, ou ½ heure avant le déjeuner pour effet de 1 à 6 heures après.

Suppositoires: un suppositoire suffit pour produire un effet en ½ heure.

Dragées de 5 mg (enrobage entérique)—Boîtes de 10. Flacons de 30 et 100.

Suppositoires de 5 mg pour enfants—Boîtes de 3. Suppositoires de 10 mg—Boîtes de 6 et 50.



PRODUITS BOEHRINGER INGELHEIM
Distribués par Geigy Produits Pharmaceutiques, Montréal

L-1588F

**du nouveau - ALDACTONE amélioré
aussi efficace en doses plus faibles
favorisant vos patients d'une
économie substantielle**

ALDACTONE-A

(produit de spironolactone)

comprimés à 25 mg.

ALDACTONE-A est une nouvelle formule de comprimé dans lequel ALDACTONE est distribué dans une matière aqua-soluble. Par suite d'une absorption plus facile, le nouveau comprimé ALDACTONE-A à 25 mg est habituellement d'une action équivalente à celle du comprimé original ALDACTONE® à 100 mg. Cette appréciation d'équivalence entre ces deux comprimés n'a pas été prouvée uniquement par des analyses du taux sanguin, mais elle découle aussi de recherches cliniques de comparaison et d'évaluation. Vos patients peuvent donc maintenant bénéficier de tous ces avantages fondamentaux d'ALDACTONE par une posologie à dosage passablement réduit — partant, à un coût sensiblement plus bas. De plus amples renseignements sur ce médicament, de même que des conseils sur sa posologie ont été préparés à votre intention dans le fascicule no 39 de "Physicians' Product".

**pour plus d'efficacité dans votre
thérapeutique diurétique**

G. D. SEARLE & CO. OF CANADA LTD.
247 EST, RUE QUEEN, BRAMPTON, ONT.

SEARLE

AYERST

VÉRIFICATION DE LA QUALITÉ



LA VÉRIFICATION DE LA QUALITÉ a pour but d'assurer la pureté et l'activité de tous les produits portant l'étiquette de Ayerst.

Il ne saurait être question de biaiser en éliminant ce stade extrêmement important de la fabrication, même si quelque économie pouvait être réalisée. L'une des nombreuses vérifications auxquelles sont soumises les "Paramettes" (supplément vitaminique et minéral) en cours de fabrication consiste en l'extraction de la vitamine A à l'aide d'un dissolvant organique. L'exacte quantité présente est ensuite appréciée au spectrophotomètre. Cette opération se fait en récipient de verre rouge pour éliminer les rayons ultraviolets qui détruiraient la vitamine A au cours du procédé d'extraction.




*conformément à l'opinion médicale courante**

- **LORSQUE VOUS POSEZ LE DIAGNOSTIC DE MÉNopause
VOUS ACCORDEZ VOTRE PRÉFÉRENCE AU TRAITEMENT**
- **LORSQUE VOUS ÉTABLISSEZ LE TRAITEMENT DE LA MÉNopause
VOUS ACCORDEZ VOTRE PRÉFÉRENCE À L'ŒSTROGÉNOTHÉRAPIE**
- **LORSQUE VOUS RÉDIGEZ UNE ORDONNANCE CONCERNANT LA MÉNopause
VOUS ACCORDEZ VOTRE PRÉFÉRENCE AUX ŒSTROGÈNES NATURELS**

*vous prescrivez chaque année plus
de 10,000,000 de comprimés "Prémarine"*
(AU CANADA)

* Colloque TRANSATLANTIC TELEPHONE, Amsterdam/New York, 1959, les effets de l'œstrogénothérapie dans la ménopause. Publié dans J. A. Méd. Alabama 29:448 (mai) 1960.



Ayerst

Laboratoires de Recherche Pharmaceutique les plus vastes au Canada



C'EST LA PLUS VIVE!

(DES AIGUILLES À JETER APRÈS USAGE, BIEN ENTENDU!)

L'AIGUILLE STÉRILE



YALE* POINTE

MICROLANCE

QUE L'ON JETTE APRÈS USAGE

pénètre au moins 1½ fois plus facilement... tire moins
(80% de moins) que 3 autres grandes marques



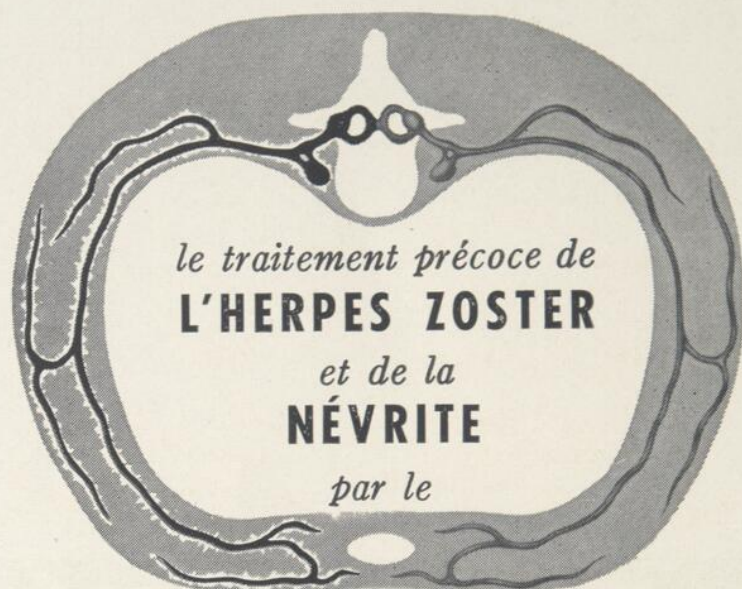
Pour obtenir la documentation descriptive et les renseignements complets sur ce produit, écrire à:
Becton, Dickinson and Company, Département ABC, Rutherford, New Jersey



BECTON, DICKINSON AND COMPANY · RUTHERFORD, NEW JERSEY

AU CANADA: BECTON, DICKINSON & CO., CANADA, LTD., TORONTO 10, ONTARIO

B-D, YALE, MICROLANCE ET DISCARDIT SONT DES MARQUES DÉPOSÉES



le traitement précoce de
L'HERPES ZOSTER
et de la
NÉVRITE
par le

PROTAMIDE

assure un prompt soulagement

Dans les cas de douleur radriculaire accompagnée d'inflammation, et dans l'herpes zoster, le Protamide procure un prompt soulagement s'il est administré tôt¹⁻⁴ après le début de l'affection. Mieux encore, les résultats se font généralement sentir dans les trois ou six jours, et l'effet thérapeutique est rapide, même dans l'herpes zoster ophtalmique.⁵

Les articles publiés sur le Protamide démontrent que le médicament exerce un effet direct de suppression sur la névrite due à l'inflammation aiguë de la racine nerveuse. Dans de tels cas, la réaction au traitement précoce par le Protamide est suffisante pour constituer un diagnostic de névrite inflammatoire.^{3,4}

Le Protamide — préparation colloïdale composée exclusivement d'enzymes dénaturés — est en pratique sûr et indolore. Ce n'est pas une thérapeutique aux protéines. Une ampoule par jour par voie I M pendant 2 à 5 jours, procure généralement un soulagement complet chez les sujets traités tôt après le début de l'affection.

PRÉSENTATION: boîtes de 10 ampoules (1.3 cc.). Pour plus de renseignements, consultez le Vademecum, p. 319, ou écrivez à notre Service Médical.

Références: 1. Baker, A. G.: Penn. Med. J. 63:697 (mai) 1960. 2. Smith, R. T.: New York Med. (20 août) 1952, pp. 16-19. 3. Smith, R. T.: Med. Clin. N. Amer. (mars) 1957. 4. Lehrer, H. W.; Lehrer, H. G., et Lehrer, D. R.: Northw. Med. (nov.) 1955. 5. Sforzolini, G. S.: Arch. Ophthal. 62:381 (septembre) 1959.

Sherman Laboratories Ltd.
Windsor, Ontario

Contre les infections staphylococciques

LA PLUS RÉCENTE PÉNICILLINE SYNTHÉTIQUE

PROSTAPHLINE*

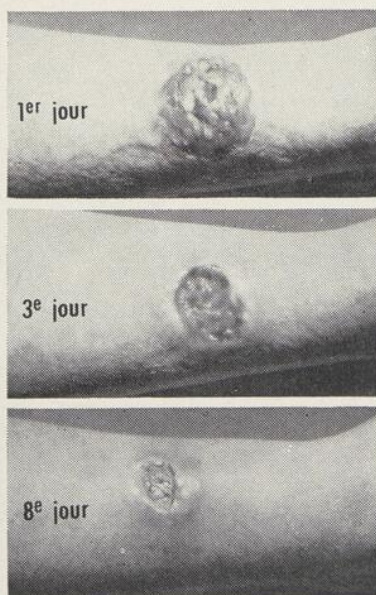
(OXACILLINE SODIQUE)

ORALE • BACTÉRICIDE • NON TOXIQUE • BIEN TOLÉRÉE

un autre produit



La Prostaphline est recommandée dans le traitement oral des *infections des tissus mous et de la peau*: furoncles, anthrax, plaies infectées, cellulite, abcès, etc.



Un sujet qui présentait un très gros anthrax au bras droit fut complètement guéri après un traitement de 12 jours à la Prostaphline.¹

BRISTOL LABORATORIES OF CANADA LTD.
286 ouest, rue St-Paul, Montréal, P.Q.

(1) Communication personnelle des docteurs M. Cabana et R. Vanasse de l'hôpital Hôtel-Dieu, Sherbrooke, P.Q.

*Nom déposé

Geigy

Tofrānil[®] chlorhydrate d'imipramine

**Pour soulager
les symptômes
de la dépression**



Produits Pharmaceutiques Geigy
Division de Geigy (Canada) Limited
Montréal

SANS DANGER

même en présence de glaucome— n'accroît nullement la tension intraoculaire, ni ne dilate la pupille.*¹

AGRÉABLE

remarquablement exempt d'incidents secondaires désagréables y compris la sécheresse de la bouche.

EFFICACE

soulage les douleurs et spasmes gastro-intestinaux chez 17 sur 20 des malades.

soulagement
rapide
des douleurs
et spasmes
gastro-intestinaux.

Bentylol

(20 mg. t.i.d.)

BENTYLOL supprime le spasme et la douleur rapidement. Il agit par une double action! BENTYLOL détend le muscle lisse directement et bloque les stimulations nerveuses parasymphatiques sélectivement.

BENTYLOL est supérieur à l'atropine quant à son efficacité,² sans toutefois présenter les inconvénients d'effets secondaires.^{2,3}

Absence totale de troubles de la vision, sécheresse de la bouche, de tachycardie, ou rétention urinaire. BENTYLOL ne dilate pas la pupille, n'augmente nullement la tension intraoculaire et a été reconnu sans danger... même en présence de glaucome.¹

**Plus d'un million de personnes âgées de plus de 40 ans sont atteintes de glaucome—l'une des causes principales de la cécité—l'incidence augmente rapidement avec l'âge. Les anti-spasmodiques produisant des effets secondaires oculaires peuvent provoquer des attaques de glaucome. BENTYLOL a été reconnu sans danger.*

- 1) Cholst, M., Goodstein, S., Berens, C. et Cinotti, A.: J.A.M.A. 166:1276, 1958.
- 2) Chamberlin, D. T.: Gastroenterology 17:224.
- 3) Hufford, A. R.: Am. J. Digest. Dis. 19:257.

Comme sédatif Bentylol avec Phénobarbital



THE WM. S. MERRELL COMPANY
Division de Richardson-Merrell Inc.
Weston, Ontario

MARQUE DE FABRIQUE DEPOSEE: BENTYLOL

QUESTIONS, S'IL VOUS PLAÎT?

Les tampons d'usage interne et le bien-être de la femme

Q. *Il arrive souvent que des jeunes filles, ennuyées de ne pouvoir pratiquer leur sport favori durant la menstruation, demandent des renseignements sur l'usage de Tampax. L'usage de Tampax est-il recommandable?*

R. L'usage de Tampax est avantageux pour toutes les femmes qui sont menstruées, mais particulièrement pour la jeune fille active. Elle peut nager¹ avec Tampax, et cet avantage suffit à lui seul pour rendre la jeune fille plus optimiste vis-à-vis la menstruation.²

Autrefois, on jugeait préférable de ne pas permettre la natation dans la piscine; mais depuis l'arrivée des tampons, on permet aux jeunes filles l'accès de la piscine durant la menstruation.³ Il est plus facile et plus agréable de pratiquer tous les sports sans serviette sanitaire irritante et encombrante.

Tampax "a un diamètre qui n'affecte pas la virginité anatomique normale,"⁴ et il favorise le bien-être mental et physique de la jeune fille, en éliminant toute irritation, puisqu'il repose dans "la région interne et isolée du bassin", comme le dit si bien Goodall⁵. Une fois en place, on ne le sent pas du tout.

Tampax est disponible en trois degrés d'absorption: Junior, Régulier et Super.

1. Bell, M.: Am. A. for Health, Phys. Educ. & Recreation, Washington, D.C., 1955, p. 8.
2. Thwing, G.: J. Health & Phys. Educ. 14:154 (mars) 1943.
3. Dodge, E.F.: She Magazine, p. 37 (mars) 1945.
4. Dickinson, R.L.: J.A.M.A. 128:490 (16 juin) 1945.
5. Goodall, J.R.: Puerperal Infection, Montreal, Murray Printing Co., p. 76, 1932.

*Initiez votre patiente à une bonne hygiène
menstruelle — initiez-la à*

TAMPAX

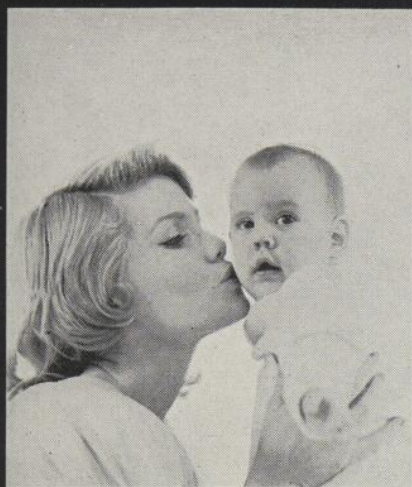
Canadian Tampax Corporation Limited,
Barrie, Ontario

TAMPAX

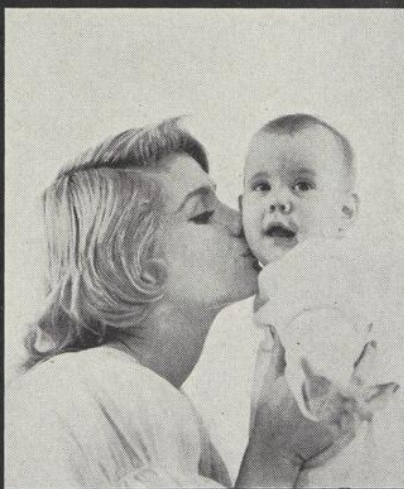
TAMPONS HYGIÉNIQUES

Pourquoi on les préfère:

1. Ils éliminent l'échauffaison et l'irritation vulvaire.
2. Éliminent l'odeur.
3. Excluent le danger d'infection par la région anale.
4. Permettent l'écoulement normal sans occlusion possible.
5. Favorisent le bien-être mental et physique.
6. Protègent tout en étant commodes, confortables, efficaces et facilement éliminables.



en pleine
santé...
grâce aux
NATABEC*
formule vitamine - minéral prénatal
KAPSEALS*



DURANT LA GROSSESSE ET LA LACTATION—Ces Kapseals faciles à avaler procurent aux femmes enceintes ou qui allaitent les compléments alimentaires essentiels que réclame alors leur organisme. NATABEC favorise ainsi une meilleure santé chez la mère et l'enfant.

Chaque Kapseal NATABEC contient: Carbonate de calcium—500 mg; sulfate—325 mg; vitamine B₁₂ (cristalline)—3 mcg; acide folique—0.25 mg; Synkamin* (vitamine K) (chlorhydrate)—0.5 mg; rutine—10 mg; vitamine A—4,000 U.I.; vitamine D—400 U.I.; vitamine B₁ (mononitrate de thiamine)—3 mg; riboflavine (vitamine B₂)—2 mg; niacinamide (amide nicotinique)—10 mg; vitamine B₆—(chlorhydrate de pyridoxine)—3 mg; vitamine C (acide ascorbique)—50 mg.

Posologie: Une Kapseal par jour ou plus selon l'ordonnance du médecin.

Présentation: Les Kapseals NATABEC se vendent en flacons de 100 et de 500.

PARKE-DAVIS

02962

®MARQUES DÉPOSÉES

PARKE, DAVIS & COMPANY, LTD., MONTREAL 9

arrêtez les diarrhées NATURELLEMENT avec le **Bacid**[®] en capsules

...un traitement physiologique efficace et sûr

Le BACID a libéré parfaitement et rapidement jusqu'à 90% de cas de diarrhée due à:

la diarrhée antibiotique
les diarrhées infectieuses
les diarrhées simples
la colite membraneuse

le colon irritable
la diverticulite
l'odeur consécutive à la colostomie
la fermentation putride intestinale

... Le BACID accomplit d'heureux résultats chez de nombreux cas réfractaires aux anticholinergiques, à l'élixir parégorique ou au kaolin.

Le BACID contient, par capsule, environ un milliard de bacilles lactiques acidophiles viables provenant d'une culture de souche humaine spéciale.*

La flore qui vit normalement en milieu acide, et que favorise le BACID, combat les microbes pathogènes à l'origine de la diarrhée... améliore la teinte, l'odeur et la consistance des fèces... et diminue ou élimine la flatulence, l'éructation et la distension.

Le BACID fournit un traitement plus simple et plus sûr que le yoghourt, le lait ou le babeurre dont il dispense de la masse et du goût désagréable pour rétablir la flore normale du milieu acide de l'intestin.¹

posologie: deux capsules de BACID, deux à quatre fois par jour, de préférence avec du lait ou du lactose. Flacons de 50 capsules.

Echantillons et prospectus sur demande.

arlington-funk laboratories, division
u.s. vitamin corporation of canada, ltd.

C.P. 779, Montréal 3, Que.

*plus 100 mg de carboxyméthylcellulose sodique.

1. Beck, C. and Necheles, H.: Am. J. Gastro., 35:522, 1961.



CELESTONE*

Betamethasone

SÉCURITÉ ACCRUE POUR LE MALADE SOU MIS À LA CORTICOTHÉRAPIE — SURTOUT PASSÉ L'ÂGE DE 40 ANS

Remarquablement dépourvu des effets secondaires attribuables aux hormones¹-

Le corticostéroïde le plus utile²-

Doué d'une action thérapeutique plus rapide et plus complète³-

La betaméthasone a apporté un soulagement remarquable dans presque tous les cas d'asthme.⁴

**ACTIVITÉ PLUS MARQUÉE
ANTIPHLOGISTIQUE
COMBAT L'ALLERGIE
SOULAGE LE RHUMATISME
TRAITEMENT
PLUS ÉCONOMIQUE**

Bibliographie:

1. Gant, J. Q. et Gould, A. H., Betamethasone—A Clinical Study.
2. Cecil, R. L.: First Conference on Clinical Application of Betamethasone, New York, 8 mai 1961.
3. Frank, L., The Place of Betamethasone—A Clinical Study.
4. Samuel C. Bukantz, Professeur Adjoint de Médecine, École de Médecine de l'Université du Colorado, Denver, Col.

*Marque de fabrique

Cortico-
thérapie

Schering
CORPORATION LIMITED



MONTREAL

à l'aide
du médecin
dans le traitement
des vieillards
difficiles

Mellaril, l'agent
tranquillisant, sûr et
efficace, pour traiter
les troubles mentaux et
émotifs de la vieillesse —
un domaine où l'absence
d'effets secondaires
est essentielle



mellaril®

Posologie moyenne: 30 à 600 mg. selon les individus

thioridazine

Présentation: dragées—10 mg., 25 mg. et 100 mg.;
solution—flacons de 4 onces avec compte-gouttes gradués

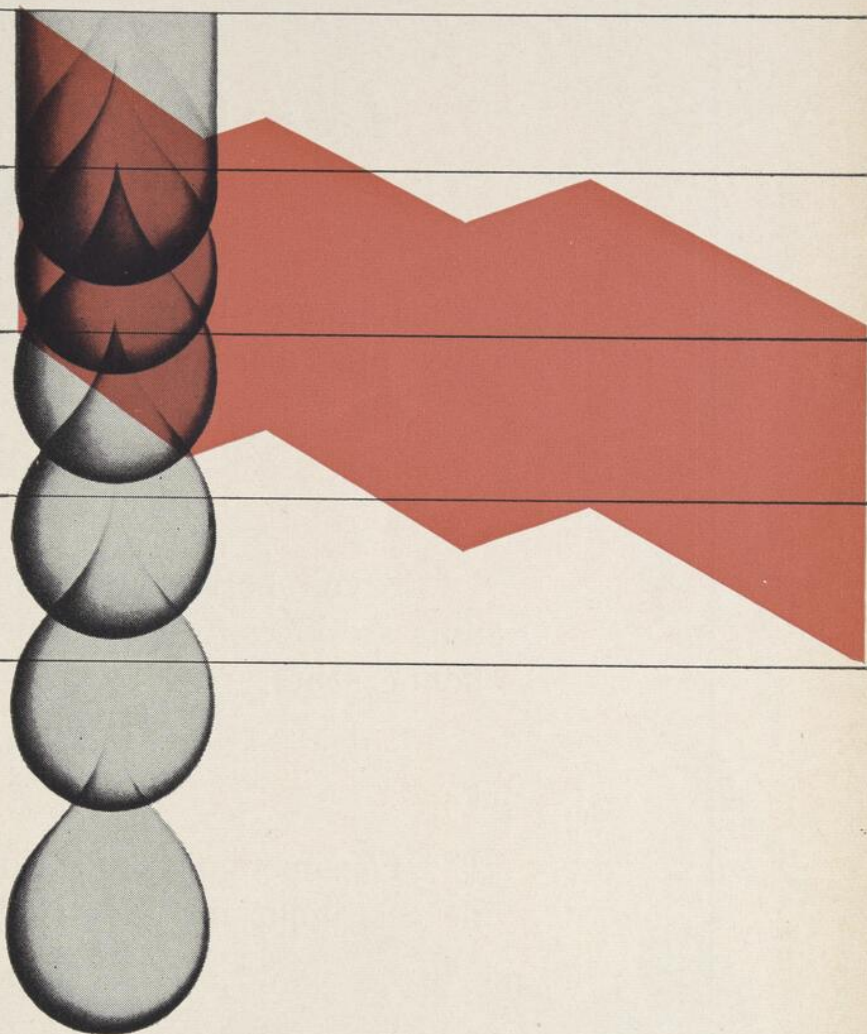
Pour la facilité de l'administration
en gériatrie — la NOUVELLE SOLUTION DE
MELLARIL. Chaque ml. de solution contient
30 mg. de MELLARIL.



SANDOZ PHARMACEUTICALS SANDOZ DORVAL, P.Q.

**Hygroton®
Geigy**

**Dans l'hypertension
et l'œdème**



**Action plus longue...
et plus douce**

**Commodité et
économie dans le
traitement
d'entretien avec
seulement trois
doses par semaine**

Disponibilité: Hygroton,
3-hydroxy-3 (4-chloro-3 sulfamyl-
phényl) phthalimidine.
Comprimés rainurés de 100 mg.
en flacons de 50, 500 et 5,000.

LA SANTÉ EST LE PREMIER DES BIENS

L'homme bien portant travaille plus facilement,
avec plus d'ardeur et moins de fatigue.



Savoir borner ses désirs et parfois consentir de
durs sacrifices, tel est le meilleur moyen de vivre en
bonne santé.



L'examen médical périodique rapporte des profits
de cent pour un.



L'intempérance a tué plus d'hommes que la
guerre et la faim. Soyez sobre dans le boire et le
manger.



Le Ministère de la Santé de la Province de Québec

Hon. ALPHONSE COUTURIER, m.d.,
ministre

JEAN GRÉGOIRE, m.d.,
sous-ministre

Mis au point en conformité avec l'enseignement médical au Canada—chaque capsule fournit une quantité de fer correspondant à 5 grains de sulfate ferreux.

Mis au point de façon à fournir économiquement à votre patiente une protection nutritionnelle et anti-anémique au coût de \$1.85 par mois.

Mis au point en vue d'une posologie commode—pour la prophylaxie, une capsule par jour dans la plupart des cas.



Filibon Forte*

pour parer commodément, économiquement et conformément aux normes acceptées, aux problèmes de l'anémie ferriprive et nutritionnelle chez vos patientes enceintes ou qui allaitent.



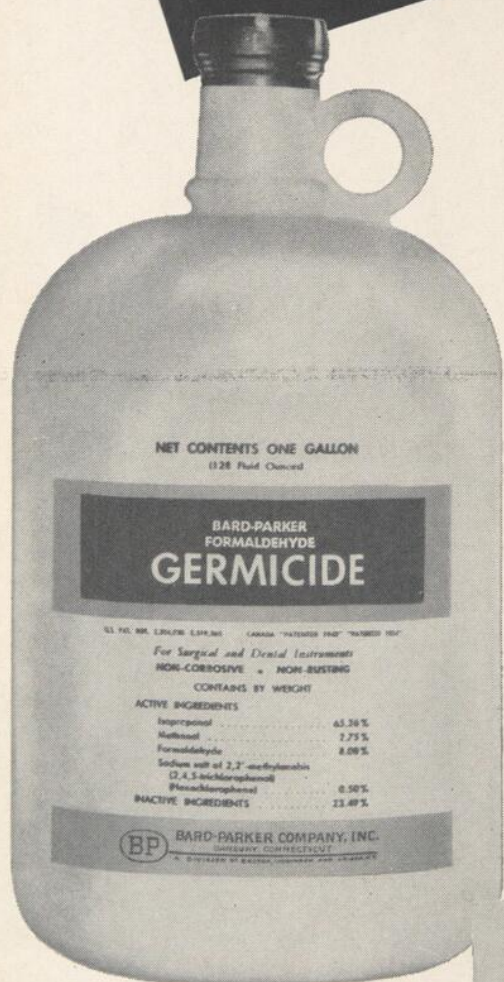
SUPPLÉMENT PRÉNATAL LEDERLE

CYANAMID OF CANADA LIMITED, *Montréal*

**Marque Déposée*

Assurément*

LE MICROBICIDE FORMALDÉHYDE B-P



Effacité remarquable—le désinfectant chimique sûr qui tue les bacilles tuberculeux, les microbes pathogènes de formes végétatives, les engendres de spores et les spores elles-mêmes.

Action bacillicide de la vapeur—toutes les parois intérieures de n'importe quel récipient qui contient du germicide B-P seront désinfectées, grâce à l'action fumigatoire.

Nouveau récipient en plastique léger—élimine les casses, donne au personnel une nouvelle facilité de manipulation.

Facile d'usage et d'économie—lorsque les directives sont suivies, le microbicide B-P ne rouillera pas les instruments en métal, ni ne les endommagera en aucune manière, et ainsi de suite pour le verre ou le caoutchouc traité à la chaleur.



BARD-PARKER COMPANY, INC.
DANBURY, CONNECTICUT

A DIVISION OF BECTON, DICKINSON AND COMPANY

* "Les seules solutions qualifiées comme sporicides reconnues sont les solutions de formaline-alcool du type microbicide de Bard-Parker."
(E. H. Spalding, M.D.)

EFFICACITÉ DU MICROBICIDE FORMALDÉHYDE B-P

	50% SANG DESSÉCHÉ	ABSENCE DE SANG
Spores bactériennes		
Cl. tetani	3 heures	3 heures
Cl. welchii	2 heures	2 heures
B. anthracis	1½ heures	1½ heures
Forms végétatives de bactéries		
Staph. aureus	5 minutes	15 secondes
E. coli	3 minutes	15 secondes
Strep. hemolyticus	2 minutes	15 secondes

dans la grande région centrale de la douleur

Percodan*

(Sels de Dihydrohydrocodéinone et d'Homatropine, plus APC)

COMPRIMÉS

tient le milieu
entre les
analgésiques
oraux légers et les
analgésiques
parentéraux
puissants¹⁻⁷

- agit en 5 à 15 minutes
- le soulagement dure généralement 6 heures et plus
- la tolérance est excellente... la constipation, rare
- le sommeil n'est pas interrompu par la douleur

Chaque Comprimé Percodan* renferme 4.50 mg. de dihydrohydrocodéinone HCl, 0.38 mg. de téréphtalate de dihydrohydrocodéinone (avis: peut provoquer l'accoutumance), 0.38 mg. de téréphtalate d'homatropine, 224 mg. d'acide acétylsalicylique, 160 mg. d'acétophénétidine, et 32 mg. de caféine.

Endo

ENDO DRUGS (CANADA) LTD.
Montréal, P. Q.

Brevet canadien No 537946
*Marque déposée

*pour un
soulagement
rapide et
complet
de la douleur*

DOSE MOYENNE POUR ADULTES

1 comprimé toutes les 6 heures; peut provoquer l'accoutumance.
Ⓝ L'ordonnance verbale est acceptée.

Autre présentation

Pour une plus grande souplesse de la posologie — Percodan*-Demi: formule complète du Percodan, mais avec seulement la moitié de la quantité des sels de dihydrohydrocodéinone et d'homatropine.

1. Blank, P. et Boas, H.: Analgésie améliorée dans la douleur moyenne, *Ann. West. Med. & Surg.* 6:376, 1952.
2. Bonica, J. J. et coll.: Le traitement des douleurs du post-partum à la dihydrohydrocodéinone (Percodan): Comparaison avec la codéinone et le placebo, *West. J. Surg.* 65:84, 1957.
3. Cass, L. J. et Frederick, W. S.: Etude contrôlée du soulagement de la douleur, *M. Times* 84:1318, 1956.
4. Chasko, W. J.: Chirurgie dentaire sans douleur: Extension de la période post-opératoire sans douleur, *J. District of Columbia Dent. Soc.* 31:3, No. 5, 1956.
5. Cozen, L.: "Office Orthopedics", 2e éd., Philadelphia, Lea & Febiger, 1953, pp. 120, 138, 145, 156, 234.
6. Nicolson, W. P., Jr. et Skandalakis, J. E.: Contrôle de la douleur post-opératoire, *J.M.A. Georgia* 46:471, 1957.
7. Piper, C. E. et Niklas, F. W.: Le Percodan pour combattre la douleur en médecine industrielle, *Indust. Med.* 23:510, 1954; résumé in *Clin. Med.* 3:1008, 1956, *Current M. Digest* 22:135, No. 3, 1955.



Elle jouit maintenant de la vie!

Une thérapie au Nardil diminue la dépression et l'anxiété. Elle retrouve son rythme normal et son optimisme naturel. Elle sait jouir de la vie.

NARDIL

Antidépresseur

(marque de phénelzine)



TORONTO, CANADA

Plus de 150 rapports scientifiques et son emploi chez des milliers de patients attestent de l'excellente sécurité du Nardil.

Posologie: 1 comprimé 3 fois par jour.
Effets maxima entre 2 à 6 semaines.

Fabricants de Peritrate, Mandelamine, Tedral, Warnerin

NOUVEAU

AquaMEPHYTON*

(Solution colloïdale aqueuse de MEPHYTON*, vitamine K₁)

injectable

accroît l'utilité de la thérapie par la vitamine K₁...

En effet, la vitamine K₁ "exerce une action à la fois plus rapide, plus puissante et plus prolongée que celle de tout analogue de la vitamine K".†

réduit le risque d'hémorragies par hypoprothrombinémie dans les états suivants:

- Hémorragie du nouveau-né (prophylaxie et traitement)
- Périodes pré- et postopératoires
- Insuffisance de prothrombine secondaire à l'anticoagulothérapie
- Insuffisance d'absorption de vitamine K
- Affection biliaire
- Insuffisance de prothrombine par suite de l'administration de salicylates ou de phénylbutazone
- Production endogène insuffisante de vitamine K.

**Présenté sous diverses formes convenant
à toutes les indications de la vitamine K:**

AquaMEPHYTON (pour administration par voie intramusculaire, intraveineuse ou sous-cutanée). Ampoules de 1 cc. (N^o 7780) et fioles de 5 cc. (N^o 7782) renfermant 10 mg. de vitamine K₁ par cc.

Comprimés MEPHYTON à 5 mg. Flacons de 50.

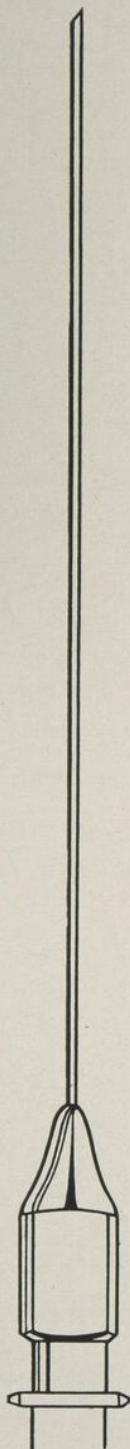
Émulsion MEPHYTON (pour administration intraveineuse seulement). Ampoules de 1 cc. contenant 50 mg./cc.

†Council on Drugs: New and Nonofficial Drugs, Philadelphia, J. B. Lippincott Co., 1960, p. 732.



MERCK SHARP & DOHME
OF CANADA LIMITED
MONTREAL 30, QUÉ.

*Marques de commerce





TROP DE PORC NUIT

ENTOZYME[®] aide la vésicule biliaire à digérer les graisses.

Le bilieux qui ne peut résister à l'attrait d'aliments riches et succulents se voit souvent, à la suite de certaines boustifailles, atteint de malaises digestifs causés par un excès de graisse. Toutefois, il existe un moyen de soulager ou de prévenir ces désagréments grâce à Entozyme, un complément naturel de la digestion. Six comprimés (la dose quotidienne habituelle) suffisent à digérer 60 gm. ou plus de lipides; ce qui représente chez un adulte 50 à 90% de l'apport normal quotidien. Les sels biliaires augmentent la sécrétion de bile et favorisent l'activité lipolytique de la pancréatine dans l'Entozyme et de la propre lipase du patient. Ensemble, les sels biliaires et la pancréatine facilitent grandement l'émulsification et le transport des graisses. Chaque comprimé enrobé d'Entozyme renferme 150 mg. de sels biliaires, 300 mg. de Pancréatine, N.F. et 250 mg. de Pepsine, N.F. qui suffisent à digérer 8 gm. de protéines.

A. H. Robins Company of Canada, Ltd., Montreal, Quebec



Tandéaril[®] Geigy

agent
non-hormonal
anti-inflammatoire

En médecine

Il est indiqué pour le traitement de nombreuses maladies où existe une inflammation aiguë ou chronique non-spécifique.

Il contrôle les symptômes
d'arthrite
d'inflammation péri-articulaire
d'inflammation vasculaire

En chirurgie

Il modifie et soulage la douleur et l'inflammation post-opératoires. Associé aux antibiotiques et au drainage, s'il y a lieu, il contrôle l'inflammation liée aux infections chirurgicales.

Présentation

Tandéaril, monohydrate de 1-phényl-2-(p-hydroxyphényl)-3,5-dioxo-4-n-butylpyrazolidine.
Dragées brunes de 100 mg.
Flacons de 50 et 500.



Produits Pharmaceutiques Geigy,
Montréal

— PUISSANT ACTIVANT
de la CIRCULATION de RETOUR —

FRAGONAL

- TOUS LES TROUBLES CIRCULATOIRES
VEINEUX
(JAMBES LOURDES, VARICES)
- VEINES APPARENTES
DES MEMBRES INFÉRIEURS et SUPÉRIEURS
- HÉMORROÏDES

Présentation:

— Flacon de 50 comprimés —

*Échantillons et documentation
sur demande.*

**J. EDDÉ LIMITÉE, 202 AVENUE LAURIER EST,
MONTRÉAL 14**

Lorsque
la diarrhée
frappe!

cantilyn

(simple ou avec néomycine)

**APPORTE UN
SOULAGEMENT RAPIDE**

CANTILYN constitue un traitement complet de la diarrhée, grâce à l'association du Cantil** (bromure de mépenzolate), du kaolin et de la pectine.

Le **CANTIL** rétablit la motilité normale du côlon et soulage les malaises intestinaux;

le **KAOLIN** tapisse la muqueuse, en calme les irritations, absorbe les toxines bactériennes;

la **PECTINE** lie les fluides intestinaux, favorise la formation de selles solides.

CANTILYN (avec néomycine) procure un traitement spécifique dans les diarrhées causées par des bactéries sensibles à la néomycine.

CANTILYN est remarquablement dépourvu des effets secondaires souvent provoqués par les anticholinergiques.

EFFICACE DANS 90% DES 230 CAS DE DIARRHÉE SOUS OBSERVATION CLINIQUE.

Présentation: Cantilyn et Cantilyn avec néomycine sont présentés en flacons de 6 onces liquides.

*Marque de fabrique



L

LAKESIDE LABORATORIES (CANADA) LTD.,
24 Wellington Street West, Toronto, Ontario

**Marque déposée

LE GOUVERNEMENT DE LA PROVINCE DE QUÉBEC ASSURE LA PROTECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Dans la province de Québec, soixante-treize Unités sanitaires desservent soixante-dix-huit comtés. Par ailleurs, Montréal, Québec et quelques autres villes administrent leur propre bureau de santé.

L'Unité sanitaire met à la disposition du public toutes les mesures préventives que la science a découvertes et mises au point.

Chaque année, les hygiénistes provinciaux procèdent à plus de neuf cent mille examens médicaux, portant une attention toute particulière aux plus jeunes enfants.

La surveillance épidémiologique de la Province permet de dépister rapidement les maladies infectieuses et d'épargner de nombreuses vies.



LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

L'honorable ALPHONSE COUTURIER, m.d.,
ministre

JEAN GRÉGOIRE, m.d.,
sous-ministre

Librium

équilibre et délivre

dans les perturbations émotives de tous les jours, dans les troubles fonctionnels et musculaires.

procure **rapidement l'équilibre** psychique; administré à doses judicieuses, il est **exempt** d'effets secondaires.

libère le malade de l'anxiété et de la nosophobie.

libère de l'inhibition anxieuse et redonne de l'entrain sans exercer de stimulation directe.

Documentation sur demande.

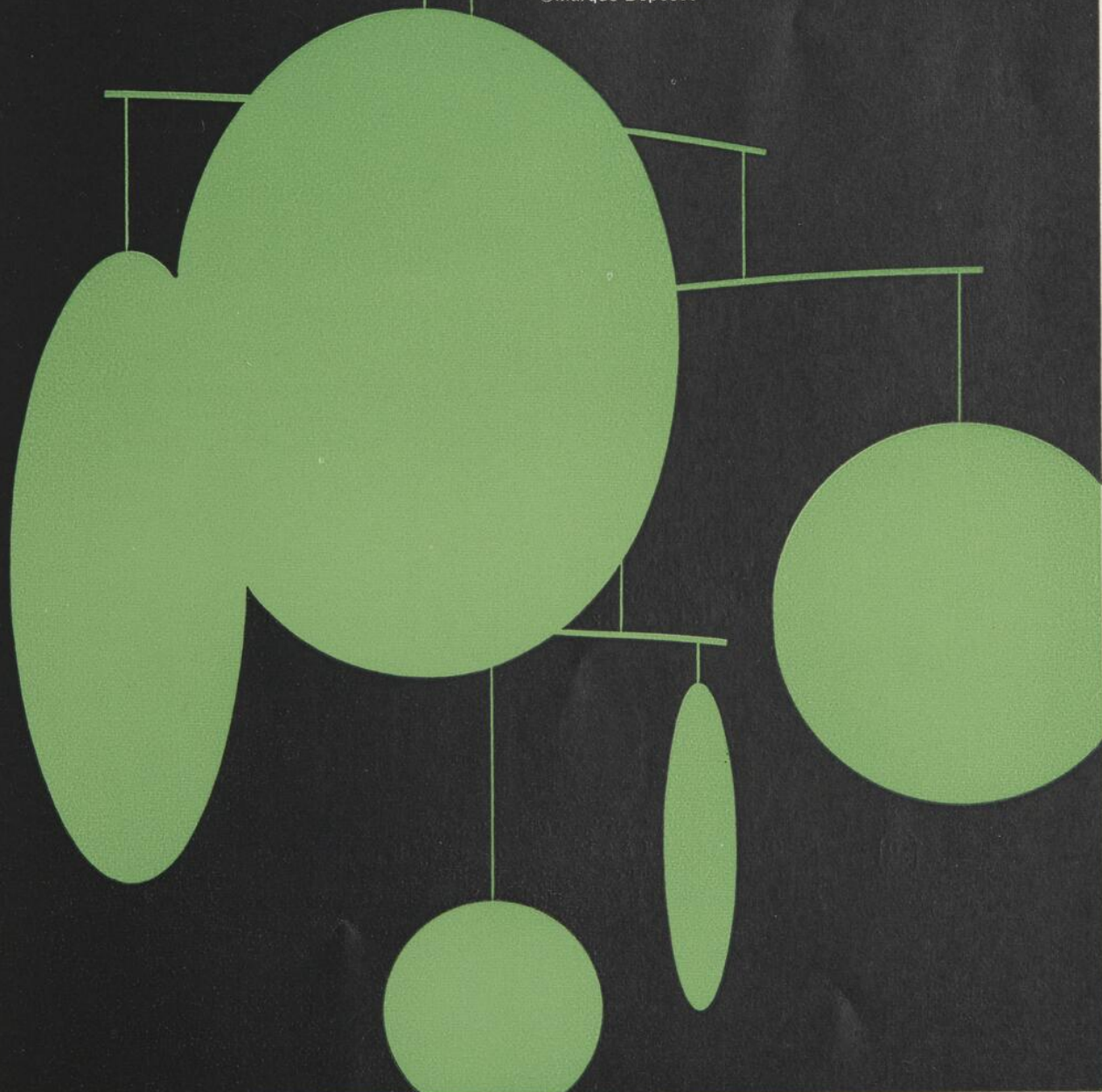
Présentation:

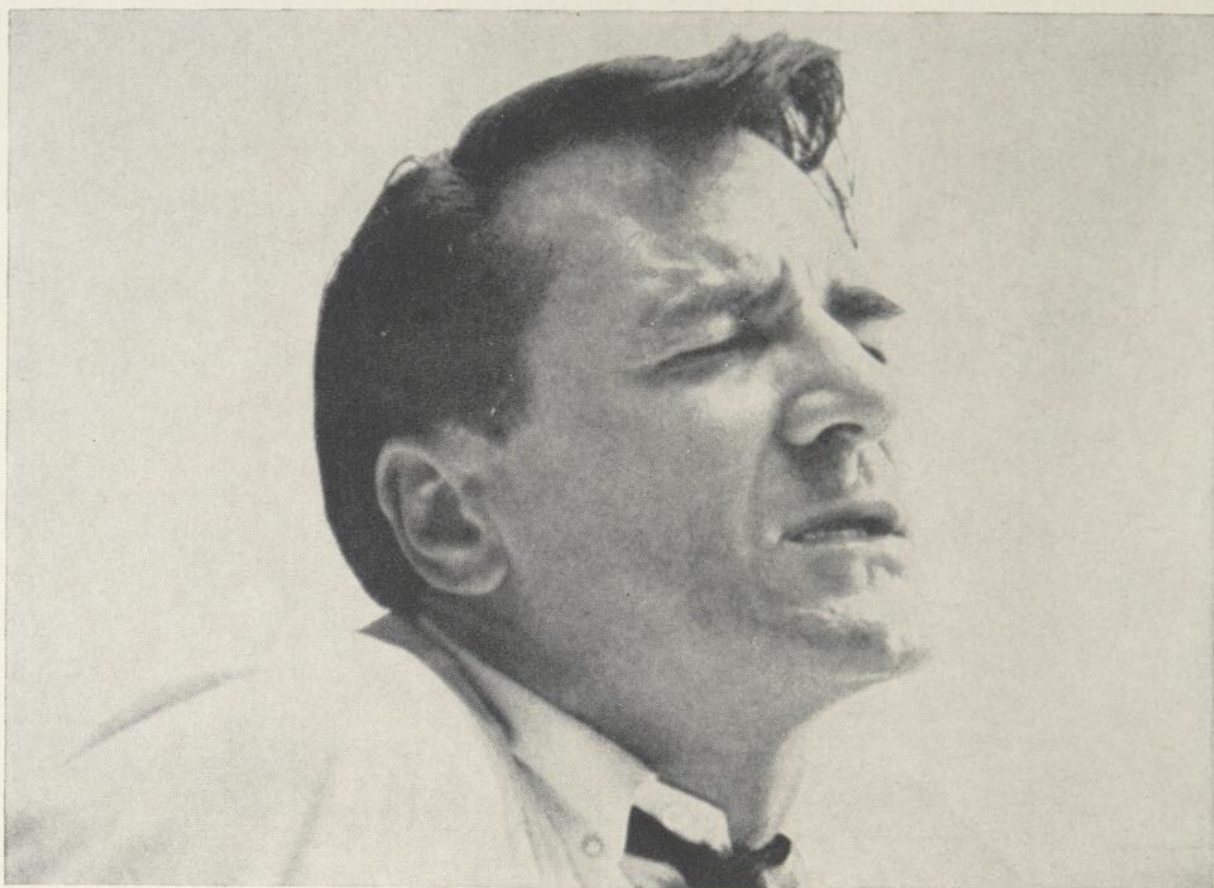
Capsules, 5, 10, 25 mg. 100 et 500.

Nouveau: pour le traitement de l'agitation aiguë et de l'hyperréactivité: Ampoules 100 mg. 6 et 25.

Librium® chlorhydrate de 7-chloro-2-méthylamino-5-phényl-3H-1,4-benzodiazépine 4-oxyde

®Marque Déposée





pour soulager la douleur sans narcotiques

La ZACTIRIN apporte un prompt soulagement à divers types de douleur, courants et exceptionnels. La ZACTIRIN possède de puissantes propriétés analgésique et anti-inflammatoire qui sont précieuses dans maints troubles douloureux¹⁻³, notamment dans ceux de l'appareil locomoteur, les douleurs obstétricales et gynécologiques et celle qui résulte de légers traumatismes. La ZACTIRIN agit bien tout en éliminant le danger de l'addiction et de l'accoutumance ou le risque de la constipation. Sans compter l'économie réalisée!

1. Barber, T. E.: *Ind. Med. & Surg.* 28 : 54 (février) 1959.
2. Roden, J. S., et Haugen, H. M.: *Missouri Medicine* 55 : 128 (février) 1958.
3. Batterman, R. C., et al.: *Am. J. Med. Sc.* 234 : 4 (octobre) 1957.

Zactirin*

Citrate d'éthoheptazine et acide acétylsalicylique, Wyeth.



POSOLOGIE: De 1 à 2 comprimés, 3 ou 4 fois par jour, selon l'intensité de la douleur.

PRESENTATION: En flacons de 100 et de 1000 comprimés.



Absorption
soutenue
du steroïde
et
posologie
reduite

Medrol Medules[†]

Quarante pour cent des malades peuvent, grâce aux Medules** de Medrol*, recevoir un traitement d'entretien efficace à une posologie réduite en cortico-stéroïde. Lentement absorbés, les Medrol Medules évitent les fluctuations des concentrations sériques en cortico-stéroïde, si fréquentes avec les comprimés ordinaires. Ils sont présentés en comprimés à 2 mg. et 4 mg. par flacons de 30 et de 100 comprimés.

AUTRES PRÉSENTATIONS: Comprimés de Medrol, dosés à 2 et à 4 mg., divisibles, par flacons de 30 et de 100 comprimés. Comprimés de Medroxine* indiqués en cas d'asthme et de rhinite allergique. La composition par comprimé est la suivante: Medrol (méthylprednisolone), 2 mg. et chlorhydrate d'Orthoxine (méthoxyphénamine), 75 mg. Présentés en flacons de 30 et de 100 comprimés.

*MARQUE DÉPOSÉE **MARQUE DE COMMERCE
†CAPSULES DE MÉTHYLPREDNISOLONE

Upjohn



AIDE À MAIGRIR . . . DE FAÇON CONTINUE

Didrex*

vous facilite la tâche de faire respecter
par vos obèses leur régime amaigrissant

dans les cas où une autre maladie vient compliquer

Sécurité

“La benzphétamine (Didrex) n’a gêné en rien le traitement de maladies concomitantes, notamment: hypertension, diabète sucré, hypothyroïdisme, insuffisance cardiaque ou coronaire.”¹

“La fréquence et la gravité des réactions secondaires que le médicament en question a entraînées . . . ont été les mêmes chez les patients traités et nontraités (qui ont reçu un placebo), mais on a constaté une sensation de faim nettement plus fréquente chez les malades recevant le placebo.”²

D’après l’étude de la pression artérielle, les analyses d’urine, l’étude de l’hémoglobine et de la glycémie, on peut affirmer qu’on peut employer le Didrex en toute sécurité chez les obèses qui sont en même temps atteints d’hypertension ou de diabète.³

“Le médicament (Didrex) peut se révéler spécialement précieux chez les obèses qui sont en même temps, soit enceintes, soit diabétiques, soit hypertendus.”⁴

Efficacité

“Outre son efficacité propre, le critère de la *persistance* de l’anorexie est manifestement un atout précieux dont il faut tenir compte dans l’étude de l’activité d’un médicament. A cet égard, la benzphétamine (Didrex) s’est révélée supérieure aux autres.”⁵

“La chute de poids a été plus uniforme et plus persistante avec le médicament (Didrex) qu’avec les autres produits essayés (placebo et phenmétrazine)”⁶

“La benzphétamine (Didrex) peut être considérée comme un médicament sûr et efficace de l’obésité qu’on traite au bureau.”¹

Description: Le Didrex est la marque adoptée par Upjohn pour désigner le chlorhydrate de benzphétamine (chlorhydrate de d-N-benzyl-N-diméthyl-phénéthylamine). Il s’agit d’un sympathicomimétique dont l’action anorexique est très marquée et qui n’est relativement pas entachée d’action stimulante sur le SNC ou le système cardiovasculaire.

Indications: Enrayer l’obésité d’origine exogène.

Contre-indications: Des essais cliniques approfondis n’en ont révélé aucune. On devra cependant se montrer circonspect en présence d’hypertension moyenne ou grave, de thyrotoxicose, d’affection coronaire aiguë ou de décompensation cardiaque.

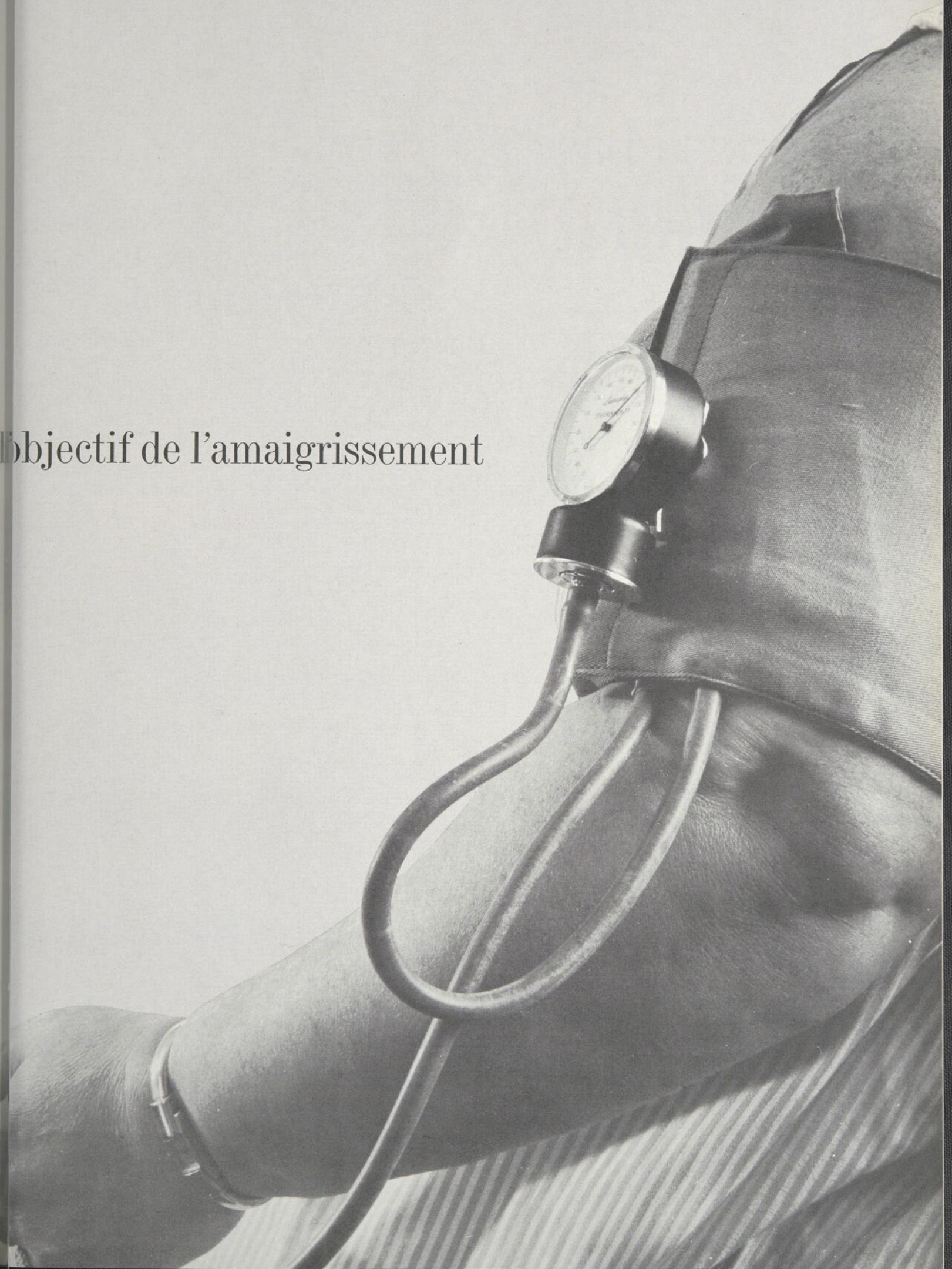
Posologie: Amorcer le traitement anorexique avec 1 à 2 comprimés, qui se prendra pendant plusieurs jours au milieu de la matinée ou de l’après-midi, selon les heures de repas du malade. Il s’agira ensuite de “régler” la posologie dans chaque cas individuel, en ne dépassant pas 2 comprimés par jour.

Réactions secondaires: Au cours des essais cliniques approfondis, on n’a noté aucun effet sur le sang, l’urine, les fonctions hépatique et rénale. On a observé parfois des réactions secondaires bénignes semblables à celles qu’avaient entraînées les placebos: sécheresse de la bouche, insomnie, nausée, palpitations et nervosité.

Présentation: Comprimés ordinaires sécables, à 25 mg, en flacons de 100 comprimés.

1. Reiser, P.; Cherico, P.; Palm, A.; Wainer, D.; Printz, P. A., et Harris, B.: *International Record of Medicine*, 174-94-98, (février 1961). 2. Simkin, B., et Wallace, L.: *Current Therapeutic Research*, 2:333-38, (février 1960). 3. Oster, H. L., Medlar, R. E.: *Arizona Medicine*, 17:398-404, (juillet 1960). 4. Stough, A. R.: *Oklahoma State Medical Association*, pp. 760-767 (novembre 1960). 5. Pointner, A.: *Current Therapeutic Research*, 2:354-363, (août 1960). 6. Schapiro, M. M., Bogran, N.: *Current Therapeutic Research*, 2:333-345, (juillet 1960).

Objectif de l'amaigrissement



seule la base **Veriderm**

chimiquement

se rapproche des lipides de la peau humaine

COMPOSANTS	VERIDERM	LIPIDES DE LA PEAU HUMAINE (approximation)
Acides gras libres		
Non-saturés	20%	20%
Saturés	10%	10%
Substances saponifiables		
Esters triglycéryl d'acides gras	25%	25%
Autres esters d'acides gras	17%	15%
Substances non-saponifiables		
Hydrates de carbone		
1. Saturés	8%	8%
2. Non-saturés	5%	5%
Cholestérol libre	3%	2-4%
Alcools à poids mol. plus élevés (liquides et solides)	12%	10-15%
	100%	100%

cliniquement

remplace à la fois crèmes et onguents

Veriderm reproduit les avantages des lipides naturels de la peau — adhère aux lésions suintantes comme une crème, mais sans assécher; adoucit les lésions sèches comme un onguent, mais n'est pas gras. Et Veriderm ne laisse pas de résidu de graisse ou de cire qui peut nuire à la dispersion du médicament.

maintenant offert sous forme de

Veriderm Medrol

pour les dermatoses simples

Chaque gramme renferme:

Acétate de Medrol (méthylprednisolone) 2.5 mg. (0.25%)

dans une base Veriderm simulant les lipides cutanés

Présenté en tubes de 5 et 15 grammes

Upjohn

en tête des recherches sur les stéroïdes

THE UPJOHN COMPANY OF CANADA / 865 YORK MILLS ROAD / DON MILLS (TORONTO), ONTARIO

Veriderm Neo-Medrol

pour les dermatoses infectées

Chaque gramme renferme:

Acétate de Medrol (méthylprednisolone) 2.5 mg. (0.25%)

Sulfate de néomycine 5.0 mg.

(équivalant à une base de 3.5 mg. de néomycine
dans une base Veriderm simulant les lipides cutanés)

Présenté en tubes de 5 et 15 grammes

MARQUES DÉPOSÉES: MEDROL, NEO-MEDROL, VERIDERM CF 1374/62

BULLETIN

ACTUALITÉS ÉLECTORALES

Nul ne doit s'effrayer du titre qui coiffe ce bulletin; il n'implique aucun engagement politique et n'a pour raison d'être que d'inscrire à la Une l'objet des préoccupations présentes de tous ceux qui font confiance aux institutions démocratiques.

Et pourquoi le médecin serait-il éloigné des soucis qui bouleversent l'esprit de ses contemporains et ne se livrerait-il pas lui aussi au sport de l'électoralisme? L'occasion est imminente pour lui de manifester, à la manière des autres, et par le truchement de votes déposés dans l'urne désignée, un choix éclairé et logique parmi les candidats qui seront prêts à s'immoler bientôt sur l'autel du sacrifice gubernatorial.

L'échéance est prochaine et la proclamation de la date des mises en nomination et des élections, là où il y aura compétition entre impétrants, ne peut tarder plus que de quelques semaines.

A l'inverse de ce qui se dit et s'entend sur les plans politiques — supérieurs quant à la juridiction — la campagne électorale au sein de la représentation médicale procède dans le plus profond silence et s'élabore à l'abri d'indiscrétions possibles dans des caucus fermés; l'attrait du mystérieux joue pour beaucoup dans la tactique de certains chefs de clans et elle apporte un élément de surprise qui souvent désarme la concurrence.

Bref, le moment approche et il est plus que temps que le médecin, désireux d'une administration intelligente, saine et compréhensive, manifeste qu'il n'a qu'un vouloir: celui de se sentir fort et épaulé par un gouverneur libre de toute attache partisane et non asservi à une coterie limitée dans ses horizons par le concept exclusivement matérialiste.

Plus que jamais, dans toute l'histoire déjà séculaire du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec, les membres du Bureau Provincial de Médecine doivent être au-dessus de tout reproche et capables de se dresser contre la main-mise qui s'annonce menaçante de tous côtés.

La médecine au Québec doit en 1962 cesser ses luttes intestines, diminuer la somme de ses contributions exclusivement logorrhéiques et s'affirmer par le respect d'elle-même, par la dignité de ses membres et par un désir ardent de prendre part au colloque social.

Rien n'est plus instructif que d'écouter les chefs politiques pour comprendre que la médecine n'est à leurs yeux qu'un appât pour attirer l'électeur.

Il n'est pas besoin d'être grand expert pour remarquer que la médecine est au menu que chaque chef de cuisine politique offre à la clientèle. Il n'a qu'à suivre la tradition gastronomique et sans peine, chacun peut ser-

vir la médecine à la manière des écrivains d'Escoffier et y trouver, selon ses sentiments préférés, une manière de l'apprêter, l'un comme une langue sauce écarlate, l'autre comme une carpe au bleu, la troisième à la mode des fruits réchauffés au Bacardi et le quatrième peut s'inspirer de la recette de la cervelle au beurre noir.

L'observateur impartial qui parcourt les journaux, qui écoute les paroles lancées sur les ondes, à quelle que fréquence que ce soit, ou qui regarde sur son petit écran les photogéniques médicophobes, ne peut qu'admirer la magnifique coordination de cette propagande anti-médicale.

L'orchestration est magistrale et le spectacle de certaines marionnettes tient d'une préparation minutieuse, réglée dans les moindres détails.

Sophismes, peut-être, incompréhension surtout de la part de certains dont l'intelligence et le dévouement à la chose publique ne font aucun doute; déformation professionnelle chez certains qui ne savent voir qu'à travers un prisme; sentiments moins nobles chez d'autres.

Impossible de trouver tous les mobiles qui ont fait de la médecine la cible des attaques politiques.

Malheureusement, la cause médicale est trop souvent mal défendue par ceux qui devraient être les premiers à la servir de leur plume, de leur parole et par leurs actes.

Si la médecine est grugée de tous côtés, c'est qu'elle souffre de l'action pathologique d'un virus malfaisant: l'autoiatrophage.

Cette maladie de la personnalité n'est pas nouvelle; déjà, il y a eu un an en mai, un bulletin de ce journal avait la naïveté d'exprimer en termes précis que « la médecine était soumise au crible de l'opinion publique » et qu'en conséquence, il y avait lieu d'espérer que « les campagnes de dénigrement allaient arrêter la tendance (des médecins) à un certain laisser-aller et créer au sein de la profession médicale le sentiment d'une solidarité professionnelle ».

Les événements récents ont montré que ces paroles étaient tombées dans le désert. Plus individualistes que jamais, les médecins ont continué leurs ébats discriminatoires; ils n'ont pas compris qu'en ce faisant ils fournissaient d'atouts leurs pires ennemis, qui plus avisés et foncièrement retors avaient compris la portée des traits évangéliques: *Toute maison divisée contre elle-même périra.*

Olivar Asselin flatta un jour les médecins quand il affirma qu'ils étaient les seuls à pouvoir écrire honnêtement et même joliment le français; cette pensée d'un journaliste lucide et d'avant-garde n'est pas sans danger, car elle a ouvert la digue qui laisse couler le flot de certains écrits dévastateurs.

Tout organisme qui vise à la perfection met les relations extérieures au premier plan de ses préoccupations; certains des nôtres pensent autrement et préfèrent le culte de la division intérieure.

La place publique ne doit pas servir de champ clos aux duels entre médecins; étaler au grand jour les misères, les faiblesses et les servitudes de sa profession, les failles et les irrégularités des structures hospitalières ne sert qu'imparfaitement la vérité et participe d'une psychologie mal comprise. En effet, si certains comprennent l'authenticité et la raison d'être des revendications affirmées et peuvent leur apporter remède, ils demeurent infiniment plus nombreux, ceux qui prennent pour un dogme toute assertion imprimée, car ils n'ont pas la formation philosophique voulue pour élaguer l'aspect caricatural d'une argumentation engagée et pour saisir l'essentiel des données du problème exposé.

Quoi qu'en pensent les chefs déjà cités, la médecine se porte mieux que jamais; seuls certains de ses ministres souffrent de complexes, dont ils guériront tardivement, s'ils ont un jour à goûter certaine thérapeutique préconisée par les experts en syndicalisme et à vivre sous le joug administratif.

L'épreuve de la Saskatchewan est le point tournant de la médecine étatisée. Il est essentiel que chaque médecin du Québec comprenne que ce « test case » servira de précédent; il est de première importance qu'il apporte à ces confrères le reconfort de son appui moral et il n'est pas impossible qu'un geste plus imposant lui soit demandé, en le priant de faire place dans ses rangs à ceux de là-bas, qui ne voulant pas faire la grève, préféreront quitter les lieux.

Médecins du Québec, il n'est pas trop tard pour mettre à exécution le grand précepte chrétien de la charité confraternelle; le sacerdoce médical n'est pas qu'un vain mot, quoi qu'en disent certains prophètes à courte vue.

Médecins du Québec, l'heure est grave. Le choix de mandataires éclairés, désintéressés et capables de s'imposer doit être une préoccupation constante; l'élection des gouverneurs pour le terme 1962-1966 va marquer une étape dans l'histoire de la profession.

Motif prochain de méditation: comprendre qui des nôtres saura le mieux servir la médecine et partant être le plus utile à la société?

EDOUARD DESJARDINS.

VIE DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DU CANADA

RÉUNION DE L'EXÉCUTIF DE L'A. M. L. F. C.

Cette réunion s'est tenue au siège social de l'Association dans l'après-midi du 19 mai dernier et fut présidée par le docteur Emile Blain, Directeur-général. Le procès-verbal de la précédente séance - 24 février - et le rapport financier pour les mois de janvier, février, mars et avril 1962, ont été acceptés sans modification.

Comme nos membres le savent déjà, nos mémoires à la Commission d'enquête sur les Services de Santé au Canada (Commission Hall) ont été présentés à Montréal, l'un le 11 avril par le docteur Emile Blain, au nom de l'A.M.L.F.C., l'autre le 17 du même mois par le docteur Jacques Léger, président de notre Filiale du Québec, au nom de cette dernière. Ces mémoires ont paru en entier dans *L'Union Médicale du Canada* de mai dernier; ils ont exigé de leurs auteurs et de leurs collaborateurs un travail ardu de plusieurs mois, travail qu'ils se sont imposé librement pour le succès d'une cause commune d'importance majeure. Aussi est-ce avec une vive satisfaction et une entière spontanéité que l'Exécutif offre aux docteurs Emile Blain et Jacques Léger de même qu'au docteur Emile Pelletier, de Québec, et à tous ceux qui ont collaboré avec eux à l'heureuse réalisation de cette tâche, leurs plus vives félicitations et leurs plus chaleureux remerciements.

32ième CONGRÈS DE L'A. M. L. F. C., LES 7, 8, 9 et 10 NOVEMBRE 1962

Le programme de ce 32ième congrès qui se tiendra à l'hôtel Reine-Elizabeth, se précise chaque semaine davantage; le président, le docteur Edouard Desjardins, et les membres de son équipe, les docteurs Jacques Genest, Jean Charbonneau et Lucien Coutu, respectivement secrétaire, trésorier et secrétaire adjoint, n'épargnent ni leurs loisirs ni leur travail pour faire de ce congrès un événement d'une haute valeur scientifique et d'une belle tenue sociale. Sont déjà prévus des rapports, symposiums, colloques sur des sujets d'actualités médico-chirurgicales et de recherche médicale; y prendront part un délégué officiel du Gouvernement français et des invités spéciaux des Etats-Unis et du Canada. Dans le cadre de ce programme s'inséreront des cours de perfectionnement post-universitaires semblables à ceux qui ont connu un si vif succès lors du 31ième Congrès à Québec, l'an dernier. Le programme social de nos congrès est toujours soigneusement élaboré; celui-ci ne sera inférieur à nul autre.

34ième CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE À LYON EN 1963

Notre participation au Congrès des Médecins de Langue Française (d'Europe) jumellé à celui des Médecins de Langue Française du Canada a connu à Paris l'an dernier le succès que l'on sait. Plusieurs de nos médecins canadiens d'expression française songent déjà à celui de Lyon l'automne prochain et se demandent si notre Association pourra de nouveau faciliter leur voyage en France pour cette occasion. Nous pouvons déjà laisser entrevoir l'intérêt que l'Exécutif porte à ce projet, qu'il y aura certainement une délégation importante des nôtres, et que nous désirons que nos membres en grand nombre puissent profiter des conditions avantageuses que ce voyage peut comporter. Plus que jamais, l'A.M.L.F.C. entend entretenir et multiplier les contacts individuels et collectifs de ses membres avec nos collègues de France; nos congrès locaux et ceux de France ne se prêtent-ils pas idéalement à ces fins?

LA PRÉVENTION DES ACCIDENTS DE LA ROUTE ET L'A. M. L. F. C.

Un Comité fédéral pour la prévention des accidents de la route (*Comity on trauma*) sous l'égide du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada siège chaque année à Ottawa. L'Association des Médecins de Langue Française du Canada est depuis longtemps représentée sur ce Comité dont l'homologue existe au Québec. Le docteur Raymond Caron, membre de notre Exécutif et adjoint au Secrétaire-trésorier général, a bien voulu accepter de représenter désormais l'A.M.L.F.C. sur ce comité fédéral.

L'A.M.L.F.C. ET LE CONGRÈS DE LA C.M.A. À WINNIPEG, EN JUIN 1962

Chacun des congrès de ces deux Associations médicales nationales sont l'occasion d'invitations officielles réciproques.

Le Congrès de la « Canadian Medical Association » aura lieu à Winnipeg en juin prochain. Le docteur Louis-Philippe Mousseau, d'Edmonton, Alberta, président de notre 26ième Congrès à Jasper-Vancouver, en 1956, a accepté de se rendre à Winnipeg à cette occasion pour y représenter officiellement l'A.M.L.F.C. et formuler à nos confrères de langue anglaise nos meilleurs voeux de plein succès.

LA LOI DES HÔPITAUX DU QUÉBEC ET L'A.M.L.F.C.

La grande presse locale vient de publier dans ses colonnes le texte de projet de Loi des Hôpitaux du Québec. Assurance-hospitalisation, Assurance-santé et maladie, projet d'étatisation de la médecine en Saskatchewan, projet de Loi en Alberta (Bill 119 concernant les prescriptions de produits pharmaceutiques), Loi des hôpitaux du Québec, voilà pour la profession médicale du pays bien des sujets à réflexions et à préoccupations sérieuses.

Concernant le projet de Loi des Hôpitaux du Québec, l'A.M.L.F.C. n'a pas tardé à saisir la portée de certaines clauses litigieuses et notamment celles à la Section V, rubrique Réglementation, article 20. Le président de notre Filiale du Québec, le docteur Jacques Léger, a donc sans tarder fait parvenir au premier ministre le télégramme dont nous reproduisons ici le texte:

Mai 20, 1962.

Premier Ministre Jean LeSage,
Hôtel du Gouvernement, Québec.

Filiale du Québec de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada a pris connaissance texte de loi hôpitaux et vous soumet respectueusement qu'elle appréhende étatisation particulièrement la section V article 20 et apprécierait reconsidération STOP sommes à votre disposition STOP copies au chef de l'opposition et au ministre de la Santé.

(signé) Dr Jacques Léger, président.

L'A.M.L.F.C. INSTALLÉE DANS SES NOUVEAUX LOCAUX

L'Association des Médecins de Langue Française est installée à l'heure présente dans ses nouveaux locaux à Montréal à la même adresse que ceux de *L'Union Médicale du Canada*. Confrères et membres de l'Association y sont cordialement invités. Plus spacieux et plus commodes, le travail y sera facilité et l'accueil non moins sympathique.

Nouveau numéro téléphonique: 273-2321.

Nouveau numéro civique: 5064, avenue du Parc (angle ave Laurier), Montréal 8.

Le docteur Pierre SMITH,
Directeur des relations extérieures.

LE CONGRÈS DE MONTRÉAL ET LA RECHERCHE MÉDICALE, SOURCE ET COMPLÈMENT DE CULTURE SCIENTIFIQUE

Les membres du Comité d'organisation du XXXII^e Congrès de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada ont préparé à l'intention de ceux qui voudront bien se rendre à l'Hôtel Reine-Elizabeth les 7, 8, 9 et 10 novembre 1962, un programme susceptible de leur plaire.

Basées sur les résultats de la recherche médicale, expérimentale et clinique, les communications qui seront présentées auront pour but premier d'instruire le médecin des découvertes récentes et de leurs applications pratiques.

Certains ont cru que le thème général du congrès pourrait rebuter les congressistes non engagés dans les travaux de laboratoires; ils ont eu une impression fautive, car les discussions prévues porteront l'accent sur l'incidence clinique.

Le XXXII^e Congrès entend démontrer que la recherche clinique est une partie fondamentale de la médecine et qu'elle est à la source de toute découverte à portée clinique et qu'elle complète le tableau thérapeutique.

La médecine évolue; si des esprits chagrins s'en plaignent, beaucoup et c'est la majorité s'en réjouissent. Certains changements dans la structure de la pratique médicale bouleversent les concepts traditionnels, mais ils fournissent en échange une vitalité accrue et des forces vives.

L'apport de révélations importantes a chambardé la pratique routinière de la médecine; celle-ci n'est plus seulement un art comme elle l'a été dans le passé, elle est aussi une science qui a ses exigences et celles-ci sont rigoureuses.

Personne ne conteste plus au chercheur le rôle d'avant-garde; il pense en fonction de l'avenir. On l'oppose parfois au professeur qui lui, vit et enseigne à partir du passé et s'arrête au présent.

Arnold a dit avec vérité que l'enseignement diffuse et propage le meilleur de ce qui est connu dans le monde, qu'à cette fin, il sélectionne les données expérimentales, analyse les faits démontrés, choisit les points saillants et établit les principes directeurs; il a fait du professeur un travailleur et un instructeur ès sciences médicales, qui sait faire la part des choses et enlève de son enseignement tout ce qui est superflu, non confirmé ou hypothétique.

Le bon professeur est celui qui ne cesse d'étudier et qui cherche constamment à modifier et à améliorer ses leçons, qui ne s'attarde pas aux cas exceptionnels et qui comprend que l'éducation ne doit pas devenir pseudo-scientifique.

Cette forme de pensée paraît opposer deux activités; ce qui n'est pas, puisque l'une est animatrice, source d'où jaillit le courant du neuf et l'autre est réalisatrice, car elle met au point l'idée que le génie créateur lui a fournie.

Il n'y a pas en fait de cloison étanche entre la discipline expérimentale et la discipline clinique; le conflit n'est qu'apparent et purement académique entre savants de laboratoires et praticiens.

Le chercheur pense à la prévention, quand il médite une pathogénie ou qu'il élucide un mécanisme; le clinicien se consacre au soin des malades et il fait bénéficier ceux-ci des travaux expérimentaux.

La collaboration entre l'un et l'autre est indispensable et le XXXII^e Congrès de Montréal entend le démontrer.

A cet effet, il réunira autour d'une même table des savants de réputation internationale, des cliniciens hors-pair et des enseignants de grande classe.

Déjà la France nous a désigné son délégué officiel: une personnalité universellement respectée et admirée; des centres universitaires américains nous sont promises des adhésions de première grandeur; Laval, McGill, Ottawa et Sherbrooke collaborent à l'unisson et Montréal n'entend pas rester à l'arrière-garde.

Le rôle du Canada dans le champ de la recherche n'est plus négligeable; il mérite d'être connu non seulement par les médecins, mais aussi par le grand public.

Les membres du Comité n'oublient pas les épouses des congressistes; la visite de la nouvelle Place Ville-Marie, voisine du Reine-Elizabeth, sera un enchantement durant les périodes de loisirs que le Comité des dames laissera à leur intention, en dehors du programme qu'il leur a préparé.

Quant au banquet du samedi soir, il sera couronné par une agréable surprise.

A Montréal donc, les 7, 8, 9 et 10 novembre 1962; réservez ces dates dès maintenant.

Le président du XXXII^e Congrès,

EDOUARD DESJARDINS

Nouveaux locaux pour *L'Union Médicale du Canada* et "*L'Association des Médecins de Langue Française du Canada*"

Actuellement, le secrétariat et la bibliothèque de *L'Union Médicale du Canada* ainsi que le siège de « *L'Association* » ont quitté les locaux autrefois occupés au 326 est, boul. Saint-Joseph pour se loger dans un lieu plus vaste situé à: 5064, avenue du Parc, au coin de l'avenue Laurier, Montréal 8. Le numéro de téléphone de *L'Union Médicale* est maintenant: 273 - 3065 et celui de « *L'Association* »: 273 - 2321.

TRAVAUX ORIGINAUX

HYSTÉRECTOMIE ET TROUBLES PSYCHIATRIQUES

Rapport préliminaire¹

Jean-Marc BORDELEAU et Pierre MARTEL,
Institut Albert-Prévost (Montréal).

Le sujet que nous présentons aujourd'hui s'est imposé à nous au cours de la pratique de tous les jours dans une clinique psychiatrique qui est un centre de traitement intensif en milieu ouvert. Nous avons constaté que plusieurs des femmes que nous traitons avaient subi une hystérectomie dans les années qui précédaient la décompensation de l'état mental. Très souvent, ces femmes étaient relativement jeunes et avaient été opérées avant la trentaine. Lorsque nous avons fouillé la littérature sur ce sujet, nous avons constaté que peu de choses avaient été écrites là-dessus jusqu'à date et nous avons décidé de commencer une étude préliminaire. Nous avons pensé que le sujet était important, si on tient compte de la fréquence des troubles émotionnels, des difficultés qu'elle rencontre à l'occasion de l'adaptation à la vie sexuelle ou dans son rôle de mère, et enfin, des répercussions qu'une castration — parfois inconsciemment désirée — pouvait avoir chez des personnes ayant une conception morbide de leur image corporelle.

PROTOCOLE

Nous avons étudié, selon l'ordre d'admission dans notre service, trente cas consécutifs de femmes ayant subi une hystérectomie. Nous avons rédigé un questionnaire qui a été fait pendant l'hospitalisation et nous avons colligé nos résultats avant de choisir d'analyser un groupe d'âge plus particulier.

AGE

Toutes les patientes ont été opérées entre l'âge de 22 et 46 ans.

10 ont été opérées entre l'âge de 20 et 30 ans;

12 ont été opérées entre l'âge de 31 et 40 ans;

8 ont été opérées entre l'âge de 41 et 46 ans.

(Table I).

Nous notons que plus d'interventions ont été faites entre l'âge de 22 et 35 ans, soit 18, alors que normalement nous aurions dû avoir plus d'opéra-

tions faites après cet âge, à cause de la probabilité d'une morbidité organique plus fréquente. L'âge moyen de l'opération pour le groupe total des 30 malades est de 29 ans. Il s'agit de femmes qui ont eu peu de grossesses et le nombre moyen d'enfants pour chacune est inférieur à 2 (moyenne 1.66). Nous avons décidé d'analyser plus attentivement les observations faites chez les 18 femmes opérées entre l'âge de 22 et 35 ans, parce qu'une ménopause naturelle ne serait pas normalement survenue chez celles-ci et que l'opération pouvait représenter une castration.

TABLE I

Age de la malade au moment de l'hystérectomie.

Age	20	20-25	26-30	31-35	36-40	40
Nombre de cas	0	3	7	8	4	8

DISTRIBUTION SELON LE DIAGNOSTIC PSYCHIATRIQUE

Nous avons posé chez ces 18 patients un diagnostic de névrose dans 11 cas et celui de psychose dans 7 cas (Table II).

TABLE II

Distribution selon le diagnostic psychiatrique.

		Total	20-25	26-30	31-35
Névrose 11	Réaction dépressive	3	1	2	—
	Réaction de conversion	5	1	2	2
	Réaction phobique	2	—	1	1
	Alcoolisme et personnalité psychopathique	1	—	1	—
Psychose 7	Psychose involutive	4	1	1	2
	Psychose maniacodépressive	3	—	—	3

La moyenne du temps qui s'est écoulé entre l'opération et l'hospitalisation pour troubles psychiatriques est de 10 ans pour le groupe de 20 à 35 ans, et de 11.4 ans pour celles opérées après 35 ans.

1. Travail présenté au Troisième Congrès Mondial de Psychiatrie, Montréal, juin 1961.

Cette différence n'est pas significative, mais si nous tenons compte du diagnostic (en excluant le cas d'alcoolisme) nous constatons que la décompensation des troubles névrotiques survient après 6.9 ans tandis que les psychoses apparaissent après 13.4 ans.

Sur une plus grande série nous pourrions nous demander si les trois types de névroses rencontrées (r. dépressives, r. de conversion et r. phobiques) pourraient être les précurseurs des psychoses et si ces névroses non traitées peuvent dégénérer en psychose. Enfin, nous remarquons que 5 des 7 cas de psychoses sont survenues chez des femmes hystérectomisées entre l'âge de 31 et 35 ans.

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

Les parents de ces patientes, dans la majorité des cas, étaient froids et ne manifestaient pas de signes d'affection. Ils ne s'embrassaient pas entre eux et les enfants n'embrassaient pas leurs parents, sauf à l'occasion de fêtes exceptionnelles. Ces marques d'affection n'avaient qu'un sens péjoratif. L'expression de l'amour était aussi désapprouvée chez les autres et souvent considérée comme un signe de laisser-aller ou de manque d'éducation.

L'éducation sexuelle a été faite par les parents dans un seul cas. Les renseignements ont été donnés parfois par des éducateurs ou des religieux, mais plus souvent par des camarades. Cette éducation a rarement été complète et la sexualité restait un phénomène plus ou moins mystérieux pour ces femmes jusqu'au moment du mariage.

VIE SEXUELLE

Seulement 2 des 18 femmes reconnaissent s'être masturbée pendant l'adolescence et avant le mariage. 10 répondent carrément non, tandis que 6 ne donnent pas de réponse. Dans un travail ultérieur nous chercherons à comprendre les facteurs qui ont déterminé cette négation de la masturbation.

La vie génitale complète semble avoir été une épreuve pénible et 2 femmes seulement ont pu atteindre un plaisir complet avec orgasme. 4 de ces femmes ont présenté de la dysparéunie et du vaginisme, et 16 de celles-ci ont accepté la vie sexuelle avec leur conjoint comme un devoir imposé par la religion ou comme une manière de prévenir les infidélités du mari.

Deux de ces femmes reconnaissent avoir utilisé des pratiques anticonceptionnelles. Nous n'avons pas spécifiquement posé de question sur le coïtus interruptus et l'expérience que nous avons du milieu nous a appris que cette méthode est rarement

considérée spontanément comme un procédé anti-conceptionnel.

ATTITUDE EN FACE DU MARI

Dans presque tous les cas, le mari est l'objet immédiat d'une hostilité marquée de la part de son épouse. Elle le force à revenir de son travail pour qu'il prenne soin d'elle et de ses multiples maladies. Elle le punit en le privant de relations sexuelles, le blâme de ne pas être ferme ou cherche à provoquer des disputes par son attitude narquante. La personnalité des époux complète très bien les exigences névrotiques de ces femmes. Ils sont d'une bonté excessive, se plient à toutes les demandes, même ridicules; ils sont faibles, conciliants et tolérants jusqu'au point de permettre à leurs femmes d'entretenir une amitié avec un autre homme « si ça peut t'aider ». Ils sont souvent inadéquats sexuellement et parfois tout simplement impuissants. Nous croyons qu'une étude plus approfondie des maris mettrait en évidence le caractère masochiste de ceux-ci. Nous avons constaté également, surtout chez les hystériques, que ces femmes cherchent à éviter l'évaluation du mari par l'équipe psychiatrique, sous prétexte qu'il est heureux tel qu'il est et que, s'il prend conscience de ses déficiences, il deviendra lui-même névrotique, et devra se faire traiter. Le mari est souvent en adoration devant sa femme et il cherche à gagner son amour par des cadeaux nettement excessifs.

ATTITUDE EN FACE DE LA MÈRE

Il est étonnant de constater que si 11 patientes sur 12 répondent que la mère est l'objet d'amour préféré, d'autre part, l'histoire plus approfondie nous apprend que les relations avec la mère ont été et restent la plus grande source de conflits. Cette constatation coïncide bien avec la dynamique générale de l'hystérie où, par formation réactionnelle, la mère peut être consciemment préférée mais inconsciemment méprisée, haïe dans ce qui représente essentiellement la maternité, à savoir les organes de procréation. Ici nous pouvons citer l'exemple de madame A. qui a épousé un homme de 10 ans son cadet, qui le supportait financièrement après qu'il eût abandonné son travail et qui donnait le reste de ses revenus à ses parents. Peu de temps après la mort de sa mère, elle fait un épisode paranoïde aigu pendant lequel elle décharge sa colère et son hostilité contre son mari. Après coup, elle devient très réticente et refuse de donner de l'argent à son père, attitude qui était absolument impossible lorsque la mère vivait.

ATTITUDE AVEC LES ENFANTS

Comme nous l'avons dit, ces femmes ont eu peu d'enfants de leur mariage, soit une moyenne de 1.66. Quatre d'entre elles n'ont jamais eu d'enfants et quatre ont eu un seul enfant. Deux femmes ont eu un enfant avant leur mariage et ne l'ont pas gardé et une de celles-ci a subi son hystérectomie avant de se marier. Deux femmes ont eu respectivement deux et trois enfants, tandis que les trois dernières ont eu chacune quatre, cinq et six enfants. Deux de ces femmes ont adopté un enfant et une autre en a adopté deux. Celles qui n'ont jamais eu d'enfant ont toutes pensé qu'elles pourraient adopter un enfant.

Les enfants pour ces femmes représentent une source de troubles et de difficultés. L'amour qu'elles donnent aux enfants est inconsistant: il est parfois possessif et étouffant et à d'autres moments, la réjection et le désintérêt sont évidents. Elles confient facilement leurs enfants aux grands-parents et le mari qui avait adopté un rôle maternel avec la patiente continue de jouer ce rôle auprès des enfants. Pendant l'hospitalisation, ces femmes parlent peu de leurs enfants et ne semblent pas s'ennuyer d'eux. Leur adaptation à la vie de l'hôpital est en général très bonne et elles se lient facilement avec les autres patients et patientes. Les enfants soulèvent facilement l'irritabilité de la mère et l'impatience s'exprime vite et parfois violemment. Madame B., par exemple, qui «pourtant aime ses deux enfants» les serre par la gorge et leur frappe la tête contre le mur lorsqu'ils l'exaspèrent un peu trop.

Dans le cas des enfants adoptés, une femme a une attitude très sadique envers sa fillette et une autre est définitivement écrasée par la charge que représente l'éducation de l'enfant.

AUTRES TRAITS DE LA PERSONNALITÉ

En plus des cinq patientes qui présentent une réaction de conversion, nous relevons des traits hystériques avec tendances à la manipulation chez huit de ces malades. Huit d'entre elles ont également des tendances obsessionnelles plus ou moins marquées et elles sont presque toutes des ménagères minutieuses qui exigent que leur foyer soit propre et que l'ordre y règne continuellement; même lorsqu'elles se disent exténuées, accablées par des migraines, incapables de digérer, nauséuses ou vomissantes, elles retrouvent assez d'énergie pour faire du nettoyage. En réalité, elles peuvent fonctionner assez bien sur un plan matériel tant qu'el-

les ne sont pas aux prises avec des problèmes d'ordre émotionnel.

Chez huit de ces femmes également, on observe un narcissisme important. Elles sont souvent coquettes, bien vêtues et irréprochables dans leurs vêtements et leur maquillage. La féminité est vue par elle, non pas comme une tentative de séduction, mais comme un état de chose normal, et l'une d'elle s'est révoltée lorsqu'elle a cru comprendre qu'on la jugeait coquette. Elle expliqua qu'elle soignait sa personne, «non pas pour plaire, mais pour ne pas déplaire». L'exhibitionnisme, lorsqu'il existe, est toujours déguisé et «très pudique».

HISTOIRE CHIRURGICALE

Avant d'en arriver à la castration chirurgicale, ces femmes ont souvent une longue histoire d'opérations plus ou moins sérieuses. Sur le groupe étudié, six seulement sur dix-huit n'ont pas eu d'autre opération que l'hystérectomie. Les douze autres cumulent un total de:

- 1) 14 opérations sur les organes génitaux (autres que l'hystérectomie)
- 2) 31 opérations non gynécologiques.

TABLE III

Histoire chirurgicale de 12 des 18 malades hystérectomisées entre l'âge de 22 à 35 ans.

Opérations non gynécologiques	Opérations gynécologiques		
Sinusites	3	Pexie de l'utérus	1
Sous-muqueuse	1	Résection présacrée ...	1
Amygdalectomie	3	Annexectomie	1
Ostéome du palais ...	1	Salpingectomie	
Exérèse masse		bilatérale	1
mammaire	1	Ovariectomie	3
Cholécystectomie	2	Curetage	6
Pexie rénale	1	Césarienne	1
Sigmoïdotomie	1		
Appendicectomie	4		
Hernie	1		
Abcès phlegmoneux ...	1		
Curetage osseux	12		
		<i>Total</i>	14
<i>Total</i>	31		

Pour tous les cas étudiés (à l'exception d'une opération pour ostéome du palais) l'hystérectomie était la dernière intervention pratiquée. Faut-il rapprocher ce fait avec le terme de «grande opération» qui sert à désigner cette intervention dans notre région? Après l'hystérectomie, la chirurgie ne peut plus être vue comme un moyen de soulager ces femmes. Comment expliquer que pendant 10 ou 11 ans, elles aient pu éviter d'autres interventions?

L'HYSTÉRECTOMIE

Nous avons voulu connaître les raisons qui ont amené ces patientes chez le chirurgien. Nous avons retrouvé des causes organiques précises dans 5 cas:

- 3 sont opérées pour hémorragies;
- 1 pour grossesse tubaire;
- 1 dernière, ayant un Rh négatif est finalement opérée après plusieurs accidents inquiétants.

Dans les 13 autres cas, la symptomatologie semble principalement fonctionnelle. Elles se plaignaient de douleurs abdominales, de lourdeur dans l'abdomen, de leucorrhées, et autres symptômes assez vagues. Nous pouvons penser que ces femmes acceptaient ou du moins recherchaient une solution drastique à leurs problèmes, solution apparemment disproportionnée aux troubles éprouvés.

Les raisons données par les chirurgiens ne sont pas moins révélatrices et correspondent aux besoins névrotiques des patients. Ils parlent souvent de corruption des organes, suggèrent que l'utérus pourrait être la cause de la nervosité, laissent entendre qu'il y aurait une pathologie possiblement fatale si on n'intervenait pas le plus tôt possible. Dans certains cas, on a promis que l'opération guérirait la frigidity.

Dans un seul cas on avait parlé de cancer du col, mais le rapport anatomo-pathologique a montré seulement une métrite cervicale et une annexite bilatérale. Pour cinq cas, nous avons été incapables d'obtenir un rapport anatomo-pathologique et pour les treize autres cas nous pouvons donner la liste suivante (Table IV) des constatations anatomo-pathologiques.

TABLE IV

Rapport anatomo-pathologique pour 13 malades.

Cervicite	3
Endométrite	2
Salpingite	2
Annexite	1
Méto-salpingite	1
Kystes lutéiniques ovariens	2
Kystes hématiques ovariens	1
Fibrome	2
Fibromatose	1
Grossesse tubaire	1

En nous servant de la classification de Wengrof, nous pouvons classer nos patientes comme masochistes car:

13 sont certaines que l'opération était absolument nécessaire;

3 ont quelques doutes sur la nécessité de l'opération;

2 n'ont pas d'opinion.

L'opération a définitivement apporté un changement dans le comportement et l'activité de la patiente:

9 se disent plus indolentes, paresseuses et fatigables.

Quelques-unes parmi celle-ci croient qu'elles sont diminuées en tant que femme.

7 sont plus irritables, impatientes ou colériques.

2 trouvent qu'elles sont améliorées, ayant meilleur caractère et ne craignant plus l'éventualité d'une grossesse.

Sur le plan sexuel: 2 femmes, qui ont un comportement amélioré, voient aussi une différence marquée dans leur vie sexuelle, en ce sens qu'elles peuvent atteindre l'orgasme plus souvent; 4 voient une amélioration en ce sens que la dysparéunie est disparue mais sans action sur la capacité d'obtenir un orgasme; 3 sont devenues plus frigides encore; 2 avaient été hystérectomisées avant le mariage; 7 n'ont constaté aucun changement.

Quelques-unes ont franchement affirmé avoir la crainte d'une nouvelle grossesse mais notre questionnaire ne permettait pas d'évaluer ce point correctement.

En général, le syndrome de la ménopause existait mais avec des limites plus vagues que chez les femmes non opérées et la crainte de le voir réapparaître à l'âge où il aurait dû normalement survenir.

Conclusions et résumé

Dans cette étude préliminaire, nous avons étudié plus particulièrement un groupe de 18 femmes, choisies parmi 30 patientes psychiatriques hystérectomisées, parce qu'elles avaient subi leur opération entre l'âge de 22 et 35 ans. En moyenne, les troubles psychiatriques sont devenus assez sérieux pour exiger une hospitalisation dans une clinique 7 ans après l'opération pour les névroses et 13 ans pour les psychoses. Nous ne pouvons pas donner d'explications pour le fait que 5 des 7 femmes qui sont devenues psychotiques avaient été opérées entre 31 et 35 ans et nous nous proposons d'étudier plus à fond cette incidence.

L'analyse des antécédents familiaux a montré que les parents étaient inhibés, rigides et sévères. La sexualité était ignorée et le tabou persistait jusqu'au mariage. Ces femmes disaient préférer la mère au père, qui reste un personnage inapprocha-

ble et souvent punitif, mais l'étude plus approfondie met en évidence de nombreux conflits dans la relation mère-fille.

L'adaptation à la vie hétérosexuelle a presque toujours été déficitaire et la frigidité est un phénomène presque constant. Nous avons l'intention d'approfondir ce sujet car nous pensons que dans un pays où la morale catholique contrôle la vie sexuelle, l'opération pouvait représenter un procédé anticonceptionnel fort acceptable. Ce désir de castration serait cependant beaucoup plus profond et pourrait représenter un défi inconscient à la fécondité de leurs mères qui presque toutes ont eu des familles nombreuses.

Narcissiques, obsessives, hystériques, ces femmes ont choisi des époux tolérants et des adorateurs passifs qui gratifient incomplètement leurs besoins névrotiques. Le contraste avec l'image trop forte du père produit finalement une désillusion qui fait s'écrouler un amour déjà fort compromis. Lorsqu'elles ont une liaison, il s'agit toujours d'amour platonique.

Les enfants, peu nombreux, sont souvent ouvertement rejetés. Les démonstrations d'amour sont superficielles et les enfants, comme la maison, doivent être propres et apparemment obéissants. Il serait intéressant d'étudier les réactions de ceux-ci selon l'âge.

L'histoire chirurgicale, très riche, se termine par l'hystérectomie ou « la grande opération ». Cette expression est souvent lancée avec un air entendu qui est chargé de sens et d'implications secrètes. Dans le groupe de femmes que nous avons étudié, nous avons souvent constaté une disproportion entre les symptômes accusés et l'importance de cette opération gynécologique majeure. Cette disproportion était minimisée par les commentaires du chirurgien qui parlait de corruption, de gravité de l'état, de danger éventuel malgré l'apparente bénignité des examens anatomo-pathologiques.

A la lumière de ces constatations préliminaires, que nous avons l'intention de préciser par une étude plus systématique, nous croyons qu'un examen psychiatrique devrait être demandé toutes les fois qu'une femme de moins de 35 ans doit subir une hystérectomie, en dehors des conditions d'urgence.

Summary

This preliminary study was undertaken to establish with precision relations between psychiatric disturbances and hysterectomy. Therefore studies have been made of the first thirty consecutive operated women admitted in our

department — this department being part of a private open ward psychiatric hospital. Of these 30 women, we have selected 18 patients, aged 22 to 35, for a more precise evaluation.

In general psychiatric disturbances became serious enough to motivate admission for psychiatric treatment 7 years after the operation when it was a neurosis and 13 years after when it was a psychosis. Five out of the seven women operated between the age of 31 and 35 years developed psychosis, a fact we cannot account for. The type of neurotic disorders were: neurotic depression, conversion reactions and phobic reactions.

Analysis of the familial history has shown a severe, strict and punitive father. Affection has never been expressed between father and mother or parents and their child. Sexuality has been ignored and the taboo maintained to the time of marriage. These women declare they have preferred their mother but a more precise study leads us to find that the real conflicts were in the mother-daughter relationship.

In most cases heterosexual life has been a failure and only 2 women had experienced orgasm. Four suffered of vaginism and 16 have accepted intercourse as a duty imposed by marriage. Contraceptive measures have not been used and we are inclined to put forward the hypothesis that the surgical procedure was a more acceptable mean of birth control. Desire for castration might even be more deeply rooted in that it would represent a challenge to their mother's prolificity as most of them were from large families.

Being narcissistic, obsessive, hysterical, these women have married permissive and feeble husbands who could partly gratified their neurotic needs. The comparison with the father's image finally drives them to desillusion. If ever they have a love affair, it will be platonic.

These women bare few children — less than two — which are often openly rejected. They easily leave the children to the care of servants or relatives and while in hospital they don't seem to miss the children.

The surgical history is heavily loaded. Only 6 of these 18 women had not been operated on prior to the hysterectomy. The 12 remaining patients have been through 14 GYN operations and 31 other surgical procedures. It is noteworthy that hysterectomy has been the last operation except for one case of minor surgery of the mouth. In this province the lay word for hysterectomy is "the great operation": the words convey a meaning that at least something has been done to help the poor woman.

We have noted a great discrepancy between the nature of the symptoms leading to the operation and the importance of this major procedure. This was minimized by the surgeons talking about corruption of organs, seriousness of the condition and possible danger for the near future. The pathological findings were not as severe as what we could have predicted if we consider the age of operation.

On the basis of this study we believe that a psychiatric evaluation should be done every time a woman of less than 35 years will have to be operated for hysterectomy except in case of emergency.

LA SIMULATION EN GYNÉCOLOGIE ET EN OBSTÉTRIQUE ¹

Jean ALBERT-WEIL,

Médecin-chef du Service de Cardio-physiologie et Dermatologie
de l'Hôpital Central des Prisons de France (Fresnes),
Lauréat de l'Institut et de l'Académie Nationale de Médecine.

Il est une observation courante, à savoir que l'on ne peut abstraire le fonctionnement du cerveau de celui du corps tout entier. Comme l'écrivit Watson, créateur du « Béhaviorisme » (1), « La Pensée est langage, le langage est mouvement ». Le cerveau pour Watson joue seulement le rôle de connecteur; ce n'est pas par lui seul que nous pensons, c'est à l'aide de nos mains, de nos pieds, de nos yeux surtout, enfin avec tous les muscles de notre corps; et quand la pensée se poursuit dans le repos apparent du corps, c'est que le mouvement s'est « intériorisé » dans le larynx (tendance au mouvement des cordes vocales), plus profondément encore dans le jeu de nos viscères et de nos glandes.

Le grand poète portugais Fernando Pessoa n'a-t-il pas écrit (10) :

« Je suis un gardeur de troupeaux.
Le troupeau, ce sont mes pensées,
Et mes pensées sont toutes des sensations.
Je pense avec les yeux et avec les oreilles,
Et avec les mains et avec les pieds,
Et avec le nez et avec la bouche.
Penser une fleur, c'est la voir et la respirer,
Et manger un fruit, c'est en savoir le sens.
C'est pourquoi, lorsque par un jour de chaleur
Je me sens triste d'en jouir à ce point,
Et couche de tout mon long dans l'herbe,
Et ferme mes yeux brûlants,
Je sens tout mon corps couché dans la réalité,
Je sais la vérité et je suis heureux. »

Comme l'a établi expérimentalement Edmund Jacobson (2) : « se rappeler ou imaginer un acte volontaire amène une modification électrique mesurable dans la région neuro-musculaire qui a produit ou qui aurait produit le mouvement. »

Les recherches de Jacobson l'ont amené à la conclusion suivante : « L'imagination ou le souvenir d'un acte particulier accompli par une portion du corps devient impossible si, en même temps, les muscles de cette partie du corps sont relâchés. »

Jacobson a encore constaté qu'un sujet dont un membre a été amputé est incapable de se figurer ou de se rappeler les mouvements qui se produisaient dans ce membre. S'il fait un effort pour

ranimer le souvenir éteint, il a des sensations vagues et diffuses, et des courants s'établissent dans d'autres endroits du corps, probablement par suite de diffusions neuro-musculaires substitutives. Ainsi l'expérience est venue confirmer et compléter ce que l'observation avait fait admettre. *Elle a permis d'enregistrer l'élément moteur auquel la pensée aboutit et a démontré la réalité des réflexes psychiques* (3).

Il se produit sans cesse des « feed back » entre le cerveau et toutes les autres parties du corps, et ces « feed back » conditionnent tout le mécanisme de la pensée. Nous ne pouvons développer dans le cadre de cet ouvrage cette notion qui s'avère être extrêmement féconde.

On conçoit d'après ce qui précède combien les divers mécanismes endocrinien ont d'influence sur la Physiologie Cérébrale et sur le mécanisme de la pensée.

Chez la femme, être, « en principe », plus émotif que l'homme, la physiologie utéro-ovarienne, et hypophyso-ovarienne, avec son instabilité fonctionnelle, le comportement sexuel ont une influence considérable sur les réactions psychologiques, psycho-motrices et affectives de l'individu. L'antique adage : « Tota mulier in utero » contient une part de vérité.

Il n'est donc pas étonnant que l'on observe souvent chez la femme des réactions psychologiques et affectives particulières en rapport avec la physiologie et la physiopathologie Hypophyso-utéro-ovarienne et la sexualité avec son cortège de conflits. Dans une thèse remarquable André Sevin (6) a étudié les rapports entre les phénomènes sexuels ou juxta-sexuels et de nombreuses formes de douleurs, de malaises, d'anxiété, d'obsessions vraies au sens psychologique du terme, de psychoses... De nombreux travaux ont pour auteurs des médecins surtout spécialisés dans le domaine endocrinologique. Un grand nombre de malades observés par Sevin pouvaient être considérés comme relevant de l'Endocrinologie fonctionnelle ou de l'Endocrinologie sublésionnelle, ou lésionnelle à son début.

L'évolution prémenstruelle des troubles chez nombre de malades ébauche, et pour quelques-unes définit les syndromes décrits sous le nom de « psychose hyperfolliculinique ».

1. Extrait d'un livre à paraître : Jean Albert-Weil et collaborateurs, *Simulations médicales*. Signes, diagnostic, pathogénie, traitement des maladies simulées. *Sous presse*. G. Doin, édit., Paris.

Nous ne rendrons pas compte ici de tous les symptômes accusés par les diverses malades, symptômes qui traduisent souvent *l'exagération* consciente ou non chez des consultantes atteintes de dysménorrhées ou de dysfonctionnement utéro-ovariens de phénomènes banaux tels que douleurs pelviennes, céphalées, etc...

Il s'agit parfois de « symptômes de transfert » ressentis par la malade pour attirer l'attention sur des troubles dans le domaine de la sexualité ou de la physiologie hypophyso-utéro-ovarienne. Dans une étude remarquable (5), le professeur Jean Delay écrit ce qui suit:

« Innombrables sont les finalités inconscientes susceptibles d'intervenir dans un mécanisme de conversion. La maladie corporelle peut représenter un moyen d'échapper à une condition humiliante d'infériorité et de se revaloriser aux yeux de l'entourage, un moyen de capter l'intérêt et l'affection, de manœuvrer vers une dépendance affective ou matérielle plus étroite, ou au contraire vers l'indépendance dans le refuge narcissique qui est pour certains le fait d'avoir une maladie et de pouvoir être considéré comme un malade. Elle peut être, et les tenants de la psychologie adlerienne, en particulier Karen Morney, ont insisté sur ce point, un instrument détourné de la volonté de puissance d'une personnalité névrotique et de ses satisfactions compétitives².

» A la limite la maladie devient ainsi une œuvre artificieuse dans laquelle l'acteur se projette comme un auteur dans sa création³. Il y tient comme à son dispositif de sécurité, si paradoxale que puisse paraître ici cette expression. On conçoit la difficulté que rencontre la cure de ces hypocrisies lorsque tout vouloir-vivre s'identifie à un refus de guérir.

Si la condition malade peut correspondre à des motivations inconscientes, en est-il de même du choix des organes par lesquels s'exprime la névrose? On l'admet généralement pour les fonctions sensitivo-sensorielles de la vie de relation: une cécité hystérique peut signifier le refus de voir, une paralysie hystérique le refus de marcher. Mais on le conteste davantage pour les fonctions de la vie végétative. Pourtant celles-ci sont encore plus intimement liées à la satisfaction des besoins et des instincts. Les viscères eux-mêmes

sont chargés par le langage populaire de significations symboliques, indépendantes de la connaissance scientifique, et qui correspondent à des représentations collectives variables d'ailleurs selon la société considérée, les études d'anthropologie comparée sont fort suggestives sur ce point.

D'autre part, au cours de son histoire personnelle, chaque individu acquiert une imagination de son corps qui correspond à des investissements affectifs très différents, comme le mettent en évidence l'analyse phénoménologique et psychanalytique. Les psychologues freudiens, à partir d'une théorie des zones libidineuses et de leur signification symbolique, proposent des interprétations souvent aventureuses du choix des organes dans l'hystérie de conversion. Il n'est pas besoin d'insister sur le danger clinique que pourrait représenter non point, certes, l'effort de compréhension psychologique des symptômes somatiques, mais le fait de tenir cette compréhension pour une explication nécessaire et suffisante. — Jean Delay.

Il est des cas où l'apparition périodique des règles est symbolique chez une jeune fille ou une jeune femme « d'impureté » ou de « culpabilité ». L'apparition de sang pour certaines veut dire « douleur ». La notion de « règles » s'identifie à celle de « maladie ». D'où possibilité d'« absentéisme » au travail pour cause de règles, en dehors de tout trouble surajouté.

Il s'ensuit la nécessité d'une Psycho-prophylaxie de la Dysménorrhée fonctionnelle primaire.

Des préjugés ou des « croyances taboues » (voir notre livre *De la Souffrance à la Pensée*: Les limites de la persuasion) ne devraient pas au cours de la seconde enfance être inculquées aux filles touchant les manifestations se faisant jour chez elles lors de leur « formation ».

Dans de très nombreux cas la « sincérité » des femmes malades accusant des troubles gynécologiques menstruels ou prémenstruels, « douleur dans le dos », « douleurs abdominales », etc... réalisant souvent des « symptômes de transfert », en réaction à des conflits affectifs ou « dyspareuniques » ou plus simplement à la fatigue causée par un travail excessif ou dépassant les moyens de l'intéressée, est certaine.

« La femme au système neuro-végétatif plus labile et plus souvent sollicité que chez l'homme est particulièrement sensible », écrit S. Thiébaud (11). Le moindre sentiment de frustration affective ou sexuelle, les multiples stimuli de la vie trépidante actuelle entraîneront une tension psychique exagérée, et la plupart du temps refoulée; cette énergie ne trouvant pas une décharge dans une acti-

2. Voir Jean Albert-Weil: « Du Nietsschéisme à l'Amour », étude parue dans notre livre *De la Souffrance à la Pensée*, couronné par l'Académie Française. Ed. du Mont-Blanc, Genève.

3. Rappelons ici ce que nous avons écrit dans un de nos ouvrages: « Ils se réfugient dans la Maladie comme d'autres dans la Religion » (Jean Albert-Weil).

tivité satisfaisante, il en résulte des manifestations fonctionnelles.

Ces manifestations revêtent souvent les aspects suivants:

1) *Algies vertébrales*. Outre le fait qu'on ne peut leur retrouver de substrat organique, elles présentent les caractéristiques suivantes:

— *Les dorso-lombalgies*: peuvent en imposer souvent pour une sciatique ou une lombalgie aiguë après effort. Mais l'anomalie réside dans l'évolution déconcertante: elles sont rebelles à toute thérapeutique, et persistent au delà de la durée légitime d'un syndrome organique. Les malades ont pour profil commun: une manière dramatique de s'exprimer en même temps qu'une présentation dépressive. La topographie douloureuse décrite reste peu précise. Quelquefois l'origine psychiatrique peut être manifeste devant les signes d'accompagnement confirmant un syndrome dépressif entrant dans le cadre de la neurasthénie, ou des états d'anxiété et d'angoisse où les douleurs passent alors au second plan. Chez la femme certaines lombalgies d'apparition brusque ont une origine hystérique réalisant le phénomène de conversion dont nous parlions plus haut. Leur personnalité est typique: exaltation imaginative, suggestibilité, hypersensibilité, arriération affective.

Le plus souvent aucune étiquette psychiatrique n'est posée, *la douleur est isolée*. Dans ces cas « l'algie rachidienne » serait l'expression corporelle d'un état d'angoisse en rapport avec une situation conflictuelle, qui peut d'ailleurs passer inaperçue du sujet ». Une étude de ces malades révèle chez toutes un sentiment profond d'inhibition et d'impuissance.

— *Les cervicalgies* possèdent quelques caractères particuliers: ce sont souvent des cervico-céphalalgies. Contrastant avec l'attitude soudée de la tête, on retrouve des mouvements passifs, de très large amplitude. Au point de vue psychanalytique, il est connu que le tonus de la musculature du cou est en rapport avec l'humeur du sujet: tête basse des coupables, du mélancolique; tête enfoncée dans les épaules de l'anxieux. Un lien possible doit donc être recherché. Dans toutes ces algies vertébrales, la mise au jour du conflit sous-jacent provoque souvent la détente psychique nécessaire pour supprimer le trouble. Les rechutes lors d'un conflit ultérieur sont à craindre, étant donnée la nature de ces malades; mais la prise de conscience de la genèse des douleurs en atténue l'angoisse. Il va sans dire que certains examens à la recherche d'une étiologie organique ne doivent pas être négligés, mais qu'il ne faut absolument pas en affirmer le diagnostic indûment; une telle erreur aurait pour conséquence la systématisation de la maladie qui deviendrait chronique...

2) *Douleurs abdomino-pelviennes*. Beaucoup plus fréquentes que les précédentes, elles sont encore plus représentatives de la pathologie douloureuse psycho-somatique féminine. Les organes génitaux internes, le « ventre » sont chargés d'une haute valeur symbolique chez toutes les femmes.

La dysménorrhée, syndrome douloureux le plus simple, ne relève pas toujours d'une cause organique. Elle peut être liée à la peur d'une grossesse, ou au contraire au désir d'avoir un enfant; l'arrivée des règles est dans les deux cas attendue avec une angoisse extrême. Cette tension psychique entraîne sur certains terrains prédisposés des douleurs abdominales ou pelviennes survenant quelques jours avant la date présumée des règles, et disparaissant avec elles.

Elles sont parfois atroces à type de coliques. Au maximum, on peut même voir se développer une « grossesse nerveuse ».

— Quant aux dyspareunies toujours plus ou moins douloureuses, elles peuvent avoir le même angoissant problème à leur origine. »

(S. Thiebault).

Comme exemple d'un syndrome de transfert ayant pour origine un conflit dyspareuniqué, nous exposerons l'observation suivante (J. Albert-Weil):

Syndrome colitique en rapport avec insatisfaction sexuelle. Nous avons eu l'occasion tout récemment d'observer une femme de 51 ans, bien constituée et d'un équilibre nerveux normal (il ne s'agissait nullement d'une psychopathe) venue consulter pour des crises extrêmement douloureuses localisées au niveau du colon droit. Appendicectomie pratiquée dix ans auparavant.

Examen somatique négatif. T.A. 140 Mx, 90 Mn, cœur, poumons normaux, réflexes pupillaires et tendineux normaux. Urines normales: ni sucre, ni albumine, ni pus. Toucher vaginal: normal.

Foie, rate: normaux. Abdomen très douloureux à la pression surtout au niveau de la Fosse iliaque droite. Hypochondre droit également sensible.

Cholécystographie: normale. La vésicule biliaire s'opacifie normalement et s'évacue dans les délais normaux après repas d'épreuve. L'examen radioscopique et radiographique du gros intestin par lavement baryté ne révèle qu'un état spasmodique du cadre colique. Aucune lésion pariétale.

Madame P... nous révéla spontanément qu'elle n'avait plus depuis douze ans de relations sexuelles avec son mari. Ce dernier avait été précédemment marié à une femme qui se livrait à des pratiques sadiques pendant l'acte sexuel: « elle mordait jusqu'au sang la poitrine de son partenaire. »

Ces circonstances particulières avaient créé chez l'époux un état d'angoisse, engendré une inhibition et fait progressivement se développer chez lui une véritable répulsion pour l'acte sexuel. Madame P..., la seconde épouse, souffrit d'un état de choses qu'elle n'avait pas créé, et commença à présenter les troubles les plus divers dans le domaine abdominal et digestif: spasmes, ballonnements gastro-intestinaux, douleurs vives au niveau du colon droit, etc... Après plusieurs années cependant, Madame P... prit un amant. Très rapidement, nous avoua-t-elle, les troubles qu'elle présentait s'amendèrent en grande partie, et elle se sentit beaucoup mieux.

Madame P... rompit plus tard avec son amant dans le but, dit-elle, de « ne pas détruire le ména-

ge de ce dernier ». Hélas, depuis cette rupture les troubles et manifestations morbides à localisation abdominale réapparurent chez elle avec une violence accrue. Il est évident que pour Madame P... le recours à la « thérapeutique » qui lui avait temporairement si bien réussi était à nouveau indiqué!

Mais ce serait sortir du cadre de ce travail de nous attarder à la description de tels cas qui ne constituent pas à proprement parler des cas d'affections simulées. Nous nous bornerons à renvoyer le lecteur à la thèse d'André Sevin qui a traité la question avec observations cliniques à l'appui d'une façon remarquable et très complète.

Nous voulons considérer ici plus spécialement les cas particuliers de *simulation dans le cadre de la Gynécologie*.

Comme dans les cas qui sont souvent à la limite de l'hystérie, il est parfois difficile de dire où commence la simulation consciente. Il s'agit d'ailleurs assez souvent de *Sursimulation*. Souvent la symptomatologie réelle ou simulée constitue pour la « malade » un « moyen d'expression », un « langage » par lequel elle exprime un trouble fonctionnel, un malaise pathologique qu'il appartiendra au médecin de rechercher, de mettre en évidence, et, si possible, de traiter.

« Lorsque la symptomatologie émotive domine, écrit André Sevin, certaines malades peuvent être souvent qualifiées de « comédiennes » ou « d'hystériques » par une partie de leur entourage, moins souvent par des médecins.

LES MYTHOMANES

On ne peut être mythomane sans mentir, c'est-à-dire avoir conscience qu'on ne dit pas la vérité, qu'on trompe. Mais tous les menteurs ne sont pas mythomanes. Il faut un autre élément au mensonge; son caractère pathologique, un certain trouble du contrôle, une obnubilation accusant une certaine ressemblance avec un rêve, l'hédonisme avec thème affectif sexuel ou juxta-sexuel, l'arriération affective, un terrain (constitution de Dupré), souvent associé à l'épileptoidie, avec ou sans troubles du comportement social.

Nous pouvons aussi avoir affaire à des menteuses d'un autre type: utilitaire (très rares); enfin à l'association entre les deux: utilitarisme dégradé, infantile.

Les malades qui nous sont adressées, dans l'immense majorité des cas n'étant pas des menteuses, ne peuvent être considérées comme étant des mythomanes. Il en existe cependant, bien qu'elles soient rares. Nous attirons l'attention sur les pro-

blèmes posés par elles pour les raisons suivantes: il faut innocenter la grande majorité de nos malades d'opinions accusatrices trop répandues, dont l'effet lointain, comme nous le verrons, est de favoriser le recrutement des guérisseurs, et s'efforcer de grouper les signes distinctifs des malades pour lesquelles existe un élément de mensonge morbide ». (A. SEVIN)

Observation 1. (A. Sevin).

« Mlle L... (Lucette), 24 ans, multiopérée: appendicectomie en 1949, péxie rénale en 1952, ovariectomie en 1953; affirmation de tentative de viol par un Nord-Africain dissimulé dans un buisson. Récit démenti et jugé invraisemblable par la famille. Somnambulisme. Enurésie tardive. Crises convulsives non épileptiques.

Electroencéphalogramme: retard de maturation du tracé, anomalies indiquant un seuil convulsivant abaissé.

Légèreté sexuelle. Mythomanie romancée (l'Arabe), surtout pathomimie chirurgicale. Rôle fixateur et aggravant certain de ces interventions chirurgicales.

Cependant, les points douloureux abdominaux sont indiscutables. Très grosse instabilité vaso-motrice. Crises d'anxiété vraisemblables. Allégation de frigidité dont il est impossible de juger de la sincérité. Aggravation du fait d'une instabilité affective et professionnelle. Paraît difficile à traiter. Réflexothérapie contre-indiquée. Psychothérapie délicate. La malade, après quelques réponses paraissant sincères, semble s'évader et fournir des réponses soit douteuses, soit invraisemblables. Quitte le service non améliorée. Se fait hospitaliser à l'Hôpital Henri Rousselle, ce qui constitue peut-être un progrès: conscience plus nette de l'anomalie psychique. »

Observation 2. (A. Sevin).

« Mlle Q... (Monique), 17 ans. A l'inverse de la malade précédente a une vie régulière; pas de légèreté sexuelle. Vie familiale très repliée. La mère faisant de longs développements des maladies de sa fille avant de lui laisser le temps de répondre, y compris en ce qui concerne les troubles gynécologiques: leucorrhée permanente.

C'est d'ailleurs pour cette leucorrhée que Mlle Q... consulte pour la première fois au Centre Foch. Longue histoire de R.A.A. (cortisone, salicylate): aucune séquelle cardiaque. La jeune fille écoute avec un demi-sourire son histoire racontée par sa mère; elle est très attentive à notre attitude. Courte hospitalisation: constatation de simulation de fièvre; aucun signe biologique infectieux. Aveux rapides complets. Ancienneté des troubles: quatre ans. Elle les fait remonter au choc provoqué par un exhibitionniste, épisode malheureusement invérifiable. Mère non encore informée des troubles réels. La malade quitte le service, promettant de revenir. Ne tient pas sa promesse. Retrouvée à la consultation de cardiologie du Dr Delamarre qui nous confirme l'absence de tout trouble cardiaque, l'absence de poussée de R.A.A. malgré les nouvelles affirmations de la malade. Réhospitalisée dans le service de médecine: simulation d'état infectieux et provocation de vomissements. Essai de psychothérapie complète en présence de la mère de la malade. Le récit de l'exhibitionniste se révèle faux. La malade continue d'être suivie à titre externe. »

Observation 3. (A. Sevin).

« Mme L... (Eliane), 23 ans. Intervention en février 1954 (Clinique privée) pour rétroversion utérine rendue responsable d'algies pelviennes et lombaires. Pas d'amélioration; nécessité de libération de l'hystéropexie (fixation trop haute), suivie de cloisonnement du Douglas. Adressée par le Prof. agrégé Merger: persistance des douleurs. Maniérisme. Zones douloureuses au palper abdominal. Douleur dorsale. Comportement léger dans le service. Confondue après vérification d'une pseudo-fièvre. Continue cependant à être suivie en consultation. Affirme se sentir mieux. Répugnance manifeste à venir accompagnée de son mari. Se dit guérie devant notre insistance. Retrouvée plus tard à la consultation du docteur Rainaut pour douleurs du dos. Puis de nouveau à celle du Prof. agrégé Merger (mêmes douleurs). Impression d'impuissance thérapeutique presque complète du fait de l'attitude de la malade. Bovarysme. Hédonisme chirurgical et gynécologique. Troubles de type: « frigidité — dyspareunie », certains. La situation conjugale a pu aggraver considérablement les tendances constitutionnelles peut-être modérées. Bilan impossible à faire, aucune confiance n'ayant pu lui être accordée. Pas de contact psychothérapeutique efficace. »

Observation 4. (A. Sevin).

« Mme M. adressée par le docteur Lévy pour algies pelviennes. Prétend être une ancienne étudiante en médecine à Louvain. Incapable de donner aucune précision sur l'Université, ni de fournir le nom d'un professeur. Troubles de la mémoire allégués. Par contre, documentée sur de nombreux services parisiens. Prétend y avoir fait des stages, semble y avoir été hospitalisée. Sa qualité d'étudiante en médecine est invraisemblable. Elle affirme être le soir chanteuse dans une boîte de nuit sans se rendre compte du ridicule de cette prétention. Nous apporte les chansons qu'elle « crée », parle de son manager. Il est impossible, dit-elle, que son mari l'accompagne. Facilement confondue à propos d'une affirmation. Essai de psychothérapie. Succès apparent immédiat. Pronostic réservé. »

Observation 5. (personnelle, J. Albert-Weil).

« Mme C... (Gisèle), 29 ans, sans profession, vient consulter en octobre 1960. Accuse une grande fatigue et une douleur persistante au niveau de la région lombo-sacrée.

Père 55 ans, mère 49 ans en bonne santé. Mais sont, paraît-il, tous deux très « nerveux ». A deux soeurs en bonne santé âgées de 30 et 26 ans.

Réglée à l'âge de 14 ans. A parfois « ses règles 3 ou 4 fois dans le mois ». Il y a 6 mois, est demeurée deux mois sans voir ses règles.

Souffre du ventre « au niveau des ovaires ». Mariée à 19 ans. Mari, 32 ans, contremaître. A 2 enfants, une fille âgée de 9 ans, un fils âgé de 7 ans. « Les petits sont très nerveux ». Sont actuellement en pension, car son état ne lui permet pas de les avoir toujours à la maison.

Depuis la naissance de son fils, est toujours fatiguée. A fait des stages en maison de repos. A toujours mal quelque part. Est très anxieuse: « boule qui l'étouffe ». Maigrît. A par moment: leucorrhée.

Souffre quand elle a des rapports sexuels avec son mari. Refuse, dit-elle, depuis plusieurs mois d'avoir des relations sexuelles avec son mari.

A l'examen: femme maigre, agitée, émotive. Décrit avec complaisance ses souffrances et les malaises qu'elle ressent. Le pouls bat à 90. Réflexe oculo-cardiaque non inversé.

T. A. 130/90.

L'abdomen est sensible sur le cadre colique. On ne sent pas nettement de « corde colique ».

T. V. Utérus rétroversé. Annexes normales. Le toucher vaginal n'est pas douloureux.

Mme C... a consulté un grand nombre de médecins et de « spécialistes », sans parvenir jamais à être soulagée de ses malaises. Il s'agit manifestement d'une « exagératrice », peut-être « dyspareunienne », sans que l'on puisse avoir une certitude à ce sujet. Certaines consultanttes allèguent une « dyspareunie » pour se rehausser, pensent-elles, aux yeux du médecin, et augmenter l'intérêt qu'il peut porter à leur cas. De plus une « dyspareunie » alléguée peut pour certaines femmes les placer apparemment dans une position morale supérieure en témoignant qu'elles ne succombent plus aux élans des sens (ancienne idée religieuse du péché charnel).

Mme C..., qui présente vraisemblablement un certain degré d'« hyperfolliculinie » et de dérèglement sympathique se réfugie dans la maladie pour sauvegarder sa « personnalité » et ses aspirations secrètes, peut-être romantiques ou « bovaryques ».

Le contact psychothérapeutique est difficile à établir avec elle, car on la sent quelque peu réticente.

Nous prescrivons de petits cholagogues, des sédatifs nervins, des gouttes de chlorpromazine (Largactil), des injections vaginales alcalines. D'autre part, une injection intramusculaire une fois par mois de Oenanthate de Testostérone 90,2 mg associé à 4 mg de Valérianate d'Oestradiol. Hydrothérapie tiède. Le traitement psychothérapeutique n'a pu en aucune façon être entrepris, la malade ayant été perdue de vue. D'ailleurs une telle patiente ne « veut en aucune façon guérir ». Elle en veut au médecin si celui-ci laisse voir qu'il soupçonne un certain degré « d'exagération » dans les manifestations présentées.

Nous avons d'autre part observé chez un certain nombre de femmes du « vaginisme », sans infection locale, réel ou allégué, survenu à la suite de conflits sexuels ou sentimentaux ou de circonstances sociales pénibles (surmenage de la femme, difficultés économiques, soucis familiaux, abandon relatif). Il se produit parfois chez certaines femmes « psycho-somatiquement traumatisées » comme une « négation », un « refus plus ou moins conscient » de la sexualité « à localisation génitale ». De tels cas sont moins rares que l'on ne pourrait le penser et doivent retenir l'attention du médecin averti. Une psychothérapie intelligente associée à une thérapeutique tranquillisante et endocrinienne pourra dans certains cas avoir quelque efficacité. Mais il est souvent difficile au médecin de faire cesser les « conflits extérieurs ».

Dans l'ensemble, écrit André Sevin, les quelques pathomimes évoquées présentent d'assez notables différences. Une habitude de ces malades fait que le diagnostic est souvent assez facile. Leur présentation est généralement différente de celle des autres malades, même des malades qui sont déprimées, neurasthéniques, ou qui présentent un spas-

me du sanglot. Il peut arriver qu'une mythomane ait une crise de larmes, mais alors elle est pour un temps variable guérie; il y a rémission de l'activité de rêverie mensongère, disparition de l'hédonisme qu'il entretient. On note une attitude retenue, la malade ne regardant pas en face. Il existe un ensemble de maniérisme et d'hésitation dans les allégations. La malade témoigne souvent d'une incertitude d'être crue, il lui arrive d'accuser un trouble de la mimique pouvant aller à ce moment jusqu'au tic.

Enfin, c'est presque toujours dès le premier interrogatoire que d'autres affirmations se révèlent peu ou pas vraisemblables (pseudo-étudiante, histoire de viol, etc...).

Le roman intérieur est diffus; l'aspect gynécologique n'en constitue qu'un épisode ou qu'une nécessité; la suite doit apparaître. Elle apparaît donc trop rapidement (la rêverie mythomane est pressée), et inutilement. Elle est souvent aisément réfutable, car les mensonges orgueilleux sont émis avant que le jugement ait pu corriger une invraisemblance plus ou moins nette. Bien différent serait, par exemple, un mensonge utilitaire: une femme, désirant une hystérectomie pour ne plus avoir d'autres enfants, se plaindra de tels ou tels signes fonctionnels, mais strictement en rapport avec la région de l'utérus.

Les mythomanes doivent ou devraient être traitées. Il faut tenir compte non seulement des éléments constitutionnels, mais aussi de malaises réels, parce qu'en dehors du mensonge, il existe chez elles des troubles vaso-moteurs d'origine émotive ou instinctive sexuelle. En fait lorsqu'elles consultent en gynécologie il y a un élément réel fonctionnel très fréquent. Le trouble fonctionnel est cependant très difficile à traiter. De telles malades présentent souvent une extrême mobilité affective. Une transformation mensongère peut suivre à chaque instant la moindre expression véridique, « annexant » le médecin, le dirigeant, l'obligeant à une critique permanente. Les cas présentés peuvent sans doute être considérés comme des échecs thérapeutiques. Aux causes tenant à la malade elle-même, il faut pour expliquer ces échecs joindre les difficultés particulières des psychothérapies, en particulier celle liée au long temps qu'il y faudrait consacrer. — (André Sevin).

HYSTÉRIE ET SIMULATION

Il est des malades qui présentent des manifestations pithiatiques, accompagnées de troubles gynécologiques, ou à point de départ gynécologique:

aménorrhée, crises de palpitations, d'étouffements avec tendance à la chute sans perte de connaissance, crises convulsives, agitation.

Il n'est cependant pas exceptionnel d'observer des phénomènes pithiatiques ou appartenant aux formes intermédiaires entre pathomimie et manifestation hystérique. Mais ces malades sont presque toujours adressées par d'autres services que celui de gynécologie.

Observation 6. (André Sevin).

« Mme M... (Suzanne), 32 ans. Hospitalisée dans le service du docteur Morin (médecine générale). Douleur cervico-occipitale et du membre supérieur droit. Les douleurs du bras droit sont apparues à la suite d'une grossesse. Ces douleurs sont bientôt suivies de parésie, puis de paralysie du membre supérieur droit, puis de paralysie de type hystérique. Ce diagnostic est porté et paraît confirmé par l'apparition de crises répondant aux descriptions traditionnelles. Episode de mutisme passager du même type. Dans le service de psychothérapie, aggravation des troubles, extension au membre inférieur, contracture atypique, démarche dramatoïde, pas d'atteinte de la face. Inefficacité absolue des réflexothérapies. Echec du traitement par scopo-chloralose. Aux faradisations, la malade remue, puis, dès l'excitation passée, récupère sa paralysie. Crises rigoureusement identiques aux descriptions de Charcot-Richer (Arc de cercle-clownisme — phases successives, etc.). Attitude de bouderie, de malveillance. Aspect maussade. Ne cesse de stimuler son mari, déclare « qu'on ne lui fait rien », « qu'on ne s'occupe pas d'elle ». « Ses troubles s'aggravent ». « Elle n'était pas paralysée avant d'entrer à l'hôpital », « elle n'avait pas de crises ». Une nuit, une grande malade ayant provoqué une agitation dans le service, elle attendit la fin du bruit, puis, aussitôt après, frappa le mur de toutes ses forces, en faisant pivoter tout son corps horizontalement suivant un rythme très suggestif.

Mythomanie: « On lui a écrit que son fils avait tenté de se pendre du fait de son absence, mais on a pu le sauver à temps ». Est mariée, mère de deux enfants, tous deux énurésiques tardivement. Elle-même aurait eu des convulsions infantiles. Issue d'une famille de 17 enfants. Son père aurait eu des crises convulsives, ainsi que plusieurs de ses frères et sœurs. Nous apprendrons plus tard, malgré ses réticences et celles de son mari, qu'elle a été internée à deux reprises. A l'électroencéphalogramme, ondes lentes de faible amplitude, puis grande onde lente occipitale droite, associée à un potentiel pointu. Tous les tracés sont très anormaux sur les régions occipitales. Le docteur Arfeld-Capdevielle indique: impossible de savoir à quoi correspondent ces anomalies. Contact médical extrêmement difficile. Le docteur Marchais apprend cependant, lors d'une période favorable, qu'elle ne peut supporter les rapports conjugaux; elle souffre et s'écarte de son mari par tous les moyens. Elle désire vivement que ce dernier ne soit pas informé de ce fait. Essais de contact avec le mari (docteur Marchais). Tentatives répétées de le faire participer à un traitement éventuel, sans que lui soient exposées les révélations de son épouse. Toutes se heurtent à une obstination imperméable: « Soigner ma femme est le travail des médecins, il est inadmissible qu'entrée à l'hôpital avec des douleurs et sans crises, elle

soit maintenant paralysée et avec des crises». Nie les internements de sa femme. Devant les preuves, les reconnaît en ajoutant que sa femme n'aurait jamais dû être internée. En tous cas « il n'emmènera pas sa femme avant qu'elle ne soit guérie, car elle est actuellement beaucoup plus malade qu'auparavant ». Un tel ensemble pathologique rend nécessaire le transfert de la malade dans un autre établissement. Violentes revendications du mari sans doute sur les incitations de sa femme. Intervention de hautes personnalités syndicales qui prennent son parti, sans connaître évidemment l'origine des troubles que nous ne pouvons leur révéler » (André Sevin).

Il s'agit cliniquement dans ce cas d'association de phénomènes de type hystérique chez une menteuse, mais très pathologiques, anomalies du tracé électroencéphalographique authentifiant les troubles physiologiques accusés par cette malade.

Troubles de la sexualité certains, car ils sont la règle chez de tels malades sous des formes variées. La dyspareunie signalée par cette malade pourrait être suspectée comme toute autre de ses déclarations, si le contexte, l'observation de malades identiques, l'arriération affective ne la rendaient quasi certaine.

Il résulte des faits précédemment exposés qu'il est des cas où dans le domaine de la Gynécologie apparaissent des symptômes divers qui peuvent constituer des « manifestations intriquées ». Dans de telles manifestations il est souvent difficile de faire la part de la « simulation », de la « sursimulation » et de « l'hystérie ».

L'examen d'une femme accusant des algies diverses à point de départ gynécologique rendra toujours nécessaire d'une part des investigations endocriniennes touchant le fonctionnement hypophyso-utéro-ovarien, d'autre part une enquête psychosomatique et souvent aussi familiale et sociale (Recherche des conflits sexuels et sentimentaux, « dyspareunie », recherche des difficultés et soucis familiaux, des difficultés économiques, des soucis de carrière, *du surmenage*, des conflits sociaux, etc...).

La possibilité de simulation, de sursimulation, ou plus fréquemment et plus simplement *d'exagération* consciente ou inconsciente de symptômes réels devra, dans un nombre de cas plus grand que d'aucuns ne sauraient le penser, être envisagée.

Avant de clore l'étude de la simulation dans le domaine de la gynécologie, nous devons mentionner pour être complet les cas très rares de simulation ou plutôt de provocation de vaginite ou de vulvite dans le but de simuler un attentat à la pudeur et une contamination vénérienne.

Dans certains cas la simulation de faux attentats à la pudeur est suggérée à un enfant par l'un

des parents, soit en toute bonne foi, soit dans un but calomnieux, criminel, qui à pour mobile la vengeance ou le chantage!

A. Cooper a décrit dans une page ancienne, classique et toujours vraie la suggestion à une enfant d'un attentat imaginaire par des mères de bonne foi (8).

« C'est une croyance vulgaire trop répandue que les écoulements vaginaux infantiles sont le produit certain d'un attentat. De temps à autre il arrive qu'une femme impressionnable s'alarme à la découverte d'un tel écoulement et qu'elle soupçonne son enfant d'avoir mal agi. Elle va trouver un médecin, qui, par malheur, peut ne pas connaître cette maladie, (ces lignes ont été écrites au siècle dernier), et qui déclare que l'enfant a un écoulement vénérien... Qu'arrive-t-il en une pareille circonstance? C'est que la mère demande à l'enfant: « Qui a joué avec vous? Qui vous a prise sur ses genoux récemment? » L'enfant répond dans son innocence: « Personne, mère, je vous assure ». La mère reprend alors: « Oh! ne dites pas de pareils mensonges; je vous fouetterai, si vous continuez ». Et alors l'enfant est amenée à confesser ce qui n'est jamais arrivé pour se sauver du châtement, etc. Et Astley Cooper ajoute: « J'ai vu de tels cas plus de trente fois dans ma vie, et je puis vous assurer que nombre de gens ont été pendus par suite d'une pareille erreur ».

Les cas classiques suivants, cités par L. Thoinot (9) offrent des types nets de simulation de faux attentats organisés et provoqués par l'entourage d'un enfant:

« Une femme vint se plaindre au commissaire de police que sa petite fille âgée de trois ans avait été violée par l'un des apprentis de son mari, âgé de seize ans. Elle apportait à l'appui de sa déclaration les vêtements de l'enfant tachés de sang. Il y avait eu, à son dire, tentative d'introduction de la verge, puis frottements exercés avec un morceau de bois. L'expert ne constata chez l'enfant, pour toute lésion des organes génitaux, qu'une insignifiante excoriation à la partie supérieure de la cuisse gauche qui n'avait pu fournir que peu de sang; il reconnut à l'examen des vêtements déposés par l'accusatrice que les taches de sang étaient disposées seulement à leur surface extérieure. La femme, dépistée, avoua qu'elle avait taché elle-même du sang de ses règles les vêtements de son enfant. Le mobile de la fausse accusation était ici le chantage » (Bayard).

« Une enfant entre dans le service de Fournier; elle vient d'être l'objet d'un attentat commis sur elle par un homme riche, d'un certain âge, arrêté malgré ses dénégations formelles. La vulve présente les symptômes d'une inflammation violente et suraiguë; elle est littéralement baignée d'un pus vert crémeux. Les grandes lèvres sont tuméfiées et comparables à deux tranches d'orange; elles sont rouges et présentent un semis confluent de points érosifs, purpuriques. Les petites lèvres sont rouges, volumineuses, oedématisées; il existe quelques petits ganglions dans les aînes. Mais l'hymen est intact *et en quelques jours de soins simples la vulvite cède entièrement*. Le soupçon s'éveille chez l'expert, frappé en outre du récit de l'attentat, invariablement le même, débité par l'enfant à la façon d'une leçon. Fournier arrive à capter la confiance de l'enfant:

une poupée aux yeux mobiles décida de son triomphe, et l'enfant finit par avouer qu'elle n'avait pas été touchée par un monsieur, mais que sa mère, à trois reprises, lui avait frotté les parties avec une brosse à cirage.

Dans de tels cas, une sérieuse enquête sur les circonstances du soi-disant attentat, un interrogatoire approfondi de la fausse « victime », et un examen clinique et cyto-bactériologique rigoureux permettent en général assez facilement de déceler la fraude, et de résoudre le problème.

LA SIMULATION EN OBSTÉTRIQUE

Il nous faut maintenant avant de terminer ce travail étudier un cas très particulier de simulation chez la femme, à savoir « la simulation de la grossesse ».

Nous ne ferons pas entrer dans le cadre de la simulation consciente de la grossesse le syndrome constituant l'exemple le plus frappant d'une aménorrhée psychique, et qui constitue en fait une simulation inconsciente de la grossesse, nous voulons parler de la « grossesse nerveuse ».

Il s'agit le plus souvent dans un tel cas d'une femme mariée depuis plusieurs années et violemment désireuse de maternité.

« Des modifications de règles surviennent, plus ou moins marquées suivant les cas, mais allant souvent jusqu'à l'aménorrhée. L'embonpoint s'y ajoute progressivement, adiposité localisée surtout, comme cela arrive souvent dans le syndrome adiposogénital, aux hanches et à l'abdomen. Et cela d'autant plus que la femme persuadée qu'il s'agit d'un début de grossesse s'observe et mène une vie sédentaire, allant jusqu'à garder la chambre et même le lit. Des nausées, des vomissements, des troubles psychiques légers, tout le syndrome dit « sympathique », font leur apparition, explicables par l'auto-suggestion. Bientôt la femme sent remuer, prenant pour les mouvements d'un fœtus des contractions musculaires ou intestinales, ou des battements aortiques. L'idée de grossesse s'ancre d'autant mieux que parfois un médecin, ou une sage-femme, consultés au début, et sans qu'ils aient pris la peine de pratiquer un examen méthodique, ont affirmé l'état de gestation. Et l'on a vu de ces malades à l'époque présumée de leur terme, accuser des douleurs abdominales, perdre parfois un peu de sang (qui n'est le plus souvent qu'une réapparition des règles) et faire appeler d'urgence sage-femme ou médecin. » (Une telle éventualité serait assurément plus rare aujourd'hui qu'autrefois. La majorité des patientes sont en effet assurées sociales et subissent au cours d'une grossesse

déclarée des examens systématiques (Jean Albert-Weil). « Dans la pratique, il suffit d'un peu d'attention pour éliminer chez ces femmes le diagnostic de gestation, même au début. Le médecin ne se contente pas de baser son diagnostic sur les dires de sa cliente, sur les signes subjectifs qu'elle accuse; s'il examine méthodiquement, s'il recherche, trouve et explore son utérus, il aura vite fait de constater la non-gravidité, et d'arrêter ainsi l'évolution de ces fausses gestations. » (Desnoyers) (6)

Au demeurant le diagnostic biologique de la grossesse, pratiqué au début de la fausse grossesse et qui donnera un résultat, bien entendu, négatif, aura pu, dès le premier mois, rectifier l'erreur.

SIMULATION CONSCIENTE DE LA GROSSESSE

« Les causes de la simulation d'une grossesse sont multiples, écrit Costedoat (7). Très souvent, il s'agit d'une tentative d'intimidation exercée par une femme sur son amant dans l'espoir d'obtenir de lui un mariage ou une somme d'argent, parfois simplement de resserrer une liaison qui se relâche.

On veut encore détourner un héritage qui, faute d'enfant vivant, pourrait échoir à d'autres personnes.

L'article 27 du Code Pénal stipule que « si une femme condamnée à mort se déclare, et s'il est vérifié qu'elle est enceinte, elle ne subira la peine qu'après la délivrance.

Il existe enfin des mythomanes pour qui l'affirmation d'un état de grossesse résulte de leur ardeur à mentir d'une façon plus ou moins inconsciente et involontaire sans qu'un motif intéressé apparaisse dans tous les cas.

L'expertise consiste à rechercher les signes de la grossesse, ou lorsqu'il faut examiner la vraisemblance d'une grossesse qui viendrait de se terminer, ceux de l'accouchement récent.

Quels sont les procédés employés pour simuler la grossesse?

On imite l'augmentation de volume de l'abdomen à l'aide de paquets d'ouate ou d'un coussin.

On simule le démarche particulière de la femme enceinte (abdomen proéminent, attitude cambrée), on porte les vêtements amples qui sont en usage pour masquer la saillie de l'abdomen. Il va sans dire que ces manœuvres n'ont aucune valeur dès qu'il est possible de pratiquer un examen sérieux.

Les rapt, les substitutions d'enfants peuvent succéder aux grossesses simulées avec une fréquen-

ce qui s'explique par les motifs habituels de la simulation ». (A. COSTEDOAT).

Nous avons tenté dans cet exposé de rendre compte des composantes endocriniennes, psychosomatiques, voire ressortissant au domaine de la Psychanalyse, pouvant jouer leur rôle dans l'apparition chez la femme de syndromes simulés intéressant pour une part la gynécologie, parfois même l'obstétrique. Nous n'avons pas pour autant négligé les facteurs extérieurs, conflits, dyspareunie, conjonctures circonstancielles, motifs délictuels. Cette étude devra, plus que jamais, nous remettre en mémoire l'antique adage de Socrate:

Μυέρησο ἀπίστειν (Souviens-toi de te méfier).

BIBLIOGRAPHIE

- (1) WATSON, J. B.: *Behaviorism*. London Kegan Paul, Trench Trubner and Co., New York Harcourt Brace and Co., 2e éd., 1930. Voir aussi: ROGER, H.: Le béhaviorisme. *Presse Méd.*, 50: 653-54 (17 oct.) 1942.
- (2) JACOBSON, Edmund: Notes insérées dans *The American Journal of Physiology* de 1930 à 1934 sous le titre global: Electrical Measurements of neuro-muscular states during mental activities.

- (3) ROGER, M.: Le rôle des mouvements dans le mécanisme de la pensée. *Presse Méd.*, no 36 (1er août) 1942. Voir Jean ALBERT-WEILL: *De la souffrance à la pensée*. Préface du Pr. M. Baruk. Un vol. p. 285. Coll. Action et Pensée. Editions du Mont-Blanc, Genève. Couronnée par l'Académie Française (Prix Nicolas Misserel 1949).
 - (4) SEVIN, André: Gynécologie fonctionnelle et neuropsychiatrie. Essai de synthèse clinique, pathogénique et thérapeutique. Thèse de Paris, juin 1955.
 - (5) DELAY, Jean: Perspectives psycho-somatiques. (Discours inaugural du 1er Congrès de Médecine Psychosomatique). *Presse Méd.*, 68: 1607 (8 oct.) 1960.
 - (6) DESNOYERS: Gestation (Diagnostic). *Pratique médico-chirurgicale*. Masson et Cie, édit., tome IV, p. 10, éd. 1931, Paris.
 - (7) COSTEDOAT, A.: *La simulation des symptômes pathologiques et des maladies*. J.-B. Baillière et Fils, édit., 1 vol., p. 436, Paris, 1933.
 - (8) THOINOT, L.: *Précis de médecine légale*. t. II, p. 88.
 - (9) THOINOT, L.: *Précis de médecine légale*. t. II.
 - (10) PESSOA, Fernando: *Le gardeur des troupeaux et autres poèmes d'Alberto Caeiro*. Traduction de Armand Guibert. Coll. Poèmes d'aujourd'hui. Seghers, éd., Paris.
 - (11) THIBAUT, S.: *Journal de Médecine et Chirurgie Pratiques*, 132: (1er août) 1951.
- On pourra consulter aussi avec fruit l'ouvrage suivant: ROEMER, H.: *Gynäkologische Organ-neurosen (Névroses d'organes et gynécologie)*. G. Thieme, éd., 790 p., Stuttgart, 1953.

L'HÉMOCHROMATOSE LATENTE ET LE TRAITEMENT DE L'HÉMOCHROMATOSE IDIOPATHIQUE FAMILIALE

Jean MATHIEU, F.R.C.P. (C).

INTRODUCTION

Bien que l'efficacité du traitement de l'hémochromatose idiopathique familiale par les saignées soit reconnue depuis environ dix ans, surtout depuis les recommandations de Finch et ses associés (6), le nombre des publications concernant ses résultats reste encore bien peu élevé. Nous avons pensé intéressant de publier les deux cas suivants car leur réponse à cette thérapeutique est assez typique.

D'autre part, plusieurs cas sont rapportés dans la littérature médicale démontrant l'incidence familiale de la maladie et quelques rares publications se rapportent à des patients apparemment en bonne santé et chez qui le diagnostic d'hémochromatose fut porté à cause de la connaissance de la maladie chez un autre membre de sa famille. Il s'agit dans ces cas d'hémochromatose qu'on peut qualifier de latente et qui se démontre par la biopsie hépatique. Celle-ci, en effet, permet de mettre en

évidence la présence de pigment ferreux dans les cellules hépatiques même avant l'apparition de la cirrhose. On a recommandé de traiter ces patients préventivement par des saignées. Les cas d'hémochromatose latente ainsi traités sont très peu nombreux et le 2ième cas que nous rapportons illustre les résultats intéressants qu'il est permis d'escompter. Frey récemment publiait l'observation d'un cas semblable (7).

Observation 1.

Monsieur Claude P. (dossier 87591), était âgé de 37 ans lorsque le diagnostic d'hémochromatose fut porté en mars 1959. Il s'était présenté à l'hôpital Maisonneuve pour des malaises épigastriques post-prandiaux, une fatigabilité modérée et un amaigrissement de 25 lbs. Il n'y avait pas de polydypsie ni polyurie, pas de dyspnée d'effort, ni impuissance sexuelle, ni douleurs abdominales, mais il avait noté une pigmentation de la peau depuis environ deux ans. A l'examen, il avait en effet un

teint terreux mais non bronzé. Il n'y avait pas de taches pigmentaires sur les muqueuses. Il apparaissait bien constitué et n'avait pas l'air malade. P.A.: 120/80, bruits cardiaques normaux sans tachycardie. A l'abdomen, le foie était énorme, dur, régulier, indolore et dépassait de quatre travers de doigt le rebord costal droit. Il n'y avait ni ascite, ni splénomégalie, ni circulation collatérale abdominale, ni atrophie testiculaire, ni télangiectasies.

Son hémogramme était normal et sa sédimentation corrigée était à 41 mm. après une heure. Taux de Prothrombine à 100%. Phosphates alcaline 2.4 unités. B.S.P.: 3.5 unités après 45 minutes. Céphaline-cholestérol légèrement positif et floculation du thymol négatif. Cholestérol total 142 mg%, estérifié 96 mg%. L'électrophorèse des protéines montrait: albumine 50%, alpha 1= 5.76%, alpha 2= 8.57%, béta 15.25% et gamma-globuline 20%. Protéines totales 7.7 mg%. La glycémie à jeûn était à 137 mgm% et 2 heures post-prandiales à 224 mgm%. La courbe d'hyperglycémie provoquée était nettement anormale: à jeûn 125 mgm% et une demi-heure après l'ingestion de 100 gm. de glucose: 267 mgm%, à une heure 300 mgm%, à deux heures 293 mgm% et à trois heures 221 mgm%. Le fer sérique était à 300 mcgm% (normal: 90 à 125). La moelle sternale était normale mais quelques cellules réticulaires et quelques histiocytes contenaient des inclusions d'hémossidérine.

Les radiographies du poumon, du côlon, de l'oesophage, de l'estomac et du duodénum étaient normales, mais la cholécystographie après deuxième dose de télépaque, n'arrivait pas à montrer la vésicule. L'électrocardiogramme était sub-normal (légères altérations non spécifiques de la phase terminale).

La biopsie du foie à l'aiguille de Silverman a montré une cirrhose importante et la présence de pigments abondants dans les cellules hépatiques, pigments qui se sont colorés en bleus par la réaction de Turnbull. (Voir figure 1).

Pendant les deux ans qui suivirent, ce malade a subi 50 saignées de 500 cc. à la Croix-Rouge (le sang de ces malades peut servir pour transfusion).

Les saignées étaient d'abord faites au rythme de trois par mois, et après six mois le malade se sentait déjà un peu mieux; il avait repris son travail et avait engraisé de 10 lbs. Le foie, surtout le lobe gauche qui faisait bomber la région épigastrique était un peu moins gros. La glycémie post-prandiale étant normale, la médication hypoglycémiantte orale fut cessée. Il se plaignait encore de fatigue et son hémoglobine était abaissée à 60%. Le

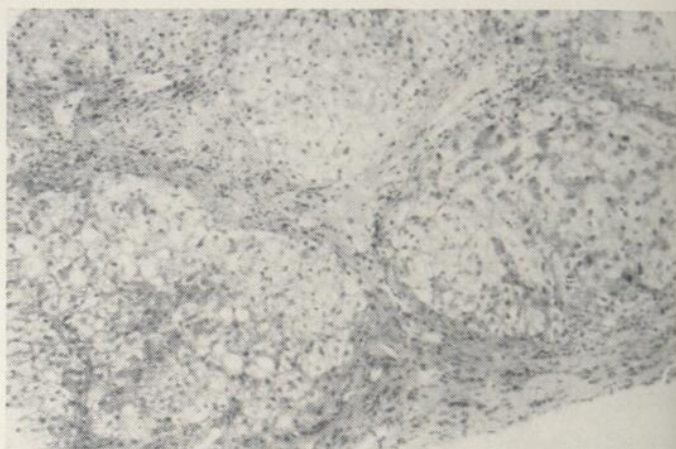


Fig. 1-a. — Aspect typique de la cirrhose.

rythme des saignées fut réduit à deux par mois et deux ans après le début du traitement, le malade avait complètement récupéré ses forces et son poids antérieur. La pigmentation avait diminué de moitié et le foie, nettement moins volumineux, ne dépassait plus le rebord costal droit que de deux travers de doigt. La courbe d'hyperglycémie provoquée était moins anormale (à jeûn 100, une demi-heure 200, une heure 267, deux heures 207 et trois heures 140 mgm%); le B.S.P. était à 13%, les transaminases SGO à 87 et SGP à 80. Le fer sérique restait élevé, soit 208 mcgm%, (avec une capacité de saturation à 224). Une deuxième biopsie hépatique montrait cependant peu de changement, la fibrose et la pigmentation ferrugineuse apparaissant à peu près identiques.

Remarques

Ce premier cas fut certainement amélioré par les 50 saignées qu'il a subies en deux ans car ses forces et son poids étaient revenus à la normale, la pigmentation et le volume du foie avaient nettement régressé; enfin, le diabète était moins important. Cependant la persistance de pigmentation ferrugineuse abondante dans le parenchyme hépati-

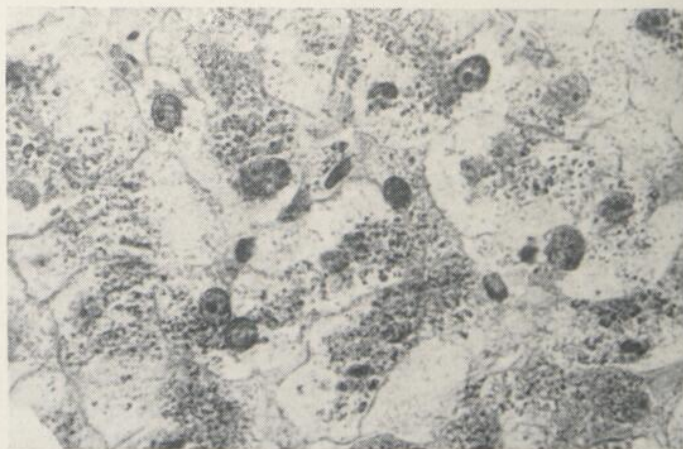


Fig. 1-b. — Pigments dans la cellule hépatique.

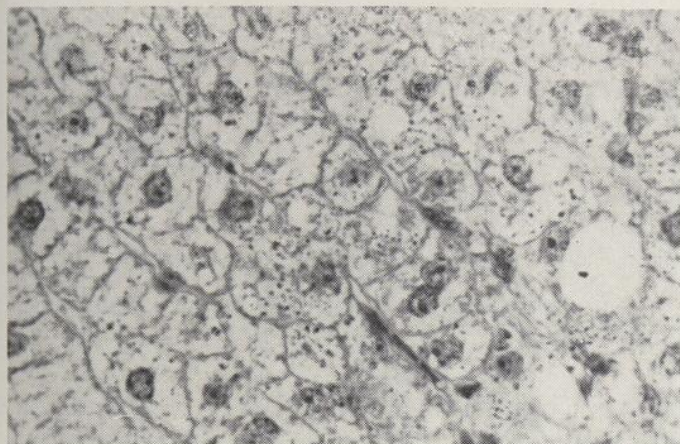


Fig. 2. — Deuxième malade: Légère fibrose. Pas de cirrhose, mais présence de granulations dans les cellules hépatiques (qui se sont colorées en bleu à la coloration de Turnbull).

que, nous ont incité à lui recommander de continuer les saignées au même rythme de deux par mois pendant encore au moins deux ans. Une nouvelle évaluation dira alors si ce rythme peut être ralenti.

Observation 2.

Le frère cadet du premier malade, Rémi P. (dossier 98958), mis au courant de la nature familiale et héréditaire de cette maladie, a consulté en août 1959, à l'âge de 36 ans, quoique sans symptôme. L'examen physique était aussi entièrement normal; il n'avait aucune augmentation appréciable du volume du foie et la peau n'était pas pigmentée.

Le fer sérique était à 275 mcgm% et la courbe d'hyperglycémie provoquée était également anormale (à jeûn 96, une demi-heure 218, une heure 225, deux heures 175 et trois heures 150). B.S.P. 3.7%, cholécystographie normale.

La biopsie à l'aiguille (figure 2) montrait une rétention importante de pigments ferrugineux dans

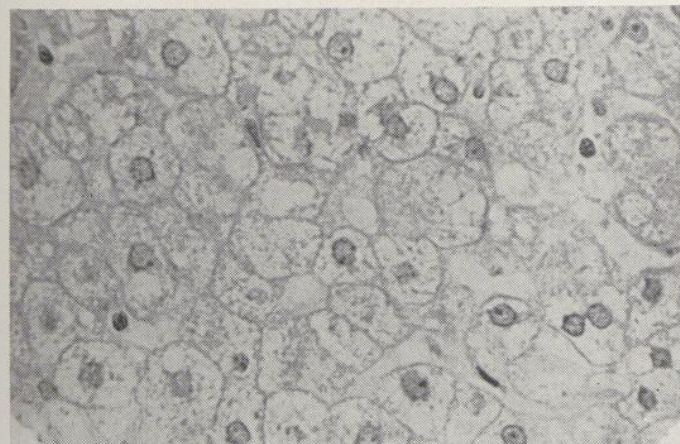


Fig. 3. — Même malade après les saignées. Disparition presque complète de la pigmentation intracellulaire (aspect granulé dû au glycogène). Le bleu de Turnbull fut négatif.

les cellules hépatiques, mais pas de cirrhose. Un diagnostic d'hémochromatose latente fut donc porté et le malade a subi, comme son frère, deux saignées par mois pendant un an, puis une fois toutes les trois semaines: au total 40 saignées en deux ans.

Une deuxième biopsie hépatique (figure 3) pratiquée alors a montré qu'il n'y avait plus qu'une petite quantité de pigments ferrugineux dans son foie. A ce moment la courbe d'hyperglycémie provoquée était devenue normale (75, 147, 147, 126 et 92) et le fer sérique était à 150 mcgm% (capacité de saturation à 230 mcgm).

Remarques

Ce deuxième malade souffre certainement d'hémochromatose puisque son foie était très riche en pigments ferreux. De plus, sa courbe d'hyperglycémie était anormale et son fer sérique était à 275 mcgm%, très élevé. Le diagnostic n'a pu être porté que parce que la notion d'hémochromatose familiale était connue et ce, avant l'apparition de la cirrhose. Les saignées ayant ramené le fer sérique à un taux presque normal, ayant ramené la courbe d'hyperglycémie à la normale et surtout ayant débarrassé le foie de presque tout le pigment ferreux qui s'était accumulé dans les cellules hépatiques, le traitement fut réduit à une saignée tous les deux mois. A ce rythme, même les personnes normales ne font pas d'anémie hypochrôme. Il devra se rapporter pour une nouvelle ponction dans deux ans.

HÉMOCHROMATOSE LATENTE

Parce que la maladie est rare et parce que les proches parents d'un malade souffrant d'hémochromatose sont parfois indemnes, certains auteurs autrefois ont voulu nier l'origine héréditaire de cette affection. Pourtant le nombre de cas maintenant rapportés dans la littérature où plus d'un membre d'une même famille était affecté, ne permet plus de mettre en doute cette notion d'hérédité. Les deux cas rapportés ici sont un exemple supplémentaire. On a même rapporté la maladie dans trois générations (7) et quelques observations portent sur des frères jumeaux (8). Cette hérédité serait même dominante puisqu'environ la moitié des descendants de plus de 15 ans seraient atteints, mais à des degrés variables. Parfois on ne retrouve qu'une augmentation du fer sérique et un certain nombre serait apparemment en bonne santé, mais ceux-là seraient porteurs d'une hémochromatose latente. Les cas souffrant assez précocement d'une cirrhose pigmentaire sont probablement des homo-

zygotes et les cas beaucoup plus nombreux diagnostiqués après la cinquantaine sont plus probablement hétérozygotes. (3).

Puisque cette notion d'hérédité est maintenant acceptée, il y a lieu, lorsqu'un diagnostic d'hémochromatose est porté, d'examiner les autres membres de sa famille (10). Il faut au moins faire une recherche du taux de fer sérique (1 et 5), mais en se rappelant qu'il y a des cas certains où il était normal. L'élévation du fer sérique s'accompagne le plus souvent d'une augmentation de la saturation de la sidérophylle. Il faut se rappeler que dans la cirrhose banale, le fer sérique est souvent élevé et que, par conséquent, l'hypersidérémie chez un hépatique n'est pas un argument suffisant pour confirmer le diagnostic d'une hémochromatose. La recherche du pigment ferreux dans les cellules de la moelle osseuse ne peut servir à éliminer l'affection. Le seul test valable reste la ponction biopsie du foie (2). Celle-ci est indiquée puisque c'est le seul moyen de reconnaître la maladie à sa phase latente et puisque le traitement semble pouvoir prévenir la formation d'une cirrhose et contrôler complètement la maladie (7). Il y a tout lieu de penser que la présence du fer en quantité anormale dans le foie et les autres tissus (glandes endocrines et myocarde) est nocive et entraîne des lésions de fibrose irréversible. Il est intéressant de remarquer que les cas d'hémochromatose latente nous permettent de rejeter l'hypothèse autrefois soutenue voulant que la cirrhose précède et même cause la maladie. Notre deuxième malade illustre bien la possibilité de porter le diagnostic d'hémochromatose latente et les résultats intéressants du traitement.

TRAITEMENT

Les saignées sont le seul traitement efficace de cette maladie (4, 6, 9). Les agents chélateurs, s'ils diminuent l'absorption du fer au niveau de l'intestin, n'arrivent pas à débarrasser l'organisme de la quantité énorme de fer déjà accumulée lorsque le diagnostic est habituellement posé, soit au moins 20 gm. (normale: 5 gm.). D'ailleurs, il semble bien que le défaut enzymatique héréditaire ne soit pas uniquement localisé au niveau des cellules de la muqueuse duodéno-jéjunale et que les autres tissus aient aussi une affinité anormale pour le fer, en particulier le foie, les glandes endocrines et le myocarde. Dans l'hémochromatose idiopathique, en effet, l'administration parentérale du fer permet de mettre en évidence une courbe anormale de fixation du fer. De toute façon, l'existence de quelques cas rapportés avec un fer sérique normal et une

capacité de saturation de la sidérophylle non augmentée, ne nous permettent pas d'attribuer toute la maladie à une affinité trop grande de la seule sidérophylle pour le fer.

Ces malades supportent assez bien un rythme de saignée très élevé; certains ont eu jusqu'à 100 saignées en six mois, l'hémoglobine restant supérieure à 60%. Selon la gravité du cas, il semble que ces malades devraient avoir de 2 à 4 saignées de 500 cc. par mois. Comme 2 litres de sang contiennent 1 gm. de fer, ce traitement devra être poursuivi pendant au moins deux ans et souvent plus longtemps au même rythme. Il sera ralenti lorsque la biopsie hépatique montrera que les réserves de fer dans le foie ont diminué de façon importante. Presque toujours, les malades sont améliorés assez rapidement: diminution du volume du foie et amélioration des tests hépatiques et endocriniens. Souvent les besoins en Insuline diminuent et le malade retrouve sa force et son poids antérieur. La fibrose hépatique évidemment persiste indéfiniment. L'atteinte myocardique cependant rend le pronostic beaucoup plus sombre.

Assez rarement, il arrive qu'une anémie hypochrome s'installe en cours de traitement, mais ceci n'indique pas nécessairement la déplétion complète des réserves martiales, car une nouvelle biopsie peut encore montrer la présence de fer dans le foie. Ceci porte à penser que le fer mis en réserve n'est pas toujours aussi facilement disponible qu'on le croyait (7).

Résumé

L'hémochromatose idiopathique qui est caractérisée par une accumulation d'énormes quantités de fer dans les tissus, surtout le foie et les glandes endocrines, est favorablement contrôlée par des saignées répétées et nombreuses, car ceci est la seule façon pratique de soutirer le fer de l'organisme. Le premier malade présenté dans cet article fut soulagé par le traitement (50 saignées), mais les réserves martiales du foie étaient encore importantes et le traitement fut continué.

La maladie étant héréditaire, il est possible de la dépister en faisant une ponction biopsie hépatique aux membres de la famille d'un malade atteint d'hémochromatose. Le diagnostic peut ainsi être fait avant le développement de la cirrhose. Les cas d'hémochromatose latente devraient subir le même traitement pour empêcher l'évolution de la maladie. Le frère de notre premier malade fut ainsi traité pendant deux ans et après 40 saignées, les pigments ferreux avaient disparu de ses cellules hépatiques.

Summary

Venesection is the only practical method of removing the excess of iron accumulated in the body of patients suffering from idiopathic hemochromatosis. Such a case is presented here, who was satisfactorily treated with venesections of 500 cc. twice monthly for two years. However, a control liver biopsy still showed cirrhosis and a great amount of iron in liver cells and treatment will be continued.

His brother, symptomless and with normal physical findings had elevated serum and iron pigments in the liver cells, but no cirrhosis. After 40 venesections, the serum iron had dropped to normal and no iron pigment could be seen in the liver cells; his glucose tolerance curve, previously diabetic, had also returned to normal.

Such cases of latent hemochromatosis discovered by performing a liver biopsy on close relatives of patients of known hemochromatosis, should be treated preventively with venesections as this treatment likely will prevent the cirrhosis and control the disease.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) BOTHWELL, T.H.; COHEN, I.; ABRAHAMS, O.L., et PEROLD, S.M.: Familial Study in Idiopathic Hemochromatosis. *Am. J. Med.*, **27**: 730, 1959.
 - (2) BRICK, I. B.: Liver Histology in six Asymptomatic Siblings in Family with Hemochromatosis. *Gastroenterology*, **40**: 210, 1961.
 - (3) DARVIS, F.: L'hémochromatose idiopathique familiale. *Revue du Praticien*, **8**: 2985-3007, 1958.
 - (4) DAVIS, W. D., Jr, et ARROWSWORTH, W. R.: Treatment of Hemochromatosis by Massive. *Ann. Int. Med.*, **39**: 723-734, 1953.
 - (5) DILLINGHAM, C. H.: Familial Occurrence of Hemochromatosis. Report of four Cases in Siblings. *New Eng. J. Med.*, **262**: 1128-1130, 1960.
 - (6) FINCH, S.; HOSKINS, D. M.; FINCH, C. A.: Iron Metabolism Hematopoiesis Following Phlebotomy. *J. Clin. Investigation*, **29**: 1078-1086, 1959.
 - (7) FREY, W. G.; MILNE, J.; JOHNSON, C. B., et EBAUGH, F. S., Jr.: Management of Familial Hemochromatosis. *New Eng. J. Med.*, **265**: 7-12, 1961.
 - (8) LAWRENCE, R. D.: Hemochromatosis in three Families. *Lancet*, **256**: 736, 1949.
 - (9) MYERSON, R. M., et CARROLL, I. N.: Treatment of Hemochromatosis by massive. *Arch. Int. Med.*, **95**: 349-353, 1955.
 - (10) PIRART, J., et GATEZ, P.: L'Étiologie de l'hémochromatose non transfusionnelle: Revue de la question: Étude de l'hérédité dans 21 familles. *Sem. des Hôp. de Paris*, **34**: 1044-1051, 1958.
-

RECUEIL DE FAITS

LA FIBROSE RÉTROPÉRITONÉALE

Ivan LABERGE, F.R.C.S. (C),
Service d'Urologie,
Hôpital Notre-Dame (Montréal).

Depuis que J. K. Ormond a publié, en 1948, deux cas d'obstruction urétérale par processus inflammatoire rétropéritonéal, la littérature mondiale s'est enrichie d'environ 75 nouveaux cas. Cependant, bien que la description anatomique en ait été précisée, son origine en reste encore passablement obscure, et les théories sur son étiologie demandent encore à être confirmées.

Certains auteurs décrivent la lésion comme une panniculite non-suppurative, ce qui n'éclaire pas sur son mode de formation. D'autres l'expliquent par une organisation fibreuse secondaire à une inflammation ou à une hémorragie rétro-péritonéale, surtout à la suite d'intervention chirurgicale plus ou moins récente. Une revue de la littérature prouve toutefois qu'un grand nombre des cas rapportés n'avaient jamais été opérés ou n'avaient jamais subi de traumatisme sérieux.

La fibrose rétropéritonéale peut survenir à tout âge de la vie, à partir de la vingtaine, mais la majorité des cas rapportés se retrouve vers la quarantaine ou la cinquantaine. Au début, on prétendait que les mâles en étaient affectés dans une proportion de 4 à 1, mais à mesure que le nombre de cas s'accroissait, on a vu la relation s'établir dans les environs de 2 à 1. Nul doute qu'avec le temps, la balance se rétablira dans des proportions assez égales quant au sexe.

La symptomatologie n'est pas du tout typique et le processus de la maladie est relativement insidieux. Il ne s'agit d'abord le plus souvent que de vagues malaises abdominaux accompagnés d'anorexie, puis de nausées et de perte de poids. Le malade peut ressentir un serrement abdominal ou des douleurs non localisées, avec ou sans constipation. Le tableau clinique se charge graduellement surtout si l'oligurie puis l'anurie, s'installent en entraînant simultanément une urémie progressive.

Si l'urée est suffisamment basse pour permettre une visualisation des reins par le colorant, on observera une hydronéphrose bilatérale marquée avec une dilatation des uretères supérieurs à partir d'un même niveau, généralement entre L_4 et S_1 . En

même temps, on notera souvent une déviation médiane des deux uretères.

Si l'urée est trop haute pour espérer avoir une image radiologique appréciable à la pyélographie endo-veineuse, il faut alors procéder par voie rétrograde. Les sondes urétérales passeront ou non selon le degré d'obstruction, mais on pourra constater le niveau du blocage, dont l'aspect radiologique est celui d'une obstruction par compression extrinsèque.

La lésion est généralement située à l'union du 1/3 supérieur et du 1/3 moyen de l'uretère, et cette localisation élimine d'emblée une pathologie de la jonction urétéropyélique. Il reste la possibilité d'une vascularisation en spirale de l'uretère qui amène des coutures et des étranglements de la lumière, mais là encore, le fait que la lésion soit bilatérale peut faire douter d'une aussi parfaite symétrie due uniquement au hasard.

Anatomiquement, il s'agit d'une bande fibreuse qui peut occuper une plus ou moins grande largeur, et être située à n'importe quel point entre le hile des reins en haut, et le promontoire ou la bifurcation des iliaques en bas. Certains ont même noté l'extension de cette bande jusque dans le petit bassin. Latéralement, elle s'étend à quelques centimètres au-delà des uretères, et elle englobe souvent les gros vaisseaux. Elle peut également se retrouver au-delà du diaphragme et envahir le médiastin; plusieurs cas de fibrose médiastinale ont été ainsi rapportés et assimilés à la fibrose rétropéritonéale. Hutch et ses collaborateurs estiment que cette bande fibreuse n'est en fait que le résultat d'une inflammation du fascia de Gerota qui recouvre les reins et la moitié supérieure des uretères; ils lui donnent donc le nom de « perirenal (Gerota's) fascitis ».

Microscopiquement, on ne trouve aucune lésion spécifique. Il ne s'agit que d'une réaction fibroblastique mêlée de fibres collagènes et de cellules d'inflammation chronique: monocytes, lymphocytes et histiocytes. On retrouve également assez fréquemment des lésions de vasculite et périvasculite.

Plusieurs cas ont été découverts seulement post-mortem et identifiés au cours d'une autopsie, mais

de plus en plus, les renseignements pré-opératoires convergent vers le diagnostic précis. Dans nombre de cas, on s'est contenté d'un cathétérisme urétéral avec dilatations répétées, ou bien d'une dérivation par néphrostomie, ou même d'une néphrectomie. Divers traitements non chirurgicaux, tels que la radiothérapie, l'administration d'antibiotiques et de cortisone, ont été tentés, mais avec des résultats plus ou moins heureux. Actuellement, le meilleur résultat est obtenu par une urétérolyse, avec soulèvement de décollement des uretères de leur lit, accompagnée ou non d'une intubation avec sondes urétérales pour quelques jours.

Nous avons eu l'occasion il y a quelques mois d'étudier cette pathologie sur une malade des docteurs R. Perrier et Y. Chartier. En consultant les archives de l'hôpital Notre-Dame, nous avons pu constater que c'était le premier cas à y être rapporté d'une façon concluante.

Observation

Mme A. B..., âgée de 56 ans, est admise à l'hôpital en juillet 1961. Elle a toujours joui d'une excellente santé, n'a jamais subi d'intervention chirurgicale, et ne présente pas d'histoire d'hypertension connue. Une mois avant son admission, elle présente un épistaxis, puis commence à devenir fatiguée, nerveuse et anorexique. Trois semaines plus tard, elle est soudainement éveillée la nuit par une douleur abdominale para-ombilicale accompagnée d'une dyspnée intense, de palpitations, de flatulence et d'éructions. Elle est soulagée rapidement par l'administration de nitroglycérine, mais reste tout de même quelque peu dyspnéique. Une seconde crise tout à fait semblable quelques jours plus tard précipite son entrée à l'hôpital.

La malade est modérément obèse, et présente à la palpation une masse douloureuse, mal définie à l'hypocondre et au flanc droits. Quelques râles congestifs sont perçus à l'auscultation, et la tension artérielle est de 170/100. L'électrocardiogramme est relativement normal. La présence de cette masse abdominale laisse d'abord penser à une hépatomégalie ou à un rein polykystique.

Les examens de laboratoire sont comme suit: les urines présentent une densité à 1006 et sont à peu près négatives, sauf pour albumine +; l'urée (NPN) est à 100 mg. %, la sédimentation à 56 mm., le cholestérol sanguin à 359 mg. %. La formule sanguine montre 3,900,000 globules rouges, et 13,700 blancs.

Dans les jours qui suivent, l'urée monte progressivement à 124, puis à 195 mg. %. Malgré tout, le

débit urinaire se maintient entre 1,000 et 1,500 cc. Comme une pyélographie endo-veineuse s'avère impossible à cause du taux de l'urée, une consultation urologique nous est demandée en vue d'une pyélographie rétrograde.

A la cystoscopie, la vessie ne présente rien de particulier. A droite, la sonde urétérale bloque à 20 centimètres, mais on obtient un goutte à goutte régulier d'urine limpide. A gauche, la sonde monte sans hésiter à 30 centimètres, et on obtient un

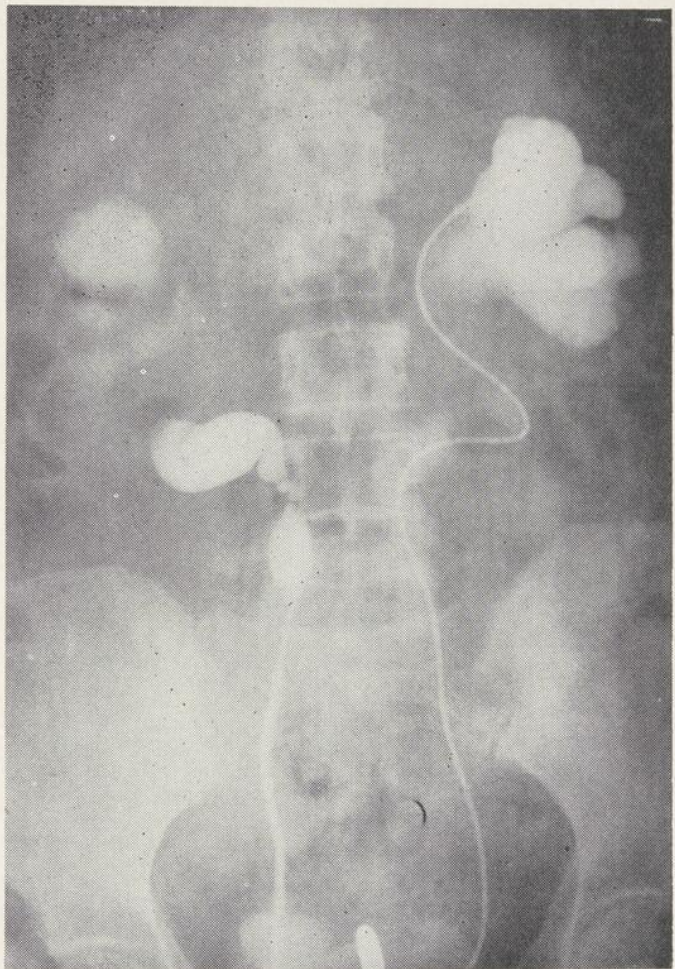


Fig. 1. — Malgré la moins bonne opacification urétérale gauche, la sonde gauche décrit une coudure symétrique à la portion de l'uretère supérieur droit opacifié.

goutte à goutte rapide d'urine également limpide (culture négative).

La pyélographie rétrograde nous donne une image d'obstruction urétérale bilatérale au même niveau (union des tiers supérieur et moyen) avec dilatation urétérale et hydronéphrose considérables en amont (fig. 1).

Cette symétrie laisse croire à une fibrose rétro-péritonéale, ou encore, à la présence de veines urétérales dilatées et spiralées amenant un étranglement de la lumière urétérale. Nous suggérons une

exploration urétérale, d'abord à droite, mais bilatérale d'emblée si l'état de la malade le permet.

Voici l'essentiel du protocole opératoire: 1. Lombotomie droite sous-costale. L'uretère est fortement dilaté à sa partie proximale. Il est libéré assez facilement vers le bas jusqu'à un point où il se trouve fixé par une gaine fibreuse très dense sur une longueur de 7 à 8 centimètres. Débridement au doigt et au ciseau. Lorsqu'il est complètement libéré, il présente un aspect en grains de chapelet

moins intense que du côté droit. Débridement au doigt et au ciseau, et transposition sur un lit de graisse péri-rénale.

Le rapport histologique se lit comme suit: « Les fragments prélevés sont composés de tissu fibro-adipeux dont la partie fibreuse est faite de collagène très dense qui semble empiéter sur le tissu adipeux à de nombreux endroits, sans toutefois prendre un aspect tumoral. Les vaisseaux sont entourés de foyers lymphocytaires comprenant par-

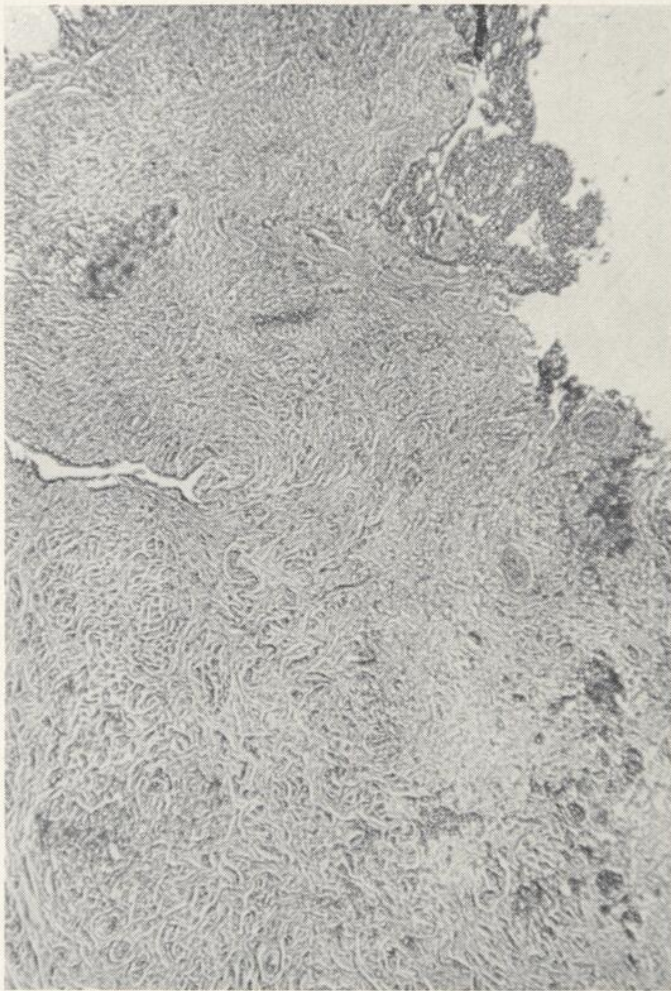


Fig. 2. — Fragment de tissu fibreux dense rétro-péritonéal. Il n'existe pas d'inflammation notable et le collagène est abondant.

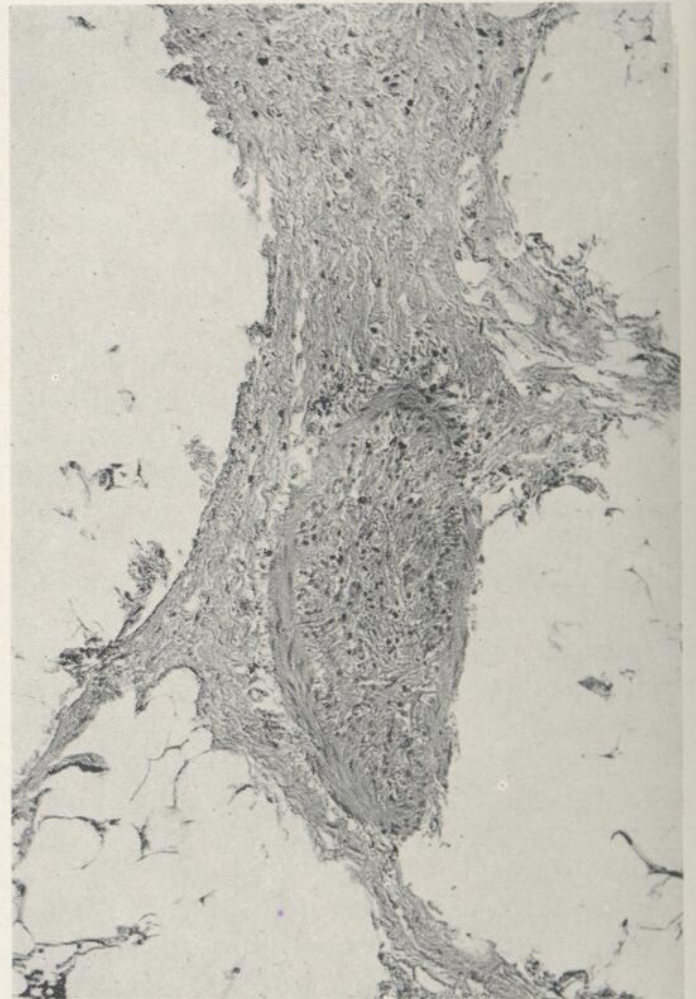


Fig. 3. — Fragment de tissu fibro-adipeux centré d'un vaisseau à lumière comblée par une prolifération intimale. La paroi est infiltrée de lymphocytes.

avec de multiples dilatations et rétrécissements. Par une incision longitudinale à sa portion proximale, on peut ensuite passer facilement une sonde Nélaton no 10 jusqu'à la vessie. L'uretère est déposé, un peu en dehors de son lit fibreux, sur un amas de graisse péri-rénale. Des fragments du manchon fibreux sont prélevés pour examen histologique. 2. Lombotomie gauche sous-costale. L'uretère est également entouré d'un manchon fibreux sur une longueur semblable. Il est un peu moins dilaté cependant et la fibrose qui l'entoure semble

fois un centre germinatif. Quelques vaisseaux ont une paroi épaisse et montrent une prolifération scléreuse de leur intima qui amène une diminution marquée de la lumière. Cette image n'est pas pathognomonique mais elle est compatible avec le diagnostic de fibrose rétropéritonéale. (docteur C. G. McKay) (fig. 2 et 3).

Les suites post-opératoires sont un peu difficiles, mais tout de même pas trop orageuses malgré des étourdissements et un état nauséux assez constant. Le dosage urinaire se maintient entre 1,000 et

1,500 cc. Cependant l'urée, au lieu de s'abaisser, s'élève à 261, puis à 330 mg. %. Devant cette complication, nous décidons de placer deux sondes urétérales à demeure pour réduire les coudures possibles des uretères et favoriser le drainage. Dès ce moment, l'état général s'améliore, le débit urinaire s'amène autour de 2,000 cc., et finalement l'urée s'abaisse en quelques jours, d'abord à 225, puis à 40 mg. %. La malade reçoit son congé trois semaines après l'intervention chirurgicale.

Elle est revue à l'hôpital pour contrôle au mois de novembre suivant. La convalescence a été un

persiste une distension des cavités rénales droite et gauche et des uretères, mais cette distension est beaucoup moins importante qu'elle ne l'était en juillet dernier (fig. 4). Malheureusement, la patiente a été contrainte de quitter l'hôpital avant qu'une pyélographie rétrograde ne fût pratiquée.

Conclusion

Dans la série de cas déjà publiés, plusieurs mortalités pré ou post-opératoires ont été rapportées. Les chances de survie sont donc en rapport avec la précocité du diagnostic et avec le maintien, si possible, de l'équilibre post-opératoire. Cependant on a rapporté quelques cas qui montraient une évidence de récurrence après un certain temps, quoique Hutch, d'après une analyse d'un des cas de Raper, est d'opinion que le fait simplement d'ouvrir le fascia de Gerota peut prévenir l'extension ou la reprise de la lésion.

Il est trop tôt pour porter un pronostic éloigné sur le sujet de notre observation, mais un contrôle périodique de la fonction rénale devrait aider à restreindre l'évolution vers une insuffisance aiguë ou chronique.

Summary

A personal case of retroperitoneal fibrosis has been presented. Symptomatology, etiology, pathology, treatment and end results have also been discussed.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) CAMERON, D. G.; ING, S. T.; BOYLE, M., et MATHEWS, W. H.: Idiopathic mediastinal and retroperitoneal fibrosis. *C. M. A. J.*, **85**: 227, 1961.
- (2) CIBERT, J.; DURAND, L., et RIVIERE, C.: Les compressions urétérales par sclérose du tissu celluloadipeux péri-urétéral: péri-urétérites primitives. *J. Urol. (Paris)*, **62**: 705, 1956.
- (3) CROAL, A. E.: Retroperitoneal fibrosis. *C. M. A. J.*, **85**: 793, 1961.
- (4) HACKETT, E.: Idiopathic retroperitoneal fibrosis. *Brit. J. of Surg.*, **46**: 3, 1958.
- (5) HAWK, Wm. A., et HAZARD, J. B.: Sclerosing retroperitonitis and sclerosing mediastinitis. *Am. J. of Clin. Path.*, **32**: 321, 1959.
- (6) HOFFMAN, W. H., et TRIPPEL, O. T.: Retroperitoneal fibrosis. *J. Urol.*, **86**: 222, 1961.
- (7) HUTCH, J. A.; ATKINSON, R. C., et LOQUVAM, G. S.: Perirenal (Gerota's) fasciitis. *J. Urol.*, **81**: 76, 1959.
- (8) ORMOND, J. K.: Bilateral ureteral obstruction due to envelopment and compression by an inflammatory retroperitoneal process. *J. Urol.*, **59**: 1072, 1948.
- (9) ORMOND, J. K.: Idiopathic retroperitoneal fibrosis. *J. A. M. A.*, **174**: 1561, 1960.
- (10) POPHAM, B. I., et STEVENSON, T. D.: Idiopathic

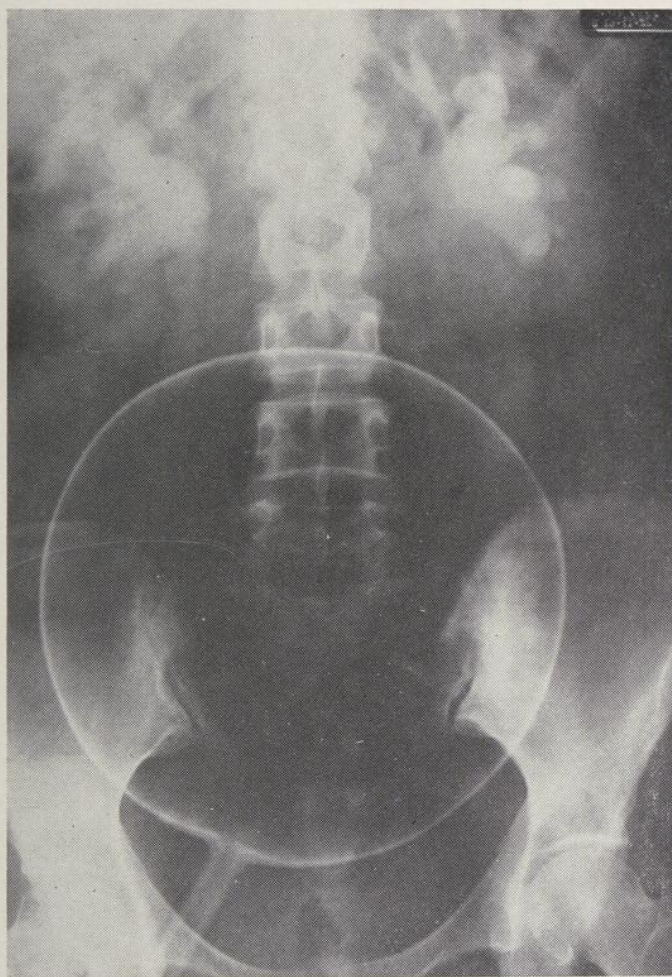


Fig. 4. — Réduction marquée des dilatations rénales trois mois après urétérolyse bilatérale.

peu prolongée, mais tout trouble a disparu sauf quelques étourdissements. A l'arrivée, la tension artérielle est à 180/90, et par la suite entre 120 et 150 de maxima. Les urines montrent des traces de pus, mais la culture est négative. L'urée est à 42 mg. %, la créatinine à 1.75 mg. % et le PSP à 45 %.

A la pyélographie endo-veineuse, le colorant est éliminé en temps normal par les deux reins. Il

retroperitoneal fibrosis associated with a coagulation defect. *Ann. of Int. Med.*, 52: 894, 1960.

- (11) RAPER, F. P.: Bilateral symmetrical periureteric fibrosis. *Proc. Roy. Soc. Med.*, 48: 736, 1955.
 (12) RAPER, F. P.: Idiopathic retroperitoneal fibrosis involving the ureters. *Brit. J. of Urol.*, 28: 436, 1956.
 (13) SHAHEEN, D. J., et JOHNSTON, A.: Bilateral ureteral obstruction due to envelopment and compression

by an inflammatory retroperitoneal process: Report of two cases. *J. Urol.* 82: 51, 1959.

- (14) SIMON, H. B., et NYGAARD, K. K.: Ureteral obstruction due to idiopathic retroperitoneal fibrosis. *J. A. M. A.*, 174: 1569, 1960.
 (15) STUEBER, P. J.: Primary retroperitoneal inflammatory process with ureteral obstruction. *J. Urol.*, 82: 41, 1959.

DYSPHAGIA LUSORIA

J. MANZI, C. GENDREAU et J.-M. BEAUREGARD, F.R.C.P. (C),
 Service de Médecine, Hôpital Général de Verdun (Montréal).

HISTORIQUE

L'anomalie de l'artère sous-clavière droite est loin d'être rare: Holzapfel (15) en avait réuni 200 cas, en 1889. D'après certains anatomistes, sa fréquence est estimée entre 0,4 p. 100 et 1,6 p. 100 (7). Mais elle ne constitue pas une simple curiosité anatomique; elle peut donner lieu, avec une fréquence moindre il est vrai (7), à des manifestations cliniques bien délimitées.

La première description anatomo-clinique est imputable à l'anglais Bayford (3) qui, le 2 juillet 1787, fit part à la Société Médicale de Londres, d'un « cas curieux d'obstruction de la déglutition »: il s'agit de l'observation d'une malade morte d'inanition après une série de troubles dysphagiques et dyspnéiques. L'autopsie révéla une artère sous-clavière droite aberrante passant entre l'oesophage et la trachée. Bayford désigna l'anomalie du terme de *dysphagia lusoria*, parce que à son époque une anomalie congénitale mineure était considérée comme un *lusus naturae*, c'est-à-dire une fantaisie de la nature (Fig. 1).

Observation.

Nous présentons l'histoire d'une malade, chez qui nous avons observé cette anomalie.

Il s'agit d'une patiente âgée de 23 ans, qui vient à l'hôpital à cause de dysphagie. Ce malaise dure depuis un an, mais est plus marqué depuis deux mois. Cette dysphagie est caractérisée par une sensation douloureuse localisée dans la région rétroxyphoïdienne. De plus, lors de la déglutition, la patiente a l'impression qu'elle va s'étouffer. La dysphagie apparaît aussi bien avec les aliments liquides qu'avec les solides; elle ne semble pas avoir progressé depuis son installation. Il n'existe pas de régurgitation.

La malade ne présente aucune symptomatologie ni signe de pathologie cardio-vasculaire. Les analy-

ses de laboratoire montrent une formule sanguine normale et un taux de fer sérique normal.

Ce syndrome dysphagique justifiait une étude radiologique.

Au cours du transit oesophagien, on put noter la présence d'une encoche oblique sur le trajet oeso-

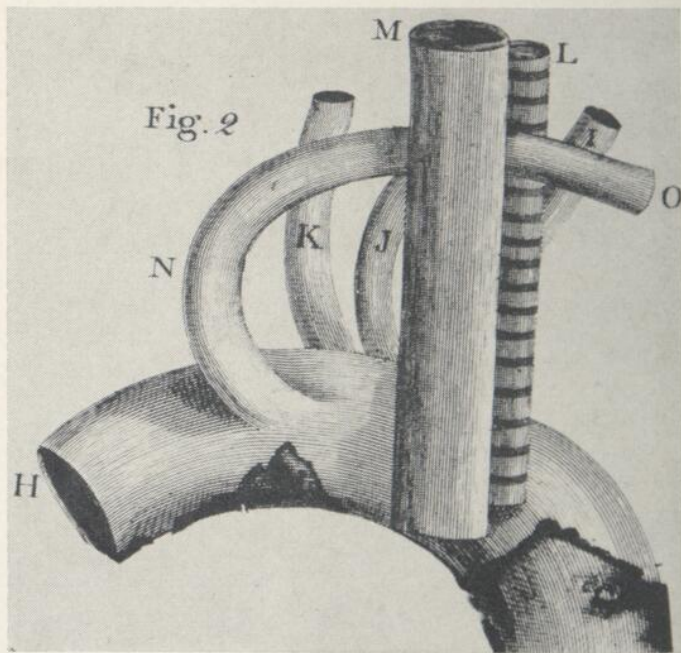


Fig. 1. — Vue postérieure de l'arc aortique ainsi que la trachée et l'oesophage; G: aorte ascendante; H: portion de l'aorte descendante; I: artère carotide droite; J: artère carotide gauche; K: artère sous-clavière gauche; L: trachée; M: oesophage; NO: artère sous-clavière droite. in: *Mem. Med. Soc. of London*, 2: 274-275 (24) 1789.

phagien à peu près au sommet de la crosse aortique: image de compression oblique par une artère à trajet anormal, à savoir « l'arteria lusoria » (Fig. 2 et Fig. 3). Le reste du transit pharyngo-oesophagien est cependant normal. On put dire, à la scopie, que cette anomalie ne gêne pas beaucoup du point de vue fonctionnel. (Dr Marcel Leblanc, radiologiste).

COMMENTAIRES

Anatomie.

Dans cette anomalie, au lieu de naître de la division du tronc brachio-céphalique artériel en carotide et sous-clavière droites, l'artère sous-clavière droite naît de l'aorte elle-même au-delà de l'origine de la sous-clavière gauche (21). Pour rejoindre depuis le versant postérieur de la crosse aortique le creux sus-claviculaire, l'artère sous-clavière droite affecte une direction oblique de bas en haut et de gauche à droite. Ainsi, elle croise la ligne médiane

re d'une vertèbre, le rachis montre une empreinte (5).

D'autres malformations congénitales peuvent être associées à l'anomalie de l'artère sous-clavière droite: l'atrésie de l'oesophage (9), la maladie de Fallot (6), la coarctation de l'aorte (17).

Clinique:

Les manifestations cliniques peuvent survenir à tout âge: naissance (12), adolescence (10), adulte (4), vieillesse (11). L'exacerbation des symptômes peut survenir au cours de l'effort, dans le decubitus et même au moment des menstruations (3, 10). Les symptômes relèvent de la compression de la trachée ou de l'oesophage. Chez plusieurs patients, on peut les expliquer en partie par les changements que produit dans les vaisseaux, l'artériosclérose ou l'hypertension (18).

Les principaux symptômes accusés sont la dysphagie, la dyspnée; parfois leur sont associées régurgitations, sialorrhée, toux et douleur (18).

Radiologie.

Le diagnostic repose sur les constatations que fournit l'opacification de l'oesophage. Lorsque l'artère est rétro-oesophagienne, on voit une empreinte postérieure semi-lunaire, une lacune oblique en haut et à droite qui coupe la colonne barytée; le refoulement en avant de l'oesophage est parfois très marqué. En cas de variété pré-oesophagienne, on observe une encoche arrondie ou triangulaire sur le bord gauche et la face antérieure de l'oesophage; il n'y a aucune déviation de l'oesophage (2, 7, 8, 18, 20). (Fig. 3 et 4).

On peut faire appel à l'angiocardigraphie ou à l'aortographie pour révéler une anomalie inconnue de la sous-clavière droite (1).

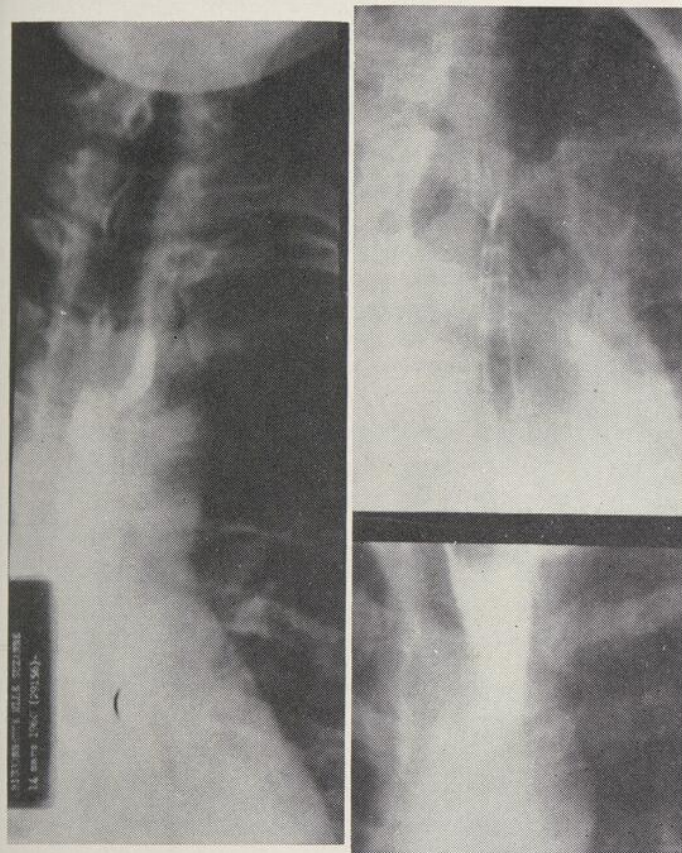


Fig. 2

Fig. 3 et 4

Fig. 2. — Oesophage, vue antérieure; dysphagia lusoria.
Fig. 3 et 4. — Dysphagia lusoria, oesophage, vue latérale.

soit en se glissant entre la trachée et l'oesophage, soit en cravatant le face antérieure de la trachée, soit en s'insinuant entre l'oesophage et le rachis (8, 10, 21).

Le calibre de l'artère est variable; à son origine, l'artère peut présenter une dilatation conique et même diverticulaire (diverticule de Kommerell) (16). Holzappel, discutant de cette dilatation initiale, était d'avis que sa présence était nécessaire pour qu'il y ait des signes cliniques (15). L'artère peut comprimer non seulement l'oesophage, mais aussi la trachée (10); parfois, sur la face antérieure

THERAPEUTIQUE

Cette anomalie n'a donné lieu qu'à de rares tentatives chirurgicales. En 1913, Girard (10) a eu recours à l'artériopexie. En 1946, Gross (12) a réséqué toute la portion de l'artère entre sa naissance et le bord droit de l'oesophage; en 1955, il publiait les résultats chirurgicaux portant sur 12 observations (13).

CONCLUSION

La connaissance de cette affection vient, sur le plan pratique, confirmer une des règles de l'oesophagoscopie — à savoir que celle-ci doit être précédée d'un examen radiologique de l'oesophage: l'anévrysme de l'aorte n'est pas la seule cause d'incidents (19).

Résumé

Nous avons présenté un cas d'artéria lusoria, cause rare de dysphagie, dont il faut cependant tenir compte dans nos considérations différentielles de ce symptôme. La revue de la littérature montre que cette anomalie n'est pas fréquente. Ceci confirme toutefois la loi de d'oesophagoscopie qui exige un examen baryté pour éliminer toute compression vasculaire capable de provoquer des accidents.

Summary

A case of dysphagia lusoria is presented with a review of the literature. In spite of its rarity, this anomaly should be considered in the differential diagnosis of dysphagia. In conclusion, may we add that this "whim of nature" confirms the necessity of a baryum investigation before esophagoscopy since an aortic aneurysm is not the sole possible vascular cause of accidents.

BIBLIOGRAPHIE

1. APLEY, J.: Congenital anomalies of the aortic arch and its branches. *Proc. Roy. Soc. Med.*, **42**: 918 (5) 1949.
2. ARKIN, A.: Double aortic arch with total persistence of the right and isthmus stenosis of the left arch: a new clinical and X-ray picture. *Am. Heart J.*, **11**: 444 (4) 1936.
3. BAYFORD, D.: An account of a singular case of obstructed deglutition. *Mem. Med. Soc. of London*, **2**: 271 (24) 1789.
4. BEAN, R. B.: Observations on a study of the subclavian artery in man. *Johns Hopk. Hosp. Bull.*, **15**: 203 (6) 1904.
5. BEVIER, G.: Anomalous origin of subclavian artery. *Anat. Rec.*, **9**: 785 (10) 1915.
6. BOHNSON, H. T., et BLALOCK, A.: Aortic vascular rings encountered in the surgical treatment of congenital pulmonary stenosis. *Ann. Surg.*, **131**: 356 (2) 1950.
7. BROMBART, M.: *La radiologie clinique de l'oesophage*. Page 202. Masson et Cie, édit., Paris, 1956.
8. FACQUET, J.; WELTI, J. J., et ALHOMME, P.: Dysphagia lusoria mortelle par anomalie de la sous-clavière droite. Nouveau procédé diagnostique. *Arch. Mal. du Coeur*, **48**: 582 (6) 1955.
9. FLUSS, Z., et POPPEN, K. J.: Embryogenesis of tracheoesophageal fistula and oesophageal atresia. *Arch. Path.*, **52**: 168 (2) 1951.
10. GIRARD, Ch.: Dysphagia und dyspnoea lusoria. *Arch. f. klin. chir.*, **101**: 997 (4) 1913.
11. COLDBLOOM, A. A.: The anomalous right subclavian artery and its possible clinical significance. *Surg., Gyn. and Obst.*, **34**: 378 (3) 1922.
12. GROSS, R. E.: Surgical treatment for dysphagia lusoria. *Ann. Surg.*, **124**: 532 (3) 1946.
13. GROSS, R. E.: Arterial malformations which cause compression of the trachea or esophagus. *Circulation*, **11**: 124 (11) 1955.
14. HARVEY, R. W.: Notes on two cases of anomalous right subclavian artery. *Anat. Record.*, **12**: 329, 1917-1918.
15. HOLZAPFEL, G.: Ursprung und verlauf der arteria subclavia dextra. *Anat. Hefte*, **12**: 369 (3) 1899.
16. KOMMERELL, B.: Verlagerung des "oesophagus durch eine abnorm verlaufende arteria subclavia dextra (arteria lusoria). *Fortschr. Röntgenstr.*, **54**: 590 (6) 1936.
17. MCGREGOR, M., et MEDALIE, M.: Coarctation of the aorta. *Brit. H. J.*, **14**: 531 (4) 1952.
18. PALMER, E. D.: Dysphagia lusoria, clinical aspects in the adult. *Ann. Int. Med.*, **42**: 1173 (6) 1955.
19. TERRACOL, J.; SWEET, R. H.: *Diseases of the Esophagus*, p. 170. Saunders, édit., Philadelphie, 1958.
20. WABNER, U. J.: Zur kenntnis der dysphagia lusoria. *Forts. Röntgenstr.*, **86**: 721 (6) 1957.
21. WALSCH, J. J.: Right subclavian artery arising from the lower part of the descending aorta. *Univ. Med. Med. Phil.*, **10**: 226 (2) 1897-1899.

REVUE GÉNÉRALE

ESSAI SUR L'ASPECT SOCIO-CULTUREL DE LA MALADIE MENTALE

J.-François SAUCIER¹

La médecine a toujours été consciente, au moins de façon intuitive, de l'influence du milieu sur la maladie, notamment la maladie mentale. On sait comment Hippocrate insistait déjà sur cet aspect intégral de l'observation clinique et cette attitude, à travers bien des vicissitudes, s'est transmise jusqu'à nous. Ainsi au début du siècle dernier, les « aliénistes » occidentaux, par exemple Esquirol (1838), Prichard (1835) et Parchappe, appuyaient sur le concept de *cause morale*. Cependant l'évolution vers une médecine plus scientifique par les recherches en physiologie de Claude Bernard, en anatomo-pathologie de Virchow, les découvertes bactériologiques de Pasteur et de Koch orientèrent l'attention psychiatrique vers les facteurs internes de la maladie mentale: de là la conception chère à Morel de l'« histoire naturelle de la folie », la découverte de la méningo-encéphalite syphilitique et du syndrome de Korsakov, et la synthèse de Kraepelin. Mais bientôt l'apparition simultanée de la sociologie constituée en science exacte, des mouvements psychanalytique, pavlovien et behavioriste ainsi que la création de l'hygiène mentale par Clifford Beers et Adolf Meyer fournirent un nouveau point de départ à une recherche socio-psychiatrique plus rigoureuse. Le travail *princeps* de Faris et Dunham (1939) sur l'écologie de la maladie mentale à Chicago, l'étude d'Odegaard (1936) sur la migration norvégienne au Minnesota ainsi qu'une large participation des psychiatres à l'organisation des armées au cours de la guerre 1939-45, fournirent l'occasion d'une prise de conscience de l'importance des facteurs sociaux dans la maladie mentale.²

Depuis lors, les travaux entrepris en ce domaine ont donné lieu à la publication d'un nombre astronomique d'études. Cet exposé, qui ne prétend donner qu'un aperçu schématique des plus intéressantes, se limitera à l'étude du milieu *humain* dans ses relations avec la psychose. Une première partie envisagera la variation statistique de la

maladie mentale relativement à divers aspects sociaux, et une deuxième intitulée « prospective » essaiera de déceler les tendances et les tâches futures de la socio-psychiatrie.

LA VARIATION STATISTIQUE DE LA MALADIE MENTALE.

Les premiers statisticiens au siècle dernier, par exemple Guerry (1833) et Quetelet, avaient été frappés au premier abord par la remarquable stabilité des comportements sociaux. C'est ainsi qu'avec le recul des années, on a pu calculer, dans les pays de l'Occident, les taux constants des maladies mentales. C'est cette stabilité de base qui donne toute sa signification aux variations transitoires de la statistique, les autres conditions étant présumées égales par ailleurs.

Tout en tenant compte de la statistique psychiatrique, on ne doit pas cependant lui attribuer la précision qu'elle n'a pas. Les sociétés varient dans leur définition de la maladie mentale et les médecins également, comme on le voit dans la diversité des nomenclatures. Dans l'état actuel des connaissances, la psychiatrie ne peut faire un diagnostic étiologique comme pour une typhoïde, et son objectif se limite à ce que Kurt Schneider appelle une « typologie différentielle ». Enfin, la plupart des statistiques ayant leur source dans les hôpitaux mentaux, on peut se demander, suivant Goshen (1961), si elles ne mesurent pas plus fidèlement la prospérité des Etats ou le taux d'utilisation par la population environnante.

1. *Universalité de la maladie mentale.*

Avant d'aborder une question d'une telle envergure, il est à propos de faire deux remarques préliminaires. Tout d'abord, il faut se garder d'appliquer sans discernement aux autres cultures nos critères occidentaux, c'est-à-dire, pour reprendre le mot de M. Mead (1948), de pratiquer un « impérialisme psychiatrique » Opler (1959), Wittkower et Fried (1959) insistent avec raison sur la nécessité d'une formation ethnologique pour aborder ces problèmes. De plus, on trouve évidente, à travers plusieurs travaux, l'influence subreptice d'une conception « naturiste » dont J. J. Rousseau

1. Service de psychiatrie infantile, Hôpital Ste-Justine, Montréal.

2. Pour une revue bien documentée des débuts de la socio-psychiatrie, cf. Dunham (1948), Le Guillant (1954), Chombard de Lauwe (1955) et Rosen (1959).

a été un représentant notable, et qui continue à infléchir certains jugements.

Esquirol (1838) attribuait la maladie mentale au stress de la civilisation. Plus récemment, Van Loon (1927) a tendance à la nier chez les primitifs, confirmé par Seligman (1929) sauf pour de brefs épisodes maniaques. Gallais et Planques (1951) en fait une conséquence de la « détribalisation » et Hare (1952) l'attribue au contact de la civilisation occidentale ou à une structure sociale semblable à la nôtre.

Carothers (1953) au Kenya, confirmé par Bau-doux (1950) au Congo Belge, admet un taux assez bas, le dixième du taux européen, de maladie mentale et incline vers l'hypothèse du conflit avec une culture étrangère.

Cependant, de nombreux auteurs ont observé sur place des troubles mentaux dans les sociétés exotiques, qu'ils attribuent uniquement à des influences internes. Ainsi Kraepelin (1904), Dhunjhoy (1930) aux Indes, Winston (1934), Landes (1938) chez les Indiens Ojibwa du Canada, Demerath (1942), Lin (1953) dans une étude poussée de tribus archaïques de Formose, Carpenter (1953) chez les Esquimos Aivilik, Lamont et Blignault (1953) chez les Bantous, Van der Hoeven (1956) chez les Papous, Roumajon en Indochine, Field (1958) au Ghana, Arieti et Meth (1959).

Clausen (1959) conclut que la maladie mentale existe chez tous les peuples, mais que, aussi bien chez les « primitifs », sa définition culturelle varie beaucoup. Aubin (1955) signale deux causes du taux de morbidité peu élevé chez les Africains: la première est la fréquente évolution *discontinue* de la maladie, consistant en brefs épisodes paroxystiques séparés par de longs intervalles libres; la deuxième est la tendance du patient et de tout son entourage à renier systématiquement la réalité de ces épisodes vécus comme une transgression intolérable: d'où l'impossibilité d'obtenir une histoire sûre des antécédents. Simons (1958) réclame la présence de psychiatres indigènes pour une évaluation objective de la situation dans ces cultures. Enfin on peut affirmer avec Yap (1951, 1960) que toutes les cultures offrent la possibilité de conflits affectifs et que ce serait une naïve erreur de croire à la « simplicité » des structures interpersonnelles chez les primitifs en regard de la complexité des nôtres.

2. Milieu urbain stable.

L'impression clinique générale et l'opinion de Stark (1851) de l'inégale répartition sociale de la

maladie mentale a été confirmée par une série de travaux récents dont les plus importants sont ceux de Faris et Dunham (1939), Davis (1938), Schroeder (1942), Green (1946), Clark (1949), Mayer-Massé (1955), Brook (1958) et enfin Hollingshead et Redlich (1958). Ceux-ci ont mené à New-Haven, Connecticut, une enquête complète concernant *tous* les malades psychiatriques, y compris les névrosés, soignés en 1950 dans les limites de la ville, dans les hôpitaux, les cliniques et en clientèle privée. En comparant les pourcentages sains et malades des différentes classes sociales ils ont obtenu le tableau suivant:

Classes	Population saine	(névroses et psychoses)	
		Malades	
(riches) I et II	11.3%	7.9%	
III	22.0%	13.3%	
IV	46.0%	38.6%	
(pauvres) V	17.8%	36.8%	

De plus, à l'intérieur de chaque classe, la répartition des névroses et des psychoses *sous traitement* était différente: dans les classes I et II, 65.3% des névroses et 34.7% des psychoses, alors que dans la classe V, 8.4% de névroses et 91.6% de psychoses. Enfin, le taux de la schizophrénie était neuf fois plus élevé dans la classe V que dans les classes I et II.

Dans le cadre de la même recherche, Myers et Roberts (1959) ont fait une étude contrôle de cinquante cas, névrosés et schizophrènes, des classes III et V, et ils ont découvert deux véritables sub-cultures très différentes par le type familial et collectif de socialisation auquel ils attribuent, plus qu'au facteur économique, la responsabilité des différences énoncées plus haut.

Cependant, Clausen et Kohn (1956) n'ont pas trouvé dans la petite ville de Hagerstown, au Maryland, la même conclusion relative à l'incidence de la schizophrénie et ils sont d'avis que les corrélations mentionnées plus haut sont d'autant plus significatives que les cités investiguées sont plus grandes. Ce qui remet en cause l'hypothèse du vagabondage (*drift*) qu'avait cru éliminer Faris.

Un problème corollaire est celui des minorités ethniques. Jusqu'ici, la plupart des minorités étudiées étant d'implantation récente, les résultats étaient impossibles à interpréter avec un degré minimum de certitude. Cependant, Faris et Dunham (1939) ont remarqué un taux élevé de schizophrénie chez les Blancs habitant les quartiers nègres de Chicago. Felix et Bowers (1948) ont trouvé un taux de morbidité psychiatrique plus élevé dans le groupe minoritaire que dans le groupe dominant.

Enfin, l'étude de deux communautés coexistantes depuis longtemps par le « Stirling County Study » de Leighton au Canada fournira d'intéressantes précisions sur le fait déjà connu d'une morbidité psychiatrique plus élevée dans les communautés bilingues.

3. Milieu rural stable.

Au siècle dernier, Prichard (1835) observait en Angleterre plus de malades mentaux à la campagne qu'à la ville. Par contre, Malzberg (1959) trouve dans l'Etat de New-York en 1950 presque deux fois plus de morbidité psychiatrique urbaine que rurale. Ces deux observations sûres ne sont pas contradictoires mais nous font mieux mesurer le changement social radical intervenu en Occident au cours du dernier siècle.

En fait, l'étude de la démographie rurale est très complexe en ce sens que tout ce qui est non-urbain inclut une foule de conditions sociales fort différentes. Faris (1934) soupçonnait, chez les isolés, les bergers par exemple, un taux élevé de pathologie mentale. Hyde et Kingsley (1944) ont trouvé chez les recrues militaires américaines les taux de rejet psychiatrique suivants en relation avec la densité démographique:

Taux de rejet	Densité démographique
12.1%	500 ou moins au « mile » carré
7.5%	de 500 à 1000 " " "
14.0%	20,000 ou plus " " "

En ce qui concerne les communautés rurales bien intégrées, les travaux de Eaton et Weil (1955), chez les Hutterites américains, ont remis en question bien des certitudes, en révélant un taux psychiatrique légèrement supérieur à celui trouvé par Lemkau (1942) dans la grande cité de Baltimore et légèrement inférieur à celui de l'Etat de New-York. De plus, cette population a un taux de psychose maniaco-dépressive quatre fois plus élevé que la schizophrénie alors que dans le reste des Etats-Unis le rapport des deux affections est inverse et dans une proportion encore plus grande. Arieti (1959) en a donné une explication partiellement sociologique.

A l'objection que cette collectivité close aurait une forte hérédité, on doit faire remarquer que les statistiques américaines (Malzberg, 1959) notent entre 1920 et 1950 une diminution de la psychose maniaco-dépressive de l'ordre de 60%, et qu'il faudrait alors expliquer cette baisse importante de l'influence héréditaire dans l'environnement socio-géographique immédiat des Hutterites. Quant à la question des mariages consanguins (*in breeding*)

dont on traite souvent en démographie rurale, les travaux de Sutter et Tabah (1951) ont élargi le problème en découvrant que les « isolats » (groupes consanguins calculés d'après la fréquence de mariages entre cousins) ne sont pas seulement situés en territoire rural, comme on s'y attend, mais aussi et parfois plus souvent, dans les grands centres urbains. En France, les grandes villes de Lyon, Bordeaux et Paris sont au bas de la liste des régions avec respectivement les chiffres de 740, 910 et 930. A Paris, par exemple, il y a plus de mariages consanguins que dans les quinze départements ruraux voisins. On voit que le brassage des populations est moins intense qu'on le prévoyait.

Il faudrait donc étudier de plus près dans les collectivités rurales les types d'organisation socio-culturelle qui favorisent l'apparition de la maladie mentale.

4. Changement socio-culturel.

A) *Mobilité horizontale ou géographique.* Depuis les anciens qui, comme Fraisse (1833), parlaient de la « nostalgie » pathologique des exilés, on a trouvé une corrélation constante entre transplantation et folie. Foville (1875), dans son étude sur les « aliénés migrants », professait déjà l'hypothèse « sélectionniste » qui sera longtemps celle des auteurs américains, tels que Hill (1910), Pollock (1912), Odegard (1936) et Dayton (1940). On a remarqué plus récemment (Gillon et Champion 1955) qu'un artefact administratif, i.e. la déportation obligatoire des migrants ayant fait un épisode psychotique au cours des cinq premières années de leur séjour, avait diminué la fidélité des statistiques américaines. Depuis la dernière guerre, le brassage énorme des populations a été l'occasion de nouvelles études; entre autres Merloo (1946), Cohen (1950), Tyhurst (1951), Lehmann (1953), Murphy (1955) et Eitinger (1959). De même le mouvement migratoire provoqué par la révolution hongroise de 1956 a été l'objet de nombreux travaux dont ceux de Hoff (1958), Koranyi (1958), Hinkle (1958), Mezey (1960) et Meszaros (1961).

Daumezon et Champion (1955), étudiant l'émigration temporaire d'une population jeune de souche algérienne venue chercher du travail en France, ont trouvé, du point de vue psychiatrique, deux phases critiques de trois et de six mois après la date de transplantation, suivies d'une baisse constante de la morbidité dans les années subséquentes; des résultats très voisins ont été obtenus, de façon indépendante, par Merloo (1946), Curle et Trist (1947), Tyhurst (1951), Lehmann (1953) et Lysgaard (1955).

D'autre part, on a remarqué que si l'insertion sociale se fait rapidement, par l'obtention d'un travail, par un bon contact avec le nouveau milieu, et par une initiation rapide à la langue de l'ambiance, les conditions favorables à l'éclosion d'un délire de persécution ou de « relation primaire » (dans le sens de K. Schneider) sont considérablement diminuées. Quant aux groupes migrants bien intégrés, on a bien noté, entre autres Alliez (1953), leur faible morbidité psychiatrique à la première génération mais suivie à la deuxième d'une hausse du taux, rendant compte des difficultés de l'adaptation différée.

La migration intérieure, essentiellement de la campagne à la ville, révèle les mêmes mécanismes. Malzberg (1936) trouve chez les Blancs de naissance américaine mais originaires d'un autre Etat un taux trois fois plus élevé que pour les New-Yorkais. Torrubia (1955) note une corrélation stable entre le taux de la pathologie et le degré de différence de l'évolution socio-culturelle; ainsi chez les bonnes bretonnes à Paris, le taux de l'Argoat (Bretagne intérieure) est supérieur à celui de l'Armor (Côtes de Bretagne). Enfin, le récent mouvement migratoire américain des classes favorisées vers la banlieue et la campagne nous promet des études intéressantes.

Il ressort de ces considérations (voir Malzberg et Lee 1956) que si l'hypothèse sélectionniste est encore valable, on doit reconnaître aujourd'hui une influence réelle du changement de milieu sur l'incidence pathologique. Il faudrait comme Mezey (1960) apporter une attention minutieuse au bilan psychiatrique pré-migratoire et tenir compte également, dans l'établissement des taux de comparaison, de l'origine socio-économique des transplantés. Murphy (1955) fait justement remarquer que la plupart de ces derniers étaient déjà dans leur pays membres de la classe la plus défavorisée, celle précisément où Faris et Dunham (1939) et Hollingshead et Redlich (1958) ont trouvé le risque de schizophrénie le plus élevé.

B) *Mobilité verticale ou sociale.* La mobilité sociale étant un facteur extrêmement complexe et difficile à saisir pour le sociologue, il va de soi que ses rapports avec la psychopathologie n'ont reçu qu'une étude d'approche avec Merton et Kitt (1950) et Ellis (1952). D'autre part, Lystad (1957) et Morrison (1959) trouvent une mobilité descendante chez les schizophrènes alors que Hollingshead et Redlich (1958) constatent, de leur côté à New-Haven, aucune mobilité chez les schizophrènes de

la classe V et une mobilité ascendante, plus importante que celle des névrosés, dans la classe moyenne (III).

Quoi qu'il en soit, Myers et Roberts (1959) ont bien montré que le changement de classe exige une adaptation à une culture différente et une phase d'isolement consécutive à la rupture des liens avec le passé et la non acceptation par le nouveau milieu. D'une certaine façon, les migrants sociaux sont les sujets de graves conflits lorsque l'idéologie de la société encourage leurs aspirations vers un statut supérieur sans toutefois leur en donner les moyens ou leur en indiquer les aspects négatifs.

C) *Transformation du cadre socio-culturel.* Si les diverses civilisations n'ont jamais connu d'équilibre statique, il est indéniable que nous assistons depuis un siècle à une accélération générale du processus historique. Plusieurs études sociologiques, dont celles de Childe (1951), Steward (1955) et L. A. White (1959) dans les plus récentes, ont essayé de mieux saisir les caractéristiques de cette évolution.

Du point de vue psychiatrique, Leenhardt (1948), Gallais et Planques (1951), Carothers (1953) et Balandier (1958) ont évoqué le phénomène de la « détribalisation » dans les pays exotiques. Partout le changement culturel, surtout si le point de départ est archaïque, produit des tensions psychologiques dont la folie se révèle comme le point de rupture. Les pays occidentaux également sont en constante transformation et cela explique probablement pour une part l'augmentation progressive du taux de morbidité psychiatrique constatée par Dayton (1940) aux Etats-Unis, Greenwood, Martin et Russell (1941) en Angleterre et Duchêne (1952) en France. Si cette augmentation a été expliquée par Goldhamer et Marshall (1953) par le progrès de la technique médicale et la hausse du taux de la pathologie sénile, Malzberg (1959) prouva récemment par des statistiques corrigées pour le sexe et l'âge sur la base de 1920, qu'entre cette date et 1950 le taux des premières admissions dans l'Etat de New-York a augmenté réellement dans la proportion de 37 pour cent.

On semble admettre maintenant que cette augmentation générale de la maladie mentale n'est pas due à la complexité de la civilisation urbaine (par rapport à une mythique « simplicité » des sociétés archaïques ou rurales), mais bien à la « complexification » progressive des structures, ce qui fait que la préparation acquise au premier temps de la vie se révèle inadéquate et « dépassée » par l'événement à l'âge adulte.

5. Milieu gravement menacé.

La constatation « paradoxale » faite par Esquirol (1838) de la diminution du taux de la maladie mentale et du suicide en temps de guerre a été confirmée depuis par une imposante série de travaux: Legrand du Saulle (1873) et Baillarger pour la guerre de 1870, et pour les deux guerres mondiales, les études de Hemphill (1940) en Angleterre, Dellaert (1943) en Belgique, Abély (1944) et H. Ey et Cornavin (1948) en France, Gilyarovski (1947) en Russie, Odegaard (1954) en Norvège et enfin Porot (1956) récemment en Algérie. Ce fléchissement de la courbe est même constaté dans les pays non touchés directement par la guerre, tel que rapporté par Sommer et Harman, dans l'Illinois, et Malzberg (1959), à New-York.

Le plus souvent, le fléchissement est brusque au début des hostilités, mais à mesure que celles-ci se prolongent, surtout après deux ou trois ans, l'effet soi-disant « favorable » diminue de façon importante.

En ce qui concerne les graves conflits internes, que ce soit les crises économiques qui, le plus souvent, sont interprétées de façon persécutoire par les masses, ou la guerre civile ouverte, il est difficile d'obtenir des corrélations constantes. Il est certain cependant que le taux de morbidité ne baisse pas, et on a remarqué parfois, comme Lecomte (1937), une légère augmentation des troubles mentaux. Ce qui laisse à penser que la permissibilité de l'agressivité n'est bénéfique que dans des conditions admises, c'est-à-dire dans la guerre internationale seulement. Hare (1952) et Bernard (1955) concluent alors au renforcement de la cohésion sociale comme concept explicatif de tous ces faits.

6. De nombreuses autres variables ont fait l'objet de recherches attentives. Les corrélations trouvées par Durkheim entre état civil et suicide, essentiellement taux bas pour marié et veuf, taux élevé pour célibataire et divorcé, ont été confirmés souvent, entre autres par Odegaard (1953), en ce qui concerne la pathologie mentale.

Le logement n'a été que peu étudié en tant que variable indépendante. Une étude remarquable de Mme Chombard De Lauwe (1959) sur logement et troubles du comportement chez l'enfant a pu déterminer un seuil dangereux de huit à dix mètres carrés par personne. De même Lowe et Garret (1959) ont pu prouver que les mauvaises conditions de logement étaient plus nocives que l'isolement social *per se*, tel que mesuré par le nombre de

logis à une seule personne. Enfin, Wilner et Warkley (1960) ont fait une revue intéressante de la question.

Rares aussi sont les travaux sur la profession. Mira (1937) a étudié la question dans les milieux universitaires (toxicomanie et artistes, etc.), Bégoïn (1958) chez les téléphonistes, plusieurs autres sur le personnel des compagnies d'aviation. Sivadon et Levy-Klein (1951) font cependant remarquer que les corrélations sont plus fidèles avec le statut social qu'avec le milieu professionnel lui-même.

Enfin, on a l'impression d'un nouveau départ en microsocio-psychiatrie. Après la série imposante de travaux sur la famille, tels que ceux de Shaw et Mackay (1932), Wallenstein (1937), Dayton (1940), Heuyer (1942), Slater (1944), Erikson (1950) et Delay, Deniker et Green (1959), on constate maintenant dans les recherches d'Ackerman (1954) sur le diagnostic familial et de Spiegel et Kluckholm (1954), une approche plus scientifique de la structure du groupe familial en tant que tel.

Bien d'autres corrélations hâtives avaient été établies au sujet des races et des religions, mais une critique avertie a démontré que pour la plupart, les structures socio-culturelles sous-jacentes étaient les facteurs importants.

7. Essai de généralisation.

D'une telle masse de faits et de corrélations, souvent fort disparates d'ailleurs, il est évident qu'on ne puisse tirer quelques simples conclusions. Cependant, la recherche de facteurs-clefs, à la condition de ne pas y adhérer trop massivement, peut faciliter les études ultérieures.

Si Esquirol (1838) attribuait la maladie mentale à la civilisation, Tuke (1878) affinait cette hypothèse en l'attribuant à la plus grande fragilité de l'homme civilisé. Au cours de ce siècle, de larges enquêtes sociologiques ont modifié la perspective: Faris et Dunham (1939) et Blumer (1937) ont insisté sur les espaces de désorganisation sociale comme étant une cause fréquente (*breeder hypothesis*) de pathologie mentale. Après les essais de Rodger (1948) et MacCurdy (1950), Hare (1952) généralise en ramenant un grand nombre de conditions nocives à une rupture de la communauté sociale et à l'isolement psychologique qui en résulte. Les études subséquentes de Lilly (1956) et de Hebb (1955) sur la privation sensorielle et la production de phénomène hallucinatoires ont confirmé expérimentalement ces vues.

Cette généralisation nous semble cependant confinée à l'explication des seules tendances patho-

logiques de notre époque et elle peut suggérer en retour une vision quelque peu idyllique de la « *Gemeinschaft* » de Tönnies, de ces groupes primaires dont la dislocation serait la cause essentielle de la psychopathologie contemporaine.

Car il est tout de même curieux de constater la véritable précipitation avec laquelle les populations rurales de tous les pays ont depuis le début de la période industrielle, délaissé le soi-disant paradis des communautés du face-à-face. Cette « libéralisation de la communication » (Chombard de Lauwe, 1959) a été accueillie partout avec enthousiasme, et en dépit des efforts conjugués des Eglises et des Gouvernements de certains pays, la désertion des campagnes ne s'est pas interrompue. L'étude approfondie de la communauté rurale des Huttérites par Eaton et Weil (1955) suggère que le groupe primaire a lui aussi ses limitations, et que ce genre de vie communautaire peut favoriser une psychopathologie assez élevée, quoique de type différent de celui des cités. En effet, si la schizophrénie semble avoir augmenté régulièrement en corrélation avec les facteurs contemporains d'isolement, il semble que la psychose maniaco-dépressive, plus fréquente en Occident au siècle dernier, plus fréquente encore aujourd'hui dans certaines régions du bassin méditerranéen et en Irlande (Gold, 1951), beaucoup plus élevée chez les Huttérites des Etats-Unis, relève d'une configuration socio-culturelle différente, qu'on pourrait provisoirement qualifier de « type patriarcal ». Utilisant pour sa part la classification de Riesman (1950), Arieti (1959) voit une corrélation significative entre psychose périodique et *inner-directed culture*. Enfin, si le déclenchement d'une guerre entraîne une chute brusque de la maladie mentale, expliquée par le renforcement de la cohésion sociale, il faut remarquer avec Bernard (1955) que cet effet s'épuise rapidement et qu'après deux ou trois ans, la courbe se relève de façon progressive pour dépasser parfois le niveau antérieur, la guerre durant toujours.

Ces faits conduisent à la correction des théories de Faris, Blumer et Hare. S'il est évident que la maladie mentale est fréquente dans les ères de *désorganisation sociale*, il semble qu'elle l'est également dans les espaces d'*hyperorganisation*. Si la rupture de la communication sociale est un facteur-clé de psychopathologie, le renforcement trop intense de celle-ci en est un autre. A l'isolement correspond la collectivisation. Dans la construction d'une échelle hypothétique des divers degrés de cohésion sociale, les conditions *optimales* pour la

santé mentale seraient représentées au centre, et les conditions *minimales* d'hypo et d'hypersocialisation le seraient aux extrémités. Ainsi se dessine la tâche d'une vaste recherche, celle de déterminer pour chaque ensemble socio-culturel le *risque écologique* de morbidité psychiatrique en précisant les deux *seuils critiques* de cette échelle. Dans la perspective durckheimienne de la société constituée d'un nombre variable de systèmes de représentations collectives ou de systèmes symboliques, on voit que sont également nocives la présence de conflits trop aigus et multiples et l'absence d'un *minimum* de ces conflits.

Enfin, dans une large perspective historique occidentale, on pourrait déceler depuis la Renaissance un mouvement irrépressible de dégagement des individus, se libérant des entraves de la socialisation traditionnelle. Ce mouvement ayant dépassé son but en aboutissant à l'individualisme et l'isolement, on voit se dessiner depuis le début du siècle un mouvement de sens contraire, ayant la mystique du groupe, et manifestant sa présence dans tous les pays industrialisés, qu'ils soient socialistes ou capitalistes: Lénine a pour correspondant Dewey. Dans un essai remarquable, « L'homme de l'Organisation », White (1956) a récemment mis en évidence, dans les grandes compagnies américaines, cette nouvelle croyance dans le groupe, source de toute création, et dans la nécessité du *belonging*, de l'*appartenance*. On a déjà lu ce mot dans Levy-Bruhl, il me semble.

Une autre question intéressante dont on pourrait pousser l'investigation dans le registre de la psychologie sociale, serait celle des composantes consciente et inconsciente du *lien social*. Dans son « Essai sur le don », Mauss (1923) a bien montré chez le primitif cette nécessité interne qui le force, sous peine de malheur grave, à *échanger* constamment et à participer totalement à la vie communautaire; chaque fois que cette participation est refusée, et singulièrement lors d'un épisode psychotique, il y a conviction générale d'une faute et de sa conséquence dans cette rupture du lien social. Cette mentalité prélogique a évidemment laissé des traces dans nos sociétés contemporaines. Car si l'on a bien décrit plus haut les situations de confusion psychologique expérimentées, par exemple par les migrants, il reste que cette simple difficulté d'adaptation à un nouveau milieu ne semble pas suffisante pour expliquer l'irruption de la folie. Ne faudrait-il pas rechercher, outre le facteur biologique de prédisposition, la présence d'une intense culpabilité dont la source serait chez les

uns (migrateurs, délaissés, détribalisés) l'abandon effectif de la communauté primaire, et chez les autres le désir refoulé de cet abandon. Les études sociologiques sur le consensus (Newcomb, 1959) semblent devoir envisager ces composantes affectives de fidélité, de trahison et d'expiation, et retrouver ainsi la grande intuition de Marcel Mauss.

PROSPECTIVE

Il peut être intéressant enfin de dégager les tendances actuelles de la socio-psychiatrie et d'envisager ses tâches futures sous le double aspect théorique et pratique qu'elles comportent.

1. On constate jusqu'ici que des groupes d'experts d'orientations assez différentes ont fait d'imposantes recherches épidémiologiques pour aboutir à des résultats souvent contradictoires. Par exemple, certains services d'hygiène publique, fiers à bon droit de leur incontestable succès dans le « nettoyage » de la variole, de la typhoïde ou de la tuberculose, ont entrepris la chasse à la maladie mentale. Confiants dans leurs méthodes éprouvées, remarque Goshen (1961), ils donnent l'impression de continuer à chercher le germe, le vecteur, le mode de transmission, comme si la maladie mentale était d'origine obscurément infectieuse. De même, d'imposants travaux de génétique psychiatrique, dont Kallman (1959), Bök (1960) et Jackson (1960) ont fait une synthèse récente, scotomisent parfois les facteurs sociaux les plus évidents. D'autre part, certaines études sociologiques ont comme présumé latent l'idée que la maladie mentale est simplement d'étiologie sociale et qu'on doit alors l'étudier avec les mêmes méthodes que pour la pauvreté ou l'analphabétisme.

On prend ainsi une conscience plus aiguë de la grandeur et du drame de la psychiatrie, du fait qu'elle se situe précisément à la frontière du biologique et du social. Ses diagnostics sont toujours relatifs à cause de sa dépendance de la tolérance et de la diversité socio-culturelles, et d'autre part elle se heurte constamment à ce que Freud appelait déjà le « mur de la biologie »; on voit mieux que la minimisation de l'un ou l'autre des versants aboutit inévitablement à un appauvrissement de la science psychiatrique.

Dans l'état actuel des connaissances, on peut affirmer que nous sommes en présence de plusieurs séries de corrélations auxquelles on attribue communément une valeur étiologique primaire ou secondaire selon le degré de familiarité que l'on a avec tel ou tel genre d'études. Cependant, il est

possible, en schématisant, de tirer provisoirement les deux conclusions réciproques:

- a) La nocivité des conditions socio-culturelles est un révélateur de la présence de prédispositions hérédo-constitutionnelles;
- b) La fragilité hérédo-constitutionnelle est un révélateur de la présence de mauvaises conditions socio-culturelles.

Pour arriver, dans une certaine mesure, à mieux distinguer la biologie de la sociologie toujours intriquées dans la vie familiale du malade concret, il faudra un grand effort de raffinement des méthodes et de coopération interdisciplinaire. Ainsi pourra-t-on espérer d'obtenir avec plus de précision, les calculs du risque héréditaire et du risque écologique dans chaque cas.

2. La méthodologie de la socio-psychiatrie a évolué sensiblement depuis les premières recherches d'Esquirol (1838). L'introduction de l'analyse mathématique en statistique, l'emploi des courbes pondérées corrigées, standardisées ont donné plus de précision aux travaux. L'accumulation énorme des données, surtout depuis la dernière guerre, a entraîné plusieurs essais sur les méthodes de l'épidémiologie dont ceux de Lemkau (1956), Dunham (1957), Morrison (1959), Reid (1960) et un groupe d'experts de l'O.M.S. (1960).

Une autre tendance intéressante, influencée par l'ethnologie, se dessine. Du type scientifique « aristotélicien » de l'induction, on tente de passer au type « galiléen », i.e. hypothético-déductif: de la construction d'un modèle théorique élaboré, on déduit des conclusions logiques dont on vérifie ensuite la réalité dans une expérimentation. Ainsi Radcliffe-Brown (1930) construisit un modèle théorique des systèmes de parenté australiens et en déduisit la présence de tel système dans une région encore inexplorée. La confirmation éclatante de son hypothèse par une expédition fut un grand moment dans l'histoire des sciences humaines de ce siècle.

De même on s'oriente vers l'utilisation de la mathématique qualitative dont les premiers travaux remontent au siècle dernier. Que ce soit au moyen de la théorie des groupes, de la topologie, du calcul matriciel, de la théorie des jeux (Von Neumann, 1944) ou bien des récentes contributions de Wiener (1948) sur la cybernétique ou de Shannon et Weaver (1950) sur la théorie mathématique des communications, la voie est ouverte pour un développement prometteur d'un langage mathématique de base.

Aussi intéressantes sont les études de construction théorique en ethnologie et sociologie, et les discussions de Radcliffe-Brown (1952), Parsons (1951), Merton (1949), Homans (1951), Levy - Strauss (1950) et Firth (1956) sur la « fonction », par exemple à savoir si la maladie mentale a la fonction (instrumentale) de... ou est fonction (mathématique) de telle organisation sociale. Même intérêt dans les nombreux travaux sur le concept de « structure » sociale.

La théorie de la communication est un phénomène exemplaire de l'approche interdisciplinaire du XX^e siècle scientifique. Étudiée à tous les points de vue, mathématique, linguistique, ethnologique, économique et sociologique, elle rejoint les travaux psychiatriques de Sullivan (1953) et de Ruesch et Bateson (1951). La communication, en effet, est un phénomène social omniprésent, à partir de l'échange superficiel des messages, verbaux ou non, ensuite à l'échange des biens et services, dont les économistes modernes de Keynes à Perroux (1960) ont retrouvé l'aspect proprement psychologique, pour aboutir enfin au troisième niveau stratégique, celui de l'échange des femmes dont Levy-Strauss (1949) a fait une analyse structurale. On voit par ces quelques exemples les larges perspectives ouvertes sur l'avenir.

3. La socio-psychiatrie ne doit pas s'isoler également en ce qui concerne l'interprétation de ses conclusions. Sinon, on pourrait affirmer qu'en Occident les sociétés « optimales » seraient celles en guerre, ou bien en oubliant la forte criminalité, démontrer par le taux de morbidité psychiatrique la primauté des sociétés archaïques. Aussi, doit-on envisager le problème dans une perspective plus générale, et ce pour deux raisons suggérées d'ailleurs par la psychiatrie elle-même. En effet, on se souvient que le malade mental d'une telle culture peut être perçu ailleurs comme vagabond, sorcier ou même criminel. D'autre part, les recherches psycho-somatiques ont révélé dans plusieurs cas l'alternance de la psychose et de la maladie physique comme l'allergie grave, mettant en évidence une quelconque équivalence entre les deux termes.

C'est ici que peuvent être considérés les concepts génériques de « personnalité marginale » ou de « déviance ». On pourrait étudier dans le cadre de la déviance passive, la maladie mentale, la maladie physique chronique, le vagabondage, l'alcoolisme et la toxicomanie, et dans le cadre de la déviance active, la criminalité et les sectes extrémistes. Pour avoir une vision élargie de la sociologie comparative, il conviendrait d'observer les

diverses corrélations entre ces activités marginales et leur relation globale avec chaque type de culture, les degrés de tolérance, la sélection des « rôles » de malades (maladie noble et maladie honteuse), les fonctions de boucs émissaires et les manifestations réciproques de sadisme et de masochisme.

4. Enfin, du point de vue pratique, le problème majeur du XX^e siècle sur tous les continents est celui de l'adaptation à la civilisation technique ou industrielle. Celle-ci a non seulement apporté un radical changement de vie mais de plus, ainsi que noté par Colin Clark, Fourastié et Rostow, impose un rythme constant de *croissance* économique, situation très différente de la relative stagnation des époques antérieures. Il convient donc d'étudier à fond dans les pays les plus avancés les conséquences socio-culturelles et socio-psychiatriques du processus de l'industrialisation. Aron (1957) en réduit les modalités caractéristiques à l'urbanisation, la salarisation ou disparition progressive des économiquement indépendants, la différenciation ou spécialisation selon la qualification technique avec tendance à l'émiettement des métiers (Friedman, 1960) et à l'automatisation, et enfin l'augmentation constante du niveau de vie avec apparition de l'abondance et augmentation des loisirs, bien analysées par Galbraith.

L'autre problème urgent est celui du passage brusque des cultures archaïques à la civilisation industrielle, et de l'étude sur place des moyens propres à faciliter cette transition. Ainsi, Nadel (1946) a montré que le contact de la civilisation technique entraînait moins de psychopathologie chez certaines tribus où s'exerçait librement le shamanisme que chez celles où il n'existait pas. Balandier a fait d'autres observations du même intérêt en Afrique, mais il appert que ces recherches sont encore à l'état embryonnaire: il importe de les poursuivre rapidement.

CONCLUSION

De ces quelques considérations sur les nombreuses corrélations, de plus en plus précises, entre psychopathologie et variables du milieu, il ressort clairement que ce qu'on appelle depuis peu la socio-psychiatrie est en voie de se dégager des affirmations générales et des préjugés philosophiques pour constituer un *appoint intéressant* à la science psychiatrique. Elle a depuis quelques années sa revue internationale,¹ elle a sa rubrique régulière en

1. The International Journal of Social Psychiatry.

plusieurs publications, ses congrès et, déjà, son folklore. Elle a beaucoup contribué à la naissance de la sociologie de la médecine et a déjà imprimé sa marque dans la rédaction de l'histoire de cas psychiatrique de plusieurs grands Instituts. Enfin, à la condition de ne pas *minimiser* les aspects complexes, *notamment biologiques*, de la science dont elle est un récent développement, la socio-psychiatrie a la possibilité d'un rôle de premier plan dans les études interdisciplinaires de l'avenir.

Résumé

L'article est une revue des variations statistiques de la maladie mentale (psychose) en rapport avec divers facteurs socio-culturels, tels que la diversité des cultures, l'urbanisation, le milieu rural, la mobilité géographique, la mobilité sociale, la transformation du milieu et l'apparition de la guerre. En conclusion, il semble que non seulement l'isolement et la désorganisation sociale soient responsables de psychopathologie, mais également l'hyperorganisation et la socialisation trop poussées telles qu'observées dans certaines collectivités rurales. Au point de vue psychologique, il semble que la rupture ou la tentation intense de rupture du lien social produisent une forte culpabilité qui soit apte à favoriser l'irruption de la crise psychotique.

La seconde partie traite des rapports des facteurs sociaux et hérédito-constitutionnels, des progrès récents de la méthodologie et de la statistique, des relations de la socio-psychiatrie avec la criminologie et la sociologie, de l'industrialisation des sociétés archaïques et autres. Il ressort de cette enquête que l'étude des aspects socio-culturels est un *appoint intéressant* à la psychiatrie et qu'à la condition de ne pas *minimiser* les aspects complexes notamment biologiques de celle-ci, le socio-psychiatre a la possibilité de jouer un rôle de premier plan dans les études interdisciplinaires de l'avenir.

Summary

This article is an extensive review of the statistical variations of mental illness (psychosis) in relation to many socio-cultural factors as diversity of cultures, urbanisation, rural milieu, geographical mobility, social mobility, socio-economic transformation and war. In conclusion, it seems that not only isolation and social desorganization are responsible for psychopathology, but also "hyperorganization" and too strong socialisation as observed in certain rural collectivities. Psychologically, it seems that the breaking or intense incitation to breaking the social link produces a strong guilt which may favor the irruption of the psychotic crisis.

Follows in the second part the study of relations between social and hereditary and constitutional factors, of recent

progress in methodology and statistics, of relations between social psychiatry and criminology and sociology of medicine, at last of the industrialization of primitive societies. It is concluded that the study of socio-cultural aspects is an *interesting addition* to psychiatry and, on the condition that one does not minimize its complex, particularly biological aspects, social psychiatry has the possibility to play in the future an important role in interdisciplinary studies.

BIBLIOGRAPHIE

- ABELY, X.: Diminution des psychoses et la guerre. *Presse Méd.*, 52: 179 (juin) 1944.
- ACKERMAN, N. W.: Interpersonal disturbances in the family. *Psychiatry*, 17: 359 (mai) 1954.
- ARIETI, S.: Manic-depressive psychosis. *Amer. Handbook Psych.*, Chap. 22, p. 419. Basic Books, New-York, 1959.
- ARIETI, S., et METH, J. M.: Rare, unclassifiable, collective and exotic psychotic syndromes. *Amer. Handbook Psychiatry*, Chap. 27, p. 546. Basic Books, New-York, 1959.
- ARON, R.: Le développement de la société industrielle et la stratification sociale. Centre Documentaire Universitaire, Paris, 1957.
- AUBIN, H.: *Ann. Médic.-psycho.*, 97: 1, 1939.
- AUBIN, H.: *L'homme et la magie*. Presses Universitaires de France, Paris, 1952.
- AUBIN, H., et ALLIEZ, J.: Socio-psychiatrie exotique. In *Encyclopédie médico-chirurgicale — Psychiatrie*, 377, 30-A10, Paris, 1955.
- BAUDOUX, M.: Forme et contenu des maladies mentales du Congo. *Soc. Belge Méd. Mentale*, 25 novembre 1950.
- BLUMER, H.: *Amer. J. Sociol.*, 42: 871 (juillet) 1937.
- BOOK, J. A.: *Milbank Memorial Fund Quart.*, 38: 193 (mars) 1960.
- BOWMAN, C. C.: Loneliness and social change. *Amer. J. Psychiat.*, 112: 194 (mars) 1955.
- BROOK, E. M.: *Month. Bull. Min. Health and P. H. Lab. Serv.*, 17: 208, 1958.
- CAROTHERS, J. C.: The African mind in health and disease; a study in ethnopsychiatry. *W H O*, Genève, 1953.
- CARPENTER, E. S.: Witch-fear among the Aivilik Esquimos. *Am. J. Psychiat.*, 110: 194 (mars) 1953.
- CHILDE, G. V.: *Social evolution*. Schuman, édit., New-York, 1951.
- CHOMBARD DE LAUWE, P.: La maladie mentale comme phénomène social. In *Etudes de socio-psychiatrie*. Monog. Inst. Nat. d'Hygiène, No 7, Paris 1955.
- CHOMBARD, DE LAUWE, P.: L'évolution des structures sociales. *Cours polycopié*, Paris, 1959.
- CHOMBARD DE LAUWE, Y.: Psychopathologie sociale de l'enfant inadapté. C. N. R. S., Paris, 1959.
- CLARK, R. E.: Psychoses, income and occupational prestige. *Am. J. Sociol.*, 44: 433 (juin) 1949.
- CLAUSEN, J. A., et KOHN, M. L.: The relation of schizophrenia to the social structure of a small city. *Am. Ass. Advanc. Sc.*, New-York, 1956.
- CLAUSEN, J. A.: The sociology of mental illness. In *Sociology Today*. Basic Books, New-York, 1959.
- COHEN, J.: Mental Health of homeless and transplanted persons. *Bull. Féd. mond. Santé mentale*, (août) 1950.
- CURLE, A., et TRIST, E. L.: Transitional communities and social reconnection. *Human Relations*, 2: 288 (avril) 1947.
- DAUMEZON, G.; CHAMPION, Y.; CHAMPION-BASSET, J.: L'incident psychopathologique sur une population transplantée d'origine nord-africaine. Monog. Inst. nat. Hygiène, No 7, *Et. Socio-Psychiat.*, Paris, 1955.
- DAVIS, K.: Mental hygiene and the class structure. *Psychiatry*, 1: (février) 1938.
- DAYTON, N. A.: *New facts in mental disorders*. Springfield, 1940.
- DELAY, J.; DENIKER, P., et GREEN, A.: Essai de description et de définition psycho-pathologique des parents de schizophrènes. IIème congrès intern. de Psychiatrie, 4: 49, Zurich, 1959.
- DELLAERT, R.: L'influence de la guerre sur le nombre des psychoses. *J. Belge Neurol. Psych.* (mars-avril) 1943.
- DHUNJIBHOY, J. E.: A brief résumé of the types of insanity commonly met with in India. *J. Ment. Sc.*, 76: 254 (mars) 1930.

- DUCHENE, H.: Aspect démographique, in *Misère de la psychiatrie. Esprit*, 20: 877 (déc.) 1952.
- DUNHAM, H. W.: Social psychiatry. *Am. Social Rev.*, 13: (avril) 1948.
- DUNHAM, H. W.: Methodology in social investigation of mental disorders. *Int. J. Soc. Psychiat.*, 3: 1 (janv.) 1957.
- DURCKHEIM, E.: *Le suicide*. Alcan, édit., Paris, 1897.
- EATON, J., et WEIL, R.: *Culture and mental disorders*. Free Press, édit., Glencoe, 1955.
- EITINGER, L.: The incidence of mental disease among refugees in Norway. *J. Ment. Sci.*, 105: 326 (mars) 1959.
- ELLIS, E.: Social psychological correlates of upward social mobility among unmarried career woman. *Am. Sociol. Rev.*, 17: 558 (mai) 1952.
- ESQUIROL, J. E. D.: *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*. Paris, 1838.
- EY, H., et CORNAVIN, J.: Psychose et événements de guerre. *Ann. Médico-psychol.*, 106: (avril) 1948.
- FARIS, R. E. L.: Cultural isolation and the schizophrenic personality. *Am. J. Sociol.*, 40: 155 (fév.) 1934.
- FARIS, R. E. L., et DUNHAM, H. W.: *Mental disorders in urban areas*. Chicago University Press, 1939.
- FELIX, R. H., et BOWERS: Mental hygiene and socio-environmental factors. *Milbank Memorial Fund Quart.*, (avril) 1948.
- FIRTH, R.: Function, in *Current Anthropology*, Chicago, 1956.
- FRAISSE, C.: *De la nostalgie*. Paris, 1833.
- FRIEDMAN, G.: *Le travail en miettes*. Presses Univ. de France, Paris, 1960.
- GALLAIS, P., et PLANQUES, L.: *Med. trop.*, 11: 5, 1951.
- GILLON, J. J.; DUCHENE, H., et CHAMPION, Y.: Pathologie mentale de la mobilité géographique. *Encycl. médico-chirurgicale — Psychiatrie*, 31: 37730-C10, Paris, 1955.
- GILYAROVSKI, V.: Soviet post-war psychiatry. *Amer. J. Psych.*, 104: 293 (fév.) 1947.
- GOLD, H. R.: Observations on cultural psychiatry during a world tour of mental hospitals. *Am. J. Psych.*, 108: 462 (avril) 1951.
- GOSHEN, C. E.: New interdisciplinary trends in psychiatry. *Am. J. Psychiat.*, 117: 916 (juin) 1961.
- GREEN, A. W.: The middle class male child and neurosis. *Amer. Sociol. Rev.*, 11: 31, 1946.
- GREENWOOD, M.; MARTIN, W. J., et RUSSELL, W. J.: *J. Roy. Statist. Soc.*, 104: 146 (février) 1941.
- GUERRY, A. M.: *Essai sur la statistique morale de la France*. Crochard, édit., Paris, 1833.
- HALBWACHS, M.: *Les causes du suicide*. Alcan, édit., Paris, 1930.
- HARE, E. H.: The ecology of mental disease. *J. Ment. Sci.*, 98: 579 (mars) 1952.
- HARE, E. H.: *Brit. J. Prev. Soc. Med.*, 9: 191 (fév.) 1955.
- HEMPHILL, R. E.: *J. Ment. Sc.*, 87: 170, 1941.
- HINKLE, L. E.: In Second seminar on the Hungarian revolution of 1956. Society for Investig. of Human Ecology, New-York, 1958.
- HOEVEN, J. A. Van der: Psychiatrisch-neurologisch Beobachtungen bei Papuas in Neu Guinea. *Arch. Psychiat.*, 194: 415 (avril) 1956.
- HOLLINGSHEAD, A. B., et REDLICH, F. C.: *Social class and mental illness a community study*. Wiley, New-York, 1958.
- HYDE, M. C., et KINGSLEY, L. V.: *New Eng. J. Med.*, 231: 271 (mars) 1944.
- JACKSON, D. D. (Ed.): *The etiology of schizophrenia*. Basic Books, New-York, 1960.
- KALLMAN, F. J.: *The genetics of schizophrenia*. Augustin, Locust Valley, New-York, 1938.
- KALLMAN, F. J.: The genetics of mental illness. In *Amer. Handbook Psychiatry*, chap. 8. Basic Books, New-York, 1959.
- KRAEPELIN, E.: Vergleichende Psychiatrie. *Zentralb. Nervenhe. u. Psychiat.*
- LAMONT, A. M., et BIGNAULT, W. J.: A study of male bantu admissions at Weskoppies, during 1952. *South African M. J.*, 27: 637 (juin) 1953.
- LANDES, R.: The abnormal among the Ojibwa Indians. *J. Abnorm. and socio. Psychol.*, 33: 14 (janv.) 1938.
- LECONTE, M., et LECONTE-ORSIGNOL, S.: Du rôle de certains facteurs sociaux dans la genèse des troubles mentaux. IIème congrès int. d'hygiène mentale, Paris, 1937.
- LEENHARDT, M.: *Do Kamo*. Gallimard, édit., Paris, 1948.
- LEGRAND, du Saule: *De l'état mental des habitants de Paris pendant les événements de 1870-71*. Paris, 1873.
- LE GUILLANT, L.: Introduction à une psychopathologie sociale. *L'Evolution psychiatrique*, Paris (janv.) 1954.
- LEHMANN, H. E.: Socio psychiatric observations on displaced persons. *Psychiat. Quart.* (Suppl.), 27: 245 (mars) 1953.
- LEIGHTON, A. H.; CLAUSEN, J. H., et WILSON, R. N.: *Explorations in social psychiatry*. Basic Books, New-York, 1957.
- LEMKAU, P., et Coll.: Mental hygiene problems in an urban district. *Mental Hygiene*, 25-26, 1941-42.
- LEMKAU, P. V.: The epidemiological study of mental illness and mental health. *Am. J. Psychiat.*, 112: 9 (janv.) 1956.
- LEMKAU, P. V.: Mental Health. In *Amer. Handbook of Psychiatry* (Ed. Arieti), chap. 99. Basic Books, New-York, 1959.
- LEVI-STRAUSS, C.: *Les structures élémentaires de la parenté*. Presses Univ. de France, Paris, 1949.
- LEVI-STRAUSS, C.: Introduction, in *Sociologie et anthropologie* de Marcel Mauss. Presses Univ. de France, Paris, 1950.
- LILLY, J. C.: Mental effects of reduction of ordinary levels of physical stimuli in intact, healthy persons in Research techniques in schizophrenia. *Psych. Research Report No. 5*. A. Psych. Assoc., Washington, D.C., 1956.
- LIN, T.: A study of incidence of mental disorder in Chinese and other cultures. *Psychiatry*, 16: 313 (mars) 1953.
- LINTON, R.: *Culture and mental disorders*. Thomas, édit., Springfield, 1956.
- LOWE, C. R., et GARRETT, F. N.: *Brit. J. Prev. and Soc. Med.*, 13: 88, 1959.
- LYSGAARD, S.: L'adaptation dans une société étrangère: le séjour aux Etats-Unis de boursiers Fulbright norvégiens. *Bull. Int. Sc. Soc.*, 7: 47 (janvier) 1955.
- LYSTAD, M. H.: Social mobility among selected groups of schizophrenic patients. *Am. Sociol. Rev.*, 22: 288 (fév.) 1957.
- MACCURDY, J. T.: *Brit. J. Psychol.*, 40: 175, 1950.
- MALZBERG, B.: Rate of mental disease among population groups in New York State. *Psychiat. Quart.*, 10: 127 (fév.) 1936.
- MALZBERG, B.: Important statistical date about mental illness. *American Handbook Psychiatry*, chap. 7. Basic Books, New-York, 1959.
- MALZBERG, B., et LEE, E. S.: Migration and mental disease. Social Science Research Council, 1956.
- MAUSS, M.: Essai sur le don, forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques. *Année sociol.*, 1: 4, 1923; repris dans *Sociologie et Anthropologie*. Presses Univ. de France, Paris, 1950.
- MAYER- MASSE, G.: Répartition de trois groupes de maladies mentales dans certains quartiers de Paris et certaines communes de la Seine, in *Monographie de l'Inst. National d'hygiène*, no 7, Paris, 1955.
- MEAD, Marg.: *Lancet*, 21, 1948.
- MERLOO, A. M.: Problems of displaced people, in *Aftermath of Peace*. Int. Un. Press, New-York, 1946.
- MERTON, R. K.: *Social Theory and Social Structure Toward the Codification of Theory and Research*. Free Press, édit., Glencoe, 1949.
- MERTON, R. K., et KITT, A. S.: Reference group theory and social mobility, in Merton, R. K., et Lazarsfeld, P. F.: *Continuities in social research*. Free Press, Glencoe, 1950.
- MESZAROS, A. F.: Types of displacement reactions among the post revolution hungarian immigrants. *Can. Psychiat. Assoc. J.*, 6: 9 (janvier) 1961.
- MEYER, A.: *J. Ment. Sci.*, 79: 435, 1933.
- MEZEY, A. G.: Personal background, emigration and mental disorders in Hungarian refugees. *J. Ment. Sc.*, 106: 618 (juin) 1960.
- MIRA, E.: Le rôle des conditions sociales dans la genèse des troubles mentaux. IIème congrès int. d'hygiène mentale, Paris, 1937.
- MORRISON, S. L.: Principles and methods of epidemiological research and their applications to psychiatric illness. *J. Ment. Sc.*, 105: 999, (septembre) 1959.

- MURPHY, H. B. M.: *Flight and resettlement*. Unesco, Genève, 1955.
- MURPHY, H. B. M.: La psychose des réfugiés en Grande-Bretagne: les admissions dans les hôpitaux psychiatriques, in *Personnes déplacées*. Unesco 4, no 2, Paris, 1955.
- MYERS, J. K., et ROBERTS, B. H.: *Family and class dynamics in mental illness*. Wiley, édit., New-York, 1959.
- NADEL, S. N.: Shamanism in the Nuba mountains. *J. Roy. Anthropol. Inst.*, **76**: 1946.
- NEUMANN, J. von, et MORGENSTERN, O.: *Theory of games and economic behavior*. University Press, Princeton, 1944.
- NEWCOMB, T. M.: The study of consensus, in *Sociology Today*. Basic Books, New-York, 1959.
- ODEGAARD, O.: *Mental Hygiene*, **20**: 546, 1936.
- ODEGAARD, O.: *J. Ment. Sci.*, **99**: 778, 1953.
- ODEGAARD, O.: *Acta Psych. Neurol. Scand.*, **29**: 333, 1954.
- OPLER, M. K.: *Culture, psychiatry and human values*. Thomas, édit., Springfield, 1956.
- PARSONS, T.: *The social system*. Free Press, Glencoe, 1951.
- PERROUX, F.: *Economie et société*. Presses Univ. de France, Paris, 1960.
- POROT, M.: Le retentissement psychopathologique des événements d'Algérie. *Ann. Médico-psychol.*, **114**: 622 (mars) 1956.
- PRICHARD (1835) cité par HARE, E. H.: The ecology of mental disease. *J. Ment. Sci.*, **98**: 579 (avril) 1952.
- RADCLIFFE-BROWN, A. R.: The social organization of Australian tribes. *Oceania I*, nos 1-2-3-4, 1930-31.
- RADCLIFFE-BROWN, A. R.: *Structure and function in primitive society*. London, 1952.
- REID, D. D.: Epidémiologie des troubles mentaux. Huitième rapport de santé mentale, O. M. S., Genève, 1960.
- RIESMAN, W., avec GLAZER, N., et DENNEY, R.: *The lonely crowd*. University of Yale, New Haven, 1950.
- ROBERTS, B. M., et MYERS, J. K.: Religion, national origin, immigration and mental illness. *Am. J. Psychiat.*, **110**: 759 (mai) 1954.
- RODGER, T. F.: *International Congress on Mental Health*. Vol. IV, London, 1948.
- ROSE, A. (Ed.): *Mental Health and Mental Disorder*. Norton, New-York, 1955.
- ROSEN, G.: *Milbank Memorial Fund Quart.*, **37**: 5, 1959.
- ROUMAJON, Y.: Le problème de l'identité des psychoses à travers les facteurs ethniques. *Evolution Psychiat.*, 635, 1956.
- RUESCH, J., et BATESON, G.: *Communication, the social matrix of psychiatry*. Norton, édit., New-York, 1951.
- SCHROEDER, C. W.: Mental disorders in cities. *Am. J. Sociol.*, **48**: 40 (janvier) 1942.
- SELIGMAN, C. G.: Temperament, conflict and psychosis in a stone-age population. *Brit. J. M. Psychol.*, **4**: 195 (mars) 1929.
- SHANNON, C. E., et WEAVER, W.: *The mathematical theory of communications*. Urbana, 1950.
- SIMONS, H. J.: Mental disease in Africans: racial determinism. *J. Ment. Sci.*, **104**: 377 (avril) 1958.
- SOMMER et HARMAN, cité par P. Bernard: in *Encyclopédie Méd.-Chirurgicale*, 37720 A10, Paris, 1955.
- SPIEGEL, J. P., et KLUCKHOHN, F. R.: Integration and conflict in family behavior. Report No. 27, Group for the advancement of psychiatry. Topeka, Kans., 1954.
- STARK (1851) cité par HARE, E. H.: The ecology of mental disease. *J. Ment. Sci.*, **98**: 579 (avril) 1952.
- STEWART, J. H.: *Theory of culture change*. Urbana, 1955.
- SULLIVAN, H. S.: *The interpersonal theory of psychiatry*. Norton, édit., New-York, 1953.
- SUTTER, J., et TABAH, L.: Les notions d'isolat et de population minimum. *Population*, **6**: 481 (mars) 1951.
- TORRUBIA, A., et TORRUBIA, H.: Contribution à une psychopathologie sociale — Recherche sur la transplantation. Monographie de l'Inst. Nat. d'Hygiène, No 7, Paris, 1955.
- TUKE, D. H.: *Insanity in ancient and modern life*. London, 1878.
- TYHURST, L.: Displacement and migration, a study in social psychiatry. *Am. J. Psychiat.*, **107**: 561 (oct.) 1951.
- Van LOON, F. H. G.: *J. Abnorm. Psychol.*, **21**: 434, 1927.
- VERHAEGEN, P.: Les affections neurologiques et psychiatriques au Congo Belge. *Actual. neurol. et psy. belg.*, **55**: 111, (fév.) 1955.
- WHITE, L. A.: *The evolution of culture*. McGraw Hill, édit., New-York, 1959.
- WHITE, Jr., W. H.: *The Organization man*. Simon and Schuster, New-York, 1956.
- WIENER, N.: *Cybernetics*. New-York, 1948.
- WILNER, D. M.; WALKEY, R. P., et Coll.: *Am. J. Pub. Health*, **50**: 55, 1960.
- WITTKOWER, E. D., et FRIED, J.: A cross-cultural approach to mental health problems. *Am. J. Psychiat.*, **116**: 423 (sept.) 1959.
- YAP, P. M.: Mental diseases peculiar to certain cultures: a survey of comparative psychiatry. *J. Ment. Sci.*, **97**: 313 (mars) 1951.
- YAP, P. M.: The possession syndrome: a comparison of Hong Kong and French findings. *J. Ment. Sci.*, **106**: 114 (janv.) 1960.

LA SCOLIOSE EN PRATIQUE GÉNÉRALE

J.-C. FAVREAU et C.-A. LAURIN¹

Notre littérature médicale canadienne offre très peu de publications sur la question de la scoliose. En effet, depuis 25 ans, on n'en retrouve que six dont quatre sont en langue anglaise (1, 5, 8, 9, 10, 11). Les raisons de cette carence sont sans doute nombreuses; mais la principale explication est probablement le complexité du problème; cette question affolle les orthopédistes et personne n'ose écrire ce qu'il pense, ni même ce qu'il dit (2). C'est un fait que nous ignorons encore l'étiologie de la scoliose et que son évolution est encore mal comprise (7).

Les réflexions et les commentaires qui suivent s'adressent spécialement aux médecins de pratique générale parce qu'ils sont presque toujours les premiers appelés à constater une scoliose et à fournir aux parents les premières explications et les principes du traitement. On estime que 90 à 95 % de ces enfants n'ont besoin d'aucun traitement chirurgical. Il va sans dire cependant que ces enfants exigent un traitement médical bien orienté. Le but de cet article est de fournir quelques précisions au sujet du traitement médical et de mettre un peu de clarté dans les indications du traitement chirurgical.

Dans un autre travail intitulé « Considérations sur l'étiologie des scolioses » (4) nous avons déjà insisté sur l'importance capitale de reconnaître les différentes sortes de scolioses et d'établir un classement qui oriente le pronostic (Tableau no. 1). En effet, le pronostic d'une scoliose peut varier considérablement selon le niveau vertébral de la courbure et de sa cause. Rappelons brièvement que, règle générale, les scolioses hautes, c'est-à-dire dorsales et cervicales sont plus graves que les scolioses lombaires, et que les déviations qui présentent une seule courbure majeure (scoliose simple) sont plus déformantes que les scolioses avec deux angulations majeures (scoliose double). On peut aussi soutenir que les scolioses les plus redoutables sont par ordre de gravité, les scolioses associées à la neuro-fibromatose de Von Recklinghausen, les scolioses idiopathiques infantiles et certaines scolioses congénitales.

Indépendamment de ces considérations très importantes, la progression d'une angulation scoliotique est en fonction directe de la croissance de

ce même segment vertébral. Ainsi, à cause des pressions inégales sur les plaques épiphysaires vertébrales, toutes les scolioses organiques sont aggravées par la croissance. Il devient alors évident que la même angulation scoliotique a une importance bien différente chez un enfant de 8 ans et chez un adulte de 20 ans. Plus l'apparition de la scoliose est précoce, plus sombre est son pronostic. Pour les mêmes raisons, l'angulation de la scoliose cesse de s'aggraver à la fin de la croissance vertébrale. Cette maturité osseuse et ce sta-

TABLEAU No 1

Classification des scolioses.

- 1) Selon leur cause:
 - a) Posturale ou fonctionnelle.
 - b) Organique.
 - 1) Idiopathique ou scoliose de croissance
 - 2) Neurogénique.
 - 1° Paralytique, ex.: Poliomyélite.
 - 2° Neurofibromatose de Von Recklinghausen
 - 3° Paralysie cérébrale.
 - 3) Ostéogénique:
 - 1° Congénitale,
 - 2° Acquise, ex.: post-traumatique, post-infectieux.
 - 4) Thoracogénique, ex.: après thoracoplastie ou post-infectieux.
 - 5) Scolioses diverses, associées à:
 - 1° Dystrophie musculaire,
 - 2° Charcot-Marie-Tooth,
 - 3° Arachnodactylie.
 - 2) Selon leur apparition clinique (*cette distinction est limitée aux scolioses idiopathiques*):
 - 1) Infantile: entre 2 et 6 ans;
 - 2) Juvénile: entre 6 et 9 ans;
 - 3) Adolescente: entre 9 et 13 ans.
 - 3) Selon leur niveau vertébral:
 - 1) Cervico-dorsale.
 - 2) Dorsale.
 - 3) Dorso-lombaire.
 - 4) Lombaire.
 - 5) Double, ex.: dorsale droite et lombaire gauche.

de final dans l'évolution de la scoliose correspondent à la maturité sexuelle, soit 13 à 15 ans chez les filles et 15 à 17 ans chez les garçons. Il est donc important de rechercher deux dates précises chez un enfant atteint de scoliose: le moment de l'apparition de la scoliose et l'âge osseux de l'enfant. Ce dernier correspond plus souvent à l'âge sexuel qu'à l'âge chronologique. Il appartient à la radiologie de préciser l'âge osseux par

1. Service d'Orthopédie de l'Hôpital Sainte-Justine.

des clichés des poignets et des crêtes iliaques (Test de Risser).

Après cette introduction plutôt théorique, l'examen du tableau clinique offre un intérêt particulier.

Que doit-on rechercher chez un enfant qui consulte pour la première fois pour une scoliose? Que répondre à la question constante de la mère: « La courbure s'aggravera-t-elle? » Il faut procéder avec ordre: un examen subjectif d'abord, un examen objectif ensuite. Celui-ci sera particulièrement poussé; enfin, consigner les résultats de l'examen photographique et radiographique. L'histoire subjective révélera des antécédents familiaux chez

on peut anticiper que la scoliose s'aggravera (14). Durant l'examen général, ne pas oublier de rechercher les signes neurologiques (scolioses paralytiques ou scolioses associées à la maladie de Charcot-Marie-Tooth, scolioses associées à la paralysie cérébrale ou à une dystrophie musculaire), les lésions cardiaques (scolioses congénitales (13) ou scolioses associées à la maladie de Marfan) et enfin les taches café-au-lait et les pseudo-tumeurs cutanées qui accompagnent la neuro-fibromatose.

Enfin, dévêtir l'enfant jusqu'aux fesses et bien noter le niveau de la courbure, le côté de sa convexité, sa longueur et sa rigidité. Le degré exact de l'angulation sera déterminé en examinant la

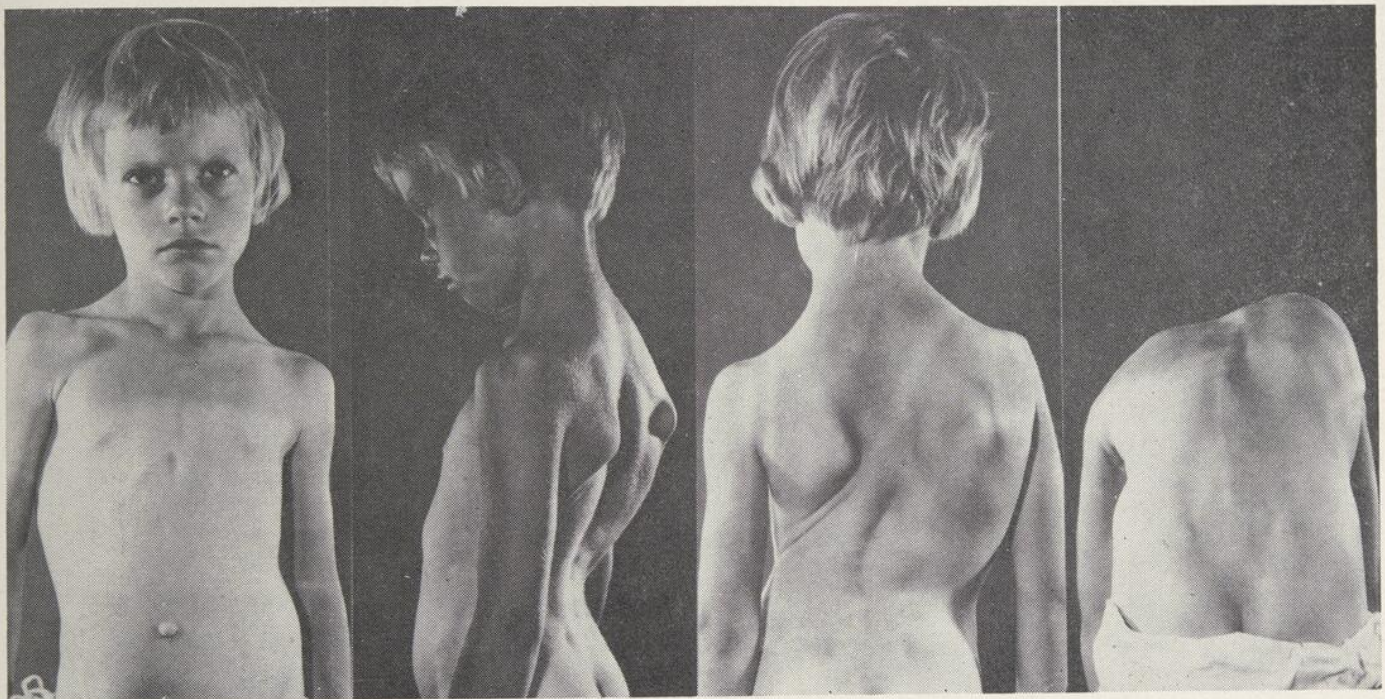


Fig. 1. — 4 photos standardisées pour objectiver autant que possible l'apparence clinique de la courbure et ainsi suivre son évolution.

plusieurs scolioses secondaires à la neuro-fibromatose et parfois chez quelques scolioses idiopathiques (6) et congénitales. Il faut aussi s'attarder sur les antécédents médicaux (12); ceux-ci sont importants, dans les scolioses paralytiques et throracogéniques, en particulier. Il faudra, enfin, préciser la date de l'apparition de la courbure; au début, on aura peut-être observé une hanche saillante ou une épaule élevée. Outre quelques scolioses lombaires, ces courbures ne sont pas douloureuses. Si l'enfant se plaint de malaises au dos, il faudra se méfier d'une courbure antalgique, associée à un ostéome ostéoïde ou à la maladie de Scheurmann ou encore à la spondylolyse. Cet examen général subjectif est complété par un examen sexuel. Si le développement sexuel est incomplet,

radiographie, mais on peut l'apprécier en observant la rotation vertébrale; ceci devient plus évident alors que l'enfant est en flexion, ce qui fait saillir la gibbosité (fig. 1). On recherche ensuite la compensation de la courbure en tirant une ligne au fil à plomb qui part de la tubérosité occipitale (fig. 2). Les observations sont inscrites sur deux feuilles spéciales (tableau 2) et l'examen objectif est complété par quatre photographies bien standardisées (fig. 1).

Il faudra aussi noter la hauteur de l'enfant en position debout et assise, pour observer, plus tard, si la croissance se fait au niveau de la colonne vertébrale ou au niveau des extrémités inférieures. L'observation est enfin complétée par l'étude de radiographies de la colonne (fig. 3). C'est alors

qu'on déterminera le niveau exact de la courbure, son angulation [méthode de mensuration telle que préconisée par Cobb, Ferguson (3)] en indiquant les vertèbres intéressées dans les courbures pri-

maires et secondaires. On évaluera ensuite la rigidité de la courbure en comparant les radiographies prises en position debout, en position couchée et aussi en position de flexion latérale (fig. 3).

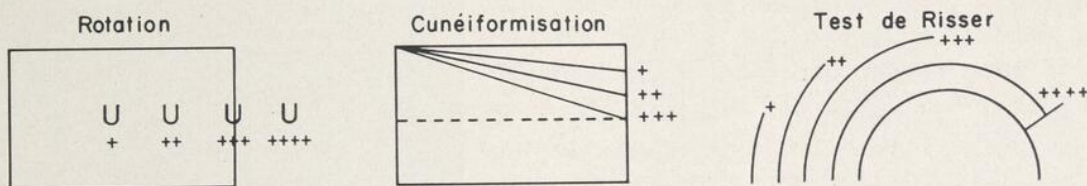
NOM		<i>Jamelle Jones</i>								SEXE	<i>fém</i>
DIAGNOSTIC		<i>Scoliose idiopathique juvénile dorsale droite</i>									
Naissance et lère constatation:		<i>mai 1946 - juin 1954</i>									
DATE		<i>1-6-56</i>	<i>1-12-56</i>	<i>1-6-57</i>	<i>1-6-58</i>	<i>2-6-58</i>	<i>1-12-58</i>	<i>1-6-59</i>	<i>2-2-60</i>		
AGE	chronos.	<i>8 1/2</i>	<i>9</i>	<i>9 1/2</i>	<i>10 1/2</i>	<i>10 1/2</i>	<i>11</i>	<i>12</i>	<i>12 1/2</i>		
	osseux	<i>7 1/2</i>	<i>8 1/2</i>	<i>8 1/2</i>	<i>10 1/2</i>	<i>10 1/2</i>	<i>11</i>	<i>12</i>	<i>12 1/2</i>		
TEST de RISSER		<i>+</i>	<i>++</i>	<i>++</i>	<i>++</i>	<i>++</i>	<i>+++</i>	<i>++++</i>	<i>++++</i>		
PUBERTE		<i>-</i>	<i>+</i>	<i>+</i>	<i>+++</i>	<i>+++</i>	<i>+++</i>	<i>+++</i>	<i>++++</i>		
TAILLE	assis	<i>1' 8"</i>	<i>1' 8"</i>	<i>1' 10"</i>	<i>1' 11"</i>	<i>2' 2"</i>	<i>2' 3"</i>	<i>2' 3"</i>	<i>2' 4"</i>		
	debout	<i>3' 8"</i>	<i>4' 2"</i>	<i>4' 5"</i>	<i>4' 10"</i>	<i>5' 1"</i>	<i>5' 2"</i>	<i>5' 2"</i>	<i>5' 3"</i>		
CAPACITE RESP.		<i>1500</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>1000</i>				<i>1800</i>		
GIBBOSITE (cent.)		<i>-</i>	<i>1 cm.</i>	<i>1 cm.</i>	<i>3 cm.</i>		<i>2 cm.</i>		<i>1 cm.</i>		
A.P. DORSALE (C-L)		<i>C.</i>									
TRAITEMENT		<i>-</i>	<i>-</i>	<i>B.T.</i>		<i>Corset plâtré</i>		<i>Correction et greffe</i>	<i>Sans plâtre</i>		
COURBURE <i>C₈-T₃</i>	Sens 6	<i>couché</i>	<i>12°</i>	<i>8°</i>	<i>20°</i>						
		<i>debout</i>	<i>15°</i>	<i>20°</i>	<i>25°</i>				<i>20°</i>		
ROTATION											
CUNEIFORMISATION											
COURBURE <i>T₃-T₁₀</i>	Sens D	<i>couché</i>	<i>30°</i>	<i>40°</i>	<i>60°</i>						
		<i>debout</i>	<i>45°</i>	<i>60°</i>	<i>90°</i>	<i>70°</i>	<i>70°</i>	<i>50°</i>	<i>5°</i>		
ROTATION			<i>-</i>	<i>+</i>	<i>++</i>	<i>+</i>		<i>+</i>	<i>+</i>		
CUNEIFORMISATION			<i>-</i>	<i>+</i>	<i>++</i>			<i>+</i>	<i>+</i>		
COURBURE <i>T₁₀-L₃</i>	Sens G	<i>couché</i>	<i>10°</i>	<i>10°</i>	<i>30°</i>						
		<i>debout</i>	<i>12°</i>	<i>25°</i>	<i>35°</i>				<i>30°</i>		
ROTATION				<i>++</i>							
CUNEIFORMISATION											
COURBURE		Sens	<i>couché</i>								
			<i>debout</i>								
ROTATION											
CUNEIFORMISATION											
L											
A											
B											
O											
R											
A											
T											
O											
I											
R											
E											

Tableau 2. — a et b: Feuilles spéciales pour enregistrer les observations aux visites subséquentes et ainsi observer l'évolution de la scoliose.

Ces tests révèlent rapidement jusqu'à quel point les courbures secondaires se corrigent lorsque la flexion latérale forcée s'exerce vers la côté concave de la courbure principale. Cet examen est important pour déterminer le potentiel de correction par une méthode de redressement forcé.

ANTECEDENTS DE FAMILLE	Maladies	
	Malformation	Une sœur - dysplasie de la hanche
ANTECEDENTS NUTRITIFS	Nil	
STATUS SOCIAL	Père - pharmacien	
LIEU DE NAISSANCE	Hull	
AUTRES ANOMALIES (dents, ligaments, cardiaque)	Laxité des ligaments des doigts et pieds plats	
ANOMALIES VERTEBRALES	Nil	
ETAT GENERAL	Excellent	

LEGENDE:



PUBERTE: développement mammaire: + poils: ++ menstruations: +++

INTERVENTIONS:

1-6-58: corset plâtré genre Abbott
1-6-58: correction avec plaque de Risser
arthrodèse D4 L1 - greffe autogène

EVOLUTION GRAPHIQUE DE LA COURBURE

Degré de la courbure majeure

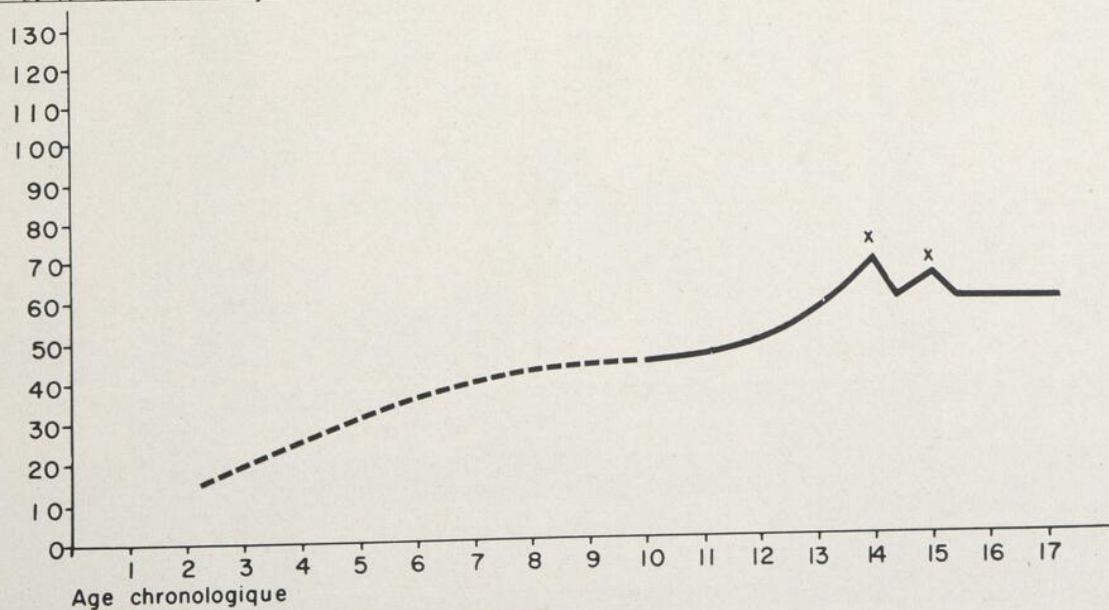


Tableau 2-b.

Cet examen donne des renseignements précieux sur l'état actuel de la courbure vertébrale; mais pas tellement sur son état futur. En effet, à moins que la scoliose ne soit très grave, la notion importante à déterminer est son évolution future probable. S'il s'agit d'une scoliose grave, il faut la corriger; mais si la courbure est bénigne, on doit d'abord déterminer si elle est susceptible d'aggravation. Un seul examen est insuffisant pour étudier et prédire l'évolution d'une courbure. L'importance de standardiser et bien noter les observations de chaque examen devient alors évident.

Là réside le vrai problème de la scoliose. La décision de corriger une scoliose grave est assez facile à prendre, même si elle n'est pas facile à réaliser; c'est la scoliose moyenne chez un enfant en pleine croissance qui présente le problème difficile.

Le médecin doit choisir une des trois alternatives suivantes: guérir, prévenir ou s'abstenir. La décision d'intervenir dans le but de guérir est assez facile et appartient aux parents de l'enfant. Il s'agit le plus souvent d'une difformité clinique qui n'est pas acceptable. L'intervention chirurgicale sera d'autant plus indiquée que la croissance osseuse n'est pas encore complète. En effet, avant la fin de la croissance osseuse, sans le geste chirurgical, l'aggravation est certaine. Quant

à la question classique, « Mon enfant sera-t-il droit après son opération? » La réponse ne peut être qu'approximative. Les chances de succès sont meilleures si le malade est jeune, si la scoliose est souple, lombaire, paralytique et que son angulation n'est pas grave.

Devant une scoliose qui a déjà complété son évolution, quand doit-on recommander l'intervention chirurgicale? Rarement pour une scoliose double, occasionnellement pour une scoliose lombai-

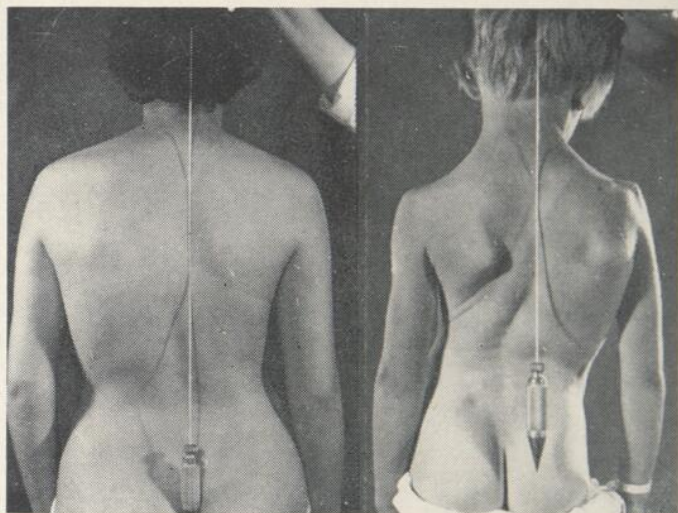


Fig. 2. — Fil de plomb pour illustrer la compensation (à gauche) et la décompensation (à droite) de différentes courbures.

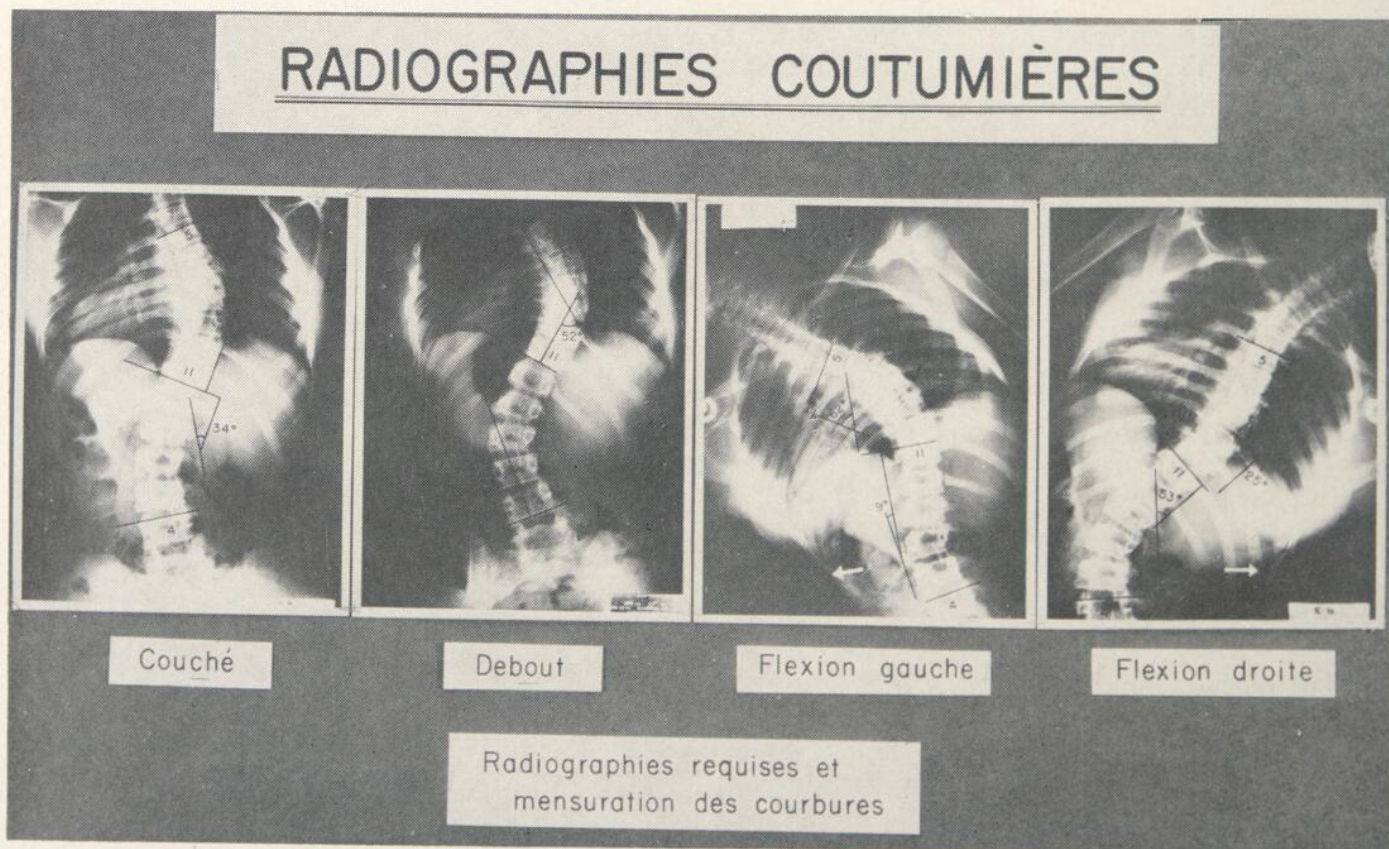


Fig. 3. — Mensurations d'une scoliose de courbure selon la méthode de Cobb.

re, et souvent pour une scoliose dorsale avec une angulation de 60° et plus.

La décision d'intervenir dans le but de prévenir est plus difficile puisqu'il s'agit toujours d'un enfant en pleine croissance. Si la difformité clinique est déjà inacceptable, l'intervention s'impose d'emblée. Mais si l'apparence est acceptable, il faut quand même prévoir une aggravation lorsqu'il s'agit d'une scoliose paralytique ou d'une scoliose associée à la neuro-fibromatose.

La question suivante est fréquente et embêtante: « Quand devra-t-elle être opérée? » La réponse sera à peu près celle-ci: « Lorsque nous serons convaincus qu'elle s'aggrave ». Il s'agit de considérer d'un côté les chances d'une évolution inacceptable; et de l'autre côté, le hasard, de moins en moins redoutable, d'une opération précoce. Une intervention prophylactique sera indiquée si la probabilité d'aggravation est presque une certitude; telle serait la situation devant une courbure associée à la neuro-fibromatose, ou à une paralysie grave ou encore, devant une scoliose congénitale grave ou idiopathique dorsale infantile.

Si, par ailleurs, il s'agit simplement d'une possibilité d'aggravation de la scoliose, on devra plutôt s'abstenir d'opérer. Il faudra alors instituer un traitement conservateur qui aura une valeur psychologique essentielle. Ce traitement consiste en l'usage modéré de corsets, d'exercices et de physiothérapie. Il est important que le médecin réalise que ce traitement ne modifiera que très peu l'évolution de la scoliose. Pour cette raison, il doit revoir l'enfant tous les 6 mois et répéter les examens. Devant l'évolution qu'il observera, il aura encore une fois à faire un choix entre agir ou s'abstenir (2).

Résumé

Ce travail est destiné à l'attention des praticiens. On s'est peu intéressé à l'étude des scolioses dans nos journaux médicaux durant les dernières vingt-cinq années. D'où l'intérêt que peut posséder cet exposé qui contient le protocole de l'examen d'un malade scoliotique et les directives thérapeutiques attribuables aux différents types de scoliose.

2. Nous tenons à remercier les autres membres du service d'orthopédie de l'hôpital Sainte-Justine, les docteur Bernard Gauthier, Pierre Labelle et Roger Simoneau, pour leur collaboration. Nous avons aussi particulièrement apprécié les contributions indispensables du département d'Art Médical de l'hôpital Sainte-Justine, en particulier de celles de garde Madeleine Gagnon, et de M. Jacques Doyon.

Summary

Our Canadian literature is rather limited on the subject of scoliosis; in fact in the past 25 years, only 5 publications have dealt with the subject of scoliosis. This article is directed mostly at general practitioners since it is estimated that 90% of most infants with scoliosis will never require any surgical treatment. Nonetheless, they all presume a clear understanding of the problem by the physician, and a well documented and objective appreciation of the evolution of the scoliosis.

We have previously indicated the importance of a classification of scolioses; it is equally vital to consider the child's age in evaluating the prognosis of the scoliosis. As a rule, growth will accentuate a vertebral curvature, osseous maturity corresponds to the chronological age of 15 years among girls and 16 years among boys.

Suggestions are then made to facilitate the history taking and physical examination of a child with scoliosis. It is important to clearly record these observations using special charts as well as standardized X-Rays and photographic pictures.

The main problem facing the general practitioners then resides in determining a definite line of treatment; he has two choices: he may decide to prolong the period of observation or he will suggest correction and surgery; he may suggest surgery for one of two purposes: either to correct an already severe curvature or to prevent the progression of a milder but already obvious curvature. The factors that the physician must keep in mind in making that decision are discussed briefly.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) BISSON, C.: Les scolioses. *L'Union Médicale du Canada*, 70: 952 (sept.) 1941.
- (2) COBB, J. R.: Scoliosis — Quo Vadis. *J. Bone and Joint Surg.*, 40a: 507, 1958.
- (3) GEORGES, K.; RIPPSTEIN, J.: A Comparative Study of two Popular Methods of measuring Scoliotic Deformity of the Spine. *J. Bone and J. Surg.*, 43a: 809, 1961.
- (4) FAVREAU, J. C., et LAURIN C. A.: Considérations sur l'étiologie des scolioses et leur traitement par la physiothérapie. Travail soumis à *L'Union Médicale du Canada* pour publication.
- (5) HUCKELL, R. G.: Treatment of Scoliosis. *Can. Med. Association J.*, 36: 593-595 (juin) 1937.
- (6) HULL, B. L.: Scoliosis in Binocular Twins. *J. Bone and Joint Surg.*, 43b: 285, 1961.
- (7) LAGENSKIOLD, A.; MICHELSSON, J.: Experimental Progressive Scoliosis in Rabbit. *J. Bone and Joint Surg.*, 43b: 116, 1961.
- (8) MUSTARD, W. T.: Early Correction and Fusion in the Treatment of Scoliosis. *Can. Med. Ass. J.*, 84: 1358 (17 juin) 1961.
- (9) MUSTARD, W. T.: Scoliosis diagnosis and natural history. *Can. Med. Ass. J.*, 82: 815 (16 avril) 1960.
- (10) RYAN, C. A.: Scoliosis. *Can. Med. Ass. J.*, 58: 170 (février) 1948.

- (11) SAMSON, J. E.: Aspects cliniques et thérapeutiques de la scoliose de croissance. *L'Union Méd. du Canada*, 82: 1 (6-12 janv.) 1953.
- (12) STEARNS, G., et coll.: Metabolic Studies of Children with Idiopathic Scoliosis. *J. Bone and Joint Surg.*, 37a: 102b, 1955.
- (13) WRIGHT, W. D.; NIEBAUER, J. J.: Congenital Heart Disease and Scoliosis. *J. Bone and Joint Surg.*, 38a: 113, 1956.
- (14) ZAOUSSIS, A. L.; JAMES, J. I. P.: The Apophysis and the Evolution of the Curves in Scoliosis. *J. Bone and Joint Surg.*, 40b: 442, 1958.

ALLERGIE PÉDIATRIQUE — QUELQUES CONSIDÉRATIONS

John WEISNAGEL,

Département de Pédiatrie — Service d'Allergie,
Children's Hospital of Michigan, Détroit, Mich.

INTRODUCTION

Certains croient que la vague de spécialisation et de sous-spécialisation en médecine semble avoir légèrement dépassé les limites raisonnables. Toutefois un professeur de pédiatrie n'a pas craint de commencer son premier cours en disant que « traiter un enfant, ce n'est pas traiter un adulte en petit ». La même idée peut s'appliquer à plusieurs domaines de la médecine, à la cardiologie, à l'anesthésiologie, à l'endocrinologie et, comme ici, à l'allergie. Le cardiologue dans un centre pédiatrique voit une pathologie qui diffère de celle d'un hôpital d'adultes. Un enfant dans la salle d'opération devient un problème spécial pour l'anesthésiste. De même, un enfant allergique présente une situation unique pour l'allergiste. Le but, donc, de cet article est de faire ressortir le caractère unique de l'allergie chez l'enfant; il serait impossible en quelques lignes de couvrir entièrement un sujet vaste comme l'allergie pédiatrique. Nous allons nous limiter à certains aspects typiques à l'enfant à partir de quelques exemples cliniques.

INCIDENCES CARACTÉRISTIQUES.

Environ 10% de la population souffre d'un problème allergique quelconque. En pédiatrie, le chiffre exact est difficile à établir, car les symptômes allergiques souvent ne sont pas reconnus comme tels et ils sont rarement recherchés.

L'allergie chez l'enfant peut se présenter sous plusieurs formes. Le problème des coliques du nourrisson n'est pas encore résolu, bien que beaucoup de cliniciens y voient à la base un facteur allergique. Les lésions cutanées variées, désignées sous le nom d'eczéma, peuvent être ou ne pas être le résultat d'une hypersensibilité. Wittig et al (1) ont rapporté récemment que 32% des patients ayant eu en bas âge des bronchiolites répétées seraient devenus asthmatiques et que 14% auraient développé

subséquentement un autre syndrome allergique respiratoire. Que doit-on conclure des « rhumes » fréquents ou des infections des voies respiratoires répétées, ou des enfants reconnus « bronchitiques » par leur médecin?

Souvent le pédiatre doit répondre à cette question d'une future mère asthmatique ou souffrant de fièvre des foins ou, comme cela se voit surtout, d'eczéma: Est-ce que mon bébé va naître avec l'affection dont je souffre? Doit-elle suivre une diète spéciale? Doit-elle alimenter son enfant nouveau-né au sein ou doit-elle substituer un lait « x » au lait maternel ou au lait de vache? Voici un aspect de l'allergie pédiatrique qui pose l'accent sur le rôle préventif qui doit prédominer dans la pratique de la pédiatrie.

PATHOLOGIE.

Le pédiatre allergiste est aux prises avec une pathologie variée, semblable à certains moments à celle de l'adulte, mais qui toutefois manifeste certaines nuances qu'il faut connaître. Les agents responsables de la majorité des syndromes allergiques différant peu, l'allergie aux aliments, par exemple, prend une importance considérable chez l'enfant, surtout l'allergie au lait de vache dès la première année de vie. Au point de vue clinique, cette hypersensibilité à ces aliments peut être responsable non seulement de l'eczéma infantile, mais parfois de l'asthme bronchique, des symptômes bizarres des voies respiratoires hautes, des symptômes gastro-intestinaux ou urinaires et, rarement, neurologiques.

L'évolution de l'allergie chez l'enfant est intéressante. Une grande proportion des eczémas apparaissant habituellement dans les premiers mois de vie, évoluent vers la rhinite et/ou vers l'asthme; même si sporadiquement l'enfant semble avoir guéri spontanément, le plus souvent il n'a fait que changer d'allergie. Cette progression et le transfert du site de la réaction tissulaire, après une intervalle par-

fois assez long, ne demeurent un mystère au point de vue immunologique.

Les complications irréversibles des rhinites, de l'asthme et des autres conditions respiratoires que l'on voit tous les jours chez l'adulte, sont rares chez l'enfant et sont heureusement prévenues surtout lorsque l'état allergique a été reconnu, diagnostiqué et le traitement approprié institué à bonne heure.

a) *Les eczémas.*

Cette appellation couvre une grande variété de lésions cutanées entre autres la dermatite atopique, l'eczéma infantile, la dermatite de contact, l'érythrodermie et la neurodermatite. L'aspect de ces lésions peut prêter à confusion à cause de leur ressemblance, bien que l'étiologie soit loin d'être unique et qu'elle soit souvent difficilement identifiée.

Chez l'enfant, il est essentiel de différencier une dermatite atopique ou un eczéma infantile d'une dermatite de contact. La généralisation à partir d'une dermatite au point de départ dans la région de la couche en est un exemple typique. Souvent, une dermatite séborrhéique étendue peut simuler une dermatite atopique. Glaser (2) y attache tellement d'importance qu'il a surnommé certaines séborrhées ou associations de séborrhée et de dermatite atopique: dermatites séb-atopiques.

Les différents stades de la dermatite atopique doivent être connus, car le traitement local varie selon celui-ci. L'infection, qui vient compliquer le tableau à n'importe quel moment, apporte un changement dans le contrôle de cette entité.

L'étiologie des eczémas se résume à un facteur allergique dans la majorité des cas, soit un irritant local dans la dermatite de contact, soit certains aliments ou certains inhalants tels que la poussière ou encore les moisissures dans la dermatite atopique. Mais il ne faut pas tout attribuer à une allergie. L'histoire de cas nous met souvent sur la piste et parfois révèle l'agent responsable lui-même. Les aliments à considérer les premiers sont: le lait de vache, le blé et les oeufs; ces derniers, d'après Hill (3) aggravent le pronostic de l'eczéma infantile, s'il est prouvé qu'ils en sont la cause. La mère note souvent que certains aliments, e.g. les jus citrins, le chocolat, les noix, semblent exacerber l'eczéma. Généralement, la cause est multiple et pour plusieurs auteurs (4,5) les inhalants sont considérés dans l'étiologie et dans le traitement des dermatites atopiques.

b) *L'asthme.*

La tâche la plus difficile pour l'allergiste est le diagnostic de l'asthme en bas âge, surtout dans la

première année de la vie. Les syndromes multiples qui peuvent simuler l'asthme sont fréquents et il est parfois impossible d'affirmer d'une façon absolue qu'un enfant est asthmatique. Cette difficulté rend les statistiques de l'incidence et de l'âge d'apparition de l'asthme à cette période de la vie rares et insuffisantes.

La bronchiolite reconnue récemment serait due au virus syncytial qui présente encore un problème perplexé. Certains prétendent qu'un facteur familial, une susceptibilité marquée, serait responsable de la répétition de cette infection, tandis que d'autres (1) sont prêts à admettre que c'est un stade primaire d'une même maladie: l'asthme.

Les allergènes extrinsèques pouvant causer de l'asthme sont nombreux: les pollens, la poussière de maison, les moisissures, les poils et les squames d'animaux domestiques et de ferme, et un grand nombre d'aliments. Viennent ensuite certains facteurs qui aggravent, précipitent ou compliquent le tableau clinique, entre autres, les changements brusques de température, l'humidité, les saisons, les odeurs diverses, les aérosols, la fumée, les émotions et certaines infections.

L'infection, fréquemment associée à une crise d'asthme et à la faillite thérapeutique à certains moments, joue un rôle important et fascinant; toutefois, son action exacte en allergie n'a aucunement été prouvée. Des tests cutanés avec des extraits bactériens, malheureusement comparés à l'épreuve à la tuberculine, et à tort, car il ne s'agit pas ici d'hypersensibilité retardée, ne donnent aucun renseignement, même si certains patients allergiques sont améliorés par l'injection à intervalles réguliers, de ces « vaccins » bactériens ou viraux. Est-ce qu'il s'agirait d'allergie bactérienne? Une réponse à l'heure actuelle n'est pas possible, mais il existe une forme d'asthme appelée « asthme intrinsèque » dont l'allergène causal ne peut pas être mis en évidence, qui semble très intimement lié à une allergie bactérienne! Il est à remarquer que les infections virales exanthémateuses, pour une raison encore inexplicée, améliorent l'asthme dans certains cas, tandis que les infections bactériennes ou mixtes, par exemple les pharyngites, les amygdalites, les otites moyennes et les broncho-pneumonies, aggravent l'asthme. Falliers et coll. (6) ont étudié ce problème ainsi que le rôle des stéroïdes dans ces cas.

Au sujet du facteur émotionnel dans l'asthme, qui est parfois exagéré, son jeu est comparable à l'infection, soit précipiteur. Un enfant asthmatique

peut présenter la plus belle crise d'asthme lorsqu'on lui demande d'accomplir une tâche difficile ou peu plaisante; dans ce cas l'asthme devient un mécanisme de défense et une excuse pour attirer l'attention. Pour la plupart, ce facteur siège dans la relation parents-enfant, — surprotection d'après certains, rejet pour d'autres; c'est pour cette raison que la « parentectomie » ou le détachement complet de l'enfant du milieu familial est fortement suggéré par le groupe du « *Children's Asthma Research Institute and Hospital* » de Denver, Colorado (7), tout au moins pendant la période d'hospitalisation à ce centre de réhabilitation qui dure de 12 à 18 mois. On semble attacher trop d'importance à ce facteur émotionnel; avant tout, l'enfant asthmatique est un allergique.

c) *Les rhinites.*

On classifie les rhinites en rhinites saisonnières, communément appelées fièvre des foins, qui surviennent durant les trois « saisons » de pollen (au printemps, à l'été et à la fin de l'été) et dont le tableau clinique est bien connu — éternuements, rhinorrhée profuse, larmolement avec prurit parfois marqué des yeux et du nez, etc., et les rhinites non-saisonnières qui persistent d'une façon plus ou moins constante avec exacerbations durant une saison ou une autre. L'infection locale s'ajoute de temps à autre pour compliquer le syndrome.

Chez l'enfant ces rhinites ne sont pas toujours aussi classiques et l'agent étiologique est difficile à démontrer surtout en bas âge. Sous ce même chapitre peuvent être inclus des syndromes oubliés ou méconnus comme allergiques, tels que les pertes partielles d'audition, les otites moyennes répétées, les toux chroniques, les pharyngites, les bronchites chroniques, les amygdalectomies et les adénoïdectomies répétées. Ce dernier problème thérapeutique doit surtout faire penser à un facteur allergique. Les allergènes responsables sont variés et l'amélioration obtenue par leur élimination et par la désensibilisation confirme la présence d'allergie.

d) *Autres conditions allergiques.*

Il existe plusieurs entités allergiques que le défaut d'espace oblige à une énumération. Ce sont l'allergie gastro-intestinale, avec vomissements, diarrhées et douleurs abdominales en rapport avec l'ingestion de certains aliments, les conditions allergiques de l'œil, les urticaires et l'œdème angio-neurotique; les céphalées, certains symptômes urinaires, les réactions aux médicaments, aux vaccins, aux sérums et aux piqures d'insectes et d'abeilles.

MOYENS DE DIAGNOSTIC

a) *Histoire de cas.*

Le questionnaire demeure, en médecine, le meilleur moyen de diagnostic. Ceci est davantage vrai en allergie. Le diagnostic apparaît souvent dès le premier contact avec le patient. D'autres fois, il faut chercher. Le moment d'apparition des symptômes doit être spécifié: l'heure, l'endroit, la pièce de la maison, la saison, les circonstances, l'entourage, les visites chez des amis ou des grands-parents, à la campagne, au camp d'été; chaque question a son importance.

Les antécédents héréditaires nous renseignent beaucoup, car le facteur hérédité est bien connu en allergie. Les antécédents personnels révèlent parfois des symptômes caractéristiques d'une constitution allergique: difficultés alimentaires, changements de lait fréquents, refus de certains aliments, coliques, vomissements, diarrhées, rhinorrhées fréquentes, rhumes fréquents, bronchiolites, faux croup, etc.

Il faut avant tout éliminer, par un examen physique complet, toute maladie qui pourrait simuler l'allergie. Des examens de routine (formule sanguine, analyse d'urine, radiographie pulmonaire et autre, si indiquée) doivent être demandés. Une épreuve de sudation est nécessaire pour éliminer la fibrose kystique du pancréas. Les malformations congénitales et les corps étrangers doivent être recherchés.

b) *Epreuves cutanées.*

L'investigation allergique se poursuit par des épreuves cutanées d'extraits allergéniques choisis, par des scarifications et par des injections intradermiques. L'interprétation des résultats de ces tests est souvent difficile. Un test positif signifie que le patient présente un anticorps sensibilisant cutané qui peut aussi être démontré dans la circulation périphérique indirectement par le procédé de transfert passif de Prausnitz-Kustner. Ceci ne veut pas nécessairement dire que le patient est manifestement allergique à l'allergène employé dans la cuti-réaction, par exemple, qu'il présente des symptômes allergiques lorsqu'il est soumis à l'action de cet allergène; le fait est qu'il peut avoir été sensibilisé dans le passé. Peut-être a-t-il besoin de deux, trois ou plusieurs allergènes (auxquels il réagit positivement) pour manifester cliniquement son allergie! Quelle est la façon dont il a été sensibilisé? C'est par un contact normal avec des substances non-allergéniques pour d'autres. Sensibilisation *in utero*? Non, car l'anticorps

sensibilisant ne traverse pas le placenta. Seule la susceptibilité ou la tendance à la sensibilisation est transmise.

c) *Aides complémentaires.*

L'éosinophilie, périphérique et dans les sécrétions nasales, oculaires, bronchiques ou gastro-intestinales, se voit durant les crises typiques.

La meilleure preuve qu'il y a allergie aux aliments et qui aide à la cutiréaction, est non seulement la rémission des symptômes par l'élimination de l'aliment incriminant, mais aussi leur réapparition par la ré-ingestion du même aliment.

L'épreuve par inhalation de l'agent suspect peut être pratiquée de même pour confirmer l'allergie aux inhalants et pour établir le diagnostic.

TRAITEMENT DE LA CONDITION ALLERGIQUE

Le traitement en allergie peut se diviser en deux parties, l'une symptomatique et l'autre spécifique.

Les médicaments employés en allergie sont bien connus; ce sont les antihistaminiques, les bronchodilatateurs, les expectorants et les stéroïdes incluant l'ACTH. Toutefois: 1) il ne faut pas oublier que leur effet n'est que temporaire; 2) les dangers des stéroïdes doivent être sérieusement considérés; 3) les antihistaminiques qui n'ont chez l'asthmatique adulte que la propriété d'assécher les sécrétions bronchiques, ce qui peut aggraver le patient, ont parfois en surplus chez l'enfant asthmatique jeune une action bronchodilatatrice.

La partie spécifique du traitement doit être subdivisée en une élimination et une désensibilisation. Il va sans dire que l'élimination de l'allergène est l'idéal à tenter d'atteindre, mais elle n'est pas toujours facile. La poussière de maison, par exemple, une entité antigénique complexe, et d'une grande importance en allergie pédiatrique, présente un problème typique. Il est impossible de l'éliminer complètement, mais la concentration peut, néanmoins, être minimisée par certaines manœuvres simples, détaillées dans tout manuel d'allergie. S'il s'agit d'un aliment, l'élimination d'habitude ne présente pas de problème. Un autre aliment peut être substitué, si nécessaire, par exemple un lait à base de fève de soya ou à base de viande, remplace très bien le lait de vache.

Il faut, malgré tout, utiliser la désensibilisation ou l'hyposensibilisation. C'est plutôt une immunisation (12), car le procédé provoque chez le patient la production d'anticorps appelés « bloquants » qui ont une affinité spéciale pour l'allergène et qui éventuellement le protègent. L'ef-

fet favorable de ces injections répétées d'extraits allergéniques est connu depuis déjà longtemps et accepté. Malheureusement, le mécanisme immunologique exact est peu connu. Il est fort probable qu'un facteur additionnel soit responsable.

Résumé

L'allergie ne se résume pas en quelques lignes, ceci vaut également pour l'allergie pédiatrique. Par contre, il y a certaines caractéristiques chez l'enfant allergique qui présentent un grand intérêt et conduisent à des considérations spéciales; c'est l'objet de cet exposé.

Summary

It is impossible to summarize allergy in one short paper, much less pediatric allergy. The outstanding features, however, of the allergic child present a unique interest and particular consideration. This was the basis of this review.

BIBLIOGRAPHIE

1. WITTIG, H. J., et GLASER, J.: The relationship between bronchiolitis and childhood asthma. *J. of Allergy*, **30**: 19 (janv.-fév.) 1959.
2. GLASER, J.: The differential diagnosis of atopic and seborrheic dermatitis. *Connecticut Med.*, **24**: 736, 1960.
3. HILL, L. W.: Children with Eczema. *Ped. Clin. North Amer.*, **6**: 775, 1959.
4. ZUCKER, A.: Investigation of atopic dermatitis in children with special reference to mold allergy. *Ann. Allergy*, **19**: 1170 (nov.-déc.) 1961.
5. TUFT, L.: Studies in atopic dermatitis. V — Problems in inhalant hyposensitization and results of treatment. *J. of Allergy*, **31**: 1 (janv.-fév.) 1960.
6. FALLIERS, C. J.; HALBERSTEIN, S. G., et BUKANTS, S. C.: Effect of rubeola, rubella, varicella, and a viral upper respiratory infection upon the severity of childhood asthma: with a note of the role of corticosteroids. *J. of Allergy*, **32**: 69 (janv.-fév.) 1961.
7. BUKANTZ, S. C., et PESHKIN, M. M.: Institutional treatment of asthmatic children. *Ped. Clin. North Am.*, **6**: 755, 1959.
8. DEES, S. C.: Asthma in infants and young children. *J. A. M. A.*, **175**: 365 (4 fév.) 1961.
9. COLLINS-WILLIAMS, C.: The prognosis of asthma in children. *Can. Med. Ass. J.*, **82**: 33 (2 janv.) 1960.
10. LEVIN, S. J.: The management of the acute attack of asthma in childhood. *A. M. A. Dis. Child.*, **97**: 432, 1959.
11. McGOVERN, J. P.: Management of allergy in childhood. *Texas State J. of Med.*, **54**: 290, 1958.
12. LEVIN, S. J.: Hyposensitizing (immunizing) inoculations in hay fever and asthma. *Ped. Cl. N. Amer.*, **6**: 693, 1959.
13. JOHNSTONE, D. E., et CRUMP, L.: Value of hyposensitization therapy for perennial bronchial asthma in children. *Ped.*, **27**: 39 (janv.) 1961.
14. GLASER, J.: *Allergy in childhood*. Charles C. Thomas, Pub., édit., Springfield, Ill., 1956.

15. SHERMAN, W. B., et KESSLER, W. R.: *Allergy in pediatric practice*. The C. V. Mosby Co., édit., St-Louis, 1957.
16. BALDWIN, H. S.; DWORETZKY, M., et ISAACS, N. J.: Evaluation of the steroid treatment of asthma since 1950. *J. of Allergy*, **32**: 109 (mars-avril) 1961.
17. FRIES, J. H.: Milk allergy — Diagnostic aspects and the role of milk substitutes. *J. A. M. A.*, **165**: 1542 (23 nov.) 1957.
18. SPEER, F.: Food allergy and the elimination diet. *Connecticut Med.*, **24**: 762, 1960.
19. TODD, R. H.; HOWARD, W. A.; LAFFSKY, B. P.; WEBB, C. A., et WOLF, S. I.: Studies on the antigenicity of egg yolk. *J. of Allergy*, **28**: 436 (sept.) 1957.
20. GLASSER, J.: The prophylaxis of allergic disease with special reference to the newborn infant. *N. York State J. of Med.*, **55**: 2599 (15 sept.) 1955.
21. SERINI, F., et NONATO, M.: The efficacy of auto-vaccine treatment in asthmatic syndromes in children. *Clin. Pediat.*, **39**: 624, 1957.
22. MOORE, M. W., et REED, C. E.: Clinical evaluation of stock respiratory vaccine in the treatment of bronchial asthma. *Ann. Allergy*, **17**: 722 (sept.-oct.) 1959.
23. BLATT, H.: Fourth review of microbial allergy, 1957-1958. *Rev. Allergy*, **13** (2): 133, 1959.
24. SIEGEL, S. C., et LOVIN, B. J.: Pediatric allergy. A critical review of the literature. *Ann. Allergy*, **18**: 1244-1268, 1359-1372, 1960; **19**: 81-101, 196-213, 305-326, 404-434, 1961.

LES ICTÈRES EN CHIRURGIE

Denis CHARETTE, F.R.C.S. (C),
Hôpital Notre-Dame (Montréal).

On divise les ictères en « médicaux » et en « chirurgicaux ». Cette division est d'ailleurs arbitraire, les deux formes pouvant se produire concomitamment et chevaucher l'une sur l'autre.

On appelle en général « ictère chirurgical », l'ictère par obstruction extra-hépatique; il n'en reste pas moins vrai que certaines entités pathologiques intra-hépatiques avec ictère peuvent nécessiter un traitement chirurgical: nous voulons parler des pathologies des canalicules biliaires telles que l'hépatite cholangiolitique, etc.

Nous diviserons donc ces obstructions en « obstruction congénitale » et en « obstruction acquise ».

L'obstruction congénitale correspond aux atrésies des voies biliaires, entités rares et qui donnent un ictère précoce. Ces anomalies peuvent survenir sur tout le trajet biliaire. Elles ont été considérées incompatibles avec la vie jusqu'à ce que Holmes révéla que 16% peuvent être réparées chirurgicalement. Seuls les cas présentant un bout proximal perméable et identifiable peuvent être amenés à la chirurgie. Gross en rapporte 18 % sur 146 cas.

Caractérisé par un ictère profond au début ou dans les trois premières semaines de la vie, l'ictère d'origine congénitale, une fois installé, persiste et va en augmentant. Les selles sont décolorées dès la naissance, même si l'ictère apparaît plus tard.

L'examen montre chez ces bébés une bonne nutrition, des tendances hémorragiques rares, un ictère, des selles décolorées, des urines foncées et

une hépatomégalie. La cholécystographie n'a à peu près pas de valeur. Le diagnostic différentiel se fera entre l'ictère du nouveau-né, l'érythroblastose fœtale et l'obstruction biliaire par bouchon muqueux ou biliaire. Le diagnostic devient plus évident s'il n'est fait que dans les 4 ou 6 semaines après la naissance.

L'obstruction biliaire acquise peut être aiguë ou chronique, partielle ou complète, permanente ou intermittante. Elle peut être localisée à n'importe quel niveau allant de l'ampoule de Water aux canaux hépatiques.

Plusieurs facteurs étiologiques peuvent entrer en ligne de compte; les plus fréquents sont: la lithiase, la sténose, l'infection et les néoplasies. Dans certains cas, une maladie cellulaire ou un processus hémolytique peut être associé et contribuer à la production de l'ictère; il en va ainsi des hépatites biliaires secondaires à une obstruction, ou des hépatites toxiques médicamenteuses.

L'histoire peut non seulement conduire au diagnostic d'obstruction, mais aussi préciser l'agent étiologique.

Un ictère qui s'accompagne au début d'urine foncée, de selles décolorées et de prurit, est suggestif d'une obstruction. Si, ajouté à cela, il y a un phénomène « douleur » ou « colique biliaire », le diagnostic se précisera vers celui d'un calcul biliaire. On peut toutefois rencontrer la douleur même en présence d'une maladie ictérique non chirurgicale. L'inverse est aussi vrai, tel un calcul

du cholédoque sans douleur, ce qui est cependant rare. D'une série de 142 malades, Colcok et McManus en ont trouvé 8.5 % n'ayant pas d'histoire de douleur abdominale; 75 % de ce 8.5 % présentaient de l'ictère.

L'apparition d'ictère dans la période post-opératoire immédiate d'une cholécystectomie doit faire penser à une possibilité de traumatisme des voies biliaires avec sténose. Ce phénomène peut cependant se produire si une lithiase du cholédoque n'a pas été constatée au cours de l'exploration chirurgicale, la manipulation ayant pu mobiliser un calcul jusqu'au sphincter d'Oddi amenant une obstruction secondaire, partielle ou complète.

Une douleur abdominale supérieure, d'intensité progressive, accompagnée d'anorexie, de perte de poids et d'ictère obstructif, laisse soupçonner une néoplasie comme cause d'obstruction; cette néoplasie peut être primaire, d'origine hépatique ou des voies biliaires extra-hépatiques, ou secondaire à une infiltration de voisinage par un cancer d'estomac ou à toute autre lésion maligne ou bénigne du carrefour hépatique.

L'apparition de la douleur avant l'ictère, accompagnée de thrombophlébite se rencontre surtout dans les lésions néoplasiques du pancréas, lesquelles secondairement peuvent produire une obstruction du bout distal du cholédoque ou de l'ampoule de Vater.

Dans les cancers primitifs de l'ampoule de Vater, on trouve chez les malades: une anémie, un ictère intermittent et la présence de sang dans les selles (cause de l'anémie).

Dans les pancréatites chroniques avec ictère, les indicateurs sont: une histoire antérieure de douleur épigastrique intermittente, très aiguë, associée à des changements radiologiques du cadre duodénal, tels qu'un déroulement et un agrandissement; des calcifications pancréatiques; et enfin une diminution de la digestion des graisses (test à la trioléine). Il ne faut cependant pas oublier que même si une pancréatite chronique peut amener d'elle-même une obstruction biliaire, elle peut être secondaire ou concomitante à un calcul de l'ampoule de Vater, ce qui évidemment nécessitera une exploration du cholédoque avant toute autre tentative de traitement chirurgical de la pancréatite. Dans ce dernier cas, l'exploration du cholédoque sera accompagnée le plus souvent d'un examen direct du sphincter d'Oddi et d'une sphinctérotomie.

EXAMEN PHYSIQUE

L'examen physique peut montrer un ictère plus ou moins marqué et des excoriations cutanées (lésions de grattage par prurit prolongé).

Une hépatomégalie signera une atteinte parenchymateuse souvent secondaire à l'obstruction extra-hépatique.

La palpation d'une tumeur abdominale, la présence d'un « rectal shelf », des douleurs osseuses, de l'ascite: tous ces signes se rencontrent dans les obstructions biliaires par néoplasme. Il en va de même pour la palpation abdominale d'une vésicule biliaire augmentée de volume que l'on trouve dans l'obstruction maligne du cholédoque. Ce dernier signe ne se rencontre ordinairement pas dans l'obstruction lithiasique du cholédoque, car alors il existe une cholécystite aiguë ou chronique associée, inflammation qui empêche la vésicule de se distendre au point de devenir palpable. Une vésicule sera aussi palpable chez les cas d'hydrocholécyste ou de pyocholécyste produite par un calcul obstruant le canal cystique et pouvant amener un ictère par obstruction inflammatoire de voisinage ou par infection ascendante ou cholangite.

ANALYSES DE LABORATOIRE

Qu'il s'agisse d'une obstruction intra ou extra-hépatique, indépendamment de la cause, les résultats d'épreuves de laboratoire seront semblables. Le degré de variation de la normalité dépendra plus de l'intensité et de la durée de l'obstruction que du facteur étiologique spécifique.

La numération des globules blancs peut être normale ou augmentée, selon l'acuité de l'obstruction et la présence d'infection. L'anémie peut être expliquée par une dénutrition chronique ou une cirrhose. Une anémie normochrome se rencontre chez les cirrhotiques avec varices œsophagiennes qui saignent ou chez les malades présentant un cancer de l'ampoule de Vater: la recherche de sang dans les selles en sera une preuve. Une hyperbilirubinémie, un cholestérol total augmenté, une phosphatase alcaline élevée, des transaminases normales ou légèrement élevées, des protéines totales et un rapport albumine/globuline normal, une diminution ou absence d'urobilinogène urinaire seront des résultats d'épreuves en faveur d'une obstruction biliaire extra-hépatique. Les épreuves spécifiques de fonction hépatique peuvent secondairement s'avérer anormales. Mentionnons toutefois une exception à la règle, dans les cas d'hépatite cholangiolitique où il se trouve une obstruc-

tion canaliculaire intra-hépatique donnant le change pour une obstruction extra-hépatique.

MOYENS COMPLÉMENTAIRES DE DIAGNOSTIC

La radiographie simple de l'abdomen nous renseignera sur la présence de calculs spontanément visibles, d'air dans les voies biliaires, d'hydrocholécyste et de calcifications pancréatiques ou de calculs pancréatiques. La plupart des calculs biliaires ne contiennent pas suffisamment de sels de calcium pour être visualisés. Certaines images opaques, tels des calculs rénaux, des ganglions lymphatiques mésentériques, des fécalomes, des comprimés médicamenteux, peuvent ressembler à des calculs biliaires. Cette même radiographie montrera de l'air dans les voies biliaires chez les malades présentant une fistule entre les voies biliaires extra-hépatiques et le tube digestif, que ce soit au duodénum, à l'estomac, au jéjunum ou au côlon. Une telle image aérée des voies biliaires peut aussi se manifester dans les infections biliaires aiguës à flore microbienne anaérobie, entités très graves pouvant produire d'emblée l'ictère.

Un repas baryté visualisera la région de l'ampoule de Vater et ainsi pourra identifier une tumeur, une ulcération ou une sténose cicatricielle. L'examen minutieux du duodénum montrera une rigidité, un défaut de remplissage, un refoulement ou une déformation de la muqueuse duodénale. Tous ces signes radiologiques inciteront le chirurgien à explorer la lumière duodénale, surtout si une lithiasse ou une sténose du cholédoque n'est pas présente. Un diverticule du duodénum ou un ulcère duodénal peuvent être des causes d'ictère, l'un par compression simple, l'autre par sténose inflammatoire de voisinage. Dans ces cas cependant, l'ictère n'étant pas un signe fréquent, on devra rechercher une autre cause d'obstruction avant de conclure à un tel diagnostic comme facteur étiologique de l'ictère. L'examen baryté nous permettra en même temps d'éliminer la présence de varices œsophagiennes.

Mentionnons ici une méthode radiologique mise au point par Mallet-Guy, appelée « duodénographie hypotonique », qui, selon l'auteur, aurait donné des renseignements précieux dans les lésions tumorales de la tête du pancréas et de l'ampoule de Vater.

La cholangiographie intraveineuse est un adjuvant précieux dans la visualisation de la perméabilité des voies biliaires; elle est d'une utilité relative toutefois s'il s'agit d'un ictère trop inten-

se ou d'une atteinte hépatique. Les auteurs ne s'accordent pas sur le degré d'ictère ou de lésion du parenchyme hépatique pouvant empêcher la coloration des voies biliaires. En général, on considère une bilirubinémie à 4 mg. pour 100 cc. ou un brome sulfaleine à 40 % comme des limites supérieures.

Cette opacification des voies biliaires mettra en évidence un calcul dans environ la moitié des lithiases du cholédoque, précisera aussi la localisation et le degré de sténose ainsi que le diamètre des canaux extra-hépatiques. Si le diamètre du cholédoque est inférieur à 8 mms et que son opacification diminue entre la 1ère et la 2e heure après l'injection intraveineuse du colorant, certaines écoles, dont celle de Boston, y voient un signe de perméabilité normale des voies biliaires extra-hépatiques.

Devant la difficulté de visualiser les voies biliaires chez les malades ictériques, une autre méthode radiologique a été mise au point en Europe, il s'agit de la « cholangiographie per-cutanée », qui consiste à introduire une aiguille à travers le parenchyme hépatique par voie sous-costale droite et d'injecter une substance colorante radio-opaque.

Plusieurs autres moyens de diagnostic peuvent servir de compléments, mentionnons la péritonéoscopie qui visualisera la surface du foie ou une tumeur extra-hépatique, la biopsie hépatique qui donnera les changements pathologiques du parenchyme, et la spléno-portographie qui peut opacifier des varices œsophagiennes ou faire soupçonner une lésion tumorale pancréatique.

En conclusion, disons que le diagnostic d'ictère en chirurgie doit être basé sur l'ensemble du tableau et non sur un symptôme, signe ou examen de laboratoire ou radiologique.

Résumé

Les ictères en chirurgie peuvent être dus à une obstruction congénitale ou acquise. Le bébé ictérique offre en général peu de difficulté de diagnostic. Chez l'adulte toutefois, des lésions hépatiques primitives ou secondaires sont souvent associées à une obstruction extra-hépatique. L'histoire et l'examen physique peuvent faire soupçonner un facteur étiologique spécifique, mais le diagnostic final ne sera confirmé dans la majorité des cas que par des examens complémentaires, tels que: analyses de laboratoire, étude radiologique et examen histologique.

Summary

Jaundice in surgery may be due to congenital or acquired biliary duct obstruction. In general, congenital jaundice offers few diagnostic problems. On the other hand, in adults, one may find a mixed picture of intrahepatic disease and extrahepatic obstruction. The diagnosis, based only on clinical grounds, is sometimes difficult. Laboratory tests, radiological techniques and microscopic examination may bring the accurate diagnosis or confirm the clinical opinion. Among those diagnostic tools, the most useful seem to be: the cholangiography, the barium meal and the liver biopsy.

BIBLIOGRAPHIE

1. KOBE, J. J.: Comparative Value of Preoperative and Perioperative Cholangiography in Surgery of the Biliary Ducts. *Surg., Gynec. and Obst.*, **109**: 261, 1959.
 2. STAFFORD, E. S., et ISAAC, J. P.: Stone in the Left Hepatic Duct Causing Jaundice. *Ann. of Surg.*, **147**: 812, 1958.
 3. JOHNSON, G., Jr.; AZAR, N. A., et GLEEN, Frank: Infarction and Multiple Abscesses of the Liver Following Biliary Tract Surgery. *Ann. of Surg.*, **147**: 414, 1958.
 4. HODGE, Joseph; BARRICK, Claude; McLAUGHLIN, Edward: Biliary Dyskinesia in T-Tube Cholangiography. *Arch. of Surg.*, **76**: 361, 1958.
 5. DERRICK, John R., et BROWN, D. H.: Jaundice due to Ascaris Obstruction of the Common Bile Duct in an Infant. *Arch. of Surg.*, **76**: 630, 1958.
 6. BLOCK, Melvin A., et BRUSH, Brock E.: Stenosis of the Sphincter of Oddi as a Cause of Jaundice. *Arch. of Surg.*, **76**: 888, 1958.
 7. SHUMACKER, Harris B., et MILLER, Jack: Intrahepatic Cholangiojejunostomy for Biliary Obstruction. *Arch. of Surg.*, **76**: 988, 1958.
 8. SCHWARTZ, Seymour I., et DALE, W. Andrew: Primary Sclerosing Cholangitis. *A. of Surg.*, **77**: 439, 1958.
 9. YKELENSTAM, P. A.: Significance of Perioperative Cholangiography in the Management of Gallbladder Disease. *Arch. of Surg.*, **77**: 684, 1958.
 10. HAYS, Daniel M., et AVERBOOK, Beryl D.: Experience with Intravenous Cholecystography in Infants and Children. *Surgery*, **42**: 638, 1957.
-

L'Union Médicale du Canada

(Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872)

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

(Fondée à Québec en 1902)

Tome 91, No 6 — Montréal, juin 1962

LES MALADIES D'AUTO-IMMUNISATION

En ces dernières années, des études cliniques et expérimentales ont mis en évidence, dans un grand nombre de maladies, un mécanisme de nature immunologique. De plus, le rejet des greffes homologues de rein, de moelle osseuse et de peau par le receveur, comporte des conflits immunologiques qui retiennent l'attention de nombreux chercheurs.

L'immunologie, dont l'intérêt s'était longtemps limité à l'étude des réactions de défense devant toute agression antigénique exogène, en particulier au cours des maladies infectieuses, et à l'étude des groupes sanguins, vient de connaître une orientation nouvelle et, en même temps, un essor extraordinaire. C'est la notion d'auto-immunisation qui a donné ce nouveau départ.

On avait longtemps cru à l'immutabilité d'une grande loi biologique: la non-antigénicité chez un organisme animal de ses propres tissus et de ses humeurs et la faculté qu'il a de pouvoir discerner entre les motifs antigéniques de ses propres tissus et ceux des substances exogènes. On sait maintenant que des mécanismes pathologiques peuvent perturber l'équilibre immunologique d'un individu et rendre certains de ses organes ou tissus auto-antigéniques. Ainsi est née toute la gamme des maladies d'auto-immunisation. Désormais, le champ d'action de l'immunologie moderne est illimité. Il intéresse, en plus des maladies infectieuses, toutes les branches de la médecine, depuis l'hématologie, la rhumatologie et les maladies du collagène, jusqu'à

la néphrologie, l'endocrinologie, et la gastro-entérologie.

Dans certains syndromes cliniques, les mécanismes immunologiques sont certains et déterminants. Ce sont les réactions d'hypersensibilité au cours des maladies infectieuses, les conditions allergiques, les maladies du sérum, certains états immunohématologiques (anémies hémolytiques par auto-anticorps, agranulocytoses immunologiques, purpuras thrombocytopéniques dits essentiels, l'hypersplénisme), enfin le rejet des homogreffes.¹

Dans d'autres conditions, bien que non déterminante, l'intervention immunologique est importante. C'est le cas, en particulier de certaines thyroïdites,³ de maladies du collagène⁴ et de l'ophtalmie sympathique. Les malades atteints de thyroïdite chronique de type Hashimoto présentent des anticorps antithyroïdiens circulants dont on a identifié deux variétés: les uns, antithyroglobuline; les autres, dirigés contre les cellules épithéliales acineuses. Parmi les maladies du collagène, trois d'entre elles présentent une intervention importante de facteurs immunologiques: la fièvre rhumatismale, le lupus érythémateux disséminé et l'arthrite rhumatoïde. Dans le rhumatisme articulaire aigu,² le rôle étiologique du streptocoque hémolytique A, bien que certain, est indirect, mais les signes d'hypersensibilité immunologique sont nombreux. Insistons seulement sur les anticorps observés contre les produits de « sécrétion » de streptocoque: streptolysine, streptokinase, hyaluronidase, streptodornase. L'antigène responsable semble être le système acide hyaluronique-hyaluronidase à cause de sa présence commune dans le streptocoque et le tissu conjonctif. Les lésions tissu-

1. G. A. Voisin: Mécanismes et syndromes en immunopathologie. *Revue franç. Etudes clin. et biol.*, 6: 484 (mai) 1961.

3. D. Doniach et coll.: Human autoimmune thyroiditis: clinical studies. *Brit. Med. J.*, 1: 365, 1960.

4. H. R. G. Deicher et coll.: Precipitating reaction between DNA and serum factor in systemic L. E. *J. Exper. Med.*, 109: 97, 1959.

2. J. H. Vaughan: Hypersensitivity in the Rheumatic Diseases. *The Med. Clin. of North Amer.*, 45: 1133 (sept.) 1961.

laire sont par ailleurs tout à fait consistantes avec des lésions d'hypersensibilité: infiltration lympho-plasmocytaire, dégénérescence fibrinoïde, vasculite, nodules d'Aschoff; la plupart de ces lésions étant observées dans la maladie du sérum.

Dans le lupus érythémateux disséminé,²⁻⁴ on retrouve des corps hématoxyliques de Gross dans les tissus et, dans le sang périphérique et la moelle osseuse prélevés, on peut provoquer l'apparition de la cellule de Hargraves ou cellule L.E. Corps hématoxyliques et inclusions des cellules L.E. proviennent de noyaux cellulaires homogénéisés et gonflés. On attribue au facteur de Haserick, présent dans le sérum de ces malades, la formation de la cellule L.E. Ce facteur est une gamma-globuline qui présente les caractères d'un anticorps. Il réagit électivement avec des désoxyribonucléoprotéines de noyaux de lymphocytes et de polynucléaires. Il s'ensuit une homogénéisation morphologique et une augmentation du volume des noyaux. Ces masses nucléaires sont phagocytées par des polynucléaires intacts. Notons que dans cette affection, on peut rencontrer d'autres types d'anticorps dirigés contre les globules rouges, contre les plaquettes ou les leucocytes, pour réaliser, selon le cas, une anémie, une thrombocytopenie ou une leucopénie.

Dans l'arthrite rhumatoïde, l'agent causal n'a pas encore été identifié. Mais son rapprochement à un état immunopathologique est surtout basé sur des études sérologiques et sur l'analogie des lésions tissulaires observées dans cette condition et dans la plupart des maladies d'auto-immunisation: hyperactivité extrême du tissu lymphoïde, infiltrations lympho-plasmocytaires, vasculite, dégénérescence fibrinoïde. Quant au facteur rhumatoïde, il appartient au groupe des macrogammaglobulines et il est élaboré par les plasmocytes. On considère ce facteur comme un auto-anticorps réagissant contre les gamma-globulines normales. On peut aussi retrouver d'autres gamma-globulines auto-immunes, dont une gamma-globuline

anti-nucléaire qui peut provoquer la formation de cellules L.E.

La liste des affections que l'on est porté à classer, aujourd'hui, parmi les maladies d'auto-immunisation s'allonge sans cesse: certaines glomérulo-néphrites,⁵ la rectocolite hémorragique,⁸ le purpura d'Hénoc-Schonlein, les dysglobulinémies, en particulier le purpura hyperglobulinémique et la macroglobulinémie de Waldenström, la cryoglobulinémie essentielle, certaines pancréatites⁹ et cirrhoses,¹⁰ la sclérose en plaques, la silicose pulmonaire,¹ etc.

Bien que dans la plupart de ces états, les études séro-immunologiques et histo-chimiques chez l'homme et chez l'animal soient assez concluantes, tout essai de synthèse nous était difficile parce qu'un dénominateur commun d'ordre pathogénique nous faisait défaut. Nous observions des faits, des parallélismes, des analogies, sans toutefois pouvoir apporter une explication satisfaisante à toutes ces perturbations des mécanismes immunologiques normaux. Aucune théorie valable ne pouvait, jusqu'à récemment, grouper tous ces états sous une commune pathogénie.

L'immunologie moderne attribue un rôle primordial à la cellule immunologiquement compétente (I.C.): réaction contre toute substance antigénique pour l'hôte, par une prolifération des cellules réticulaires, des plasmocytes et des lymphocytes dans la rate et le tissu lymphoïde. Cette cellule, qui est représentée par la cellule mésenchymateuse ou réticulaire a la propriété de réagir spécifiquement en présence d'un antigène déterminé, en proliférant pour donner naissance à un amas cellulaire ou « clone », formé de plasmocytes et de lymphoblastes et lymphocytes. La plupart

5. J. H. Peters et P. Freedman: Immunologic Aspects of Renal Disease. *New Eng. J. Med.*, **261**: 1167 (3 déc.) 1959.

8. Z. Maratka et V. Wagner: Recherches sur les auto-anticorps anticôlon au cours de la rectocolite hémorragique et de diverses affections digestives. *Rev. franç. Etudes clin. et biol.*, **6**: 182, 1961.

9. A. P. Thal et coll.: Isoantibody formation in Chronic Pancreatic Disease. *Lancet*, **1**: 1128, 1959.

10. H. Popper: Autoimmune Mechanism as Related to Cirrhosis of the Liver. *Chicago Med.*, **63**: 9, 1961.

des auteurs se rallient aujourd'hui à la théorie de la « prédestination » des clones, émise par Burnet.⁶ Cette théorie établit que c'est au cours de la vie embryonnaire que la cellule mésenchymateuse devient ainsi « immunologiquement compétente », i.e. susceptible de réagir devant un antigène spécifique. Avant la naissance, des clones surgissent qui sont actifs non seulement contre des antigènes exogènes, mais aussi contre toutes les structures antigéniques de l'embryon. Il appert donc que chez ce dernier se produit une sélection parmi les cellules I.C. et que celles qui sont actives contre les motifs antigéniques de l'organisme sont détruites avant la naissance. Ainsi s'explique chez un individu normal la non-antigénicité de ses propres tissus et humeurs. Mais il semble que chez un nombre restreint d'individus, certains clones dits « interdits » (*forbidden clones*) identiques à ceux qui ont été détruits au cours de la vie embryonnaire, puissent persister ou surgir après la naissance pour s'attaquer aux structures antigéniques de l'hôte, rompant ainsi l'équilibre immunologique normal et donnant lieu aux maladies d'auto-immunisation.

« Les discussions que soulèvent les nouvelles théories de l'immunité ne sont donc pas purement spéculatives. Les problèmes de l'immunité sont posés à partir des données de la génétique somatique et de nouvelles voies sont ainsi ouvertes aux études expérimentales et cliniques, ce qui est bien en définitive le principal critère de l'utilité des hypothèses et des théories. »⁷

Jean-Guy LAURIN.

6. F. M. Burnet: The New Approach of Immunity. *The New Eng. J. Med.*, 264: 24 (5 janv.) 1961.

7. G. Mathé et J. L. Amiel: Les cellules immunologiquement compétentes. *Revue franç. Etudes clin. et biol.*, 6: 227 (mars) 1961.

LE VACCIN SABIN AU CANADA

Le 6 mars, le ministre fédéral de la Santé et du Bien-être, l'honorable J. Waldo Monteith, annonçait au Parlement que l'usage du vaccin Sabin était maintenant autorisé au Canada.

Comme l'on sait, il s'agit d'un vaccin anti-poliomyélitique vivant, mais non virulent et introduit dans l'organisme par voie digestive. Il sera fabriqué au Canada par l'Institut de Microbiologie et d'Hygiène de l'Université de Montréal et par « Connaught Medical Research Laboratories » de l'Université de Toronto. Le coût de cette production sera assumé à parts égales par le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux.

On doit savoir que jusqu'à maintenant environ 120 millions de personnes ont reçu le vaccin oral anti-poliomyélitique.

C'est depuis 1950 que des études et des recherches ont été poursuivies sans relâche sur l'expérimentation de ce vaccin. Mais c'est surtout depuis 1957 qu'on l'a administré sur une haute échelle à des millions d'individus. Il s'est avéré d'abord sans virulence aucune et au surplus son efficacité a été démontrée non seulement sur la prévention de la maladie chez le sujet vacciné, mais aussi sur la prophylaxie de la contagion et de la dissémination en stérilisant les porteurs de virus dans leurs intestins, ce que ne peut faire le vaccin Salk.

En somme, selon le témoignage du ministre de la Santé, si on autorise maintenant la production et l'usage du vaccin Sabin au Canada, c'est qu'on est assuré de son innocuité, comme de son efficacité immunisante.

ROMA AMYOT.

ON MANQUE DE MÉDECINS EN ANGLETERRE

Nous extrayons quelques alinéas d'un article paru récemment dans « Le Concours Médical » (12 mai 1962). Il est écrit en commentaire d'une déclaration explosive de Lord Taylor à la chambre des Lords en novembre 1961 qui s'est servi de l'expression « tableau assez affreux et terrible » en parlant de la profession médicale en Angleterre. Il va sans dire, cette déclaration bouleversante ne passa pas inaperçue et nous avons pu lire dans le *British Medical*

Journal plusieurs lettres au rédacteur qui formulaient des opinions diverses à l'égard de cette affirmation de Lord Taylor.

Voici quelques réflexions et constatations contenues dans l'article en question. Nous les transcrivons.

...« Il se produit en Grande-Bretagne un phénomène curieux: tous les ans environ 500 médecins britanniques vont s'installer à l'étranger, surtout au Canada, alors qu'il y a environ 4,000 médecins étrangers qui exercent le plus souvent dans les hôpitaux, en provenance du Pakistan et de l'Inde, aux fins de perfectionnement. Lord Evans, au Parlement, le docteur Searle dans le « *British Medical Journal* » et notre correspondant britannique, le docteur Burton, sont d'accord pour reconnaître que sans ces médecins étrangers, les services hospitaliers ne pourraient plus fonctionner »...

... « Pourquoi les médecins émigrent-ils? Parce qu'ils se sentent frustrés, insatisfaits. Par leurs actes plus que par leurs paroles, les jeunes médecins britanniques ont montré que les conditions d'exercice au sein du Service National de Santé ne sont pas attractifs » (docteur Searle)...

... « En d'autres termes, pour ne pas étouffer les jeunes médecins s'en vont. Ces déclarations sont très importantes parce qu'à propos d'une crise numérique, c'est toute l'excellence du système médical anglais qui est remise en question ».

« Il est tout à fait remarquable que des critiques aussi sévères soient portées dans un éditorial du très officiel « *British Medical Journal* ». Nos confrères britanniques ont toujours assuré, dans les réunions internationales, que leur système donnait satisfaction et que l'on n'avait à régler que des points de détails. C'est la première fois

à notre connaissance que l'on fait état d'un aussi profond malaise. »

Ces points de détails deviennent maintenant des points d'alarme et cela ne nous étonne pas. Et cela explique que 35% des licences accordées par le Collège des médecins et chirurgiens canadiens le sont à des médecins diplômés d'universités étrangères. (J.L. Thompson, *C.M.A.J.*, 86:605, 17 avril 1962).

Ces faits rapportés par autrui devraient aviser et faire réfléchir sur les aléas bouleversants des systèmes arbitraires et uniformément contrôlés de l'exercice de la médecine. Ils peuvent aboutir non seulement à une médecine dévalorisée par le désintérêt de ceux qui l'appliquent, mais aussi, par leur insatisfaction, leur ressentiment et leur désistement, sans parler du recrutement dont on constate déjà la diminution dans nos écoles de médecine au lieu de montrer un accroissement comme il serait normal qu'il se produisit.

Les chiffres suivants rapportés par J.L. Thompson (*loc. cit.*) en sont la démonstration: 3,683 étudiants en médecine dans les 12 facultés canadiennes en 1957-58, 3,672 en 1958-59, 3,549 en 1959-60, 3,508 en 1960-61.

Que l'on instaure au Canada une médecine étatisée ou à tendance de dirigisme ou de contrôle trop rigide et nous verrons ces chiffres s'abaisser davantage, la suppléance de médecins de provenance extra-canadienne se tarir et, en définitive, les Canadiens souffrir d'une pénurie de médecins, comme la chose se passe en Angleterre.

Il y a tout lieu de prédire qu'un de nos gouvernants jettera alors le cri d'alarme en face d'un « tableau assez affreux et terrible » de la médecine canadienne.

ROMA AMYOT.

VARIÉTÉS

LA NÉCESSITÉ DE LA RECHERCHE DANS UN HÔPITAL D'ENSEIGNEMENT¹

Paul DAVID,

Directeur de l'Institut de Cardiologie de Montréal.

On m'a confié la tâche de vous entretenir sur l'importance de la recherche médicale dans un hôpital. Je n'ai pas voulu me dérober à cette mission car j'ai la profonde conviction que la recherche dans un hôpital est essentielle au progrès de la médecine locale, provinciale, nationale et internationale.

Nous envisagerons trois aspects de cette question:

A — L'Importance de la Recherche dans un hôpital.

B — La Situation de la Recherche dans nos hôpitaux du Québec.

C — Suggestions.

A — IMPORTANCE DE LA RECHERCHE DANS UN HÔPITAL

1) *L'Hôpital est le milieu naturel de la recherche médicale.*

Il est plus facile de définir la Maladie que la Santé. C'est pourquoi la boutade du docteur Knock semble encore vraie: « un homme en bonne santé est un malade qui s'ignore ». Or, les expressions les plus nettes, les plus variées et les plus aiguës de la maladie sont réunies dans un Hôpital qui est le royaume de l'anormal c'est-à-dire du pathologique. Et ce sera, peut-être, à partir de la maladie qu'on pourra éventuellement déterminer les caractéristiques de l'homme sain. D'autant plus, qu'il y a entre la santé et la maladie une immense frontière inconnue qui fait néanmoins passer progressivement ou subitement l'homme d'une condition à l'autre. C'est le champ très vaste de la médecine hygiénique et prophylactique dont les progrès reposent sur la connaissance plus complète des phénomènes pathologiques.

La recherche médicale s'alimente de l'observation de ces phénomènes qui s'expriment par des symptômes, des signes, des modifications radiologiques ou des tests de laboratoire. L'Hôpital offre ce matériel dont il permet une observation minu-

tieuse et une classification rigoureuse. Une constatation unique et exceptionnelle ou la compilation de constatations similaires peuvent orienter le chercheur vers des hypothèses et des thérapeutiques nouvelles.

Dans sa pratique courante, le médecin applique le « connu » de la médecine, j'ajouterais même « son connu à lui ». Et, Dieu sait, que d'un médecin à l'autre, d'un hôpital à l'autre, d'un pays à un autre, cette marge du connu est variable! Le chercheur s'intéresse d'emblée à « l'inconnu » de la médecine qui malgré les spectaculaires progrès du dernier demi-siècle offre encore un horizon sans limite. Or, ces progrès s'accomplissent aux dépens des problèmes que pose chaque jour la pratique médicale. L'hôpital qui loge ces problèmes constitue le milieu naturel et idéal de la recherche médicale.

2) *La Recherche hausse le standard de la pratique médicale hospitalière.*

L'observation minutieuse des faits est la base du diagnostic clinique. Les rigueurs de la recherche ne peuvent qu'accentuer cette qualité et obliger les médecins à rédiger des dossiers plus complets et plus précis.

La qualité du dossier est le signe le plus fidèle du standard médical d'un hôpital. Or, ces dossiers classifiés avec peine et soin dans les archives constituent précisément le matériel principal ou le plus important d'un département de recherche.

La recherche dans un hôpital élève la pratique au-dessus de la routine et crée un climat d'effort et de stimulation. Tout médecin a la nostalgie, consciente ou non, de la recherche car il se rend vite compte des lacunes innombrables de la connaissance médicale. C'est pourquoi, le chercheur peut trouver en lui un collaborateur dévoué et intéressé. Entre eux s'établit un dialogue qui devient un enrichissement intellectuel réciproque inestimable.

Le clinicien rapproche le chercheur de l'objet de sa recherche: l'homme, et lui démontre les complexités de la pratique médicale. Par contre, ce contact avec le malade est un stimulant formida-

1. Conférence prononcée le 12 avril 1962, à l'hôtel Reine Elizabeth, à l'occasion du Congrès de l'Association des Hôpitaux du Québec.

ble qui fouette l'intérêt et l'enthousiasme du chercheur en donnant un sens plus concret et tellement plus humain à son labeur.

La recherche dans un hôpital contribue à créer un climat d'humilité objective et consciente en rappelant sans cesse au clinicien la complexité des phénomènes biologiques. Il faut être savant pour mesurer dans ses justes dimensions l'étendue de l'ignorance. Tout est facile pour celui qui n'a jamais mesuré la difficulté. La connaissance médicale est comme un iceberg. On vit de ce que l'on voit mais on meurt de ce qu'on ignore.

La recherche est un exemple et une inspiration pour l'étudiant en médecine et le jeune médecin. Elle lui fait découvrir les joies intellectuelles de la lecture et de la réflexion, elle lui apprend les rigueurs du scientisme tout en développant l'imagination, elle inculque une discipline d'effort non entaché par les vices d'un retour matériel accru. A l'école de la recherche, on apprend les lois de la relativité à force de chercher l'absolu, et par le fait même on se façonne une personnalité empreinte de bienveillance, de persévérance et d'un optimisme viril et réfléchi.

La recherche oblige l'hôpital à sortir de la routine et à affronter les problèmes du présent et surtout de l'avenir. En favorisant la recherche, l'hôpital fait contrepoids aux aspirations terriblement matérialistes de notre siècle et donne à ses médecins l'opportunité de participer à la véritable aventure de la médecine qui est une aventure de conquête basée sur l'esprit et le cœur d'êtres humains travaillant les uns pour les autres.

3) *La Recherche dans un hôpital est un facteur de prestige.*

On a construit et on construira encore des hôpitaux dont l'unique préoccupation a été et sera le soin du malade. Cela me paraît raisonnable. Par contre, je crois qu'un département de recherche est indispensable dans tout hôpital qui participe à l'enseignement des étudiants d'une faculté de médecine. Cependant, je n'aurais aucune objection à ce qu'un hôpital, en dehors même de l'enseignement, puisse organiser un tel service, si modeste soit-il, s'il a des chercheurs compétents et des moyens financiers suffisants.

L'industrie n'hésite pas à investir dans ses laboratoires de recherche des sommes d'argent parfois formidables afin d'améliorer ses produits ou d'en découvrir de nouveaux. Citons par exemple l'industrie de l'automobile, des produits pharmaceutiques et de l'électronique. Evidemment, cette mise de fonds est destinée à accroître les bénéfices et se

mesure par des chiffres et des résultats concrets. La recherche hospitalière ne peut pas calculer ses dividendes en dollars et c'est pourquoi elle représente une dépense qui n'est pas compensée par un revenu.

Nous avons vu cependant qu'elle élève le standard de la pratique hospitalière et contribue, à long terme, plus que tout autre facteur individuel ou matériel, au prestige et à la renommée d'une Institution. C'est un dividende indirect qui établit sur des bases solides la réputation d'un hôpital. La recherche est un placement qui ne subit pas les fluctuations de la mode, de l'enthousiasme momentané d'une thérapeutique ou le dynamisme transitoire d'une personnalité. En effet, la recherche s'anime d'elle-même dans un mouvement perpétuel. Elle est faite par des hommes dont on ignore le nom de celui, en fin de compte, qui fera triompher une idée ou jettera une lumière nouvelle sur un fait. La persévérance pourra quelquefois mener à une découverte qui fera pour longtemps la gloire de l'Institution, de ses médecins et de ses chercheurs.

B — SITUATION DE LA RECHERCHE DANS NOS HÔPITAUX

En 1955, j'ai prononcé pour l'Association des Médecins de Langue Française une conférence intitulée: « La Recherche est-elle possible dans les hôpitaux canadiens-français? ». Mes conclusions exprimaient un pessimisme évident car j'avais l'impression que la plupart de nos administrations hospitalières se souciaient surtout d'équilibrer un budget précaire et déficitaire et n'avaient, dans les circonstances, aucune affection particulière pour la recherche.

La situation a-t-elle changé? Je me réjouis de constater un progrès indiscutable. L'initiative, le courage et la persévérance de chercheurs à forte personnalité ont grandement influencé quelques administrations hospitalières et ont contribué à donner à d'autres le goût et le désir de créer ou de développer un département de recherche. Ce vigoureux élan, avec de remarquables résultats, permet un optimisme certain.

Cependant, je n'hésite pas à déclarer que dans la grande majorité de nos hôpitaux de langue française, la recherche fait encore figure de parent pauvre et n'a pas la considération qu'elle mériterait. Les hôpitaux de langue anglaise ont dans ce domaine une avance nette qui leur fait grand honneur. Et c'est pourquoi, 65% des argents versés pour la recherche médicale par des organismes fédéraux

vont, dans le Québec, à des Institutions de langue anglaise. Ce chiffre ne tient pas compte des argents versés par la philanthropie privée et les fondations privées. Dans notre milieu, cette forme d'altruisme est malheureusement presque inconnue. *Ces remarques n'ont aucun but discriminatoire* mais illustrent un fait évident: la dépendance de la recherche à des moyens financiers suffisants. Faute d'argent, nos hôpitaux ont négligé la recherche, n'ont pas prévu de locaux, ni encouragé les jeunes à se former à cette discipline qui est une spécialité aride et fort complexe. Mais ce manque d'argent est-il seul responsable de ce retard? Plus important encore fut peut-être le manque de conviction, d'enthousiasme et de foi vis-à-vis l'utilité même de la recherche qui fut oubliée par nos administrations à force de n'être pas discutée et encouragée.

J'admire les pionniers qui, dans notre milieu, ont imposé leur attention par des efforts vraiment remarquables. Puisse leur exemple être compris par les administrations qui ont le souci du progrès médical.

C — SUGGESTIONS

Il serait vain de critiquer un état trop statique de la Recherche dans nos hôpitaux sans proposer quelques suggestions susceptibles d'améliorer la situation.

En tout premier lieu, la recherche hospitalière n'est possible qu'avec l'aide d'une administration convaincue de son importance. Cette conviction doit alors s'exprimer par des faits concrets tels la création ou le développement d'un département ou service de recherches au même titre que tous les autres départements ou services de l'hôpital; l'aménagement de locaux adéquats; la prévision d'un budget et l'engagement de chercheurs à des conditions honorables.

L'écueil le plus important de ce programme est sûrement le budget. Il faut avouer que dans le contexte de l'assurance-hospitalisation la part de la recherche est réduite à néant. Il me semblerait pourtant logique que dans un hôpital d'enseignement tout au moins on tienne compte de ce besoin dont le malade retire éventuellement la totalité des dividendes.

Pour créer, maintenir et organiser son département de recherche, l'Hôpital administre des revenus qu'il demande à ses chercheurs de trouver. Cette situation paradoxale maintient un climat d'insécurité totale puisque l'emploi du chercheur

est conditionné par sa propre aptitude à se procurer les fonds nécessaires à son travail.

Pour trouver ces fonds, le chercheur doit s'adresser aux agences qu'il croit intéressées, leur envoyer un programme complet de son projet, justifier l'emploi de la moindre dépense, refaire une revue complète de la littérature sur le sujet et signaler l'originalité de sa propre recherche... tout cela, au moins six à huit mois avant la date du début de la recherche. Je n'insiste pas sur l'utilité de quémander à plusieurs endroits différents avec l'espoir de frapper éventuellement à la bonne porte! Ces fonds accordés, en général pour une année, sont renouvelables avec l'envoi d'un rapport détaillé des progrès accomplis et des argents dépensés.

Je ne critique pas ces procédures mais je les souligne pour insister sur ce climat d'insécurité qui est, à mon avis, le principal obstacle de la recherche médicale. C'est pourquoi il me semble indispensable pour un hôpital de prévoir un budget minimum de recherche qui puisse garantir la marche du département et l'emploi des chercheurs. Ce budget minimum permettra la flexibilité et les octrois spéciaux couvriront des dépenses bien précises. C'est pourquoi également, je souhaite la généralisation de la formule du *Block Grant* ou « octroi de soutien » qui alimente non pas un projet mais un service et qui est donné pour une période suffisamment longue pour juger le rendement de ce placement.

Pendant longtemps la recherche médicale a été faite par des médecins qui gagnaient leur vie avec leur clientèle et consacraient à la recherche leurs heures de loisirs. Les temps ont tellement changé et les problèmes se sont tellement compliqués que je me demande sincèrement si cette tradition a encore quelque mérite. A mon avis, la recherche médicale associe aujourd'hui des médecins spécialisés dans cette discipline et des docteurs en sciences, telles la biochimie, la physique, la pathologie... etc... Ces médecins et docteurs donneront leur plein rendement s'ils consacrent la totalité de leur temps à la recherche et j'ajouterais volontiers une participation active mais limitée à l'enseignement. Une équipe plein temps de docteurs en médecine et en science présente, pour moi, les meilleures garanties de rendement et de succès, et c'est pourquoi j'en favorise le développement.

Enfin, pour aider les hôpitaux, je pense qu'il devient indispensable d'éduquer le public sur les mérites et l'importance de la recherche afin de créer un climat de philanthropie. Nous acceptons de

payer par d'énormes taxes un programme formidable de défense nationale contre l'éventualité d'aggressions extérieures. Mais, en fin de compte, la maladie est notre pire ennemi et la cause la plus probable de notre mort qui peut survenir malheureusement de façon prématurée. N'est-il pas insensé de développer par tous les moyens la science de la mort et de rester indifférent à la science de la vie? Le temps n'est-il pas venu de contribuer volontairement à la recherche médicale qui a, dans les soixante dernières années, allongé la moyenne de vie de vingt-deux ans.

Avec son immense territoire et sa petite population, notre pays est-il justifié de dépenser un quart de son budget (un milliard sept cents millions de dollars) à sa défense. Qu'en restera-t-il? Peu de chose: Une impression d'effort devant le spectre de destruction atomique et la satisfaction puérite de *peser* dans un monde qui met aux prises des

géants. Pour nous canadiens qui n'avons jamais cherché la guerre et y avons été par deux fois acculés depuis cinquante ans, pourquoi nous y préparer de nouveau? A-t-on réfléchi à ce que pourrait donner aux Canadiens et aux Hommes du monde entier un octroi de 135 millions de dollars à la recherche médicale. Ce chiffre vous paraît fantaisiste et impensable. C'est pourtant celui de l'addition seulement prévue au budget de la défense nationale pour l'année 1962-1963. Le jour n'est peut-être pas si loin où nous regretterons amèrement une politique de Grandeur qui pourrait bien être aussi une politique de l'Absurde.

Pour nous qui voyons chaque jour des humains qui souffrent et meurent, nous restons convaincus que dans l'échelle des dépenses utiles et vraiment humanitaires, la recherche médicale occupe une position inattaquable et représente un idéal qui mérite d'être compris, soutenu, partagé et concrétisé.

DIALOGUE SUR L'ASSURANCE-SANTÉ

Gilbert BLAIN, M.A.H.,
Assistant-directeur médical,
Hôpital Notre-Dame (Montréal).

Le temps n'est plus de se demander si nous aurons l'Assurance-santé au Canada, mais bien plutôt quelle forme elle prendra. On a cessé de discuter le principe pour préparer déjà les modalités.

La Commission Hall a commencé, il y a quelques mois, son voyage à travers le pays. Les premières séances, dans les Maritimes, laissaient présager, paraît-il, une nette opposition entre les associations médicales et les groupements ouvriers. Le *Nouveau-Journal* imprimait en manchette: « *La profession médicale et les syndicats ouvriers, les principaux antagonistes à la Commission d'enquête sur les services de santé.* » (4 déc. 1961, p. 17).

Qu'en est-il vraiment? Les syndiqués et les médecins entretiennent-ils des idées diamétralement opposées sur tous les points en rapport avec l'assurance-santé? Si on engageait un dialogue, les déclarations de part et d'autre seraient-elles absolument contradictoires? Voyons les prises de position dans certains documents officiels.

La « Canadian Medical Association » (C.M.A.) a publié une déclaration sur l'assurance pour soins médicaux où elle proclame qu'elle appuiera tout système qui respectera quinze principes qu'elle

énumère (1). L'Association des Bureaux Médicaux des Hôpitaux de la Province de Québec (A.B.M. H.P.Q.) a soumis, en juillet 1960, au Ministère de la Santé de la Province, un Mémoire relatif à l'assurance-hospitalisation qui comprenait un long chapitre sur l'aspect médical de la situation. Enfin les grandes centrales syndicales réunies (C.T.C.C., F.T.Q. et F.U.I.Q.) avaient, elles aussi, présenté au gouvernement un Mémoire sur l'assurance-santé, il y a quelques années (2).

Ces documents nous permettent d'amorcer, sur un certain nombre de points, un dialogue fictif entre le monde ouvrier et le monde médical. Ce dialogue portera sur les principales caractéristiques de la pratique de la médecine, soit (1) le libre choix bilatéral, (2) le « colloque singulier », (3) le secret professionnel, (4) la liberté pour le médecin de pratiquer où et comme il l'entend, (5) la rémunération du médecin par honoraires, et enfin (6) la participation de la profession médicale à la direction des organismes d'assurance-santé.

Il faut savoir si ces caractéristiques sont essentielles ou accidentelles à la nature ou à la qualité de l'acte médical, afin de déterminer lesquelles on

peut abandonner sans regret et lesquelles on doit conserver coûte que coûte. Mais voyons les opinions colligées.

1 — LIBRE CHOIX BILATÉRAL

C.M.A. Chaque résident du Canada est libre de choisir son médecin et chaque médecin est libre d'accepter ou de refuser un malade tenant compte des principes de l'éthique professionnelle (art. 2).

A.B.M.H.P.Q. Il en est donc du libre choix comme des autres exigences qui sont nécessaires afin d'éloigner les inconvénients d'une médecine collective et impersonnelle (p. 59).

Syndicats. Les patients auraient la liberté de choisir le médecin qu'ils désirent. C'est d'ailleurs là, comme nous l'avons noté, une caractéristique de la plupart des plans en opération. (p. 108)

2 — COLLOQUE SINGULIER

A.B.M.H.P.Q. L'acte médical est sans doute et par essence un *acte singulier, un acte d'homme à homme*. La médecine ne cesse pas d'être individuelle... En devenant sociale, elle n'abandonne nullement ses prérogatives qui en ont toujours perpétué l'excellence, en ont constitué un échange de confiance et en ont assuré la dignité... Le vrai problème est d'adapter l'exercice de la médecine aux exigences techniques et sociales du temps présent sans porter atteinte aux valeurs permanentes qui caractérisent la médecine humaine. (pp. 45, 48, 49)

C.M.A. La responsabilité du médecin envers chacun de ses malades a préséance sur ses obligations envers les systèmes d'assurance pour soins médicaux, quels qu'ils soient. Les systèmes d'assurance pour soins médicaux n'empêchent en aucune façon l'exercice individuel de la médecine. (Art. 7 et 9).

Syndicats. A l'encontre de l'assurance-santé obligatoire, les médecins ont l'habitude de soulever le problème des relations personnelles avec le patient. Selon eux, avec l'avènement de l'assurance-santé obligatoire, nous assisterons à une rupture des relations personnelles et nécessaires entre le patient et son médecin. Nous trouvons étranges ces affirmations de la part des médecins qui, par ailleurs, suivant la courbe imposée par la science, soutiennent qu'il faut pour l'avenir songer de plus en plus à une médecine de spécialiste. Les médecins s'adonnent en réalité à la spécialité à un rythme que nous n'avons jamais connu avant la fin de la dernière guerre (Statistiques à l'appui). Comment, avec de telles statistiques, pouvons-nous prétendre

qu'il soit toujours question de maintenir les mêmes relations personnelles qu'autrefois entre le patient et son médecin, lorsque nous savons par définition que le spécialiste ne voit ses patients que sporadiquement.

Nous abondons dans le sens de la spécialité et nous ne voulons pas que nos remarques soient interprétées défavorablement. Les progrès de la science imposent aux médecins de se spécialiser dans des domaines définis et nous le comprenons. Précisément en raison de ces spécialités à l'infini, nous concluons que les relations personnelles de patient à médecin sont presque révolues... (p. 33).

Comme nous l'avons vu précédemment, la médecine autrefois s'exerçait par une pratique privée tandis qu'aujourd'hui les progrès de la science ont complètement bouleversé ces anciennes normes et nous ne voyons aucune objection à ce que soient sapés à leurs bases ces fondements désuets de l'exercice privé. (p. 39)

3 — SECRET PROFESSIONNEL

C.M.A. Tout renseignement sur l'état de santé du malade demeure confidentiel, sauf quand l'intérêt public est en cause. (Art. 6).

A.B.M.H.P.Q. Il appartient, croyons-nous, au corps professionnel médical de déterminer non seulement ce qu'est un Secret Professionnel, mais les modalités à la fois doctrinale et pratique qu'il doit revêtir, afin de fermer, autant que possible, les brèches pratiquées contre le secret médical et éviter ainsi les atteintes répréhensibles à la dignité et au respect de la personne humaine. (p. 68).

Syndicats. Aucune mention du secret professionnel dans le mémoire.

4 — LIBERTÉ DE PRATIQUER OÙ ET COMME ON VEUT

C.M.A. Le médecin est libre de choisir le genre et le lieu d'exercice de sa profession. (Art. 5).

Syndicats. La spécialisation a provoqué une concentration urbaine progressive chez les médecins (Statistiques à l'appui). Seul un régime d'assurance obligatoire pourrait contrôler la répartition équitable et efficace de l'ensemble des médecins. (p. 101).

5 — RÉMUNÉRATION DU MÉDECIN

C.M.A. Les membres de la profession médicale, parce qu'ils donnent eux-mêmes des soins médicaux, ont le droit de déterminer la méthode de leur rémunération. Le montant de la rémunération est sujet à négociation entre malade et médecin,

ou leurs fondés de pouvoir. Tout système de soins médicaux doit prévoir le rajustement périodique ou automatique des taux de rémunération selon la fluctuation des conditions économiques (art. 13, 14, 15).

A. B. M. H. P. Q. La rémunération à l'honoraire par acte médical posé permet une saine émulation entre médecins et prévient un relâchement de l'activité professionnelle... Sauf dans certains cas particuliers, la rémunération du médecin sous forme de salaire est à rejeter d'emblée... La conclusion qui s'impose est claire: la fixation des honoraires professionnels revient au Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec (pp. 64, 65, 66).

Syndicats. Chaque fois que l'on aborde devant des médecins le problème de l'assurance-santé, ces derniers sursautent immédiatement en prétextant qu'il est incompatible à la dignité de leur profession de parler de salaire. Disons tout de suite qu'il n'existe aucune équation entre assurance-santé et médecin salarié.

Dans l'élaboration de notre plan, nous verrons plus loin qu'il n'est pas question d'assujettir la classe médicale dans son ensemble à des catégories de salaires, mais nous aimerions au préalable dire un mot du salaire proprement dit.

Nous ne voyons pas en quoi le salaire en soi comporte pour ceux qui en sont les titulaires, quelque dégradation. Si l'on nous oppose que le salaire enlève aux médecins le stimulant que constitue pour lui le travail à base d'honoraires, nous pouvons immédiatement répondre que nous ne ferons jamais nôtre cette conception matérialiste de la médecine. Ceux qui précisément veulent conserver le système à base d'honoraires, sous prétexte qu'il est un stimulant, n'ont pas la vocation médicale et il devrait leur paraître honteux d'abuser de leurs théories.

Le salaire, toujours dans les propos de ces médecins mercantiles, constituerait un obstacle à la recherche ou à l'avancement de la science médicale; là encore nous différons d'opinion. D'abord parce que la recherche, aujourd'hui, se fait par équipe et dans des centres spécialisés. Ceux qui sont attachés à ces centres scientifiques sont presque tous des médecins salariés et nous ne croyons pas que de ce fait la science ait été retardée.

Que dire de nos professeurs d'universités, titulaires des chaires les plus importantes. Ces personnes ont-elles, du fait de leur salaire, perdu le goût de la recherche et le sens propre de leur activité scientifique? Nous croyons, tout au con-

traire, que si la profession médicale n'avait pas mis l'accent si fort sur l'appât des honoraires, elle eût pu diriger beaucoup plus de ses membres vers la médecine de laboratoire où se fait d'une façon toute technique et toute scientifique la recherche proprement dite. Ce n'est que tout récemment, sous l'instigation de médecins hautement désintéressés, que la médecine de laboratoire a pris une expansion nouvelle et encore en deçà des besoins.

Tous ces médecins attachés à des centres scientifiques, titulaires de chaires universitaires, ou préposés à la médecine de laboratoire, sont des salariés et nous ne croyons pas que les services qu'ils rendent à la société soient inférieurs à ceux des médecins à tarifs...

Il existe déjà une forte proportion de médecins qui s'adonnent à d'autres occupations que celle de la pratique privée et nous comprenons difficilement cet acharnement contre le fait du salaire. Si plus de 25 pour cent des médecins sont déjà salariés dans l'ensemble du Canada, nous avons dans la province de Québec plus de 30 pour cent de ces médecins, alors que Québec ne connaît pas encore de plan obligatoire d'assurance-santé (pp. 29 et seq.).

Et plus loin. Le système de rémunération des services médicaux pose certains problèmes. Les médecins n'accepteraient pas de devenir des salariés. Le mode de rémunération le plus acceptable serait sans doute le paiement par acte médical, d'après des barèmes établis par ententes conjointes entre l'administration du plan et le Collège des Médecins, par exemple (p. 108).

6 — PARTICIPATION À LA DIRECTION

C. M. A. L'on tient compte de l'opinion des groupements autorisés de la profession médicale et le corps médical est convenablement représenté au sein de toute commission, agence ou bureau, créés pour projeter, établir ou administrer un système d'assurance pour soins médicaux (art. 12).

Syndicats. Un type d'administration décentralisée est assez en faveur dans les plans d'assurance-santé: la province pourrait être divisée en régions médicales avec un corps responsable qui comprendrait cependant des représentants de l'Etat, mais aussi des représentants des administrations locales et des groupement sociaux (p. 108).

COMMENTAIRES

D'après ce qu'on vient de lire, on peut constater qu'il n'existe pas le moindre antagonisme entre la

profession médicale et les syndicats ouvriers quant au libre choix, au secret professionnel, à la représentation médicale dans les organismes directeurs de l'assurance-santé. De plus, à toute fin pratique, on en arrive à un accord de pensée quant à la rémunération du médecin par honoraires même si les syndicats ont cru bon de faire d'abord l'apologie du salariat.

Le contrôle de la répartition des médecins porte atteinte à leur liberté de s'installer où ils le désirent. D'autre part, l'organisation de plus en plus rationnelle de la distribution des services médicaux entraînera inévitablement une certaine forme de réglementation dans ce domaine, ne serait-ce que la déclaration de « régions saturées » où un nouveau médecin ne pourrait s'établir, libre à lui de choisir ensuite parmi toutes les autres régions de la province...

On ne trouve de véritable discordance que sur un seul sujet, mais cette divergence d'opinions me semble très grave puisqu'elle concerne la nature même de la médecine.

Les syndicats remarquent et approuvent l'évolution de la médecine vers une spécialisation sans cesse croissante. La spécialisation, en médecine comme ailleurs, produit des hommes plus savants, c'est indubitable. Le médecin qui restreint son champ d'activité peut approfondir davantage ses connaissances et ainsi améliorer ses diagnostics et ses traitements. Mais elle provoque deux situations nouvelles: d'abord le malade traité par plusieurs médecins, puis le médecin qui ne traite qu'une partie du malade.

Faut-il en conclure d'emblée que les relations personnelles entre le médecin spécialiste et le malade n'existent pas? Faut-il en conclure que le « colloque singulier » est destiné à disparaître? Va-t-on dénaturer la médecine sous prétexte de la faire progresser?

Il faut ré-examiner la notion de la médecine. Ce n'est pas la science des maladies. Si, quand on demande le médecin, c'est à l'homme de science qu'on fait appel, il n'en demeure pas moins que l'exercice de la médecine est un art délicat pour lequel la science ne suffit pas. « Les médecins, écrivait Carrel, se trouvent en présence à la fois de la réalité concrète et des abstractions scientifiques. Il faut que leur pensée appréhende simultanément les phénomènes et les symboles, qu'elle fouille les organes et la conscience, qu'elle pénètre, avec chaque individu dans un monde différent. On

leur demande le tour de force de construire une science du particulier. » (3)

Le médecin traitant doit donc voir chaque malade individuel, avec ses organes individuels, ses émotions individuelles, son milieu individuel. Il doit varier son approche avec chaque malade qu'il faut rassurer, soulager, et guérir si possible. La médecine qui n'est pas personnelle n'est pas scientifique car elle ignore des facteurs très importants. Le « colloque singulier » doit donc se perpétuer au nom même de la science et de l'efficacité.

A la vérité, les deux évolutions de la médecine vers la spécialisation et vers la socialisation additionnent leurs dangers qui sont les mêmes. Sans doute les progrès de la spécialisation nous ont apporté une amélioration de la qualité des soins médicaux. La socialisation nous assure une plus grande quantité, une distribution plus vaste et plus équitable de ces soins. Mais devant l'organisation scientifique et administrative de la médecine, de sérieux périls nous menacent: désincarnation, automatisme, mécanisation, irresponsabilité; pis encore, dictature possible des techniciens et des fonctionnaires, les uns derrière leurs appareils, les autres derrière leurs guichets...

Certes nous sommes, que nous le voulions ou non, promis à la médecine organisée. Toute notre civilisation tend de plus en plus à nous imposer les soucis de la production, du rendement. Les milieux médicaux et hospitaliers n'échappent pas à cette tendance.

Mais on ne pourra jamais traiter des malades en série comme on produit des automobiles ou des boîtes de conserves. Pour le spécialiste, le malade peut devenir « un cas », un symbole. Pour le fonctionnaire, il peut devenir une fiche, un numéro. Mais l'homme n'accepte pas d'être réduit à un symbole, il ne se résigne pas à n'être qu'un numéro, et encore moins lorsqu'il est malade. L'organisation de la médecine peut changer, mais le malade, lui, ne change pas. Les structures de la médecine peuvent varier mais ses raisons d'être demeurent les mêmes: la souffrance et la mort. Et le médecin restera toujours l'homme au bras duquel on s'accroche quand l'inquiétude, parfois l'angoisse, assaille l'esprit en même temps que la maladie attaque le corps.

CONCLUSION

Les syndiqués, qui seront des malades tôt ou tard, et les médecins, qui les traiteront un jour ou

l'autre, désirent tous, je suppose, une médecine scientifique et humaine à la fois, que les patients soient satisfaits de subir et les médecins de pratiquer.

Le but de mon propos était de démontrer que l'antagonisme entre la profession médicale et les syndicats ouvriers, auquel le *Nouveau Journal* faisait allusion, n'existe pas sur tous les points et

qu'il est peut-être possible de trouver un terrain d'entente quant aux autres.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) *L'Action Médicale*, 36: 190 (déc.) 1960.
 - (2) La C.T.C.C. est devenue la C.S.N. depuis.
 - (3) Alexis CARREL: *L'homme, cet inconnu*. P. 300.
-

ANALYSES

Dans le but d'uniformiser les indications bibliographiques qui accompagnent les analyses, afin de les rendre plus complètes et utilisables, on est prié de les inscrire dans l'ordre suivant adopté par le « Quarterly Cumulative Index Medicus »: nom de l'auteur, titre de l'article, nom du périodique, le volume, la page, le mois (le jour du mois si le périodique est hebdomadaire), l'année. Exemple: J. BEERENS: Tuberculose et démence précoce. « Ann. Med. Psychol. », 94: 1 (juin) 1938.

MEDECINE

W. Gerald AUSTEN et Robert S. SHAW: **Troubles fonctionnels des extrémités supérieures par oblitération de l'artère sous-clavière ou du tronc brachio-céphalique.** (*Isolated upper-extremity symptoms due to obstruction of the aortic origin of the left subclavian or innominate artery.*) "The New Eng. J. of Med.", 266: 489 (8 mars) 1962.

Après un court aperçu historique des affections artérielles portant diverses dénominations telles que le Syndrome de Martorell, de Takayasu, etc., et après avoir effleuré l'étiologie, les deux auteurs présentent quatre cas d'oblitération des artères sous-clavières et du tronc brachio-céphalique. Les investigations anatomopathologiques révèlent leur nature athéroscléreuse. Dans chaque cas l'occlusion a eu lieu au niveau du segment proximal du vaisseau, là où il se détache de l'aorte.

La symptomatologie traduit somme toute l'insuffisance vasculaire de l'extrémité supérieur du membre atteint sans aucune participation cérébrale. Ces symptômes n'ont rien de pathognomonique et vont de la froideur des doigts, des mains, aux fourmillements et aux douleurs en passant par les brûlures. L'accouplement des symptômes brachiaux et de l'ischémie pourrait s'expliquer, nous disent les auteurs, par une ischémie médullaire cervicale quoique l'absence d'autres signes circulatoires de l'artère vertébrale laisse planer bien des doutes sur cette hypothèse ingénieuse. Les pouls radial et brachial, à une exception près, étaient présents, mais légèrement diminués. Par contre la T.A. dans le bras affecté était au dessous de la normale. L'inspection ne mettait en évidence aucune modification locale du membre atteint. Pour étayer le diagnostic ils eurent recours à l'angiographie (soit angiocardigraphie, soit aortographie).

L'intervention chirurgicale fut simple: une sternotomie médiane pour le tronc brachio-céphalique ou une thoracotomie postéro-latérale pour la sous-clavière. La thrombendarterectomie, à cause de sa simplicité, fut le procédé de choix. Les résultats furent excellents.

M. KALUDI.

CHIRURGIE

C. B. McVAY et L. E. SAVAGE: **L'étiologie de la hernie fémorale.** (*Etiology of femoral hernia.*) "Ann. Surg.", 154: 25-32 (déc.) 1961.

Le problème étiologique de la hernie crurale a soulevé beaucoup de discussions. Murray, dès 1916, a avancé l'hypothèse d'une origine congénitale et celle-ci se manifesterait par la présence à l'anneau crural d'un sac péritonéal profond. Le fait que le bassin de la femme s'élargit latéralement à la puberté tendrait à augmenter la dimension de cet anneau, faisant que la pression intra-abdominale accrue pendant la grossesse accentuerait la poussée du sac préformé.

Les auteurs ont pratiqué une dissection de la région chez 600 cadavres et ils reconnaissent qu'ils n'ont pu confirmer cette théorie du diverticule péritonéal congénital.

Keith plus tard a infirmé la thèse de Murray et il a cru que l'anneau crural constituait une soupape de sûreté susceptible de favoriser l'expansion de la veine fémorale dans la position debout du malade. Keith a souligné qu'il était faux de prétendre que l'absence de sac congénital signifiait l'impossibilité de présence d'une hernie. A son avis, toutes les variétés de hernies étaient la conséquence de traumatismes répétés s'exerçant au niveau de zones affaiblies de la paroi abdominale. L'éventualité de la constatation d'un diverticule congénital ne lui apparaissait pas d'importance capitale dans l'apparition d'une hernie.

Buckley, pour sa part, a soutenu que la hernie crurale était bien acquise et que le lipome était l'agent à retenir, puisqu'il lui apparaissait comme précédant et attirant à lui le péritoine.

Tasche ne croyait pas non plus à l'origine congénitale de la hernie crurale, mais il incriminait à ce titre des phénomènes de traction et non ceux de pression intra-abdominale.

Thomas repoussait l'idée de la présence d'un diverticule péritonéal semblable à celui de la hernie inguinale, mais il rattachait le développement du sac herniaire à l'action de pressions énergiques faites sur l'anneau.

L'étiologie de la hernie crurale a donc connu de nombreuses théories; McVay et Savage s'accordent avec les auteurs qui prétendent que cette variété de hernie est une forme acquise; restent de nombreuses inconnues, toutefois.

Il est clair que la cause fondamentale de la hernie crurale est facilitée par l'élargissement de l'anneau fémoral, mais il est difficile de savoir pourquoi il a une tendance à s'agrandir. A la suite de leurs recherches expérimentales, McVay et Savage soutiennent que la théorie du lipome leur apparaît comme la plus plausible; la graisse pré-péritonéale a toujours constitué la portion la plus grande des petites hernies; ils soulignent également le rapport entre multiparité et hernie. Toutefois, ils remarquent que sur 800 cures de hernie, ils n'en ont fait que 70 pour la variété crurale, dont 30 chez des hommes et 40 chez des femmes, parmi lesquelles 10 étaient multipares.

L'anneau crural plus petit chez la femme prédispose moins celle-ci que l'homme à la production d'une hernie.

En conclusion, les auteurs affirment que la cause première de la hernie crurale réside dans la présence d'un attachement congénitalement rétréci de la paroi inguinale postérieure au ligament de Cooper et que la pression intra-abdominale accrue favorise la poussée de la graisse pré-péritonéale au niveau d'un anneau crural élargi; le traitement chirurgical découle de ces constatations.

Edouard DESJARDINS.

P. GOODALL: **Etiologie et traitement du sinus pilonidal. Revue de 163 malades.** (*The aetiology and treatment of pilonidal sinus. A review of 163 patients.*) "J. of Surg.", 49: 212-218 (sept.) 1961.

Ce travail, qui porte sur une période de vingt ans, concerne 163 cas traités pour un sinus pilonidal dans un grand hôpital d'enseignement en dehors de Londres.

L'auteur remarque d'abord que 105 ans après la publication de l'observation de Warren, le traitement de cette affection est encore controversé, que la guérison est très inconstante et que les récurrences sont fréquentes, soit un malade sur quatre.

L'auteur cherche à expliquer les causes de ces échecs opératoires qui sont d'autant plus malheureux que, du fait de ce mauvais résultat fréquent, la perte moyenne de jours de travail chez les opérés est d'environ treize semaines.

L'étiologie du sinus pilonidal semble être à la base du problème thérapeutique. Les causes en sont l'irritation chronique, l'infection, le traumatisme, l'hirsutisme, l'occupation du malade; ainsi sont prédisposés au sinus pilonidal: les individus qui voyagent en « jeep », les rameurs et les joueurs de tambour dans les orchestres de danse, d'où le nom de « drummer's seat ».

Il y a deux théories principales en faveur pour expliquer le sinus pilonidal; la première veut une origine congénitale, ce serait le produit d'un vestige embryonnaire; le traitement est ici efficace, puisqu'il permettrait d'enlever tout le résidu embryologique; la forme acquise se manifesterait par une infection survenant au niveau d'une fossette ou d'un pli; ici le traitement n'est plus le même, car l'excision serait plus nuisible qu'utile.

Goodall résume le traitement chirurgical en quatre méthodes: la première, incision et drainage d'un abcès (41 cas, dont 35 ont demandé une ré-intervention); la seconde: excision large avec suture primitive (126 cas, dont 68 ont guéri par première intention); la troisième: excision large sans suture (36 cas avec 30 guérisons) et la quatrième: incision sans suture, mais tamponnement (15 cas avec 13 guérisons).

Goodall rappelle également les facteurs de récurrence: infection au moment de l'opération, drainage inutile, excision avec suture dans les cas en apparence non infectés.

Goodall retient les conclusions suivantes: la plupart des cas de sinus pilonidal sont d'origine acquise: l'excision massive en bloc n'est pas utile; l'emploi du bleu de méthylène n'est pas indiqué; l'excision avec suture primitive comporte peu d'avantages; l'incision avec pansement compressif donne parfois de bons résultats; les cas aigus doivent être traités par une incision large; la surveillance post-opératoire est essentielle; l'épilation radiologique n'est pas sans danger.

Edouard DESJARDINS.

GASTRO-ENTEROLOGIE

J. P. WEILL et A. SACREZ: **Les séquelles des hépatites aiguës bénignes. Enquête sur 50 cas.** "Revue Intern. Hépat.", 11: 369 (mars) 1961.

A-t-on surestimé la fréquence de la cirrhose post-hépatitique? Les statistiques importantes que citent J.P. Weil et A. Sacrez sont contradictoires. Ceux qui ont étudié les séquelles des épidémies d'hépatite ayant sévi pendant la guerre sur les armées américaines et anglaises, n'ont pas constaté plus de cirrhoses que chez les témoins; mais une enquête menée en Russie mentionne, avec un recul de un à quinze ans après l'hépatite, 171 cas de séquelles diverses sur 300 cas.

La gravité de l'hépatite infectieuse semble varier suivant le pays, l'épidémie et le terrain.

Sur 200 malades hospitalisés, de 1948 à 1958, à Strasbourg, 50 malades ont pu récemment être interrogés, examinés cliniquement et biologiquement, et soumis à une cholécystographie.

Le bilan semble témoigner en faveur de la fréquence des séquelles fonctionnelles; sa valeur demeure toutefois bien relative, car les pourcentages des diverses plaintes chez les sujets ayant eu une sciatique (et étudiés comme élément de comparaison) sont très voisins.

La rareté des signes objectifs contraste avec la fréquence des plaintes.

Les épreuves hépatiques n'ont pas montré de grosses perturbations, sauf un degré d'hyperbilirubinémie rencontré avec une certaine fréquence.

Séquelles radiologiques: les auteurs ont relevé 2 cas de lithiase vésiculaire survenue après l'hépatite; 3 cas de vésicule exclue après épreuves hépatiques normales; 74% de vésicules à morphologie et à contractation normales; 16% de dyskinésies vésiculaires.

Si on élimine les hépatites ictérogènes évoluant d'un seul tenant vers la cirrhose, on peut admettre (malgré la discordance des statistiques) que l'évolution vers la cirrhose est relativement rare pour les hépatites cliniquement guéries. Entre la restitution « ad integrum » et la cirrhose indiscutable, existent des stades intermédiaires d'hépatite, —assez mal individualisés d'ailleurs.

Cecil GENDREAU.

CARDIOLOGIE

T. R. KEITH et J. SAGARMINAGA: **Disparition spontanée du murmure d'un canal artériel persistant.** (*Spontaneously Disappearing Murmur of Patent Ductus Arteriosus.*) "Circulation", 24: 1235-1238 (nov.) 1961.

Le canal artériel persistant se manifeste ordinairement par un murmure continu typique. Les formes auscultoires atypiques se rencontrent plutôt chez le nourrisson ou l'enfant et suggèrent des mécanismes variés: hypertension pulmonaire, faiblesse de la pression systémique, diamètre minuscule du canal, fermeture spontanée ou occlusion du canal par déplacement médiastinal. Dans l'observation actuelle, il s'agit d'un canal artériel persistant découvert chez une jeune fille de dix ans et dont le murmure continu de forte intensité disparaît et réapparaît spontanément et en entier. L'intervention révèle la présence d'une formation valvulaire à l'intérieur du canal, près de l'ouverture pulmonaire. Nul doute que la disparition du murmure résultait de la fermeture soudaine du canal par la valvule avec interruption du shunt gauche-droit.

B. DUMAIS.

NEUROLOGIE

J. E. PAILLAS, P. MOUREN, R. SEDAN et A. COMBALBERT: **Myélopathies consécutives aux cervicarthroses: considéra-**

tions cliniques et thérapeutiques. "Revue Neurologique", 105: 325 (oct.) 1961.

Les auteurs rapportent leur modeste expérience de 14 cas opérés avec quelque recul. Ils n'ont retrouvé que 4 fois l'existence d'un traumatisme à retentissement cervical. Le premier signe fut sensitif dans 10 cas: dysesthésies des membres supérieurs (2), algies radiculaires (7), décharge électrique à la toux irradiée aux membres inférieurs (1). Huit malades se plaignaient, au début, de troubles moteurs, rapidement intenses chez quatre d'entre eux. En fait, six fois, il y eut apparition parallèle des troubles moteurs et sensitifs et on ne peut opposer en pratique ces modes de début. Les troubles, une fois apparus, ont une lente évolution; tantôt ils « montent » des membres inférieurs vers les supérieurs (7 fois), tantôt ils « descendent » des membres supérieurs vers les inférieurs (7 fois). En fait, dans 4 cas, la souffrance radiculaire cervico-brachiale a pu réaliser un début par les membres supérieurs, tandis que l'expression médullaire première se faisait en réalité aux membres inférieurs, ce qui rejoint les constatations faites par Gros.

L'examen clinique leur a permis quelques remarques.

La nuque est souvent douloureuse, de façon évidente (7 cas), ou discrète (4 cas), mais il est étonnant de constater la souplesse du rachis cervical à la mobilisation; un enraidissement ne fut noté que dans 4 observations et encore bien minime dans 3 de ces cas. Chez 8 de leurs malades, ils ont noté que la mobilisation de la nuque a provoqué une décharge électrique parfois intense (3 fois) et ils insistent sur la valeur de ce signe, avec Alajouanine et Thurel, affirmant le retentissement médullaire.

Le segment céphalique fut souvent indemne (nystagmus dans 2 cas, inégalité pupillaire dans 2 autres).

Aux membres supérieurs, la motricité fut diminuée 12 fois, la sensibilité 7 fois perturbée, une seule fois suivant une topographie strictement radiculaire (C8). Les réflexes osteo-tendineux furent normaux dans 2 cas, exagérés 11 fois avec signe d'Hoffman dans 10 cas, le tricipital était aboli dans 1 cas. Cette variation traduit bien le conflit entre l'atteinte pyramidale et l'atteinte radiculaire. En une occasion, des troubles vaso-moteurs furent notés et 3 cas seulement présentaient de l'amyotrophie segmentaire.

Aux membres inférieurs, l'atteinte est sensiblement parallèle: motricité 10 fois diminuée, sensi-

bilité 5 fois perturbée, réflexes osteo-tendineux vifs dans 12 cas, avec présence constante (14 cas) du signe de Babinski. Ils retrouvent également la prédominance bien classique de la spasticité sur le déficit.

Au tronc: diminution des réflexes cutanés 4 fois et troubles sphinctériens souvent (4 fois) majeurs et ce fait n'est habituellement pas souligné. Six fois existaient des troubles étagés de la sensibilité.

Les observations se présentaient synthétiquement de la manière suivante:

- 8 malades étaient des quadriparétiques spasmodiques;
- 1 femme se présentait comme une hémiplégie spinale pure;
- 1 homme réalisait un syndrome de Brown-Séquard.

Par l'importance des fibrillations musculaires, un malade évoquait la sclérose latérale amyotrophique, mais les signes sensitifs subjectifs et objectifs, un réflexe aboli éliminaient sans discussion ce diagnostic.

Le Queckenstedt révèle 8 fois une liberté totale de la circulation du L.C.R., deux fois un trouble net, une fois un blocage. Le L.C.R. était normal (5 fois seulement hyperalbuminose au-dessus de 0,40 g. jamais plus de 0,80).

Les radiographies cervicales (et parfois les tomographies) ont montré:

dans 14 cas, une indiscutable arthrose cervicale antérieure et postérieure; discrète 5 fois, majeure 7 fois, et d'une intensité exceptionnelle dans 2 cas; un trouble de la statique (raideur ou angulation) était 4 fois très marqué; des pincements discaux de C5-C6 et C6-C7 s'associaient toujours aux signes arthrosiques.

Des myélographies furent faites dans 13 cas et montrèrent 11 images pathologiques:

- 3 fois un arrêt franc (C5-C6 et C6-C7);
- 8 fois une encoche transitoire siégeant: 6 fois en C5-C6, 5 fois en C6-C7, 3 fois en C4-C5.

Pratiquement, comme dans beaucoup d'autres observations, le disque C5-C6 fut trouvé le plus souvent coupable. Cela se conçoit bien puisqu'il présente la plus grande amplitude des mouvements (docteur Sèze) et qu'il est notamment la charnière de l'inflexion latérale du cou (Paillas, Pigagniol et Sedan). Si l'on ajoute que le trou de conjugaison de C5-C6 est le plus petit du rachis cervical, qu'il laisse passer la racine C6 et son artère irriguant en majeure partie le renflement cervical (Lazorthes), on conçoit l'intérêt qu'il faut porter à cet espace.

La pathogénie est encore très discutée. Il existe indubitablement un *facteur mécanique* constitué par les microtraumatismes subis par la moelle sur les créneaux arthrosiques au cours des mouvements du cou et les décharges électriques l'attestent. L'épaississement des ligaments et des méninges, des parois vasculaires comprimées favorisent certainement ce facteur.

Mais il existe également un *mécanisme vasculaire*, une anoxie par ischémie relative, et la diminution de battements de la moelle, sa pâleur, la dilatation des plexus veineux témoignent bien de cette gêne circulatoire. Les causes en sont certainement complexes: perturbation du système artériel médullaire dans son ensemble (artère spinale antérieure, artères radiculaires, artères vertébrales) ou atteinte plus spéciale de l'artère spinale antérieure comme le soutiennent Mair et Druckman par l'étude de leurs documents anatomiques.

Guy GEOFFROY.

J. PECKER et J. DUBOIS: **Les hémiplegies puerpérales d'origine artérielle.** "La Presse Médicale", 70: 454 (24 fév.) 1962.

Au cours de la puerpéralité, tous les accidents vasculaires cérébraux ne sont pas des phlébothromboses. Les auteurs rapportent 5 observations d'oblitération de la sylvienne dont 3 prouvées par l'artériographie carotidienne. Deux de ces patientes avaient déjà présenté un déficit neurologique identique, mais transitoire ou de moindre intensité. Elles étaient toutes indemnes au point de vue cardiopulmonaire, sauf une patiente accusant une insuffisance cardiaque avec hypertrophie ventriculaire gauche et surcharge gauche à l'E.C.G.

Les 5 cas d'hémiplegie d'origine artérielle offrent un tableau typique caractérisé par: 1) leur apparition à la fin de la grossesse ou durant ou peu après l'accouchement; 2) leur début brutal sans signe prémonitoire; 3) leur symptomatologie: obnubilation passagère; hémiplegie prédominante au membre supérieur; aphasie globale au début puis d'expression; troubles sensitifs; hémianopsie; 4) le caractère stable des désordres neurologiques avec peu de tendance à la regression.

L'atteinte artérielle peut donc se différencier des phlébites cérébrales qui, elles, se reconnaissent:

- 1 — par leur apparition plus tardive pendant les suites de couches;
- 2 — par la présence de prodromes, surtout la céphalée;
- 3 — par les convulsions épileptiformes au début;
- 4 — par des troubles moteurs et sensitifs variables d'un jour à l'autre et sans cette distri-

bution précise que déterminent les lésions artérielles.

Le diagnostic différentiel est important surtout à cause du pronostic vital et fonctionnel qui demeure bien meilleur dans les cas de phlébites cérébrales du post-partum que dans la pathologie artérielle.

Reste à expliquer la pathogénie de ces accidents: embolie ou thrombose in situ.

Dans un des cas rapportés, celui avec insuffisance cardiaque, l'oblitération sylvienne semble résulter d'une embolie à point de départ ventriculaire gauche. On a également signalé dans la littérature quelques cas d'embolies paradoxales provenant d'une thrombose du plexus utérin et se glissant dans la circulation cérébrale via une communication inter-auriculaire.

Par ailleurs, dans les quatre autres observations, il semble s'agir de thrombose in situ. Deux de ces patientes avaient accusé des accidents prémonitoires comme s'il existait une altération localisée des parvis vasculaires. La grossesse et l'accouchement par le jeu des variations hormonales et hémodynamiques peuvent être cause de modifications locales du régime circulatoire. On peut donc admettre que chez certaines femmes apparemment saines, mais en réalité présentant déjà des atteintes artérielles pariétales, la grossesse est susceptible d'entraîner des variations tensionnelles et par suite des accidents de thrombose artérielle.

Pierre-C. DAVID.

Ntinis C. MYRIANTHOPOULOS, Albert A. KURLAND, Leonard T. JURLAND: **La prédisposition héréditaire du syndrome parkinsonien médicamenteux.** (*Hereditary Predisposition in Drug Induced Parkinsonism.*) "Arch. of Neurology", 6: 5-10 (janv.) 1962.

Un des effets secondaires possibles des neuroleptiques est un syndrome parkinsonien d'intensité variable. Certains cliniciens pensent que ce syndrome quoique similaire diffère de la maladie de Parkinson, tandis que d'autres soutiennent qu'ils sont tous deux identiques. Comme plusieurs cas de maladie de Parkinson semblent avoir une base génétique, les auteurs ont essayé de démontrer s'il y avait ou non une susceptibilité héréditaire au parkinsonisme médicamenteux.

On sait que 15% ou plus des patients recevant des dérivés de la phénothiazine en dosage thérapeutique élevé développent des symptômes parkinsoniens en quelques semaines indépendamment de la quantité totale du médicament et de l'âge du patient. La maladie de Parkinson comporte des lésions des ganglions de la base et de la substance

noire. Quoiqu'on n'ait pas de descriptions anatomopathologiques de patients ayant développé un syndrome parkinsonien médicamenteux, on peut assumer que les mêmes lésions existent, mais qu'elles sont réversibles. Alors la pathologie serait-elle la même avec seulement une différence de degré entre les deux affections? Les deux seraient alors héréditaires.

Les auteurs ont essayé de déterminer si la maladie de Parkinson était plus fréquente parmi les proches parents des sujets ayant développé un syndrome parkinsonien médicamenteux que parmi les proches des sujets résistants aux mêmes dérivés de la phénothiazine.

On obtint des renseignements sur 728 parents des 59 sujets qui présentèrent du parkinsonisme et sur 777 parents des 67 patients résistants. Chez les premiers, on découvrit 13 cas de maladie de Parkinson et chez les seconds 3 cas seulement. On répartit des parkinsoniens selon leur âge. La fréquence des cas de Parkinson chez les parents des patients résistants est à peu près la même à chaque niveau d'âge et au total que dans la population en général. Mais la fréquence des cas de Parkinson chez les parents des patients sensibles est à chaque niveau d'âge et au total nettement supérieure à celle observée dans la population en général.

Les résultats de cette étude préliminaire suggèrent donc qu'il semble bien exister une susceptibilité héréditaire au syndrome parkinsonien produit par les dérivés de la phénothiazine.

Pierre-C. DAVID.

PEDIATRIE

Jean SLACK, K. SIMPSON, A. YI-YUNG HSIA: **Désordres métaboliques héréditaires affectant le système nerveux.** (*Hereditary Metabolic Disorders involving the Nervous System.*) "Pediatric Clin. of North Amer.", 7: (août) 1960.

En 1908, quatre maladies furent taxées de « inborn errors of metabolism » par Sir Archibald Garrod; c'était l'albinisme, l'alcaptonurie, la cystinurie et la pentosurie. Depuis, les recherches ont précisé le mécanisme de ces maladies.

Ces quatre maladies alors connues, l'on en compte maintenant plus d'une centaine. Les auteurs étudient ici les principales maladies d'origine métabolique qui affectent le système nerveux et font rapport des dernières conceptions d'ordre étiologique et pathogénique qui les caractérisent.

I. — *Les affections associées au métabolisme des protéines.*

La phénylcétonurie. Cette maladie est causée par une déficience en phénylalaninehydroxylase,

un enzyme hépatique qui convertit la phénylalanine en tyrosine; cette conversion n'étant pas effectuée, la phénylalanine en excès cause plusieurs effets: par inhibition du métabolisme normal de la tyrosine, la mélanine est produite de façon très diminuée, de même que l'épinéphrine; la phénylalanine en excès ou un de ses produits causent certains dommages au système nerveux; sans que l'on puisse encore parfaitement les expliquer, il s'agit d'un retard mental, de crises épileptiques et d'anomalies à l'E.E.G.

Au point de vue clinique, l'enfant est normal à la naissance. Entre la 3^e et la 6^e semaine l'on peut déceler de l'acide phénylpyruvique dans les urines et l'enfant ne se développe pas mentalement à un rythme normal. Dans la première enfance, l'enfant est attrayant; la stature et le diamètre céphalique sont normaux. Caractéristiquement, ils ont les yeux bleus, les cheveux blonds et la peau blanche. Ils ont tendance à faire de l'eczéma. L'examen neurologique peut être négatif, sauf pour la présence d'une hyperflexie. L'E.E.G. montre des foyers épileptogènes multilocaux. Ces enfants présentent parfois des convulsions et, sauf dans de rares cas, le Q.I. est de 30 ou moins. L'incidence, aux U.S.A., est de 1 enfant sur 40,000 naissances et la maladie est transmise par un gène récessif. Le diagnostic est fait par la recherche de l'acide phénylpyruvique dans les urines suivant des méthodes de laboratoire simples. Le traitement consiste en des diètes faibles en phénylalanine, plusieurs de ces préparations sont sur le marché. Quant à l'évolution, les enfants traités ont plus de chances de ne pas souffrir de retard mental sérieux. Ceux dont le traitement est commencé avant l'âge de 6 mois ont d'excellentes chances de se ranger dans les limites du Q.I. variant entre le niveau de lenteur intellectuelle et celui du normal (de 70 à plus de 100). Ceux dont le traitement est commencé entre l'âge de 7 et 18 mois ont une bonne chance de se classer dans le groupe des enfants qui sont mentalement déficitaires, mais qui sont éducatibles (Q.I. de 50 à 70). Si la diète est commencée entre 19 et 36 mois, les chances pour en arriver à ce dernier résultat sont de 50%. Si le traitement n'est pas commencé avant cette dernière période, l'enfant sera vraisemblablement retardé et aura un Q.I. plus bas même que le seuil de dressage (I.E.30).

La maladie de Wilson (régénérescence hépatolenticulaire). Cette affection est causée par une anomalie dans le métabolisme du cuivre résultant d'une déficience d'une protéine plasmatique, la

« ceruloplasmine ». Cette déficience amène une diminution de la fraction « réaction-indirecte » du cuivre causant, d'une part, une augmentation de l'absorption du cuivre par le tractus gastro-intestinal et, d'autre part, une augmentation de la fraction « réaction-directe » du cuivre dans le plasma. Le cuivre en excès se dépose dans les tissus et est cause de la dégénérescence lenticulaire du cerveau, de la cirrhose hépatique et des anneaux de Kayser-Fleischer dans la cornée.

La maladie débute habituellement par de la dysarthrie et de la dysphagie qui progressent jusqu'à l'incapacité totale du niveau de ces fonctions. Graduellement se développent: un faciès parkinsonien, une instabilité émotionnelle et la rigidité musculaire. La maladie peut parfois débiter par des convulsions bien que celles-ci soient plutôt rares avant l'âge de 10 à 15 ans. L'on peut voir les anneaux de Kayser-Fleischer sur la cornée et il y a apparition éventuelle d'une cirrhose. La mort s'ensuit après quelques années alors que la détérioration physique est devenue extrême. Si non traitée, la maladie est toujours fatale; la médication se résume surtout en le B.A.L. et la pénicillamine.

La « maladie d'urine à odeur de sucre d'érable » (« Maple sugar urine disease »). Condition fatale caractérisée par des symptômes cérébraux et des urines ayant une odeur similaire à celle du sucre d'érable. Elle fut décrite en 1954 chez 4 enfants dont les parents n'étaient pas affectés. Les quatre sont morts en quelques mois. Chez ces patients, il y avait une augmentation marquée de la valine, de la leucine et de l'isoleucine et de leurs principaux sous-produits dans le sang, l'urine et le L.C.R. La maladie débute vers le 3^{ème} ou 4^{ème} jour de vie par de la difficulté qu'a l'enfant à se nourrir, absence du réflexe de Moro et apparition d'une respiration irrégulière et saccadée; ceci est suivi par de la rigidité et de l'opisthotonose.

La maladie de Hartnup. La perturbation métabolique essentielle semble être une anomalie de l'excrétion des acides indoliques après ingestion de tryptophane. La maladie est caractérisée par une éruption cutanée ressemblant à la pellagre, des troubles neurologiques, une amino-acidurie constante et autres phénomènes biochimiques suggérant une perturbation dans l'utilisation de l'acide nicotinique. Le tableau neurologique est variable; parfois il n'y a qu'une légère ataxie; parfois il peut y avoir du nystagmus, une ptose palpébrale, une hyperréflexie et du tremblement.

II. — Les désordres du *métabolisme des hydrates de carbone* comprennent surtout la galactosémie et la maladie « du storage du glycogène ».

La galactosémie. Normal à la naissance, l'enfant, après avoir été nourri au lait pendant quelques jours, présente des vomissements, de la léthargie et de l'hépatomégalie. Son poids n'augmente pas. Il peut y avoir de l'ascite et de l'oedème. Si la condition est sérieuse, l'enfant meurt de malnutrition. Les survivants sont en hyponutrition et présentent du nanisme, un retard mental et des cataractes. Dans tous les cas, les symptômes et signes disparaissent si on soustrait le lait et les produits laitiers de la diète.

La pathogénie de cette affection semble naître d'une déficience en un enzyme, la phosphate-galactose-uridyl-transferase qui catalyse une des nombreuses réactions dans la transformation du galactose en glucose-1-phosphate.

La maladie du « storage du glycogène ». Non générique donné à 6 ou 7 maladies caractérisées par un dépôt en quantité anormale de glycogène dans les tissus. Deux de ces affections ont une importance neurologique. Certaines maladies présentaient de la faiblesse progressive, des troubles de déglutition et régurgitaient la nourriture. L'examen montrait également de la macroglossie, de la cardio et hépatomégalie. L'histo-chimie montrait une accumulation excessive de glycogène dans les muscles et des études enzymatiques indiquèrent une déficience en amylo-1, 6-glucosidase, un enzyme devant « débrancher » les chaînes latérales du glycogène. Un autre syndrome musculaire est caractérisé par une fatigabilité rapide d'un muscle par ailleurs normal au point de vue mécanique et physiologique. Il s'agissait ici d'un blocage métabolique (par déficience de l'enzyme phosphorylase) dans la conversion du glucose en acide lactique.

III. — Les anomalies du métabolisme des lipides donnent naissance à plusieurs entités cliniques dont nous verrons les principales.

La maladie de Gaucher (forme infantile). Normaux à la naissance, ces enfants, vers le 4^{ème} mois présentent de l'apathie et un retard de développement. Puis viennent: l'hépatosplénomégalie et l'impossibilité de garder les yeux fixés sur un objet bien que la vision soit intacte. Puis s'installe de la rigidité musculaire, bientôt suivie d'opisthonose, de dysphagie puis une atteinte pulmonaire provoquant des quintes de toux et de la cyanose. Mort habituellement dans la première année de vie. L'histo-chimie rapporte la présence de cérébrosides dans les cellules réticulo-endothéliales des tissus

affectés. L'étiologie, selon certains, serait une perturbation dans le métabolisme intermédiaire des lipides; selon Tannhauser, il s'agirait plutôt d'un trouble enzymatique intra-cellulaire.

Maladie de Niemann-Pick. Condition attribuée à une accumulation de sphingomyéline. Le mécanisme de conversion de la céramine en sphingomyéline serait intact, mais le processus inverse ne se produirait pas normalement. Cliniquement, cette maladie ressemble à celle de Gaucher. Normal à la naissance, l'enfant montre bientôt un retard physique et mental. Les signes les plus frappants: fonte musculaire des extrémités, hépatosplénomégalie, présence d'une tache rouge cerise dans la macula, apathie. Les enfants meurent entre l'âge de 5 mois à 5 ans d'émaciation et d'anémie.

L'idiotie amaurotique familiale. Terme appliqué à plusieurs perturbations distinctes du métabolisme des lipides, mais chez lesquelles une certaine relation existerait probablement. Cliniquement, on a: 1) la forme infantile, ou la maladie de Tay-Sachs; 2) la forme infantile tardive, ou maladie de Bielschowsky-Jansky; 3) la forme juvénile ou maladie de Spielmeyer-Vogt; 4) la forme juvénile tardive ou maladie de Kufs.

La maladie de Tay-Sachs est une maladie familiale débutant vers l'âge de 4 à 6 mois par de l'irritabilité et un arrêt de développement. Il apparaît une baisse progressive de la vision jusqu'à la cécité complète, une faiblesse musculaire et, sur le plan mental, des bouffées de rires explosifs et une détérioration mentale allant jusqu'à l'idiotie. Sur le plan neurologique, le malade présente de la spasticité musculaire en flexion, des fasciculations musculaires et des convulsions. La maladie se termine en un état de rigidité de décérébration et une infection respiratoire est habituellement la cause de la mort. Cette maladie serait plus fréquente chez les Hébreux. Les cellules ganglionnaires sont le siège d'une infiltration de grosses gouttes de substance lipidique. On observe habituellement une tache rouge-cerise sur la macula de ces malades. Des autres maladies de ce groupe ne sont que des variantes du Tay-Sachs; elles en diffèrent quant à l'âge d'apparition et par la présence de signes mineurs.

Le gargoylisme (ou syndrome de Hurler) est une maladie caractérisée par un aspect grotesque associé à un retard mental, des souffles cardiaques, des opacités de la cornée et parfois de la surdité. On observe une hépatosplénomégalie, la présence fréquente de hernies et de limitation articulaire. L'aspect du faciès, du crâne et de la co-

lonne est bien connu. Occasionnellement, ces patients présentent des convulsions. Deux types de dépôts sont retrouvés dans les cellules nerveuses et dans différents viscères; ce sont: un mucopolysaccharide similaire ou identique à l'acide sulfurique chondroïtine et un glyolipide hydrosoluble.

IV. — *Les auteurs étudient par la suite certains désordres métaboliques divers.*

La paralysie périodique héréditaire. Il s'agit d'une entité clinique rare associée à une baisse de potassium sérique et qui est caractérisée par des attaques intermittentes de paralysie flasque des extrémités et une aréflexie tendineuse d'une durée de quelques heures. L'administration de chlorure de potassium réussit à faire avorter une attaque aiguë.

La paralysie familiale hyperkalémique présente cliniquement un tableau semblable à la condition précédente. La cause serait ici une augmentation du potassium sérique qui serait due à une sortie du potassium des espaces intra-cellulaires vers les espaces extra-cellulaires.

La jaunisse héréditaire non hémolytique avec kernictère. Maladie des nourrissons qui présentent vers les premiers jours de vie de l'ictère suivi de signes d'atteinte progressive du système extra-pyramidal. Cliniquement il faut noter de la spasticité, de la rigidité et de l'opisthotonos; ces enfants mourraient souvent dans la première année. Chez ces malades, la bilirubine indirecte était élevée et, comme étiologie, l'on postule un blocage métabolique au stade de la conjugaison de la bilirubine qui est probablement dû à une déficience enzymatique spécifique.

Déficience en pseudo-cholinestérase. Condition caractérisée par une période prolongée d'apnée que l'on observe chez certains patients soumis à l'action d'une substance dont on se sert en anesthésie, le suxaméthénium (succinylcholine). Cette condition serait causée par la déficience en pseudo-cholinestérase, enzyme plasmatique détruisant le produit déjà nommé. Cette anomalie génétique, suggère-t-on, serait due à la synthèse d'un enzyme protéique dont la structure serait différente, sous certains aspects, de la pseudo-cholinestérase retrouvée chez les gens normaux.

Crétinisme familial avec goître. Dès les premières six semaines de vie, les signes classiques de crétinisme peuvent être notés chez les enfants porteurs de cette affection. Selon le niveau atteint dans la biosynthèse de l'hormone thyroïdienne, dû à une déficience enzymatique spécifique, l'on

pourra avoir trois sortes de crétinisme dont l'appellation porte le nom de la conversion non réalisée.

Guy GEOFFROY.

GENETIQUE

Howard S. CROB et Herbert S. KUPPERMAN: **Expériences avec les techniques de détermination de la chromatine sexuelle.** (*Experiences with Technique of Chromatin Sex Determination.*) "Amer. J. of Clin. Pathol.", **36**: 133 (août) 1961.

Depuis la découverte de la chromatine sexuelle par Barr et Bertran en 1949, de nombreux travaux ont été publiés sur la chromatine sexuelle. Certains traitent des techniques, d'autres de son application en clinique et enfin d'autres des prélèvements à demander.

Des auteurs ont rapporté des cas troublants de divergences entre les résultats obtenus par le frottis buccal ou le sang. Ceci pose alors nombre de questions.

Ces divergences sont-elles dues à une mauvaise technique? Doit-on préférer le frottis buccal au frottis sanguin ou vice et versa? Doit-on toujours les associer? Et enfin les divergences définissent-elles un syndrome spécial?

Les auteurs de ce travail vont donner la réponse à ces questions.

Matériel et méthode. 397 frottis de muqueuse buccale et de sang provenant de 367 humains. Ces frottis, pour l'objectivité des résultats, ont été numérotés différemment pour le même sujet par une personne différente du pathologiste qui les interprétera.

Les frottis du sang ont été colorés au Wright, les frottis buccaux soumis à l'électrolyse en milieu acide suivi de coloration à la thiomine.

Avant discussion des résultats, il importe d'exposer les éléments à rechercher sur ces frottis.

1) *Frottis sanguin.* Dans le frottis sanguin, on recherche: la baguette de tambour (*drumstick*).

La baguette typique se présente comme une masse hyperchromatique, arrondie, de 1.5 de diamètre attachée au noyau par un petit filament chromatinien.

L'absence de cette baguette dans 500 polynucléaires neutrophiles signe chromatine sexuelle négative (mâle).

La présence d'au moins six baguettes typiques signe le diagnostic de positivité de la chromatine sexuelle.

On attire l'attention sur le fait de l'existence d'autres formations nucléaires pouvant induire en

erreur, ce sont: a) l'appendice nucléaire filiforme ou en crochet (*small club*). De dimensions et de colorabilité variable, il est en nombre variable dans la même cellule. Cette formation est trouvée dans les deux sexes; b) les lobes accessoires: attachés au noyau par deux pédicules (pont de chromatine); c) le nodule sessile: ressemblant à la tête de la baguette de tambour. La présence signifie qu'il faut partir à la recherche des baguettes de tambour typique en comptant plus de cellules.

2) Sur le *frottis buccal*, on recherche la masse de chromatine sexuelle. La chromatine sexuelle est une formation hyperpynotique, elliptique ou triangulaire de 1 μ de diamètre, couchée sur la surface interne de la membrane nucléaire.

L'absence de cette formation dans 300 noyaux de cellules de la couche intermédiaire signe un diagnostic de chromatine sexuelle négative.

Résultats. Tous les cas étudiés ne montrent aucune divergence de diagnostic entre les méthodes. Ces cas comprenaient des cas d'intersexes et d'endocrinopathie.

Discussion. Les deux seuls cas irréfutables de divergences entre le frottis buccal et sanguin sont ceux trouvés par Jacob et Nicolas.

1) Le premier cas est celui d'un patient ayant une formule chromosomiale en mosaïque avec frottis buccal + sang. Sur ces cas, l'étude des chromosomes par culture tissulaire a démontré au niveau de la moelle et du sang 45 chromosomes, la peau 47. Conclusion: cas de mosaïques xxx/yo.

2) Le second cas est celui d'un mâle normal avec deux groupes sanguins et un frottis sanguin avec chromatine positive et un frottis buccal chromatine négative. Ceci s'explique par des anastomoses circulatoires entre deux faux jumeaux au cours de la vie intra-utérine.

Pour conclure, les cas de divergences entre frottis buccaux et frottis sanguins définissent une pathologie spéciale et nécessitent des investigations complémentaires.

M. DENNERY.

OPHTALMOLOGIE

C. HAYE: **Le syndrome de Posner-Schlossmann.** "Annales d'Oculistique", 193: 161-164 (fév.) 1960.

On désigne sous ce nom des crises glaucomato-cyclitiques unilatérales et récidivantes accompagnées d'hypertonie oculaire avec Descemetite. Dans les formes typiques, les signes sont strictement unilatéraux atteignant toujours le même œil. Les crises sont brutales et, dans l'intervalle de celles-ci, la sédation est complète.

L'hypertonie brutale est le signe clinique essentiel (40 - 70) Schiotz; cette tension élevée se maintient à un niveau constant durant un temps variable puis tombe brutalement.

Contrairement à ce qui existe dans une crise de glaucome aigu classique, les signes fonctionnels restent discrets: il n'y a que peu de douleurs et qu'une baisse modérée de l'acuité visuelle.

L'examen biomicroscopique est révélateur. Il y a sur la membrane de Descemet, des précipités peu nombreux, non pigmentés, de couleur blanche, de forme moyenne et d'une certaine épaisseur. Quant à la chambre antérieure, elle apparaît optiquement vide. Le fond d'œil, les milieux sont normaux ainsi que la périmétrie. Au fur et à mesure de la répétition des attaques, l'iris se décolore, prenant une coloration grisâtre.

La tension oculaire se normalise au bout de quinze jours; la durée de l'attaque variant entre 4 à 25 jours. L'intervalle entre les crises est silencieux et les épreuves de provocation sont négatives.

La maladie affecte surtout les adultes jeunes. Rarement après 50 ans. La pathogénie est discutée et discutable. Le traitement est électif: Néo-Synéphrine, Cortisone et Diamox.

Claude MONFETTE.

Jean SEDAN: **Efficacité de la correction cylindrique convexe pour la vision de près des petits astigmatés myopes migraineux.** "Annales d'Oculistique", 193: 245-248 (mars) 1960.

L'auteur rappelle que le cylindre concave dont l'axe est orienté selon le méridien de plus faible courbure ramène tous les foyers des différentes sections du dioptré astigmatique au foyer du méridien de la plus faible courbure du dioptré et que le cylindre convexe dont l'axe est orienté selon le méridien de sa plus faible courbure ramène tous les foyers des différentes sections du dioptré astigmatique au foyer du méridien de la plus forte courbure du dioptré.

Il estime qu'en dehors de l'action favorable que la correction de près par cylindre convexe exerce sur la migraine des astigmatés myopes, il a observé qu'elle permet dans de nombreux cas une correction totale de l'amétropie, qui est insupportable avec le cylindre concave ordinaire et que, d'autre part, elle réduit considérablement la fatigue du porteur dans les locaux éclairés de façon insuffisante ou irrationnelle (bureaux éclairés directement ou indirectement que par tubes fluorescents placés au plafond).

Ces migraines, on le sait, se rencontrent chez des astigmatés myopes à « profession visuelle ».

Cette façon de corriger ces migraines visuelles est classique et a comme effet de mettre au repos l'accommodation du sujet en le transformant en myope banal.

Comme preuve à l'appui, Sédan fait la relation détaillée de sept observations de minimes corrections cylindriques convexes qui ont fait disparaître intégralement l'état migraineux antérieur: dans la plupart des cas, la correction de loin n'était pas portée et ne l'a pas été depuis.

Claude MONFETTE.

ANATOMO-PATHOLOGIQUE

Ichiro TAKI et N. A. JANOVSKI: **Maladie de Paget de la vulve: présentation et étude histo-chimique de quatre cas.** (*Paget's Disease of the Vulva: Presentation and Histochemical Study of Four Cases.*) "Obst. and Gynec.", 18: 385 (oct.) 1961.

Les auteurs rapportent 4 cas de maladie de Paget de la vulve, lesquels ont fait l'objet des réactions histo-chimiques suivantes: mucicarmin, P.A.S. avant et après action d'une diastase, bleu Alcian et Fontana-Masson.

Après la présentation anatomo-clinique de ces quatre cas, ils procèdent à une revue de la littérature qui en rapporte actuellement 69 cas.

L'âge des sujets atteints varie de 30 à 89 ans mais la majorité des cas, soit 41, se situe entre 60 et 80 ans. Les lésions se manifestent par du prurit, des brûlures vulvaires chroniques, se poursuivant durant de nombreuses années, en moyenne de 2 à 4 ans, mais pouvant atteindre 17 ans. A l'examen, il s'agit de lésions érythémateuses nettement circonscrites, légèrement surélevées et indurées et présentant le plus souvent un aspect eczématoïde. Elles siègent habituellement au niveau des grandes lèvres et peuvent s'étendre aux petites lèvres, au clitoris, au périnée et aux régions inguinales. Toutefois, elles ne présentent jamais d'extension au vagin.

Les études anatomo-pathologiques rapportent la présence d'îlots cellulaires pagétoïdes dans l'épiderme dans les 69 cas; dans les canaux des glandes apocrines dans 32 cas; dans les acini apocrines dans 27 cas; dans le derme dans 10 cas et enfin au niveau des follicules pileux dans 17 cas. Un épithélioma glandulaire des glandes apocrines sous-jacentes a été découvert dans 13 cas. 8 cas ont présenté des métastases aux ganglions inguinaux (cas chez lesquels les lésions pagétoïdes étaient très étendues).

Résultats des réactions histo-chimiques. Dans les 4 cas, les cellules pagétoïdes renfermaient une

substance colorable par le mucicarmin, par le bleu Alcian et par le P.A.S. (avant et après action de la diastase). On démontra la présence de mélanine par le Fontana-Masson dans 3 cas.

Discussion. Selon les auteurs, la maladie de Paget de la vulve représente une tumeur originant au niveau de l'épiderme, progressant lentement et pouvant métastasier dans sa forme très avancée. Ceux-ci appuient leur théorie tout d'abord sur le fait qu'aucune néoplasie sous-jacente aux lésions pagétoïdes n'a pu être mise en évidence dans 37 cas. Par ailleurs, au moyen de coupes sériées, ils ont démontré des liens de continuité directe entre les îlots cellulaires néoplasiques de l'épiderme et du derme. Enfin, cette théorie repose sur une constatation histo-chimique: à l'instar de leurs propres résultats histo-chimiques, Braun-Falco a démontré la présence d'une substance P.A.S. positive au niveau des cellules de la couche intermédiaire et de la couche de Malpighi mais persistant seulement au niveau des cellules intermédiaires après digestion par une amylase. Les cellules des glandes apocrines ne réagissent pas au P.A.S. après l'action de l'amylase. Ainsi, la cellule intermédiaire de l'épiderme pourrait, selon eux, représenter la souche probable de ces tumeurs. Quant à la présence de mélanine dans ces cellules, Woodruff a démontré qu'elle demeurerait négative à la DOPA-réaction.

René VAUCLAIR.

R. WYNN: **Observations histo-chimiques de la pseudomucine ovarienne.** (*Histochemical observations on ovarian pseudomucin.*) "Am. J. of Obst. and Gynec.", 83: 80 (janv.) 1962.

L'auteur rapporte d'abord l'histoire d'une Porto-Ricaine de 55 ans qui en septembre 1958 subit une gastrectomie pour épithélioma gastrique. Lors de cette laparotomie, les ganglions para-gastriques étaient envahis mais il n'y avait aucune évidence macroscopique de métastases abdominales. (Les ovaires étaient macroscopiquement normaux.)

Huit mois plus tard elle présentait deux masses abdominales annexielles. Elle subit alors une annexectomie bilatérale. Ces masses annexielles étaient deux grosses tumeurs multiloculaires, mesurant respectivement 14 et 8 cm. de diamètre. A l'histologie l'aspect était identique à celui d'un épithélioma pseudomucineux primaire de l'ovaire.

Cette histoire a conduit l'auteur à faire une étude histo-chimique comparative du tractus digestif et des kystes pseudo-mucineux de l'ovaire, afin de voir s'il y avait moyen de différencier les sécrétions digestives de celles des kystes pseudo-mucineux.

L'auteur a utilisé à cet effet une batterie de réactions histo-chimiques à savoir:

Mucicarmin;
Mucihématine;
PAS;
Méthode de Baur;
Méthode de Casella;
Bleu d'Alcian;
Coloration métachromatique à la toluidine et à la thionine.

Ces colorations furent appliquées à divers tissus tels que:

La muqueuse duodénale normale;
La muqueuse gastrique normale;
La muqueuse colique normale;
La muqueuse endo-cervicale;
L'épithélium de kyste pseudo-mucineux bénin de l'ovaire;
L'épithélium de kyste pseudo-mucineux malin de l'ovaire;
Carcinome gastrique.

L'auteur constate qu'il n'y a aucune différence significative entre les réactions histo-chimiques de ces divers tissus. Il n'est donc pas possible de distinguer la pseudo-mucine ovarienne du mucus produit par d'autres tissus. C'est pourquoi l'auteur préconise tout simplement d'appeler les kystes pseudo-mucineux de l'ovaire, kyste mucineux.

Jacques Van CAMPENHOUT.

R. FISHER: **Cystadénome pseudomucineux: terme inadéquat?** (*Pseudo-mucinous Cystadenoma: a misnomer?*) "Obstetrics and Gynecology", 4: 616 (déc.) 1954.

L'auteur a fait une étude histo-chimique de 17 cystadénomes pseudo-mucineux de l'ovaire et de 10 cystadénocarcinomes pseudo-mucineux.

Les techniques employées sont les suivantes:

- 1 — PAS avec et sans digestion diastatique.
- 2 — Coloration de Rinehart, Abut, Haj avec et sans traitement à l'hyaluronidase.
- 3 — Méthode de Millon.
- 4 — Méthode à la Ninhyorine, Schiff.
- 5 — Méthode à la thionine.
- 6 — Coloration au ferriocyanure ferrique.
- 7 — Méthode à la diazosafranine.
- 8 — Coloration Soudan IV.

Les résultats obtenus par toutes ces différentes techniques pour les kystes bénins sont condensés par l'auteur dans un tableau. L'auteur entre alors dans certaines considérations histo-chimiques assez poussées concernant la spécificité histo-chimique de ces réactions. De tout quoi, il conclut:

1 — Dans les types malins les mêmes réactions se produisent que dans les cas bénins de kystes pseudomucineux de l'ovaire, mais à un degré moindre qui dépend du degré d'anaplasie cellulaire.

2 — Les réactions histo-chimiques montrent que la sécrétion des kystes dits pseudo-mucineux est constituée de mucopolysaccharides acides essentiellement et de muco-polysaccharides neutres de glycoprotéine ou de mucoprotéine.

Etant donné que la mucine est au point de vue chimique un muco-polysaccharide le qualificatif de pseudo-mucineux doit être abandonné pour les kystes ovariens mucipares et remplacé par celui de kyste mucineux.

Jacques Van CAMPENHOUT.

SOCIÉTÉS

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL

Séance du 20 février 1962

Tenue au Centre Social de l'Université de Montréal
Présidence du docteur Jacques Gélinas.

Symposium sur le diagnostic et le traitement de la maladie coronarienne.

Animateur: Docteur PAUL DAVID

En guise d'introduction, le docteur Paul David rappelle à l'auditoire l'importance de cette maladie qui, dans notre pays, est responsable de la mort d'une personne sur quatre, sans compter le nombre incalculable de patients qui sont rendus invalides par cette affection.

Le docteur David invite le docteur Segall à parler du diagnostic clinique. Ce dernier souligne que, malgré que cette maladie ait été décrite de façon adéquate depuis 1768, il existe encore des inconnus dans cette maladie. C'est l'histoire qui demeure l'élément le plus important.

Il faut retenir trois types en particulier qui peuvent parfois faire errer le diagnostic. Le premier type est la douleur qui est déclenchée par un geste ou un acte spécifique; par exemple, c'est le patient qui ressent une douleur précordiale s'il marche à l'extérieur, alors que ce même patient pourra marcher toute la journée à l'intérieur sans éprouver aucune douleur. Dans le deuxième type, les douleurs disparaissent après quelques minutes d'effort et, ceci, pour des heures. Enfin, dans le troisième type, les précordialgies apparaissent sans aucune raison apparente. Elles peuvent survenir au repos ou pendant la nuit: 20 pour cent de ces patients font une thrombose coronaire dans les semaines qui suivent.

EN DISCUSSION, le docteur Réginald Johnson explique les différentes formes d'angine qui peuvent être rencontrées. Il y a la forme dyspnéique, dont le diagnostic est relativement facile. Il y a aussi la forme qui est plus rare et qui survient chez les patients de plus de soixante ans et sans aucune autre cause. On rencontre aussi, occasionnellement, la forme digestive. Il y a aussi la forme d'angine inversée dont le diagnostic peut se faire uniquement avec l'électrocardiogramme. Enfin, il y a la forme spontanée qui apparaît, sans cause apparente; cette forme se rattache au syndrome pré-thrombotique.

Diagnostic électrocardiographique.

Docteur YVES DESROCHERS

Au dire du docteur Desrochers, la valeur de l'électrocardiogramme est très limitée et il existe un abus dans l'utilisation de cet examen.

Le docteur Desrochers soutient que l'électrocardiogramme ne vient que confirmer l'interrogatoire. La valeur de cet examen est limitée dans la phase prémonitoire de l'infarctus du myocarde, mais il est positif dans ce dernier. De plus, le docteur Desrochers prétend que la valeur de l'électro est encore plus limitée dans le pronostic de l'infarctus.

Par la suite, plusieurs clichés furent présentés, mettant en évidence les modifications électriques rencontrées dans l'ischémie myocardique, mais en précisant que ces mêmes modifications pouvaient être rencontrées dans d'autres conditions, telles que l'embolie, l'hypertrophie ventriculaire gauche et les altérations digitaliques.

EN DISCUSSION, le docteur Gilles Leduc admet que le questionnaire demeure l'élément le plus important dans le diagnostic. Cependant, il ajoute que l'utilité de l'électrocardiogramme ne doit pas être minimisée, mais qu'au contraire, il est parfois très utile d'obtenir un électrocardiogramme positif dans certains cas difficiles où le questionnaire demeure imprécis. De plus, dans certains cas, un électrocardiogramme obtenu après effort peut parfois mettre en évidence certaines modifications qui suggèrent un état d'insuffisance coronarienne.

Le docteur Leduc explique, par la suite, les modifications électrocardiographiques rencontrées dans l'angine de poitrine inversée. Il discute des conflits vectoriels qui peuvent parfois apparaître sur certains tracés et indiquer alors une insuffisance coronarienne latente. De plus, l'ischémie post-extrasystolique revêt une grande importance dans le diagnostic, ainsi que certains blocs auriculo-ventriculaires partiels et transitoires. Enfin, l'influence digitalique fut discutée, ainsi que le diagnostic différentiel de certaines atteintes myocardiques et péricarditiques.

Avantages et inconvénients de l'anticoagulo- thérapie.

Docteur YVETTE LEMIRE

La grande indication de la thérapeutique aux anticoagulants demeure, sans contredit, l'insuffi-

sance coronarienne subaiguë qui est responsable d'environ 30 à 50 pour cent des infarctus du myocarde. La thérapeutique aux anticoagulants peut réduire ce pourcentage à 10 pour cent environ.

Une autre grande indication est l'infarctus myocardique, afin de diminuer les accidents thromboemboliques.

Pour ce qui est de l'anticoagulothérapie à long terme, il semble bien qu'elle sert à prévenir les récurrences des infarctus du myocarde et qu'ainsi elle diminue la mortalité chez ces patients. Les grands dangers de cette thérapeutique sont les hémorragies de toutes sortes qui surviennent chez 8 pour cent des patients environ, avec une mortalité de 0.5%.

Les contre-indications sont les dyscrasies sanguines, les lésions ulcéreuses du tube digestif, les lésions hépatiques et rénales. Il faut surtout pouvoir compter sur un bon laboratoire, car il vaut mieux ne pas recourir à cette thérapeutique si cette dernière ne peut être suivie adéquatement.

EN DISCUSSION, le docteur André Proulx mentionne les principaux inconvénients qui peuvent résulter de l'anticoagulothérapie. La fréquence des hémorragies dépend très souvent du patient et de son manque de collaboration. Chez certains, il se produit une résistance à ces médicaments dont la nature demeure inconnue. Les hémorragies internes sont particulièrement difficiles à diagnostiquer. Il faut attacher beaucoup d'importance aux douleurs lombaires et abdominales. Il faut, de préférence, choisir le laboratoire d'un grand hôpital, car autrement les résultats ne sont pas stables.

L'arrêt du traitement dans l'anticoagulothérapie à longs termes est particulièrement difficile à déterminer, car en effet les récurrences sont très fréquentes lorsque ce traitement est cessé; mais, normalement, ce traitement pourrait être arrêté un à deux ans après l'accident initial si aucun symptôme n'est apparu.

Diète et cholestérol.

Docteur GASTON CHOQUETTE

Dans l'état actuel de nos connaissances, il semble qu'une diète pauvre en acides gras saturés et riche en acides gras non-saturés est le meilleur moyen d'abaisser le cholestérol durant une période de temps indéfini.

« Le concept que la maladie coronarienne peut être évitée par une diète appropriée demeure une spéculation; cependant, les faits s'accumulent d'année en année en faveur de cette hypothèse. »

Avec une telle diète, conclut le docteur Choquette, une diminution du cholestérol sanguin

d'environ 30 pour cent fut observée dans les trois premiers mois; après trois ans d'observation, cette chute du cholestérol s'est maintenue chez ceux qui ont suivi la diète. Aux Etats-Unis, dit-il, une étude entreprise sur des milliers de familles est en cours. Ce projet de recherches durera au moins cinq ans pendant lesquels 400,000 personnes recevront presque toute leur nourriture gratuitement. On espère ainsi pouvoir démontrer qu'un abaissement soutenu du cholestérol sanguin par la diète s'accompagnera d'une diminution significative de l'incidence de mortalité par la maladie coronarienne.

EN DISCUSSION, le docteur Jean-Louis Borduas insiste sur les fluctuations rencontrées dans la détermination du taux de cholestérol sanguin. En effet, ce dernier peut être influencé par plusieurs facteurs, tels que le stress. De plus, la théorie de la maladie coronarienne demeure fort discutée. 50 pour cent des infarctus environ ont un taux de cholestérol qui demeure dans les limites de la normale. L'activité fibrinolytique du plasma semble diminuée chez ces patients.

Tout en reconnaissant l'importance de suivre une diète appropriée tenant compte des facteurs lipémiques, le docteur Borduas insiste sur le contrôle des conditions associées, comme par exemple l'hypertension artérielle.

En ce qui concerne les agents chimiques doués de propriétés hypocholestérolémiantes, il ne fait pas de doute que ces substances permettent d'abaisser le taux du cholestérol, mais par ailleurs certaines d'entre elles peuvent donner des effets secondaires.

Séance du 20 mars 1962

Tenue au Centre Social de l'Université de Montréal

Présidence du docteur Jacques Gélinas.

Forum sur les aspects métaboliques de la lithiase rénale.

Le DOCTEUR JEAN-PAUL LEGAULT félicite le docteur Jacques Gélinas, président de la Société Médicale, de son initiative, et présente ensuite les différents membres du panel.

Le premier conférencier fut le DOCTEUR MARCEL LEGRAIN, néphrologue de Paris, qui souligna que la lithiase calcique était un sujet très vaste et qu'il se limiterait, par conséquent, à certains aspects de cette question.

Les données cliniques de la lithiase sont parfaitement établies et les données radiologiques sont aussi très bien connues. La véritable cause de la lithiase rénale est restée très longtemps inconnue et, encore aujourd'hui, certains aspects de cette affection sont encore problématiques. Cependant, l'importance de l'infection est certaine et joue un rôle capital dans l'étiologie de cette maladie. Il faut se rappeler, de plus, que la présence d'une urine claire n'élimine pas d'emblée la présence d'une infection.

Dans la lithiase, c'est le type du microbe qui est important. L'alcalose urinaire est aussi un facteur principal. Il semble bien que les examens biologiques du sang devraient être faits de façon systématique chez les patients atteints de lithiase. En effet, le dosage du calcium et du phosphore dans les urines des 24 heures est un test très important.

Il existe deux groupes: le groupe avec une calciurie normale, et l'autre groupe avec une calciurie élevée. Le taux de la calciurie est normalement de 250 mg. par 24 heures. Un taux au-dessus de 300 est nettement pathologique et, alors, le dosage du calcium et du phosphore dans le sang s'impose. Il existe des cas d'hypercalciurie idiopathique chez 30 pour cent des patients environ. Il s'agit d'un trouble de l'élimination. Dans ces cas, la calcémie reste normale. L'origine de ce trouble demeure un problème. Il peut s'agir, ou d'une conséquence rénale d'un trouble intestinal, ou d'un défaut tubulaire de la résorption calcique.

Au point de vue pathogénie, la calciurie jouerait un rôle secondaire. La sarcoïdose peut, parfois, être un facteur étiologique, car elle provoque de l'hypercalciurie et aussi de l'hypercalcémie.

Une autre cause qu'il faut toujours rechercher, c'est l'hyperparathyroïdie, qui est une affection rare se rencontrant chez un pour cent des patients seulement. Les examens biologiques montrent alors une hypercalcémie, une hypophosphatémie. L'oxalose est une autre étiologie possible qu'il faut toujours rechercher. C'est une maladie familiale, grave, extensive et récidivante qui peut entraîner une insuffisance rénale rapide. Dans cette affection, on retrouve des cristaux d'acide oxalique dans les différents tissus. Ces derniers se voient très bien à la lumière polarisée.

L'insuffisance rénale lithiasique a une évolution lente et provoque une hypertension artérielle tardive. Son évolution ressemble à la pyélonéphrite

chronique. La fréquence de cette affection est faible et le délai d'apparition est d'environ 10 ans. Par la suite, le professeur Legrain illustra, à l'aide de clichés, certaines modifications biologiques qui peuvent être rencontrées dans la lithiase rénale.

Le second panelliste, LE DOCTEUR PAUL DESSUREAULT, discuta de la stase urinaire et de son rôle dans la formation de la lithiase rénale. Il mentionna, comme causes possibles de cette stase, la présence de certaines malformations congénitales, les coudures, les sténoses et les compressions. Il souligna, de plus, l'importance de l'infection urinaire, ainsi que du calcul urétéral.

Le troisième panelliste, LE DOCTEUR YVES PIETTE, insiste sur l'importance de l'infection dans la formation de la lithiase rénale. En effet, cette infection est trop souvent méconnue. De plus, le docteur Piette se demande si la grande consommation de lait dans notre pays joue un rôle dans la calciurie. Mais, apparemment, l'apport calcique est identique en France, mais se fait sous forme de fromage. En définitive, les chiffres sont donc identiques dans tous les centres.

Le quatrième panelliste, LE DOCTEUR GUY LEMIEUX, soutient que le chiffre de 250 mg. par 24 heures pour la calciurie de sujets normaux lui semble un peu fort. En effet, un taux de 200 mg. lui semblerait plus réaliste. Dans toute attaque de colique néphritique, il est nécessaire de pratiquer un examen complet pour éliminer un défaut métabolique. Le chiffre de calcium dans le sang ne doit pas dépasser 10 m. En outre, il ne faut pas attendre de voir apparaître des lésions osseuses pour penser à une hyperparathyroïde. Un diagnostic qu'il ne faut pas oublier est celui de l'oxalose. Il faut aussi retenir que la majorité des cas de lithiase rénale opérés ou ayant passé spontanément des calculs ne récidivent pas.

Par la suite, l'assemblée posa des questions aux membres du panel. Le docteur G.-E. Gauthier demanda si les acidifiants urinaires étaient valables? On lui répondit que l'alcalose urinaire est secondaire à une infection; par conséquent, s'il est facile d'acidifier les urines quand les reins sont normaux, il est, par contre, extrêmement difficile d'acidifier les urines d'un patient souffrant d'une atteinte rénale. Il s'agit donc de corriger la cause chez ces patients, qui est le plus souvent une infection urinaire.

Le secrétaire des séances,
Gilles LEDUC.

NECROLOGIE

M. F.-A. GRANDMAISON

(1884-1962)

Cinquante-sept ans fidèlement consacrés à l'emploi de l'Imprimerie Beauchemin Limitée. Mais bien plus, collaboration vigilante et éminemment dévouée à l'édition de *L'Union Médicale du Canada* depuis aussi longtemps; ami attentif et zélé de ceux qui ont contribué à l'oeuvre de la rédaction du journal. Voilà quelle fut la participation active de M. Grandmaison qui vient de disparaître à l'âge de 78 ans. Le docteur Albert LeSage, rédacteur en chef pendant 44 ans, le docteur Léon Gérin-Lajoie qui fut secrétaire de la rédaction pendant de nombreuses années, le rédacteur en chef actuel et le docteur Edouard Desjardins furent ses amis, connurent et apprécièrent tout le soin et le dévouement qu'il apportait à la composition de chaque livraison. Les directeurs et les collaborateurs qui se succédèrent aux deux comités respectifs n'ont pas ignoré le rôle de premier plan que joua notre ami dans l'édition mensuelle de *L'Union* depuis un temps qui nous paraissait sans commencement. Plusieurs d'entre eux purent bénéficier personnellement de ses services toujours rendus avec l'empressement le plus complet. M. Grandmaison partageait littéralement leurs joies comme leur satisfaction dans les réalisations heureuses du journal. Leurs efforts et leurs difficultés devenaient également les siennes, tant il était intimement lié à la mission du journal. Aucune démarche personnelle, aucun service supplémentaire n'étaient refusés de sa part; au contraire, il offrait spontanément son concours, même s'il devait payer de sa personne en dehors de l'horaire que ses employeurs lui avaient fixé de son emploi. Ce dévouement désintéressé et cette fidélité à servir dans la joie ne sont plus de notre temps. Ils sont d'autant plus appréciés de ceux qui ont pu en être les témoins heureux et admiratifs. Le grand ami et collaborateur en l'édition de notre journal n'est plus parmi nous par sa présence matérielle. Nous en souffrons. Le souvenir que nous en gardons sera parmi les plus émus que nous pourrons évoquer des personnes et des faits qui ont jalonné l'évolution de *L'Union Médicale du Canada*. Que sa femme et ses enfants veuillent accepter de la part des directeurs, des collaborateurs et des lecteurs de *L'Union Médicale* un témoignage sincère de condoléances. Leur père

leur laisse incontestablement un exemple vécu sans défaillance de bonté et de générosité, de conscience et de constance inlassable dans la tâche qu'il devait assumer. Cela dépasse toute la gloire des superbes de ce monde.

ROMA AMYOT.

LE DOCTEUR JULES LUSSIER

(1898-1962)

Notre confrère Jules Lussier est décédé à Montréal le 11 mai 1962, à l'âge de 64 ans. Il obtint son doctorat de l'Université de Montréal en 1924, exerça la médecine comme omnipraticien à Ville Emard et était membre du Bureau Médical à l'Hôpital Général de Verdun. Jules Lussier fut notre confrère au Collège Sainte-Marie où il reçut en très grande partie son enseignement secondaire et également durant nos études médicales. C'est dire que ces nombreuses années durant lesquelles nous fumes associés à titre d'élèves nous ont permis de bien connaître et d'apprécier les qualités de notre confrère.

Jules Lussier était un optimiste, un expansif qui aimait le vie, du moins durant la période de son existence où nous étions en contact plus fréquent. C'est dire que nous apprécions sa présence qu'il imprégnait de sa jovialité. Je sais que beaucoup plus tard certaines épreuves et des troubles persistants de santé alourdirent le poids de sa vie, mais, malgré tout, il conserva un fond d'enjouement qui s'extériorisait encore à l'occasion. C'est sous cet aspect enjoué que nous garderons l'image de notre confrère disparu. Aimant la vie, faisant partager aux autres cette dilection, il nous la rendait plus légère et surtout par son optimisme il contribuait à nous faire espérer les gratifications que nous désirions qu'elle pût nous réserver. A-t-il tout obtenu de ses désirs? Probablement qu'une partie et encore dans tout autre domaine qu'il avait prévu. C'est le sort commun que l'imprévu et l'imprévisible nous réservent. Il a parcouru son périple autour de lui-même et de son petit monde. Nous formulons le voeu qu'il pourra goûter maintenant une joie qui dépasse la mesure et l'entendement humains dans le monde infini des ombres immatérielles.

ROMA AMYOT.

LE DOCTEUR JOSEPH-A. BAUDOIN

Le docteur Joseph-A. Baudoin est décédé fin avril 1962 à Montréal à l'âge de 87 ans.

Le docteur Baudoin avait consacré presque toute sa carrière à l'enseignement de l'hygiène.

Il avait fait ses études médicales à l'Université Laval de Montréal, où il obtint en 1900 son doctorat.

Le docteur Baudoin a été médecin hygiéniste de la Ville de Lachine, fondateur de l'Ecole d'Infirmières hygiénistes de l'Université de Montréal, professeur d'hygiène à la Faculté de Médecine et professeur émérite de l'Université de Montréal.

Le docteur J.-A. Baudoin a été président de la Société Médicale de Montréal en 1927. Il a également obtenu en 1946 un prix Ciba de la Société Médicale de Montréal pour son travail intitulé « Notre bilan-vie ».

Le docteur J.-A. Baudoin s'était consacrée à la lutte contre la tuberculose et à la diffusion du B.C.G. Il fut également président de l'Association Canadienne de la Santé Publique.

L'Union Médicale du Canada offre à la famille éplorée l'expression des plus sincères condoléances de ses directeurs et collaborateurs.

LE DOCTEUR PIETRO DEL VECCHIO

Le docteur Pietro del Vecchio est décédé à Montréal le 23 avril 1962 à l'âge de 78 ans.

Il avait fait ses études médicales à l'Université Laval de Montréal; il fut reçu docteur en médecine en 1908.

Le docteur Pietro del Vecchio fut un temps attaché à l'ancien Hôpital Saint-Paul de Montréal et à l'Institut Bruchési.

Il fut également assistant-professeur de diététique à l'Université de Montréal.

Le docteur Pietro del Vecchio était le père du docteur Marc del Vecchio, radiologiste de l'Hôpital Sainte-Justine à qui vont nos sincères condoléances.

LE DOCTEUR JEAN-LOUIS MOREAU

Le docteur Jean-Louis Moreau est décédé à Montréal le 12 mai 1962 à l'âge de 62 ans.

Le docteur Jean-Louis Moreau était le fils du docteur G.-T. Moreau, décédé il y a plus de vingt ans et qui fut assistant-professeur d'anatomie à l'Université de Montréal, et il était le frère du regretté docteur Emile Moreau qui a exercé sa profession à Saint-Eustache.

Le docteur Jean-Louis Moreau a fait ses études médicales à l'Université de Montréal, et il obtint son doctorat en 1925.

Depuis nombre d'années, le docteur Jean-Louis Moreau était installé à Sainte-Agathe-des-Monts.

LE DOCTEUR PAUL ROCHETTE

Le docteur Paul Rochette est décédé à Québec le 24 février 1962. Né à Québec, il y avait fait ses études secondaires et médicales; l'Université Laval lui conféra son doctorat en médecine en 1930.

Le docteur Paul Rochette était attaché à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus, où il occupait le poste de chef de service en obstétrique.

LE DOCTEUR ÉMILE THOMAS

Le docteur Emile Thomas est décédé le 15 mai 1962 à l'Hôpital Sainte-Justine de Montréal à l'âge de 59 ans.

Né à Montebello, le docteur Thomas avait fait ses études secondaires à l'Université d'Ottawa et il avait étudié la médecine à l'Université de Montréal qui lui en conféra le doctorat en 1929.

Il s'était spécialisé en chirurgie traumatique à l'Université Columbia; ce qui lui valut d'être reconnu comme un expert en médecine des accidents du travail.

Il avait fait également des études post-scolaires en chirurgie générale à Paris, à Manchester et à Vienne.

Le docteur Emile Thomas faisait partie du service de chirurgie de l'Hôpital Sainte-Justine et il était également un des médecins examinateurs de la Commission Athlétique de Montréal.

Le docteur Thomas était « fellow » du Collège International des Chirurgiens.

NOUVELLES

LA LOI DES HÔPITAUX DU QUÉBEC

La nouvelle loi des Hôpitaux de la Province de Québec a subi sa première lecture, vendredi le 18 mai 1962 à l'Assemblée Législative.

Elle a pour buts principaux:

a) obligation pour tous les hôpitaux publics et privés (sauf les établissements psychiatriques) d'obtenir un permis d'opération et de suivre un règlement spécial;

b) autorisation du gouvernement provincial pour la fondation ou l'agrandissement d'un hôpital;

c) approbation nécessaire du Ministre de la Santé avant toute délivrance d'une charte d'hôpital;

d) détermination d'une « Commission de conciliation », ayant pour but de mettre fin aux différends entre conseil d'administration et bureau médical d'un hôpital public;

e) réglementation de l'admission du personnel médical à l'hôpital;

f) assurance que les biens, acquis par des subventions du Québec, accordés pour des services hospitaliers ne pourront être utilisés autrement sans l'autorisation du lieutenant gouverneur en conseil

Ce sont les buts principaux du projet de loi. D'autres articles sont importants; ainsi le no 19 de la IVe division se lit comme suit:

« Il sera défendu à tout directeur d'hôpital, à ses collaborateurs, à tout médecin d'exiger d'un patient ou de son représentant qu'il renonce à les tenir responsables de ce qui peut résulter de l'hospitalisation, d'examens médicaux, de traitement. Quand une telle renonciation est obtenue, elle sera considérée comme nulle. »

D'autres clauses étudient la constitution des conseils d'administration, l'accès nécessaire aux inspecteurs de l'Etat québécois dans tout hôpital tombant sous le coup de la loi, la nomination d'au moins un médecin désigné par le bureau médical dans tout conseil d'administration, la nécessité d'un bureau médical élu par les membres actifs qui sera responsable des soins et de la partie scientifique vis-à-vis du conseil d'administration ou du propriétaire s'il s'agit d'un hôpital privé, admission du directeur général ou de son représentant désigné par l'administration, au bureau médical sans avoir le droit de vote.

En résumé, ce sont les grandes lignes du bill no 44; des modifications possibles peuvent être apportées en seconde et troisième lectures ou encore par le Conseil législatif.

LE PROFESSEUR ALBERT TRILLAT, DE LYON, DE PASSAGE DANS LE QUÉBEC

Le professeur Albert Trillat, orthopédiste de Lyon, vient de faire un court séjour à Québec, Montréal et Chicoutimi. Il a été, avec le docteur Scott, de Londres, un des invités d'honneur à la séance de la Société d'Orthopédie et de Traumatologie de la Province de Québec qui s'est tenue le samedi 19 mai 1962 à l'hôpital Maisonneuve de Montréal, ainsi qu'à un dîner donné le vendredi 24 mai 1962, en son honneur au Club Saint-Denis.

Le docteur Jean-Marc Lessard, chef du Service de chirurgie à l'Hôpital de l'Enfant Jésus était l'hôte à Québec, du docteur A. Trillat. Il a fait, à cet endroit et à l'Hôtel-Dieu de Québec, des conférences sur l'orthopédie. Il a parlé également à l'Hôtel-Dieu de Chicoutimi.

Le docteur Calixte Favreau, chef du département de chirurgie de l'Hôpital Sainte-Justine et professeur d'orthopédie à l'Université de Montréal a invité le docteur A. Trillat à rencontrer les membres de son service et à leur adresser la parole; le docteur Roger Gariépy en a fait de même à l'Hôtel-Dieu.

CONGRÈS À MONTRÉAL DE L'AMERICAN SOCIETY OF MAXILLO-FACIAL SURGEONS

Le Congrès annuel de l'American Society of Maxillo-facial Surgeons s'est tenu à l'Hôtel Reine Elizabeth de Montréal du 27 au 31 mai 1962.

Des séances cliniques ont été tenues au Royal Victoria Hospital, où les docteurs Gilles Bertrand, H. Baxter, W.H. Feindel, C.L. Branch, P. Perot, M.A. Entin, C. Jaudau, M. Araïche et S.R. LoVerme étaient parmi les rapporteurs et à l'Hôtel-Dieu, où les docteurs Armand Genest et Colette Perras étaient au programme.

Le docteur Armand Genest a présenté deux communications, la première intitulée: *Alveolar Ridge Bone Grafts* et la seconde avait pour titre: *Televised fluoroscopy of functioning condyle pinning and of vitallium mandibles*. Le docteur Colette Perras a rapporté: *A five year follow-up in regard to the surgical management of carcinoma of the lip*.

COURS D'ÉLECTROCARDIOGRAPHIE DU PROFESSEUR DEMETRIO-SODI PALLARÉS

Un cours spécialisé complet en électrocardiographie a été donné du 28 mai au 2 juin 1962 par le professeur Demetrio Sodi Pallarés de l'Instituto-N-de-Cardiologia de Mexico.

Ce cours, donné à l'Hôpital Sainte-Justine, était sous les auspices de la Société de Cardiologie de Montréal et de l'Association des Cardiologues de la Province de Québec.

Les leçons, données en anglais, portaient sur les sujets suivants:

a) *Electrophysiology: Monophasic action potential and its relation with peripheral electrocardiogram. Ionic theory. Depolarization and recovered processes;*

b) *the sequence of the normal atrial and ventricular activation. Explanation of the normal electro and vectocardiograms in relation to the activation process. The U wave;*

c) *right and left ventricular hypertrophies. Explanation of the different electrocardiographic and vectocardiographic in hypertrophies according to the activation process of the heart in these conditions;*

d) *Right and left bundle branch block. Explanation of the different electrocardiographic and vectocardiographic in bundle branch block according to the activation process of the heart in these conditions;*

e) *Myocardial infarctions when there is normal activation and when there is right and left bundle branch block. Explanation of the different morphologies according to the activation process of the heart;*

f) *the electrocardiogram and vectocardiogram in congenital heart diseases.*

CONFÉRENCIERS CLAUDE-BERNARD

Le département des cours postsecondaires de l'Institut de Médecine et de Chirurgie expérimentales de l'Université de Montréal a invité, à titre de conférenciers Claude-Bernard, les docteurs Robert A. Robinson, du département de Chirurgie Orthopédique du Johns Hopkins Hospital de Baltimore, et Melvin J. Glincher, du Laboratoire de Recherches Orthopédiques au Massachusetts General Hospital de Boston.

Les conférences ont eu lieu vendredi 18 mai 1962 dans la salle de cours de l'Institut et elles ont porté sur la « Calciphylaxie ».

ÉLECTIONS AU BUREAU MÉDICAL DE L'HÔTEL-DIEU DE MONTRÉAL

Mercredi, le 15 mai 1962, ont eu lieu à l'Hôtel-Dieu de Montréal les élections annuelles pour le choix des officiers du bureau médical.

Le nouveau président est le docteur François Laramée qui succède au docteur Léon Derome, président sortant de charge.

Le docteur René Roux a été choisi comme vice-président et le docteur Guy Courtois a été désigné comme secrétaire en remplacement du docteur Eudore Savoie.

SOUTENANCE DE THÈSE DU DOCTEUR JACQUES-A. GAGNON

La soutenance de thèse pour l'obtention d'un doctorat (Ph.D.) en anatomie pathologique du docteur Jacques-A. Gagnon a eu lieu à la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal, mardi le 15 mai 1962.

Le sujet de la thèse était le suivant: « Etude morphologique de la neurosécrétion hypothalamo-hypophysaire de l'enfant ».

LE DOCTEUR VAUGHAN JACKSON, INVITÉ D'HONNEUR DE L'ASSOCIATION DES CHIRURGIENS DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

Un lunch-causerie a été organisé vendredi le 11 mai 1962 au Salon St-Maurice de l'hôtel Reine-Elizabeth par l'Association des Chirurgiens de la Province de Québec.

Le docteur O. J. Vaughan Jackson, chirurgien-orthopédiste de Londres, a été le conférencier invité. Il a été présenté par le président de l'Association, le docteur Gérard

Gagnon, de Chicoutimi, et il a été remercié par le docteur Harry S. Morton, du Royal Victoria Hospital.

Le docteur Vaughan Jackson a donné ses impressions de la vie médicale anglaise sous l'empire de la médecine étatisée.

ÉLECTIONS À L'ASSOCIATION DE PSYCHIATRIE DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

L'assemblée générale annuelle de l'Association de Psychiatrie de la Province de Québec a eu lieu le 30 mars 1962 à l'hôtel Reine-Elizabeth.

L'élection des officiers de l'Association pour le prochain terme de deux ans a eu lieu à cette occasion.

Le docteur Yves Rouleau, de l'hôpital St-Michel-Archange, a été élu président, en remplacement du docteur Charles Roberts, de Verdun; les docteurs Albert Moll, Camille Laurin et Gerald Sawyer-Foner, de Montréal, ont été élus respectivement vice-président, secrétaire et trésorier.

CONFÉRENCE À L'HÔTEL-DIEU DU DOCTEUR SOLOMON ALBERT

Le docteur Solomon Albert, du Washington Hospital Center, de Washington, D.C., était l'hôte du service d'anesthésie de l'Hôtel-Dieu de Montréal, mardi le 8 mai 1962. Il a fait à l'Auditorium des Infirmières, devant un nombreux concours de médecins, une conférence sur « l'importance de faire des volumes sanguins aux malades et sur la technique au chrome 51 ».

LE DOCTEUR LÉO JARRY, CONFÉRENCIER À MEXICO

Le docteur Léo Jarry, orthopédiste de l'Hôpital Général de Verdun et directeur de l'Institut de recherches en orthopédie de Montréal, a été invité à faire part des résultats de ses recherches au Congrès National d'Orthopédie qui s'est tenu à Mexico, du 22 au 26 avril 1962.

CONFÉRENCE SUR LE GLAUCOME

La Première Conférence Nationale sur le glaucome a eu lieu à Ottawa, les 19 et 20 mars 1962. Elle a réuni 25 ophtalmologistes de tout le Canada, dont 16 directeurs de cliniques du glaucome.

Les délégués du Québec étaient les docteurs Jacques Audet, de Québec; Jules Brault, Roland Cloutier, François Henry, John C. Locke et R. J. Viger, de Montréal; G. I. Gauthier, de Chicoutimi; Patrice Gauthier, de Sherbrooke, et Bernard B. Sheridan, de Hull.

LE DOCTEUR MARC CANTIN, Ph.D., EN MÉDECINE ET CHIRURGIE EXPÉRIMENTALES

Le docteur Marc Cantin a soutenu, à la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal, une thèse pour l'obtention d'un doctorat (Ph.D.) en médecine et chirurgie expérimentales.

Cette soutenance a eu lieu mardi le 22 mai 1962 et la thèse s'intitulait: «Stress, rein et parathyroïde».

CONFÉRENCE DANDURAND-WRIGHT

La conférence Dandurand-Wright, tenue sous les auspices de la Société Canadienne d'Arthrite et du Rhumatisme, a été l'occasion d'une brillante conférence par le docteur J. O. Vaughan Jackson, chirurgien-orthopédiste du London Hospital, de St. Bart's Hospital, de Rochester and Halliwick Cripples School et consultant de la Marine royale.

Le titre de sa conférence était: «New Horizons in the Surgery of the Rheumatoid Hand» et elle a été prononcée dans l'Amphithéâtre Rousselot de l'hôpital Notre-Dame de Montréal.

MICRO-HEBDO-ACTUALITÉS DE L'INSTITUT DE MICROBIOLOGIE ET D'HYGIÈNE DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Une séance dans le cadre des Micro-Hebdo-Actualités a eu lieu mercredi, le 9 mai 1962, à 5 heures p.m.

Le sujet portait sur les «Vaccins et sérums» avec commentaires sur le livre de M. P. Chassagne, de Paris, et il a été traité par M. Lionel Forté, directeur-adjoint de l'Institut.

CÉRÉMONIE COMMÉMORATIVE D'ALEXIS SAINT-MARTIN

La Société Canadienne de Physiologie commémorera le souvenir d'Alexis Bidagau dit Saint-Martin au cours d'une cérémonie qui se déroulera à Saint-Thomas de Joliette, le 9 juin 1962, à 3 heures de l'après-midi.

Une plaque commémorative sera dévoilée, rappelant l'expérience historique du docteur Beaumont.

ASSOCIATION DU DIABÈTE DE LA PROVINCE DE QUÉBEC, INC.

Une réunion scientifique de l'Association du Diabète de la Province de Québec Inc. a eu lieu à l'hôpital Maisonneuve, 5415, Boul. L'Assomption, le mardi 15 mai 1962.

Le programme était le suivant:

I. — Les troubles artériels périphériques chez les diabétiques. — Docteur P.-E. Charbonneau, hôpital Maisonneuve.

II. — L'insuline et l'activité biologique des glucoses et des glucosides. — Docteur V. W. Adamkiewicz, Dépt. de physiologie, Université de Montréal.

III. — Le traitement oral du diabète avec le DBI (phenformide) et le chlorpropamide. — Docteur Fernand Joncas, hôpital Maisonneuve.

DOCTORAT EN BACTÉRIOLOGIE ACCORDÉE À M. RAYMOND DESROCHERS

La Faculté de Médecine de l'Université de Montréal a été mardi le 22 mai 1962 le siège de la soutenance de thèse de M. Raymond Desrochers en vue de l'obtention d'un doctorat (Ph.D.) en bactériologie.

La thèse portait sur «l'étude eco-physiologique d'une population de bactéries réductrices du soufre dans la rivière Ottawa».

CONFÉRENCE DU DOCTEUR ROSARIO ROBILLARD

Le docteur Rosario Robillard, médecin de l'hôpital du Sacré-Coeur, a prononcé mardi le 29 mai 1962 une conférence devant les membres de l'Association du Diabète de la Province de Québec.

La conférence a porté sur «le diabétique en vacances».

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ D'ORTHOPÉDIE ET DE TRAUMATOLOGIE DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

Le samedi 19 mai 1962, la Société d'Orthopédie et de Traumatologie de la Province de Québec a tenu sa séance mensuelle à l'hôpital Maisonneuve.

Le programme scientifique, qui était rehaussé par la présence des docteurs A. Trillat, chirurgien-orthopédiste de Lyon, et James Scott, d'Oxford, comprenait des communications par les docteurs L. Racine et Edgar Lépine (enclouage du tibia), A. Thivierge (fracture-luxation d'épaule) et Edgar Lépine (chirurgie de la hanche).

BOURSIER DU "DAMON RUNYON MEMORIAL FUND"

Le docteur Julius Gordon, des Laboratoires de Recherche de l'Institut du Cancer de Montréal, situés à l'hôpital Notre-Dame, a reçu une bourse de \$6,500. du «Damon Runyon Memorial Fund for Cancer Research», de New-York.

Le docteur Gordon, un gradué de l'Université McGill (Ph.D.), a poursuivi des études post-doctorales au «Chester Beatty Research Institute» de Londres et fait maintenant partie du groupe de chercheurs de l'Institut du Cancer de Montréal. Il s'intéresse particulièrement à l'aspect immunologique du cancer et a déjà obtenu des résultats intéressants dans ce domaine. C'est à la poursuite de ces travaux que se consacre à Montréal le nouveau boursier du «Damon Runyon Memorial Fund».

REVUE DES LIVRES

Comment prescrire le traitement des ulcères gastro-duodénaux et de leurs complications. Par P. HILLEMAND. L'Expansion, édit., Paris, 1962: 12 NF. 60.

Nous avons parcouru cet ouvrage de dimension réduite, mais qui, dans sa concision, contient l'essentiel des connaissances actuelles sur le traitement des ulcères gastro-duodénaux; des connaissances actuelles soumises au jugement et à l'expérience d'un gastro-entérologue hautement autorisé. Et c'est précisément ce qui procure à ce livre sa valeur éminemment pratique et serviable. Chaque page comporte son utilité sans superflu ni accessoire, ne contenant que l'essentiel de la cure. Il est écrit en toute simplicité d'exposition et avec clarté.

Au surplus, son auteur est un ami sincère et fidèle de notre groupe médical qu'il a connu au cours d'un séjour au Canada et lors d'un congrès de « L'Association des médecins de langue française »; nos jeunes collègues en études post-scolaires en France ont eu dans la personne du professeur Hillemand un solide soutien pour l'accession aux postes d'interne dans les hôpitaux. Nous aimons à lui rendre ce témoignage une fois de plus à l'occasion de cette courte notice sur son dernier ouvrage.

Sur la seule foi du mérite de cette publication, nous la recommandons sans restriction aux praticiens et aux internistes. Elle leur sera un guide sûr et pratique dans la conduite thérapeutique de l'affection la plus commune du tube digestif.

Sur le plan pratique, voici le sommaire de la matière contenue dans cet ouvrage.

I — Généralité: quelques paragraphes sur l'étiologie, la topographie lésionnelle, la clinique, la pathogénie.

II — Traitement médical de la maladie ulcéreuse non compliquée: traitements médicamenteux, par les agents physiques, psychothérapeutiques, diététiques, par cures thermales, de la crise ulcéreuse aussi bien que la maladie ulcéreuse, résultats obtenus.

III — Traitement chirurgical de la maladie ulcéreuse non compliquée: diverses opérations proposées et résultats obtenus avec chacune d'elles; indications du traitement chirurgical; indications et contre-indications propres à chaque intervention; traitement en diététique post-opératoires; traitement des complications post-opératoires.

IV — Traitement des ulcères compliqués: des hémorragies ulcéreuses, des perforations, des sténoses, de l'ulcère cancérisé.

ROMA AMYOT.

Anticoagulants and Fibrinolysis. By R. L. MacMILLAN et J. F. MUSTARD. MacMillan Co., édit., Toronto, 1961.

Parmi les nombreux symposia internationaux qui ont trait aux sujets les plus divers, il en est un qu'il convient de signaler parce qu'il fait le point sur une question de première importance. Il s'agit du symposium international sur les anticoagulants et la fibrinolyse, tenu à Toronto en février 1961, sous les auspices de la Faculté de Médecine de l'Université de Toronto et l'« Ontario Heart Foundation ». Le compte-rendu complet de ce symposium a été édité par les docteurs R.L. MacMillan et Fraser Mustard, et publié par la Compagnie MacMillan, Toronto 1961. On y trouve les plus grands maîtres actuels de la coagulation (Owren, Biggs, Jaques, Quick, Seegers, Soulier, Sise, Mustard, et autres) qui nous livrent une mise au point de ce problème très difficile et qui nous donnent en même temps les acquisitions les plus récentes dans ce domaine complexe. C'est un livre à consulter pour tous ceux qui sont intéressés aux anticoagulants et à la coagulation sanguine.

Il est évident que le mécanisme fondamental de la coagulation sanguine échappe à toute schématisation claire et précise. L'accord sur ce point est unanime. Seegers nous brosse un tableau succinct illustrant l'hypothèse selon laquelle l'autoprothrombine I (facteur VII) et l'autoprothrombine II (facteur IX), ainsi que la thrombine, proviennent de la prothrombine (protéine mère). Cette hypothèse exige cependant une vérification ultérieure in vivo avant de vouloir prétendre à l'exactitude.

Rosemary Biggs pour sa part insiste avec raison sur les difficultés techniques inhérentes à toute étude des facteurs de la coagulation. Aussi ajoute-t-elle pertinemment que les techniques actuelles ne mesurent pas de façon absolue et spécifique la concentration des facteurs sanguins, mais bien l'activité de plusieurs facteurs à la fois.

Le docteur Brinkhous montre que la stimulation de la coagulation in vivo par l'administration intraveineuse de thromboplastine donne lieu à des états hémorragipares et thrombotiques. Il ouvre ainsi au chercheur intéressé un domaine peu connu,

celui de l'équilibre merveilleux mais souvent instable des anticoagulants naturels.

Ces chercheurs affirment de façon unanime que les anticoagulants du type du dicoumarol agissent en neutralisant la prothrombine et les facteurs VII, IX et X. Horlick et Murphy confirment l'opinion ancienne selon laquelle cet anticoagulant et ses analogues influencent l'« adhésivité » des plaquettes. De plus, Horlick soutient que l'effet désiré est souvent inversé selon la dose. Les doses faibles stimuleraient cette adhésivité, tandis que les doses élevées la diminueraient.

Jaques souligne l'importance de facteurs divers, i.e. stress, stéroïdes, etc., associés à l'anticoagulothérapie et leur rôle dans la pathogénie de certaines hémorragies jusqu'alors inexplicées. McDonald rapporte que de faibles doses d'héparine abaissent l'hypercoagulabilité sanguine chez les athéroscléreux.

Le mécanisme de la thrombogénèse est encore une énigme. Stancer Wessler a découvert que le sang produit des facteurs procoagulants (clotting accelerators) qui, en présence de stase sanguine, précipiteraient la formation d'un thrombus. Les facteurs Hageman, P.T.A., et IX sont nécessaires à la synthèse de l'accélérateur thrombotique sérique (serum thrombotic accelerator S.T.A.). Ce facteur semble être en outre différent du facteur IX. Ce nouveau fait reste à prouver.

Les travaux d'Ashwin suggèrent que le temps de prothrombine doit être le double de la normale pour diminuer l'incidence des thromboses veineuses induites expérimentalement chez le rat.

Au contraire, des faibles doses de dicoumarol ou d'héparine auraient une action thrombogénique. Borchgrevink reconferme ces travaux en montrant comment l'effet des anticoagulants est proportionnel à la posologie. Par contre, Carleton et son groupe rapportent un échec complet: l'héparine ne réduisit en rien la formation de thrombus chez des coronariens récemment infarçis. Enfin, le docteur More démontre que la thrombose est non seulement un important facteur dans l'évolution de la maladie athérosclérotique, mais qu'elle joue un rôle-clé dans la pathogénie même de l'athérosclérose.

Les critères de l'anticoagulothérapie furent réévalués. Aucune épreuve ne satisfait actuellement les

exigences des chercheurs. Le thrombotest d'Owren ou le temps de prothrombine de Quick (original ou modifié), malgré leur différence, sont tous deux incomplets. Quant au temps de coagulation standard de Mayer, il se reproduit en laboratoire, mais ne présente aucun avantage sur les autres.

L'anticoagulothérapie à long terme chez les infarçis du myocarde est encore très discutée. Les effets qu'on lui a attribué sur la morbidité et la mortalité de cette pathologie n'ont jamais été démontrés. Bjerkelund et Manchester suggèrent que si de tels effets existent, ils ne persisteraient qu'au cours des 12 premiers mois de l'anticoagulothérapie.

Par ailleurs, Marshall et Groch semblent d'accord pour affirmer que les patients qui présentent de l'ischémie cérébrale transitoire secondaire à une insuffisance basilaire ou carotidienne bénéficient de l'anticoagulothérapie par voie orale. Il en serait de même pour les ictus survenant à la suite d'embolie. Par contre, cette médication est inefficace, voire même dangereuse, dans les cas d'ictus établi.

Storrie décrit l'utilité des anticoagulants oraux dans le syndrome préthrombotique coronarien. Des études plus rigoureuses doivent cependant être faites sur des patients choisis avec soin.

La fibrinolyse a ouvert une nouvelle voie d'approche du problème de la thrombose. Les travaux de Painter, Alkjaersig et autres nous livrent des méthodes révolutionnaires et prometteuses.

Aucune de ces méthodes n'est suffisamment au point pour faire partie de la routine des laboratoires de biochimie des hôpitaux.

Bien que notre connaissance des phénomènes des thromboses sanguines a fait des progrès remarquables depuis 10 ans, nous sommes encore en superficie. Les horizons qui viennent d'être ouverts permettent bien des espoirs. L'anticoagulothérapie constitue un certain danger sans être un gage de sécurité en face de la maladie thromboembolisante. Ce symposium organisé par les docteurs MacMillan et Mustard est une manifestation des standards élevés de la science médicale canadienne. Nous devons être reconnaissants à nos confrères de Toronto pour l'avoir organisé et publié.

Gérard TREMBLAY.



Fondée en 1902

Association des Médecins de Langue Française du Canada

BULLETIN D'ADHÉSION

Je, soussigné, vous prie de m'inscrire comme membre de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada.

Je vous inclus mon chèque au montant de **vingt dollars (\$20.00)**, ce qui me donne droit aux privilèges de l'Association durant une année (de juin à juin).

Date:..... Nom:.....

Bureau:.....

Domicile:.....

En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme et de quelle Université?.....

N.B. — Cotisation privilégiée pour médecins internes, résidents ou aux études: **\$5.00** par année (juin à juin).

Signature:.....

(S.V.P. RETOURNER CE BULLETIN À: 5064, AVENUE DU PARC, MONTRÉAL 8, P.Q.)

141
 142
 143
 144
 145
 146
 147
 148
 149
 150
 151
 152
 153
 154
 155
 156
 157
 158
 159
 160
 161
 162
 163
 164
 165
 166
 167
 168
 169
 170
 171
 172
 173
 174
 175
 176
 177
 178
 179
 180
 181
 182
 183
 184
 185
 186
 187
 188
 189
 190
 191
 192
 193
 194
 195
 196
 197
 198
 199
 200
 201
 202
 203
 204
 205
 206
 207
 208
 209
 210
 211
 212
 213
 214
 215
 216
 217
 218
 219
 220
 221
 222
 223
 224
 225
 226
 227
 228
 229
 230
 231
 232
 233
 234
 235
 236
 237
 238
 239
 240
 241
 242
 243
 244
 245
 246
 247
 248
 249
 250
 251
 252
 253
 254
 255
 256
 257
 258
 259
 260
 261
 262
 263
 264
 265
 266
 267
 268
 269
 270
 271
 272
 273
 274
 275
 276
 277
 278
 279
 280
 281
 282
 283
 284
 285
 286
 287
 288
 289
 290
 291
 292
 293
 294
 295
 296
 297
 298
 299
 300
 301
 302
 303
 304
 305
 306
 307
 308
 309
 310
 311
 312
 313
 314
 315
 316
 317
 318
 319
 320
 321
 322
 323
 324
 325
 326
 327
 328
 329
 330
 331
 332
 333
 334
 335
 336
 337
 338
 339
 340
 341
 342
 343
 344
 345
 346
 347
 348
 349
 350
 351
 352
 353
 354
 355
 356
 357
 358
 359
 360
 361
 362
 363
 364
 365
 366
 367
 368
 369
 370
 371
 372
 373
 374
 375
 376
 377
 378
 379
 380
 381
 382
 383
 384
 385
 386
 387
 388
 389
 390
 391
 392
 393
 394
 395
 396
 397
 398
 399
 400
 401
 402
 403
 404
 405
 406
 407
 408
 409
 410
 411
 412
 413
 414
 415
 416
 417
 418
 419
 420
 421
 422
 423
 424
 425
 426
 427
 428
 429
 430
 431
 432
 433
 434
 435
 436
 437
 438
 439
 440
 441
 442
 443
 444
 445
 446
 447
 448
 449
 450
 451
 452
 453
 454
 455
 456
 457
 458
 459
 460
 461
 462
 463
 464
 465
 466
 467
 468
 469
 470
 471
 472
 473
 474
 475
 476
 477
 478
 479
 480
 481
 482
 483
 484
 485
 486
 487
 488
 489
 490
 491
 492
 493
 494
 495
 496
 497
 498
 499
 500
 501
 502
 503
 504
 505
 506
 507
 508
 509
 510
 511
 512
 513
 514
 515
 516
 517
 518
 519
 520
 521
 522
 523
 524
 525
 526
 527
 528
 529
 530
 531
 532
 533
 534
 535
 536
 537
 538
 539
 540
 541
 542
 543
 544
 545
 546
 547
 548
 549
 550
 551
 552
 553
 554
 555
 556
 557
 558
 559
 560
 561
 562
 563
 564
 565
 566
 567
 568
 569
 570
 571
 572
 573
 574
 575
 576
 577
 578
 579
 580
 581
 582
 583
 584
 585
 586
 587
 588
 589
 590
 591
 592
 593
 594
 595
 596
 597
 598
 599
 600
 601
 602
 603
 604
 605
 606
 607
 608
 609
 610
 611
 612
 613
 614
 615
 616
 617
 618
 619
 620
 621
 622
 623
 624
 625
 626
 627
 628
 629
 630
 631
 632
 633
 634
 635
 636
 637
 638
 639
 640
 641
 642
 643
 644
 645
 646
 647
 648
 649
 650
 651
 652
 653
 654
 655
 656
 657
 658
 659
 660
 661
 662
 663
 664
 665
 666
 667
 668
 669
 670
 671
 672
 673
 674
 675
 676
 677
 678
 679
 680
 681
 682
 683
 684
 685
 686
 687
 688
 689
 690
 691
 692
 693
 694
 695
 696
 697
 698
 699
 700
 701
 702
 703
 704
 705
 706
 707
 708
 709
 710
 711
 712
 713
 714
 715
 716
 717
 718
 719
 720
 721
 722
 723
 724
 725
 726
 727
 728
 729
 730
 731
 732
 733
 734
 735
 736
 737
 738
 739
 740
 741
 742
 743
 744
 745
 746
 747
 748
 749
 750
 751
 752
 753
 754
 755
 756
 757
 758
 759
 760
 761
 762
 763
 764
 765
 766
 767
 768
 769
 770
 771
 772
 773
 774
 775
 776
 777
 778
 779
 780
 781
 782
 783
 784
 785
 786
 787
 788
 789
 790
 791
 792
 793
 794
 795
 796
 797
 798
 799
 800
 801
 802
 803
 804
 805
 806
 807
 808
 809
 810
 811
 812
 813
 814
 815
 816
 817
 818
 819
 820
 821
 822
 823
 824
 825
 826
 827
 828
 829
 830
 831
 832
 833
 834
 835
 836
 837
 838
 839
 840
 841
 842
 843
 844
 845
 846
 847
 848
 849
 850
 851
 852
 853
 854
 855
 856
 857
 858
 859
 860
 861
 862
 863
 864
 865
 866
 867
 868
 869
 870
 871
 872
 873
 874
 875
 876
 877
 878
 879
 880
 881
 882
 883
 884
 885
 886
 887
 888
 889
 890
 891
 892
 893
 894
 895
 896
 897
 898
 899
 900
 901
 902
 903
 904
 905
 906
 907
 908
 909
 910
 911
 912
 913
 914
 915
 916
 917
 918
 919
 920
 921
 922
 923
 924
 925
 926
 927
 928
 929
 930
 931
 932
 933
 934
 935
 936
 937
 938
 939
 940
 941
 942
 943
 944
 945
 946
 947
 948
 949
 950
 951
 952
 953
 954
 955
 956
 957
 958
 959
 960
 961
 962
 963
 964
 965
 966
 967
 968
 969
 970
 971
 972
 973
 974
 975
 976
 977
 978
 979
 980
 981
 982
 983
 984
 985
 986
 987
 988
 989
 990
 991
 992
 993
 994
 995
 996
 997
 998
 999
 1000

148 — C'est-à-dire l'absence de tout symptôme de la maladie.

En outre, il est à noter que les symptômes de la maladie sont

Dominant
Présent
Date

meurtre (le 10/10/1910)

Je suis sûr que vous avez vu dans les journaux (230'00) - ce qui me donne tout à fait l'impression que

ВОЛГЕЛИН Д. АНДРЕЙ

Волгелин Д. Андреевич
Специалист по лечению

1907-1908



Grand Palais

COMMUNIQUÉS

LIX^e CONGRÈS FRANÇAIS D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Le LIX^e Congrès Français O.R.L. tiendra ses assises les 8, 9, 10 et 11 octobre 1962 au grand amphithéâtre de l'ancienne Faculté de Médecine de Paris, sous la présidence de Monsieur le docteur M. Ombredanne, avec la présidence d'honneur de Monsieur le professeur Léon Binet, membre de l'Institut, doyen de la Faculté de Médecine de Paris.

Outre de nombreuses communications sur des sujets divers, deux importants rapports sont à l'ordre du jour:

1° — *Affections oculaires et surdité*. Rapporteurs MM. les professeurs R. Grimaud (Nancy), P. Mounier-Kuhn (Lyon), MM. les docteurs M. Gignoux et H. Martin (Lyon).

2° — *Aspects histologiques et histochimiques du foyer de l'otospongiose*. Rapporteurs M.L. Chevance avec la collaboration de MM. J. Bouché et P. Clerc (Paris).

Pour tous renseignements, écrire au Secrétaire général: Docteur H. Guillon, 6, avenue Mac-Mahon, Paris XVII^e.

RÉUNION ANNUELLE DE "THE CANADIAN SOCIETY FOR THE STUDY OF FERTILITY"

Elle aura lieu au Château Laurier, Ottawa, les 26 et 27 octobre 1962.

Pour renseignements complémentaires: docteur George-H. Arronet, secrétaire, Centre d'infertilité, Hôpital Royal Victoria, Montréal.

BULLETIN ÉPIDÉMIOLOGIQUE ¹

(16 mars 1962)

INFLUENZA

Alberta

Des anticorps au virus grippal B ont été mis en évidence dans les sérums prélevés chez des cas aigus et des convalescents, et soumis au laboratoire provincial. Ces malades étaient de Hannah, de Lamonte, de Barrhead et d'Edmonton.

Source: Docteur M. E. Williams, virologue, Laboratoire provincial d'hygiène publique, Edmonton (Alberta). (21-2-1962).

Manitoba

On rapporte à Norway House, une éclosion d'influenza dont le début remonte à janvier. Jusqu'ici, on compte 508 cas chez les écoliers, et 181 chez les enfants d'âge préscolaire et les adultes. Presque tous présentent d'abord une pharyngite, une céphalée et des douleurs à la poitrine. Plusieurs ont souffert en outre d'épistaxis, d'hémoptysie et d'hématurie microscopique, quoiqu'il y ait quelques cas d'hématurie macroscopique. Six cas durent être hospitalisés pour pneumonie bactérienne secondaire et (ou) vomissements opiniâtres. Des échantillons de sang sont soumis à l'étude virologique. Toutefois, depuis la mi-février, le

nombre de cas diminue rapidement.

Source: Docteur P.E. Moore, directeur, Services de santé des Indiens et du Nord, et docteur R.M. Creighton, directeur, Services de médecine préventive, Ministère de la Santé du Manitoba. (19-2-1962).

On rapporte, à Shamattawa, une épidémie d'influenza dont le début remonte à la mi-janvier, et qui touche environ une centaine de cas.

Source: Docteur P.E. Moore, directeur, Services de santé des Indiens et du Nord, et docteur R.M. Creighton, directeur, Services de médecine préventive, Ministère de la Santé du Manitoba. (19-2-1962).

Ontario

Depuis la fin de janvier, une recrudescence des infections aiguës des voies respiratoires supérieures à Sault Ste-Marie a beaucoup augmenté les absences scolaires. On croit que 50 p. 100 environ d'une population scolaire de 11,000 (sur une population totale de 41,000 âmes) ont été touchés par cette épidémie restreinte presque exclusivement aux écoliers. D'autres états fébriles, notamment la rougeole et le rhume banal, étaient également fréquents dans cette localité à la même époque et ont sans doute beaucoup contribué aux absences scolaires.

Les signes cliniques sont restés assez analogues dans la plupart des cas: début brusque marqué de céphalée, de prostration, de fièvre entre 101° et 103° F durant deux ou trois jours, symptômes primitifs suivis d'habitude de crampes abdominales. Dans quelques cas, une toux sèche a persisté après la disparition de la fièvre. La période d'incubation paraît avoir été de cinq jours environ. Il y a eu quelques cas atypiques, tous bénins. Le virus grippal B a été isolé des échantillons prélevés durant l'éclosion.

Source: Docteur G.E. Large, directeur, Service d'épidémiologie, Ministère de la Santé de l'Ontario. (1-3-1962).

Québec

Des éclosions d'influenza sont rapportées parmi la population écolière de la Rivière-du-Loup, où l'on rapporte 32 p. 100 d'absences, et des Trois-Pistoles, où les absences ont atteint 42.5 p. 100. Ces éclosions ont commencé à la fin de janvier et les débuts ont été masqués par la fréquence des infections respiratoires banales, et de nombreux cas de rougeole et de varicelle apparus à la même époque.

Source: Médecin-hygiéniste, Unité sanitaire, Rivière-du-Loup. (7-2-1962).

On rapporte une recrudescence des affections d'allure grippale au camp de l'aviation Royale Canadienne à Saint-Jean (P.Q.), où les visites à l'infirmerie ont atteint 100 cas par jour. Les échantillons de sang et les lavages de gorge analysés ont donné des résultats positifs dans environ 80 p. 100 des cas.

Source: Colonel R.D. Barron, Service de santé des forces armées canadiennes. (6-3-1962).

Des éclosions d'influenza sont aussi rapportés dans les écoles à St-Gervais, à Beaumont et à St-Vallier de Bellechasse, où les absences atteignent 20 p. 100 de la population écolière. Ces éclosions ont aussi frappé les écoles de Ste-Foy, en banlieue de Québec.

Source: Docteur A.R. Foley, épidémiologiste, Ministère de la Santé du Québec. (20-2-1962).

1. Division de l'épidémiologie Ministère de la Santé Nationale et du bien-être social.

Nouvelle-Ecosse

Depuis la semaine du 26 février 1962, 150 cas d'influenza ont été rapportés à Middle Musquodoboit, et 50 à Sheet Harbour.

Source: Docteur J.R. Cameron, directeur, Unité sanitaire de l'Atlantique. (1-3-1962).

HÉPATITE INFECTIEUSE

Manitoba

Au total, 38 cas d'hépatite infectieuse ont été rapportés à Norway House (Manitoba), durant le mois de janvier. Ils se répartissent comme suit: 2 cas dans le groupe d'âge de 1 à 5 ans; 7 dans celui de 6 à 16 ans, et 29 dans celui de 17 ans ou plus. La plupart n'ont aucun symptôme et, dans la majorité des cas, cette infection a été diagnostiquée secondairement à la pneumonie. Il se peut donc que cette maladie soit plus fréquente qu'on pourrait le croire par le nombre de cas rapportés.

Une éclosion analogue d'hépatite infectieuse s'est déclarée en décembre 1961 au Lac à la Croix (Alberta), où 32 cas étaient rapportés, mais cette épidémie semble sur son déclin.

Source: Docteur P.E. Moore, directeur, Services de santé des Indiens et du Nord, et docteur R.M. Creighton, directeur, Services de médecine préventive, Ministère de la Santé du Manitoba. (19-2-1962).

MONONUCLÉOSE INFECTIEUSE

Alberta

Depuis le 18 janvier, on a rapporté environ 85 cas de pharyngite épidémique et de lymphadénite, chez les écoliers du camp d'aviation Royale Canadienne, à Cold Lake. Les symptômes varient beaucoup et comptent, notamment, les maux de tête et de gorge, l'hypertrophie des ganglios cervicaux, du malaise, des douleurs dans les membres, des nausées et vomissements, de la diarrhée et une fièvre qui peut dépasser 102° F. L'épreuve de Paul Bunell a révélé une mononucléose infectieuse dans certains cas, mais on ne sait pas encore si toute l'épidémie est imputable à la mononucléose ou si d'autres virus seraient en cause.

Source: B.P. Harris, médecin-hygiéniste, Unité sanitaire Nord-est de l'Alberta. (14-2-1962).

Par contre, 41 cas de mononucléose infectieuse ont été rapportés au camp d'aviation Royale Canadienne à Naino (Alberta), dont 40 chez des militaires et l'autre chez une personne à charge. Cliniquement, les cas sont en général bénins. Il n'y a ni cas grave ni complications. Dix-sept furent hospitalisés et la mononucléose infectieuse prouvée par des titres de sérums couplés s'élevant à 1:500 ou plus. L'enquête épidémiologique a fourni peu de renseignements sur la méthode de propagation.

Source: Colonel R.D. Barron, Service de santé des forces armées canadiennes. (2-3-1962).

OREILLONS

Manitoba

En décembre 1961, il y a eu 39 cas d'oreillons dans la région du lac à la Croix au Manitoba.

Source: Docteur P.E. Moore, directeur, Services de santé des Indiens et du Nord. (19-2-1962).

ROUGEOLE

Colombie-Britannique

Du 23 janvier au 24 février, il y a eu une éclosion de rougeole dans les institutions, soit à l'hôpital de garde de Woodlands et à l'école de formation pour les débiles mentaux.

Les renseignements ci-après, fournis par le docteur E.W. Wylde, directeur de l'Unité sanitaire de Simon-Fraser, démontrent la valeur de la globuline *gamma* pour modifier le cours de la maladie.

La globuline *gamma* (dose atténuante) a été administrée à 106 des 265 contacts exposés, dans les sept jours qui ont suivi l'apparition du premier cas. Pour les 159 autres enfants, aucune mesure préventive n'a été appliquée parce que, au dire des parents, ces enfants avaient déjà eu la rougeole.

Une dose atténuante de globuline *gamma* a nettement diminué la gravité de l'affection.

A signaler aussi que, des 159 enfants qui n'ont pas reçu de globuline *gamma* parce que selon leurs parents ils avaient déjà eu la rougeole, 32 ont contracté la maladie. Mais, en rétrospective, il est impossible d'établir si les parents ont fait erreur ou si les enfants ont eu une seconde rougeole.

Source: Disease Intelligence Report No. 11, Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique. (10-3-1962).

Ontario

En janvier et février 1962, on a rapporté 1,248 cas de rougeole dans la ville de London. Ce n'est là que la suite d'une éclosion qui a débuté l'an dernier et dont le sommet a été atteint au début de juillet 1961. La courbe des cas s'est infléchi en août et septembre, pour monter de nouveau en octobre. Les cas ont continué d'augmenter jusqu'en janvier 1962, où 741 cas étaient rapportés. La grande majorité (79%) des cas sont chez les écoliers; ils sont suivis de loin (18%) par les enfants d'âge préscolaire. Les cas sont modérément graves ou bénins. On ne rapporte pas d'encéphalite et peu de complications bactériennes.

Source: Docteur D.A. Hutchison, médecin-hygiéniste, Ville de London. (6-3-1962).

TÉTANOS

Colombie-Britannique

Durant la semaine terminée le 17 février, un cas de tétanos était rapporté à New-Westminster, chez une femme classée dans le groupe d'âge de 20 à 39 ans.

Source: Docteur R. Kohn, chef, Section de la santé publique, Bureau fédéral de la statistique. (27-2-1962).

TUBERCULOSE

Alberta

Le 4 janvier dernier, le sanatorium Aberhart Memorial rapportait la découverte qu'une personne enseignant au Salisbury High School souffrait de tuberculose pulmonaire et que les crachats étaient positifs. Depuis 5 ans, tous les élèves, les instituteurs et les chauffeurs d'autobus qui relèvent de l'Unité sanitaire de Leduc-Strathcona étaient soumis annuellement au test de Mantoux. Des dossiers de ces tests, on relève les faits suivants:

- 1) en mars 1961, 12 des 441 élèves de cette école avaient un Mantoux positif;
- 2) en mars 1961, sur un personnel enseignant de 31, 8 avaient un Mantoux positif.

HYPER- PROSTAL



PROSTATISME

NOUVELLE FORMULE

AMÉLIORÉE

et plus CONCENTRÉE

EXTRAIT HYDRO-GLYCÉRINÉ ORCHI-
TIQUE (correspondant à 0 gr. 831 de
glande fraîche) 1 cm³ 5

SÉRODAUSSE A
(Sérum de Taureau) 3 cm³ 5
pour un tube scellé de 5 cm³

INDICATIONS:

Toutes les phases du prostatisme, sénilité
précoce, troubles dépressifs, etc.

POSOLOGIE:

AMPOULES:

1 à 2 ampoules par jour dans un peu d'eau
sucrée, à jeun, une demi-heure avant le petit
déjeuner.

SUPPOSITOIRES: un ou deux par jour.

Préparé par
LES LABORATOIRES DAUSSE, Paris, France

Représentants exclusifs
au Canada

AMPOULES BUVABLES, 5 c. c.

SUPPOSITOIRES

Documentation et échantillon à
Messieurs les médecins sur demande.

Herdt & Charton Inc.

2245, RUE VIAU — MONTRÉAL

Le 9 janvier 1962, tous les élèves et le personnel enseignant ont subi une seconde épreuve qui a donné les résultats suivants:

- 1) 104 réactions positives parmi les 441 élèves;
- 2) 21 réactions positives parmi 31 personnes enseignantes.

Tous les cas de réaction positive ont été radiographiés dans les huit jours et l'on a ainsi dépisté une infection primaire chez 10 élèves et un instituteur (ou institutrice). Leur admission en sanatorium a été recommandée.

Cet incident met en valeur les avantages de connaître le degré de sensibilité de la population scolaire. Comme suites de ces constatations, les autorités scolaires exigent maintenant que tout le personnel enseignant, ainsi que tous les chauffeurs d'autobus et les concierges subissent une cuti-réaction au début de septembre, et tous les cas de réaction positive doivent fournir un rapport de radiographie au plus tard à la fin du mois.

Source: Docteur H. Siemens, médecin-hygiéniste, Unité sanitaire de Leduc-Strathcona. (19-2-1962).

RAPPORTS DE L'ÉTRANGER

Influenza

Etats-Unis

L'influenza épidémique diminue ou disparaît de presque tous les États, sauf du Wyoming, où l'on rapporte encore des éclosions d'une affection d'allure grippale dans la partie nord-est. Au total, 36 États ont rapporté cette saison des éclosions d'influenza au virus B confirmée. En revanche, le Dakota du sud et la Louisiane rapportent n'avoir eu aucune éclosion importante d'affection respiratoire.

Des titres sérologiques élevés pour le virus grippal A2 ont été rapportés de la Californie, de l'Orégon et du Missouri, chez un total de six malades. Aucune dissémination notable n'est associée à ces cas.

Source: U.S. Weekly Morbidity and Mortality Report. (9-3-1962).

Variole — Allemagne

Depuis la mi-février, 19 cas de variole se sont déclarés à Monschau Kreis. La variole est maintenant disparue de la région de Düsseldorf, d'où on l'avait rapportée antérieurement.

Variole — Royaume-Uni

Le 13 janvier dernier, un cas importé de variole arrivait, via Londres, de Karachi à Cardiff (pays de Galles). Le 15 janvier, ce malade était admis à un hôpital pour contagieux. Une femme, habitant le quartier Rhondda dans le voisinage de cet hôpital, mourait le 9 février. Le diagnostic de variole a été posé après le décès. Trois autres personnes, parentes de cette femme, sont aussi tombées malades et l'on soupçonna la variole. Ces personnes sont tombées malades entre le 19 et le 23 février, et les éruptions sont apparues entre le 23 et le 25. Un quatrième cas suspect de variole est un médecin, de la région rurale de Llantrissant, qui a assisté à l'autopsie. Il est tombé malade le 22 février et l'éruption est apparue le 25. Le 2 mars, les quatre cas suspects étaient tous confirmés comme des varioleux par culture sur embryon de poulet.

Une autre suspecte, habitant la même région que la défunte, avait été en contact étroit avec elle. Cette personne est tombée malade le 18 février et l'éruption apparaissait le 20. Ce cas fut aussi confirmé comme varioleux le 2

mars, par culture sur embryon de poulet. Il reste deux autres contacts de la défunte que l'on considère suspects.

Au 8 mars, la situation dans la région de Rhondda se résumait à 6 cas confirmés, dont 1 décès, et 2 cas suspects.

Source: Rapport épidémiologique hebdomadaire de l'OMS, le 9 mars 1962.

ANNOTATIONS

VACCIN CONTRE LE RHUME BANAL

Il est reconnu que les affections des voies respiratoires sont, comme entité unique, la principale cause de morbidité chez l'homme. Aux États-Unis, elles causent plus d'absences du travail et d'autres formes d'entreprises productives que toute autre maladie, et les pertes économiques qui en résultent sont évaluées à plus de trois milliards de dollars annuellement.

Si importantes que soient ces affections chez l'adulte, elles le sont encore davantage chez l'enfant. On rapporte, chaque année, plus de 20 millions d'accidents respiratoires accompagnés de fièvre dans le groupe d'âge préscolaire. D'après une étude de 30 ans poursuivie par des observateurs de l'école d'Hygiène publique à Harvard, la part imputable aux incidents respiratoires aigus de la naissance à l'âge de 18 ans est évaluée à 83 p. 100 de toutes les affections dans ce groupe d'âge.

Les « National Institutes of Health » (Bethesda, Md.) ont donc lancé un nouveau programme visant à mettre au point des vaccins qui permettront de lutter plus efficacement contre ces affections.

Des aménagements spéciaux seront mis à la disposition de spécialistes qui doivent concentrer tous leurs efforts sur la mise au point de vaccins utilisables chez l'homme. De petits lots d'essai seront d'abord éprouvés aux points de vue pureté et innocuité. Lorsque ces essais préliminaires auront réussi, des épreuves bien contrôlées seront effectuées chez les organismes vivants, afin de préciser les questions de posologie, de voies-d'administration à préférer, et de perfectionnement de la technique. L'étape suivante sera d'éprouver des lots plus abondants chez de jeunes adultes volontaires, parmi les militaires et les détenus et, enfin, chez la population civile.

A l'heure actuelle, on peut déjà accuser des virus connus dans 60 p. 100 environ des cas de maladies respiratoires graves chez les enfants hospitalisés, et ces virus particuliers feront l'objet des premières études. L'ordre des priorités pour la mise au point des vaccins a été fixé comme suit: le virus respiratoire syncytial (RS); les virus para-grippaux 1, 2 et 3; l'agent PPLO-Eaton et, enfin, les adénovirus 1, 2, 3, 4, 5 et 7. Cet ordre s'inspire du fait que l'on attribue environ 20 p. 100 des affections au virus RS; 15 p. 100 aux virus para-grippaux; 10 p. 100 à l'agent PPLO-Eaton et 10 p. 100 aux adéno-virus. D'autre part, on étudiera aussi la possibilité de mettre au point des vaccins contre les entéro-virus et les pseudo-entéro-virus incriminés dans les affections respiratoires chez l'adulte.

Source: Communiqué du U.S. Public Health Service, le 26 février 1962.

PROGRAMME DE RECHERCHE SUR LES VACCINS

Un groupe de spécialistes, réunis récemment au bureau chef de l'OMS à Genève, ont étudié spécialement les vaccins et autres méthodes d'immunisation pour la prévention

TRAITEMENT RATIONNEL DE L'ACNÉ

SULPHO · LAC

Pommade

Savon

Ne contient aucun corps gras

Indications:
Acné-Couperose
Lupus Erythémateux
Séborrhée huileuse
Dermites de cause
venéneuse.

Echantillon aux médecins
sur demande.

HERDT & CHARTON INC., 2245, rue Viau, Montréal 4, Canada

d'une vingtaine de maladies, dont la poliomyélite, l'influenza, la tuberculose, la rougeole, les oreillons, la rage, le choléra, la typhoïde et la variole.

Sous la présidence du docteur A.A. Miles, directeur de l'Institut Lister de médecine préventive à Londres, ces spécialistes, étudiant les méthodes actuelles de vaccination, ont conclu que plusieurs pourraient être améliorées par une organisation plus rationnelle des programmes de vaccination, une étude plus approfondie des meilleures voies d'administration (par bouche, par injection, en aérosols, etc.), ainsi que par la mise au point de vaccins plus efficaces que les vaccins actuels.

Ils ont aussi exploré les possibilités de recherche sur la mise au point de vaccins contre 15 groupes de maladies pour lesquelles on ne connaît pas encore d'agents immunisants vraiment efficaces. Ces groupes comprennent, entre autres, le paludisme et d'autres maladies parasitaires, la gonorrhée, la lèpre et les infections streptococciques. Les connaissances actuelles sur l'immunité contre le cancer furent également passées en revue.

Les autres aspects des recherches étudiés spécialement sont la vaccination chez le nourrisson, la vaccination combinée contre plusieurs maladies et l'étude des mécanismes organiques fondamentaux qui interviennent dans l'immunité naturelle ou acquise, et la recherche de moyens pour stimuler ces phénomènes.

C'est là le premier d'une série de groupes scientifiques qui doivent se réunir pour conseiller l'OMS sur les divers aspects de la recherche en immunologie.

Source: Communiqué H/1718, du siège des Nations Unies à New-York, le 9 février 1962.

RÉUNION ANNUELLE DE "THE CANADIAN CARDIOVASCULAR SOCIETY"

Cette société tiendra conjointement avec la « Canadian Heart Foundation » sa réunion annuelle dans la ville de Québec du 28 novembre au 1er décembre 1962.

Renseignements à obtenir de: Dr John B. Armstrong, 501 Yonge Street, Toronto-5.

COURS POST-UNIVERSITAIRE EN GASTRO-ENTÉROLOGIE

Le cours annuel post-scolaire en gastro-entérologie de « American College of Gastro-enterology » sera donné à l'Hôtel Morrison, Chicago (Ill.) les 1, 2 et 3 novembre 1962.

Pour renseignements complémentaires et inscription, s'adresser à: « American College of Gastro-enterology », 33 West 60th Street, New-York-23.

LE NOUVEL HÔPITAL D'AMQUI REÇOIT UNE SUBVENTION FÉDÉRALE

Le nouvel hôpital d'Amqui, province de Québec, recevra la somme de \$362,220, en vertu de la subvention fédérale à la construction d'hôpitaux, a annoncé l'honorable J. Waldo Monteith, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social.

La subvention contribuera à couvrir les dépenses de construction d'un hôpital de 128 lits qui aura aussi 45 berceaux de nouveau-nés, des locaux d'hébergement et d'enseignement pour les infirmières et des services destinés à la fois aux hospitalisés et aux malades externes.

La construction doit être terminée dans le courant de cette année.



Nouvelle forme
Dragées

sans goût, sans odeur

SULFARLEM-CHOLINE

CHOLÉRÉTIQUE - LIPOTROPE

S O U F R É

MÉDICATION TOTALE
ASSIMILABLE
DE LA CELLULE HÉPATIQUE

2 à 4 dragées avant chaque repas

FORMULE : Trithioparaméthoxyphénylpropène 0.005 g
Bitartrate de choline 0.30 g
pour une dragée.

LATÉMA

LABORATOIRES DE THÉRAPEUTIQUE MODERNE

Herdt & Charton Inc.

2245, RUE VIAU, MONTRÉAL

LIVRES REÇUS

Les pancréatites — Etude anatomo-clinique et expérimentale.

Par L. FRUHLING, A. OPPERMAN, J. FEROLDI, R. LAUMONIER, Ch. NEZELOF, G. CHOMETTE, L. LEGER et P. GUYET. Un vol. de 258 pages, avec 148 figures, 1 planche en couleurs: 50 NF. Masson et Cie, édit., Paris, 1961.

La collection intitulée « Actualités Anatomo-Pathologiques », inaugurée en 1958, s'enrichit d'un troisième ouvrage, réalisé dans le même esprit de synthèse anatomo-clinique et expérimentale que les précédents, et qui contient une mise à jour particulièrement objective et vivante de la pathologie non tumorale du pancréas, à laquelle s'ajoutent les importants apports personnels des rapporteurs de la VI^e Réunion Plénière de la Société Anatomique.

Le thème des « Pancréatites », chapitre tout à fait actuel et d'intérêt croissant en pathologie digestive, est abordé ici sous différents angles, correspondant aux activités respectives des spécialistes auxquels il a été confié: aspects morphologiques et évolutifs des pancréatites aiguës et des pancréatites chroniques de l'adulte, des pancréatites de l'enfant, du pancréas des diabétiques, aussi bien que données physiopathologiques et expérimentales concernant les pancréatites.

L'importance de leurs documentations respectives a permis aux auteurs de rassembler dans ce volume une somme de faits considérable, illustrée par une iconographie particulièrement riche, démonstrative, et soignée; mais l'intérêt de l'ouvrage dépasse largement le cadre morphologique, macroscopique et microscopique, qui n'est qu'un point de départ; en fait, les cliniciens, médecins et chirurgiens, aussi bien que les biologistes, médecins ou non, qui s'intéressent à la glande pancréatique, et bien entendu les anatomo-pathologistes, pourront trouver ici, à partir des faits d'observation, un ensemble de considérations nosologiques à la dimension des problèmes anatomo-cliniques, étiopathogéniques et physiopathologiques qui font tout l'essor actuel de la pathologie inflammatoire et dystrophique du pancréas.

Sujets traités

Les pancréatites aiguës, par L. Frühling et A. Oppermann. Différentes variétés; Pancréatites aiguës exceptionnelles (ou mal connues); Pancréatites aiguës nécrotico-hémorragiques; Conclusions; Bibliographie.

Les pancréatites chroniques de l'adulte, par J. Feroldi et R. Laumonier. Données anatomophysiologiques; Etude anatomopathologique; Conclusions; Bibliographie.

Les pancréatites de l'enfant, par Ch. Nezeloff. Pancréatites malformatives d'origine congénitale; Pancréatites acquises; Conclusions; Bibliographie.

Anatomie pathologique du pancréas des diabétiques, par G. Chomette. Rappel historique; Le diabète expérimental; Pancréas diabétique humain; Conclusions; Résumé; Bibliographie.

Physiopathologie et étude expérimentale des pancréatites, par L. Léger et P. Guyet. Pancréatite exocrine; Pancréas endocrine; Retentissement de la pancréatite chronique sur systèmes et organes voisins; Pancréatites chroniques et cancer.

Méthodes chimiothérapeutiques en psychiatrie — Les nouveaux médicaments psychotropes.

Par Jean DELAY et Pierre DENIKER. Un vol. de 496 pages, avec 32 figures, nombreux tableaux. Broché: 55 NF; cartonné toile: 65 NF. Masson et Cie, édit., Paris, 1961.

Voici le premier précis de psycho-pharmacologie et de thérapeutique par les nouveaux médicaments psychiatriques.

Les auteurs qui depuis 10 ans sont à l'avant-garde de la recherche dans ce domaine, ont réalisé une revue complète des chimiothérapies qui ont récemment transformé les conditions de traitement des maladies mentales. Ce livre fait suite aux « Méthodes biologiques en clinique psychiatrique » du Professeur Jean Delay.

Les principaux types de médications — neuroleptiques, tranquillisants, anti-dépressives — sont classés et définis d'après leurs propriétés expérimentales et leurs actions cliniques. Dans chaque catégorie, les différents composés sont présentés avec les données pharmacologiques, les indications thérapeutiques et les effets secondaires ou incidents possibles. Grâce à leur vaste expérience personnelle, les auteurs ont pu préciser les éléments comparatifs entre les nombreux médicaments proposés aux thérapeutes dans ces dernières années.

La méthodologie de la conduite des cures chimiothérapeutiques est indiquée en détail et la tactique thérapeutique est envisagée suivant les principaux types de psychoses. Enfin, les incidences des nouveaux moyens d'action sur les conditions d'hospitalisation et de traitement, sur l'avenir de l'assistance psychiatrique et de la politique sanitaire, sont examinées à la lumière des données recueillies sur le plan international, qui ouvrent de remarquables perspectives à la recherche médicale.

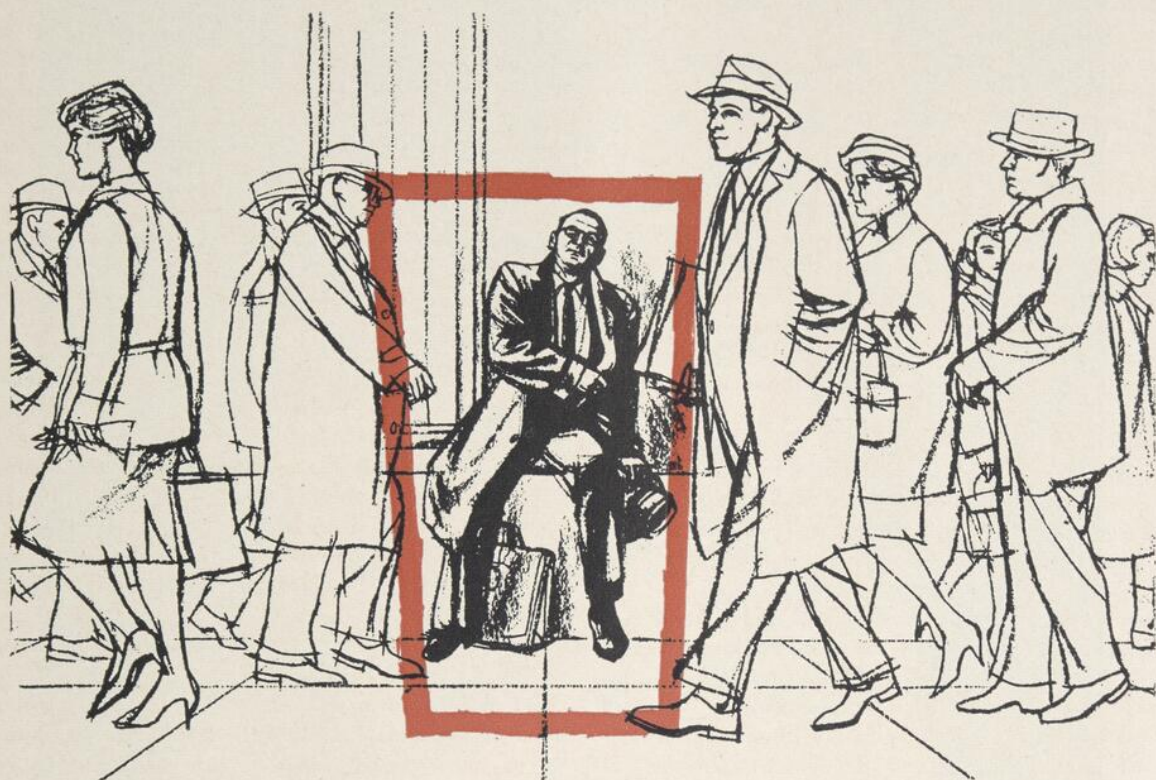
Ce livre, conçu en termes clairs, représente à la fois un ouvrage fondamental pour les spécialistes (cliniciens ou hommes de laboratoire) qui s'intéressent à la psychopharmacologie, et un guide pour les thérapeutes désireux s'orienter parmi les médications nouvelles. La conduite rationnelle des chimiothérapies modernes requiert d'ailleurs la collaboration étroite du spécialiste et du praticien auquel l'ouvrage est également destiné.

Divisions de l'ouvrage

I. Des médicaments classiques aux médicaments modernes: Médications traditionnelles. — Narcoséances et cures de sommeil. — Précurseurs des traitements actuels. — Les nouveaux médicaments psychiatriques. — Terminologie et classification des psychotropes modernes.

II. Les neuroleptiques, les tranquillisants et les anti-dépresseurs: La chiorpromazine. — La réserpine. — L'individualisation du groupe des neuroleptiques. — Le groupe des tranquillisants. — Différences des neuroleptiques avec les hypnotiques et avec les tranquillisants. — Les médicaments anti-dépresseurs.

III. La chlorpromazine: Données initiales (pharmacologiques et cliniques). — Premières applications thérapeutiques. — Traitement de la schizophrénie et des psychoses chroniques. — Autres indications: névroses, déséquilibre, affections psycho-somatiques. — Indications neurologi-




pour prévenir douleur et anxiété dans l'angine de poitrine...

traitement double et logique de l'angine de poitrine
... L'EQUANITRATE (méprobamate et tétranitrate de pentaérythritol, Wyeth) constitue une double arme prophylactique contre l'angine de poitrine en tirant parti de l'action de l'EQUANIL* (méprobamate, Wyeth) contre l'anxiété et de l'action vaso-dilatatrice coronaire du tétranitrate de pentaérythritol.

L'EQUANITRATE assure au malade une meilleure protection contre les crises d'angine de poitrine que l'un quelconque de ses composants utilisé séparément: il supprime l'appréhension, l'anxiété et la tension en exerçant une vaso-dilatation coronaire prolongée. Il résulte de cette dualité

d'action que l'EQUANITRATE diminue le nombre et la gravité des crises d'angine, augmente la tolérance à l'effort et diminue l'état de dépendance du sujet à l'égard de la nitroglycérine.

Présenté en deux concentrations pour augmenter la souplesse de la posologie EQUANITRATE 10 (200 mg. de méprobamate et 10 mg. de tétranitrate de pentaérythritol), comprimés ovales blancs, en flacons de 50 et de 500 comprimés. EQUANITRATE 20 (200 mg. de méprobamate et 20 mg. de tétranitrate de pentaérythritol), comprimés ovales jaunes, en flacons de 50 comprimés.

 Ordonnance obligatoire

Equanitrate*

Méprobamate et tétranitrate de pentaérythritol, Wyeth



* Marque déposée
WINDSOR, ONTARIO

ques. — Effets secondaires et accidents de la chlorpromazine. — Etudes expérimentales.

IV. « Rauwolfia » et réserpine: Rappel historique. — Premières études pharmacologiques de la réserpine. — Etudes cliniques en psychiatrie. — Recherches expérimentales concernant le mode d'action.

V. Les nouveaux neuroleptiques: Phénothiazines. — Réserpiniques. — Butyrophénones.

VI. Caractéristiques psycho-physiologiques des neuroleptiques: Définition de l'action des neuroleptiques. — Apport de la clinique à la connaissance de l'action des neuroleptiques. — Résumé et conclusions.

VII. Les tranquillisants: Dérivés des hypnotiques. — Sympatholytiques et vagolytiques. — Anti-histaminiques. — Dérivés des psychotoniques. — Tranquillisants «relaxants». — Dérivés des neuroleptiques.

VIII. La chimiothérapie anti-dépressive: Traitements classiques de la dépression. — Inefficacité relative des neuroleptiques et des tranquillisants. — Les thymo-analeptiques. — Caractéristiques générales des médications anti-dépressives.

IX. La méthode chimiothérapique: Cures neuroleptiques. — Cures de sommeil et hibernothérapies. — Cures nati-dépressives. — Combinaison des thérapeutiques. — Traitement des états psychotiques aigus. — Psychoses cycliques et phasiques. Psychoses séniles. — Traitement des psychoses chroniques.

X. Incidence de la chimiothérapie sur la psychiatrie moderne: Effets sur l'hôpital et sur l'hospitalisation. — Transformation de la sémiologie et de l'évolution des psychoses. — Convergence des moyens thérapeutiques. — Choix des modes d'assistance et options de politique sanitaire. — Dangers réels et dangers virtuels des chimiothérapies. — L'expertise des nouveaux médicaments psychiatriques. — La recherche psychopharmacologique.

Bibliographie de 680 titres. Index alphabétique des médicaments cités.

Les blessés de la route — Du prompt secours au bord de la route à l'accueil au Centre chirurgical. Par Marcel ARNAUD. Préface du Prof. A. Sicard. Un vol. de 126 pages, avec 40 figures: 18 NF. Masson et Cie, édit., Paris, 1961.

Il suffit de penser à la fréquence — — — — — cesse croissante — des accidents de la route pour comprendre l'utilité de cet ouvrage. « En France, la route tue aujourd'hui un homme par heure; toutes les deux minutes elle en blesse un autre », rappelle l'auteur dès le début de son livre.

C'est le premier ouvrage écrit et édité en France sur les grands blessés de la route. Son auteur avait dès 1957 alerté sur ce problème le monde médico-chirurgical français. Depuis lors il n'a cessé de développer ses enquêtes et ses études. Son premier ouvrage est uniquement consacré à l'étude des victimes au stade du bord de route, ainsi qu'aux prompts secours qu'ils réclament.

Ce stade est mal connu et il est cependant capital; il décide en effet du trépas et des plus lourdes séquelles. L'auteur a étudié les incidences fâcheuses et cherche à y remédier. Il trace à grands traits les tableaux évolutifs des grands traumatisés de la route. Il insiste sur les effets nocifs des secours incompetents. Signalant les grandes lacunes dues à la connaissance très insuffisante de ce stade du bord de route, il incite le corps médical à s'organiser en véritable « Service de Santé en campagne » et à se mettre à l'étude de ces cas si douloureux.

Sauvetage et sauvegarde, réanimation d'urgence après dégageement des victimes, immobilisation des plaies et des fracas, mise sur brancard des polytraumatisés, cranio-thoraciques surtout, et en danger de mort, tactiques de secourisme et conseils aux secouristes, sont tour à tour expliqués, décrits et commentés.

En textes, figures et tableaux, les médecins, les secouristes, les usagers de la route et le grand public trouveront là, expliqués, exposés et martelés des conseils et des consignes précises sur l'alerte et sur les prompts-secours.

Non seulement ce livre explique et exprime une doctrine, mais encore il est le bréviaire des prompts-secours en bord de route.

La coelioscopie — Technique, indications. Par Jean THOYER-ROZAT. Préf. du Prof. J. VARANGOT. Un vol. de 64 pages, avec 38 figures, 5 planches en couleurs: 20 NF. Masson et Cie, édit., Paris, 1962.

Les incertitudes du toucher vaginal et les inconvénients des laparotomies exploratrices ont incité les gynécologues à élargir les indications des explorations instrumentales. Toutefois les examens classiques, l'hystérogographie en particulier, peuvent donner des renseignements trompeurs ou incomplets. Ceci explique la faveur que connaît actuellement la coelioscopie. L'auteur met en valeur les mérites de ce procédé d'examen pelvien qui, par la précision des renseignements qu'il fournit, le minimum de traumatisme qu'il entraîne, est devenu l'indispensable auxiliaire du gynécologue.

Le spécialiste trouvera dans cette monographie un guide très complet: la sécurité et la valeur d'informations de la coelioscopie reposent sur le respect de ses contre-indications et sur l'exécution minutieuse de sa technique, en milieu chirurgical, par un opérateur rompu à sa pratique. Le praticien s'intéressera plus spécialement aux chapitres des indications: la coelioscopie est seule capable d'apporter avec rapidité et certitude les éléments du diagnostic de la grossesse extra-utérine et de compléter le bilan des stérilités, des aménorrhées ou des dysménorrhées; enfin, dans les syndromes douloureux pelviens apparemment essentiels, elle permet souvent de dépister des lésions inapparentes, endométriosiques en particulier.

Un dernier chapitre est réservé à l'iconographie. Des clichés nombreux et de grande qualité, réalisés par une technique spéciale, permettent de se familiariser avec les aspects anatomo-cliniques si divers que cette exploration donne l'occasion de rencontrer.

Traité de thérapeutique chirurgicale. Publié sous la direction du Prof. J. SENEQUE, par J.-P. BINET, Ch. CHATELIN, Cl. DUBOST, J. JUDET, R. JUDET, M. MERCADIER, L. QUENU, H.-G. ROBERT, J. SENEQUE. — Tome V: **Organes génitaux de l'homme — Appareil urinaire de l'homme et de la femme — Organes génitaux de la femme.** Par L. QUENU et H.-G. ROBERT. Un vol. de 758 pages, avec 21 figures. Broché: 120 NF; cartonné toile: 132 NF. Masson et Cie, édit., Paris, 1962.

Ce tome V du Traité de Thérapeutique chirurgicale est consacré à l'Urologie et aux organes génitaux de l'homme et de la femme.

Rappelons que ce nouveau Traité ne fait double emploi, ni avec les ouvrages de pathologie ni avec les traités de technique opératoire. Ecrit par des spécialistes, il est des-

Upjohn

Kaopectate

contre la diarrhée simple

adsorption supérieure

FIGURE 1: Une suspension de Kaolin Upjohn x 725. Remarquez la distribution lisse et égale de Kaolin, qui permet virtuellement à chaque particule de déployer au maximum ses propriétés adsorbantes. Cette distribution égale rend le produit plus agréable au goût, exempt de l'irritation que causent plusieurs préparations de Kaolin.

FIGURE 2: Une suspension de Kaolin ordinaire x 725. Remarquez combien le Kaolin s'agglutine, rendant propres à l'adsorption seulement les surfaces extérieures des particules de la périphérie de chaque masse. De plus, cette agglutination inefficace donne une sensation irritante aux suspensions ordinaires de Kaolin.

Kaomycin

contre la diarrhée infectieuse

L'antibiotique de choix

Actuellement, la néomycine administrée par voie buccale est considérée comme le médicament de choix puisqu'elle est généralement efficace et essentiellement exempte d'incidents secondaires indésirables. L'efficacité remarquable de la néomycine (50 à 100 mg par kilogramme par 24 heures, pendant 7 à 10 jours) a été bien établie par Rogers et collaborateurs, Wheeler, Stulberg et collaborateurs, et autres.

Heter, E. D. (1959). J. of Pediatrics, 55:223.

épargnez-moi les détails! Je prescris Kaopectate et Kaomycin depuis des années, et les résultats que j'ai obtenus ont toujours été excellents. Ils sont les meilleurs, à mon avis. Maintenant, qu'avez-vous de nouveau?

tiné à tous ceux qui ont à poser les indications thérapeutiques en présence d'une affection donnée, et à ceux qui doivent les mettre en pratique. Les médecins praticiens, les spécialistes médicaux de l'urologie et de la gynécologie, les chirurgiens généraux et les spécialistes trouveront mis au point, sinon résolus, la plupart des problèmes que leur posent leur pratique quotidienne et certaines éventualités moins fréquemment rencontrées.

La part réservée à l'urologie (300 pages) due à L. Quénu, est divisée elle-même en trois sections:

— la première est constituée par l'urologie proprement dite, qui étudie l'appareil urinaire depuis l'artère rénale jusqu'au méat urétral. Chez l'homme un chapitre particulier est consacré aux affections du carrefour uro-génital.

— la deuxième section est constituée par les affections des organes génitaux externes masculins, pénis et scrotum. Certaines sont purement locales, indépendantes de l'appareil urinaire. D'autres sont liées plus ou moins intimement à la pathologie urinaire.

— la troisième section est constituée par les affections de l'espace rétro-péritonéal. Elles sont souvent vues et traitées en urologie pour de simples raisons cliniques. Le terme de tumeurs para-rénales est suffisamment explicite de cet état de fait.

La deuxième partie de l'ouvrage, due à H. G. Robert, traite de la Thérapeutique chirurgicale des *maladies des organes génitaux de la femme* (430 pages). L'essentiel de la première section concerne le traitement des affections des organes génitaux de la femme, selon un plan classique.

Les anomalies vulvo-vaginales, les vices de position, les traumatismes, les fistules, les avortements volontaires, l'infection génitale, la tuberculose génitale, l'endométriase, constituent la première partie.

La seconde partie envisage le traitement des maladies des organes génitaux, organe par organe, de la vulve à l'ovaire. Il s'agit essentiellement des affections tumorales, dystrophiques bénignes et malignes.

La seconde section, beaucoup plus brève, envisage l'état actuel du traitement des troubles de la fonction des organes génitaux féminins. Il s'agit essentiellement des dystrophies ovariennes, des troubles de la copulation, des hémorragies utérines, de l'avortement spontané habituel, de la stérilité d'étiologie « chirurgicale », des malformations congénitales et acquises. Enfin, la délicate question du traitement opératoire des douleurs génitales est mise à jour.

Comme les autres tomes du *Traité de Thérapeutique Chirurgicale*, celui-ci est rédigé selon un plan uniforme. Pour chaque chapitre, un rappel anatomique précède les notions physio-pathologiques et cliniques servant de base au diagnostic. Le diagnostic n'est parfois qu'un diagnostic d'indication opératoire: la conduite de l'intervention et les lésions rencontrés sont alors exposés.

Durant les autres cas, lorsque l'on est parvenu au diagnostic clinique à propos de chaque cas, sont étudiés d'abord les méthodes thérapeutiques, médicales, physiothérapeutiques, hormonales, opératoires. Ensuite il s'agit de faire un choix entre les différentes méthodes: c'est le problème des indications thérapeutiques.

Pour finir, viennent les paragraphes consacrés aux incidents, accidents, échecs des méthodes, et aux résultats opératoires basés généralement sur les statistiques des auteurs.

Vade-mecum des antibiotiques et agents chimiothérapeutiques anti-infectieux (1962). Par Maur NEUMAN. Un vol. de 412 pages. Cartonné: 40 NF. Librairie Maloine S. A., édit., Paris, 1962.

Cet ouvrage vient de combler une lacune très ressentie dans la thérapeutique par les antibiotiques et agents chimiothérapeutiques. Le besoin se faisait sentir d'une monographie pratique et condensée, s'adressant au médecin praticien de toutes les spécialités réalisant une mise au point dans cette thérapeutique si mouvementée, s'enrichissant constamment. Profitant d'une certaine stabilisation dans le domaine des antibiotiques, l'auteur expose clairement tous les problèmes complexes posés par la pratique des antibiotiques. Des figures et de nombreux tableaux synoptiques complètent utilement le texte.

La *première partie* donne les définitions, les classifications, l'analyse de la résistance microbienne aux antibiotiques et ses conséquences, les limites des traitements antibiotiques et les critères de choix d'un antibiotique (les principes de base), le mode d'action, la toxicité et les effets secondaires.

La *deuxième partie* expose la description détaillée de chaque antibiotique et agent chimiothérapeutique utilisé actuellement: sulfamides et sulfones, dérivés nitrofuraniques, P.A.S. et ses dérivés, isoniazide et ses dérivés, les diverses pénicillines, y compris les récentes amino-pénicillines de synthèse, les streptomycines, le chloramphenicol, les tétracyclines, la bacitracine, les antibiotiques du groupe de l'érythromycine et de la néomycine, les antifongiques, les antibiotiques et agents chimiothérapeutiques d'utilisation exclusivement locale, les agents chimiothérapeutiques et antibiotiques d'action antiprotozoaires.

Chaque antibiotique est étudié d'une manière détaillée, d'après un plan commun; composition chimique et origine, standardisation, propriétés physico-chimiques, spectre d'action, pharmacologie clinique: absorption, concentration sanguine, métabolisme, élimination, toxicité et effets secondaires, mode d'action, développement de la résistance microbienne, indications cliniques, mode d'administration et posologie, associations, préparations spécialisées en France et dans le Marché Commun Européen.

La *troisième partie* traite les problèmes à l'ordre du jour et discutés, des associations des antibiotiques, de la prophylaxie par les antibiotiques et agents chimiothérapeutiques.

La *quatrième partie* est dédiée aux applications cliniques des antibiotiques dans les différentes spécialités: maladies infectieuses, médecine interne, pédiatrie, dermatovénérologie, urologie et chirurgie générale.

La *cinquième partie* décrit les méthodes de laboratoires nécessaires dans le traitement par les antibiotiques et leur utilisation dans les techniques de laboratoire.

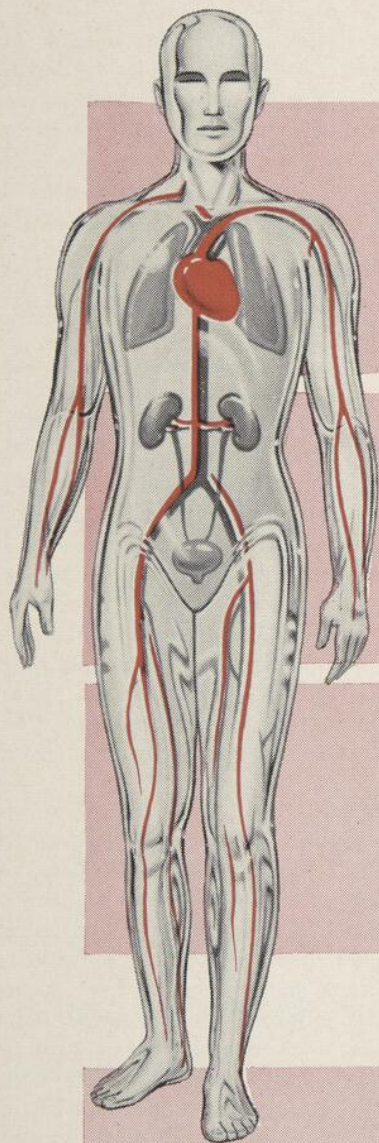
En résumé un ouvrage qui dans une forme condensée contient une abondante documentation sur les problèmes journallement posés aux praticiens dans l'emploi des antibiotiques et qui sera pour eux un précieux auxiliaire.

Bréviaire de Rhumatologie à l'usage du Praticien (deuxième édition) en 23 exposés et 178 figures. Par les Médecins du Service de Rhumatologie de l'hôpital Lariboisière (Centre Viggo-Petersen): L. Auquier, Ph. Bordier, M. Caroit, D. Clément, M. Cloarec, J. Debeyre, N. Debeyre, A. Denis, A. Djian, J. Durieu, Fr. Forestier, J. Fossier, S. Godlewski, Y. Guegen, Cl. Guérin, D. Hioco, A. Hubault, S.H. Jurmand,

HYDRODIURIL*

(HYDROCHLOROTHIAZIDE)

**Simplifie le traitement de l'hypertension
et en améliore les résultats**



1 Amorcer le traitement avec l'"HYDRODIURIL". Il se peut qu'à elle seule cette médication suffise chez certains malades.

2 Ajouter au besoin d'autres médicaments ou régler leur posologie. En effet, l'"HYDRODIURIL" accroît l'activité de tous les hypotenseurs couramment employés. Si on a prescrit un ganglioplégique ou si on en a l'intention, sa posologie normale doit être réduite de 50%.

3 Régler la posologie de toute médication que reçoit le malade. Celui-ci doit être revu souvent, et il importe de reviser soigneusement les médicaments de manière à établir la posologie d'entretien optimum.

PRÉSENTATION :

Comprimés sécables d'"HYDRODIURIL" à 25 mg. et à 50 mg.,
en flacons de 100 et de 1000 comprimés.



MERCK SHARP & DOHME
OF CANADA LIMITED
MONTREAL 30, QUÉ.

*Marque de commerce

M. Lequesne, J. Levernieux, A. Lichtwitz, M. Maître, A. Mazabraud, J. Maugeis, P. Naveau, P. Ordonneau, R. Parlier, M. Phankim-Koupernik, G. Poinard, J.C. Renier, A. Ryckewaert, J. Robin, M. Tellier, J. Thierry-Mieg, J. Welfling et S. de Sèze, avec la collaboration de Jacqueline Petersen, M. Th. Egger et F. de Lapasse. Un vol. de 370 pages, 178 fig. Cartonné toile: 46 NF. L'Expansion, édit, Paris, 1962.

Bréviaire: ce livre est donc un abrégé, un sommaire de rhumatologie. Non pas à l'usage du rhumatologue, mais du médecin non spécialisé, qui doit affronter à chaque instant, qu'il le veuille ou non, les problèmes de la rhumatologie. On trouvera donc ici rassemblé, en vingt-trois exposés abondamment illustrés, l'essentiel de ce qu'un médecin doit connaître des affections rhumatismales ou prétendues telles. Donner l'indispensable et surtout ne donner que l'indispensable, tel fut le principal et presque l'unique souci commun des auteurs de cet ouvrage. La bibliographie, et toutes les discussions d'intérêt seulement spéculatif ont été sacrifiées à cette nécessité d'être bref, et de ne rien écrire ici qui n'intéressât directement l'un ou l'autre des deux temps essentiels de l'acte médical: le diagnostic et le traitement. Et puisqu'un traitement doit nécessairement être formulé, nous avons jugé utile de joindre à ce livre un « formulaire thérapeutique » des médicaments spécialisés intéressant le traitement des affections rhumatismales. Pour plus de commodité, les spécialités ont été classées par ordre alphabétique, mais référées à un index, pareillement alphabétique, des agents pharmacodynamiques entrant dans leur composition, ou des actions thérapeutiques justifiant leur emploi. Ainsi nous pensons que le médecin ne sera pas embarrassé pour faire passer sur le plan matériel de la prescription les traitements qui lui sont conseillés dans le corps de l'ouvrage. Pas plus que le reste du livre, ce formulaire des spécialités rhumatologiques n'a la prétention d'être complet. On peut être assuré, par contre, que toutes les thérapeutiques couramment utilisées en rhumatologie s'y trouvent représentées par un ou plusieurs médicaments de qualité.

Tel qu'il est, avec ses qualités et ses défauts, ce bréviaire est l'oeuvre d'une équipe: une équipe qui s'enorgueillit de n'être, comme écrit Charles Péguy, « ni une secte, ni une boîte, ni un parti, ni une cabale, ni une affaire — mais une sorte de foyer, une société naturellement libre de toutes libertés, une sorte de famille d'esprits... Littéralement ce qu'il y a jamais eu de plus beau dans le monde: une amitié ». Etant l'oeuvre de plusieurs, nul doute que ce livre ne soit plus riche en substance que s'il était l'oeuvre d'un seul. Peut-être aussi s'est-il dégagé de cette pluralité des écritures une diversité dans l'expression qui peut avoir son agrément. C'est au lecteur d'en juger, comme c'est à lui seul qu'il appartient de décider de l'usage qu'il fera de cet ouvrage. Ce livre, au fond, n'est pas fait vraiment pour être lu, mais plutôt pour être consulté, de préférence à l'heure de la difficulté. Si quelque médecin, en l'utilisant de cette manière, y trouve au moment opportun la solution de son problème, nous serons amplement payés de notre peine. Et si d'aventure il n'y trouve pas le renseignement pratique sur lequel il comptait justement, qu'il veuille bien nous en informer. Rien ne pourrait nous être plus utile que d'être ainsi aidés, pour un éventuel perfectionnement de cet ouvrage, par ceux-là même

auxquels il s'adresse, et pour lesquels nous l'avons écrit de notre mieux.

Aux confins de la Rhumatologie. Par Ph. Bordier, S. Braun, R. Campinchi, M. Caroit, P. Casassus, M. Cloarec, Ch. Coury, Nina Debeyre, A. Denis, J. Dry, J. Dubost, L. Durjarrier, J. Durieu, B. Freneaux, R. Fleury, J. Fossier, J. Frézal, Th. Glimet, Stan. Godlewski, C. Gresle, Cl. Guérin, D. Hioco, A. Hubault, J. Le Baudour, J. Levernieux, M. Lequesne, A. Lichtwitz, M. Massin, R. Mayer, P. Ordonneau, A. Peltier, M. Phankim-Chapuis, G. Poinard, M. Ribierre, A. Ryckewaert, S. de Sèze, B. Thibault, J. Thierry-Mieg, J. Welfin. Sous la direction de Stanislas de Sèze et Claude Guérin. Un vol. de 480 pages, 152 fig. Cartonné toile: 63 NF. L'Expansion, édit., Paris, 1962.

Pour de multiples raisons, il n'est plus possible au rhumatologue de se confiner étroitement dans le domaine de sa spécialité. Un médecin rhumatologue dont les connaissances seraient strictement limitées aux lésions et aux symptômes des arthrites rhumatismales et des arthroses, des rhumatismes abarticulaires et des algies dites rhumatismales, serait à la fois piètre rhumatologue et mauvais médecin.

Il suffit d'avoir assisté une fois à une consultation de rhumatologie pour constater combien les frontières de la rhumatologie sont mouvantes et même indécises. Presque à propos de chaque malade, sont évoqués des problèmes qui obligent à faire des incursions dans les domaines médicaux situés « aux confins », ou même au-delà des frontières de la Rhumatologie. C'est donc à chaque instant que le rhumatologue se trouve confronté avec des problèmes dont une des données au moins déborde sur le domaine de la cardiologie, de la dermatologie, de l'endocrinologie, de la gastro-entérologie, de l'hématologie, de la neurologie, de la pneumologie ou de l'obstétrique, etc. Pas davantage, le rhumatologue ne peut ignorer totalement les aspects ophtalmologiques et les aspects oto-rhino-laryngologiques des affections rhumatismales. Quant aux cas qui se situent aux confins de la rhumatologie et de la psychiatrie, inutile d'insister sur leur fréquence en pratique quotidienne.

Il faut aussi remarquer que le malade ignore, lui, les limites de nos spécialisations. Pour le malade, toute douleur, quelle que soit son origine réelle, articulaire, osseuse, musculaire ou viscérale, suscite l'idée d'une douleur rhumatismale et ainsi rien n'empêche que le rhumatologue ne puisse être consulté pour des douleurs qui relèvent en réalité d'un mal de Pott, d'un cancer vertébral ou pelvien, ou d'une tumeur bronchique, d'un neurinome radicaire ou d'une syringomyélie, d'une hémopathie maligne ou d'un adénome parathyroïdien, voire même pour des arthralgies relevant d'une hépatite à virus ou d'une maladie périodique! C'est alors au rhumatologue qu'incombe le devoir de redresser l'erreur et il ne pourra le faire que s'il a pris au moins quelque « connaissance élémentaire » des disciplines situées aux confins de sa spécialité.

Enfin depuis quelques années, le rhumatologue utilise à chaque instant des drogues très actives, susceptibles de faire apparaître des complications, qui tout à coup soulèvent des problèmes d'ordre gastro-entérologique, dermatologique, neurologique, hématologique, psychiatrique...

Tout ce que nous venons de dire des rhumatologues, nous pourrions le dire aussi des autres spécialistes. Le cardiologue, le neurologue et le psychiatre, le néphrologue et

NOUVELLE PRESENTATION

SOFRAMYCINE CREME

possède les avantages
d'une crème et d'une lotion

La SOFRAMYCINE CREME est une émulsion liquide qui ressemble à un "lait de beauté". Grâce à sa fluidité, elle réunit les avantages *d'une crème et d'une lotion*. Elle s'applique et s'étend très facilement.

particulièrement active contre :

- Les Staphylocoques**
- Les Proteus**
- Les Ps. pyocyaniques**

ROUSSEL (CANADA) Ltee.
2795 CHEMIN BATES, MONTREAL 26, P.Q.



le gastro-entérologue, l'ophtalmologiste et l'oto-rhino-laryngologiste, n'ont plus le droit d'ignorer ou de mal connaître les problèmes rhumatologiques situés aux confins du rhumatisme et des maladies relevant de leurs spécialités. Et que dire alors de l'interniste et de l'omnipraticien? Tous sont intéressés par ce petit livre, témoignage et reflet des Journées du Centre Viggo-Petersen 1960, où fut exploré ce double courant qui incessamment entraîne le rhumatologue aux confins des autres spécialités médicales et qui inversement oblige souvent les autres spécialistes à sortir de leur discipline et les conduit jusqu'aux confins de la rhumatologie.

Plus que tout commentaire, un bref résumé des principaux sujets traités dans cet ouvrage par toute l'équipe du Centre Viggo-Petersen, avec la collaboration d'un certain nombre de spécialistes hautement qualifiés sous la direction de S. de Sèze et Cl. Guérin, illustrera l'intérêt de ce volume et de la conception originale qui l'a inspiré.

Le problème du rhumatisme articulaire aigu en pratique médicale. Etude bioclinique et thérapeutique. Par Marcel PAGET et Georges FRUCHART. Préface du Prof. Langeron. Un vol. de 132 pages: 16 NF. L'Expansion, édit., Paris, 1961.

Malgré la diminution certaine de sa fréquence et de sa gravité immédiate, le rhumatisme articulaire aigu (R.A.A., maladie de Bouillaud) reste au premier rang des préoccupations médicales.

Étant à l'origine de la plupart des cardiopathies valvulaires acquises, il peut devenir la source d'infirmités et d'incapacités définitives, lesquelles constituent de lourdes charges pour la collectivité; de plus, le R.A.A. est une affection à tendance naturelle évolutive, à rechutes fréquentes avec les mêmes conséquences cardiaques, aggravées encore à chaque rechute. C'est une maladie individuelle et sociale dont il importe de faire une prophylaxie et un traitement adéquats.

Le problème est d'ailleurs moins dans le diagnostic lui-même, en général facile si l'on excepte les formes frustes au larvées, que dans la précocité de ce diagnostic avant toute atteinte cardiaque, moins aussi dans la connaissance des moyens thérapeutiques, aujourd'hui classiques, que dans la façon de les employer pour prévenir toute rechute, sans verser dans une médication excessive et trop longtemps prolongée.

C'est à documenter et à conseiller le médecin praticien qu'est consacrée la monographie de Paget et Fruchart en offrant un guide clinique et biologique destiné à lui faciliter la tâche.

Une analyse clinique minutieuse, des contrôles biologiques rigoureux leur ont permis un choix dans les diverses techniques d'investigations pour, d'une part, poser précocement le diagnostic et, d'autre part, juger de l'évolutivité de la maladie et des possibilités de rechute. Pour Paget et Fruchart, le diagnostic clinique s'appuiera principalement sur la vitesse de sédimentation globulaire et un dosage du taux des A.S.L.O., tandis que le degré d'évolutivité, les dangers de rechute et la sédation véritable, seront appréciés par la vitesse de sédimentation, le dosage des séromucoïdes acides et le test au cétyltriméthylammonium; certaines méthodes sont spécifiques, d'autres pas; les unes concernent l'agent pathogène, les autres la réactivité individuelle inflammatoire; tous ces détails on les trouvera exposés de façon critique et pratique à la fois avec l'application thérapeutique qui en découle.

Les divisions de l'excellente monographie de Paget et Fruchart qui intéressera également médecins, praticiens et biologistes cliniciens, sont les suivantes:

Première partie: Importance du R.A.A. en pratique médicale.

Chapitre I: Le R.A.A. dans le cadre des affections cardio-vasculaires.

Chapitre II: Le R.A.A. dans le cadre social.

Chapitre III: Le R.A.A. dans le cadre de la pratique médicale.

Deuxième partie: Le problème du R.A.A. en pratique médicale.

Chapitre I: Le diagnostic du R.A.A.

Chapitre II: L'évolution du R.A.A. et son pronostic.

Chapitre III: Traitement du R.A.A.

Troisième partie: La surveillance biologique du R.A.A.

Chapitre I: Introduction à l'étude des méthodes d'exploration biologique du R.A.A.

Chapitre II: Les méthodes d'exploration biologique du R.A.A.

Conclusions.

Choix de techniques de biochimie clinique. Par Guy DEVAUX.

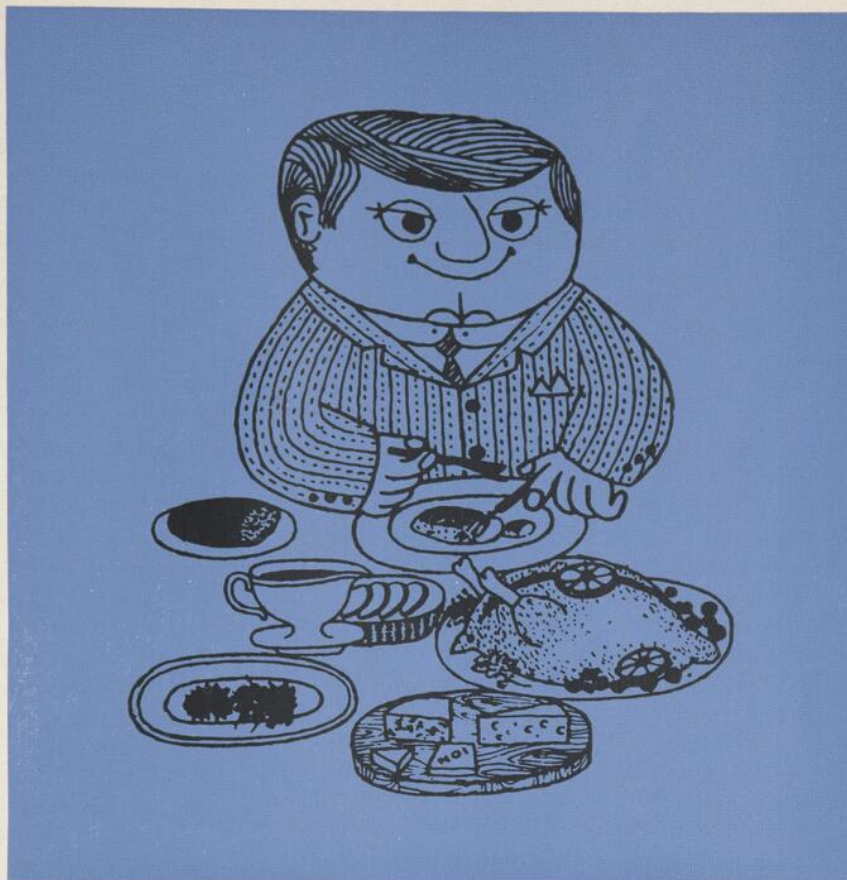
Un vol. de 208 environ, avec illustrations. Gauthier-Villars et Cie, édit., Paris, 1961.

Le « Choix de Techniques de biochimie clinique » constitue un véritable vade-mécum pour quiconque s'intéresse de près ou de loin à la biochimie médicale. Il propose en effet des méthodes analytiques sélectionnées pour leur valeur propre (précision, spécificité, reproductibilité), pour leur rapidité et pour leur simplicité. Le choix de l'auteur n'a pas uniquement été guidé par des considérations théoriques, mais étayé par une expérience quotidienne dans un service hospitalier. Les techniques utilisables seulement pour la recherche ont été volontairement éliminées et on s'est borné à détailler les méthodes d'un usage très courant. Cet ouvrage est en effet destiné à servir de guide pour le travail quotidien d'un laboratoire d'analyses médicales.

Le dosage des principaux constituants normaux et pathologiques de l'organisme, les techniques d'exploration fonctionnelle y sont décrits avec soin. Pour chaque chapitre, l'auteur donne la composition et la préparation des réactifs, le mode opératoire détaillé et également chose précieuse pour le biologiste, l'interprétation des résultats. A côté des dosages classiques, on trouve des techniques plus récentes telles que transaminases, phosphatases acides d'origine prostatique, dosage des lipoprotéine, ammoniémie, fiche réticuloendothéliale, etc...

Approvisionnement en eau des zones rurales et des petites agglomérations, par E. G. WAGNER et J. N. LANOIX. O. M. S.: Série de Monographies, No 42; 351 pages. Genève, 1961. Prix: \$6.00.

La morbidité et la mortalité dues à des affections d'origine hydrique sont particulièrement élevées dans les pays où, par suite du manque de ressources, il est difficile d'assurer un approvisionnement en eau saine à l'ensemble de la population. Or, ce sont précisément ces pays qui sont le moins aptes à faire face aux pertes économiques qui en résultent. L'Organisation mondiale de la Santé vient de publier une monographie consacrée aux problèmes de l'approvisionnement en eau des zones rurales et des petites



Après le festin

Festal®

Les plaisirs de la table ne sont pas toujours appréciés par nos estomacs. Les digestions sont différemment supportées: faciles pour les uns, elles provoqueront chez d'autres incommodités et lourdeurs. Aussi dans beaucoup de cas, il est nécessaire d'aider le système digestif dans ses fonctions. Ceci s'applique surtout après avoir mangé certains légumes et fruits.

Les personnes âgées, dont les fonctions digestives sont réduites, auront un grand avantage à employer Festal.

Une ou deux dragées Festal après les repas augmentent l'activité digestive et préviennent l'inconfort.

Festal contient des enzymes standardisés et des constituants biliaires dans les mêmes proportions que celles qui existent dans l'organe vivant.



HOECHST PHARMACEUTICALS
OF CANADA LTD.

agglomérations, dans l'espoir de rendre service aux autorités responsables: administrateurs et médecins de la santé publique, ingénieurs civils ou sanitaires, techniciens de l'assainissement, etc.

La monographie traite le sujet en trois parties. La première partie présente des considérations générales et recommandations sur la mise au point d'un programme d'approvisionnement en eau: planification dans le cadre de l'administration centrale, adaptation des objectifs aux ressources, financement, personnel et moyens techniques, études topographiques préliminaires, choix des méthodes de traitement des eaux, conception des installations, aspects pratiques de la construction et de la gestion des réseaux. La deuxième partie traite en détail de l'installation de divers types de systèmes d'approvisionnement utilisant les eaux souterraines ou les eaux de surface. Les points étudiés sont notamment les suivants: construction de puits, choix des pompes, emploi de citernes, zones de captage et barrages, méthodes de traitement des eaux, systèmes de distribution, méthodes et normes de stockage des eaux, choix des canalisations et autres embranchements, etc. Abondamment illustrée, cette partie présente des exemples de plans réels. La troisième partie, enfin, expose la théorie et la pratique de la gestion des petits systèmes de distribution d'eau. Elle contient des chapitres portant sur le personnel et sa formation, l'administration et le financement, l'exploitation et l'entretien et, enfin, la planification à long terme. La monographie est complétée par neuf annexes illustrées de figures qui donnent des explications détaillées sur la construction d'un réseau de distribution d'eau. Elle s'achève par une brève bibliographie des principaux ouvrages auxquels le lecteur pourra s'adresser pour obtenir des renseignements complémentaires.

Comité d'experts de l'Habitat dans ses rapports avec la santé publique. Premier rapport. O. M. S.: Série de Rapports techniques, 1961, No 225; 62 pages.

L'Organisation mondiale de la Santé a convoqué dernièrement une réunion d'experts mondiaux qu'elle a priés d'examiner, du point de vue de la santé publique, l'amélioration du logement et le développement urbain et rural. Le logement pose des problèmes complexes et fait intervenir de nombreuses disciplines. Aussi le rapport du Comité d'experts est-il de nature à intéresser non seulement les administrateurs de la santé publique et les ingénieurs sanitaires, mais encore les urbanistes, les architectes, les ingénieurs civils, les sociologues et de nombreux autres spécialistes dont le concours est nécessaire à l'amélioration des conditions de vie.

Après une brève introduction générale, qui aborde notamment la question des normes d'habitat, les rapports entre le logement et la santé ainsi que la situation de l'habitat dans le monde, le rapport expose les critères fondamentaux de la salubrité de l'habitat en tenant compte des facteurs suivants: conditions auxquelles doit répondre le plan des unités d'habitation; approvisionnement en eau et évacuation des eaux usées et des déchets liquides et solides; équipement ménager; besoins physiologiques, conditionnés notamment par des facteurs tels que la température, l'humidité, l'aération et l'éclairage; protection contre l'incendie et d'autres dangers; planification à l'échelon de la ville, du village et de la région.

Au cours des années, la pénurie de logements dans les villes a parfois amené à négliger les campagnes, au point

que même les mauvaises conditions de l'habitat rural sont sans doute l'une des causes de l'exode vers les villes, où les logements surpeuplés des bas quartiers sont tout de même supérieurs aux habitations très défectueuses des campagnes. Le rapport évoque les problèmes particuliers à l'habitat rural et suggère quelques solutions. Un autre problème social dont traite le document est celui du logement des personnes âgées et des personnes physiquement diminuées; le rapport expose, en particulier, les services et les ressources qu'il faut prévoir pour satisfaire les besoins physiologiques et psychologiques de cette catégorie de personnes.

Le rapport examine ensuite les devoirs qui incombent aux services de santé publique en matière d'hygiène et de sécurité de l'habitat et leur rôle légal dans la protection du milieu résidentiel. Il souligne tout ce que peut faire le personnel sanitaire pour le développement communautaire et traite de la formation de ce personnel et d'autres catégories de travailleurs techniques.

Enfin, le rapport énumère quelques-uns des secteurs dans lesquels des recherches seraient nécessaires et formule quelques suggestions. C'est ainsi qu'il propose de créer des comités nationaux du logement et de la santé et d'entreprendre des programmes nationaux avec la participation des services de santé publique.

Comité d'experts de la Standardisation biologique, quatorzième rapport. O. M. S.: Série de Rapports techniques, 1961, No 222; 54 pages. Prix: \$0.60.

Le quatorzième rapport du Comité OMS d'experts de la Standardisation biologique témoigne de nouveaux progrès réalisés dans l'établissement, la conservation et la distribution d'étalons internationaux et de préparations internationales de référence pour les substances biologiques. Des préparations internationales de référence ont été adoptées soit sous leur forme finale, soit sous forme de matériel de base, pour la risticétine, le vaccin antirabique, le vaccin antivariolique et les sérums antipoliomyélitiques des types 1, 2 et 3. Les titrages comparatifs des préparations internationales de référence ou des étalons proposés de novobiocine, de nystatine, d'oléandomycine, de corticotrophine et de prolactine sont très avancés ou terminés: on peut donc définir maintenant les unités internationales correspondantes et passer à l'établissement d'étalons internationaux (il s'agira du deuxième étalon international pour la prolactine et du troisième pour la corticotrophine). Des unités internationales ont déjà été définies pour le vaccin anti-rouget du porc et pour l'antistreptolysine O.

Des études sont en cours sur un certain nombre de substances pour déterminer quel est le matériel qui pourrait servir d'étalon international. Selon les premiers résultats du titrage comparatif du vaccin antipoliomyélitique inactivé, un étalon international permettrait de réduire les écarts qu'accusent les mesures d'activité effectuées par des laboratoires différents. Cependant, aucun des matériels examinés n'a semblé de nature à donner entière satisfaction comme préparation internationale de référence. Les titrages comparatifs ont confirmé la possibilité de préparer un vaccin antipoliomyélitique lyophilisé qui soit doué d'activité antigénique et les travaux sur la lyophilisation se poursuivent.

Etant donné la multiplicité des facteurs susceptibles de fausser les titrages de préparation de PPD de tuberculine

soulagement de la tension affective?

Nombre de personnes trouvent dans la nourriture un soulagement à leur tension psychique. Peut-être grignotent-elles sans cesse, même lorsqu'elles n'ont plus faim. Il en résulte généralement de l'embonpoint.

Les capsules 'Eskatrol Spansule' maîtrisent l'appétit tout en soulageant le stress émotif cause de la polyphagie. C'est pourquoi un si grand nombre de sujets maigrissent plus rapidement avec 'Eskatrol'.

ESKATROL* SPANSULE*
capsules à désagrégation prolongée

**maîtrise l'appétit la journée durant
tout en jugulant le stress psychique sous-jacent**

COMPOSITION ET PRÉSENTATION: Chaque capsule 'Eskatrol Spansule' contient 15 mg de Dexedrine* et 7.5 mg de prochlorpérazine. (La prochlorpérazine seule est présentée au Canada par Poulenc Limitée sous la marque déposée STÉMÉTIL). Les capsules 'Eskatrol Spansule' sont présentées en flacons de 30 et de 250.

*Marque déposée au Canada

SMITH KLINE & FRENCH • MONTRÉAL 9



de mammifère, le Comité a décidé que la définition actuelle de l'unité internationale de PPD de tuberculine de mammifère cesserait d'être valable. Les données dont on dispose à présent n'offrent pas une base suffisante pour qu'on puisse définir une nouvelle unité et le Comité a recommandé provisoirement d'exprimer l'activité des préparations de PPD de tuberculine de mammifère en unités internationales de vieille tuberculine, sur la base de titrages réalisés dans des conditions déterminées.

Le Comité a confirmé sa décision de ne pas modifier la définition de l'unité internationale de pénicilline qui, pour l'usage clinique, peut être considérée comme l'activité de 0,0006 mg. de benzylpénicilline sodique pure ou de 0,00056 mg. d'acide benzylpénicillinique pur. L'unité internationale de vitamine A a été définie à nouveau comme l'activité de 0,000344 mg. d'acétate de vitamine A pur entièrement sous forme *trans* et l'unité internationale de provitamine A comme l'activité de 0,0006 mg. de 8-caratène pur entièrement sous forme *trans*.

Le Comité propose que l'OMS examine, en consultation avec l'Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture, s'il serait possible de charger un troisième laboratoire de la conservation et de la distribution des étalons internationaux et des préparations internationales de référence qui intéressent au premier chef la médecine vétérinaire. Il a réitéré l'avis exprimé dans un précédent rapport, à savoir que les gouvernements devraient désigner des laboratoires nationaux d'étalons biologiques ayant qualité pour s'occuper des questions de standardisation biologique sur leur propre territoire.

En annexe au rapport figure une liste révisée des étalons biologiques internationaux et des préparations biologiques internationales de référence, dont les laboratoires internationaux de Copenhague et de Londres sont en mesure de distribuer des échantillons.

Le rôle de l'immunisation dans la lutte contre les maladies transmissibles. Auteurs divers. O. M. S.: Cahiers de Santé publique, No 8, 1962, 130 pages. Prix: \$1.25.

L'usage s'est établi d'organiser des discussions techniques à l'occasion des Assemblées mondiales de la Santé. Le sujet de ces discussions est choisi de façon à intéresser le plus grand nombre possible d'Etats Membres de l'OMS et revêt donc, généralement, un caractère de grande actualité. Les membres de la profession médicale qui participent à ces discussions sont d'éminents spécialistes venus de toutes les régions du monde et représentant les points de vue les plus divers.

Le sujet des discussions qui ont eu lieu pendant la Treizième Assemblée mondiale de la Santé en 1960 était « Le rôle de l'immunisation dans la lutte contre les maladies transmissibles ». On trouvera dans le volume que l'OMS publie aujourd'hui le texte de l'allocution prononcée à l'ouverture des discussions par leur Président, le professeur Jdanov, de Moscou; des communications intitulées « L'immunisation, ses applications, ses problèmes », par le professeur Cruickshank d'Edimbourg, « L'efficacité des méthodes d'immunisation en santé publique », par le professeur Edsall de l'Université Harvard, « Obligation ou liberté vaccinale », par le docteur J. de Moerloose de l'OMS (Genève) et, enfin, le rapport sur les discussions techniques.

Il existe à l'heure actuelle un si grand nombre de vaccins et de schémas d'immunisation qu'il n'est pas étonnant que le praticien soit parfois perplexe et ne sache pas exactement lesquels utiliser, ni à quel moment. Dans ce petit volume, des spécialistes au courant des progrès les plus récents et dont l'opinion fait autorité donnent leur avis sur la valeur des divers vaccins, les avantages et les inconvénients de l'immunisation et les périodes qui conviennent le mieux pour la vaccination.

L'Union Médicale du Canada en 1893

CONSIDÉRATIONS SUR LE TRAITEMENT DE LA PLEURÉSIE PURULENTE. OBSERVATION D'UN CAS TRAITÉ PAR LA RÉSECTION COSTALE ET LE CURETTAGE

par le Dr Paul Philippe (Montréal),
ancien interne des Hôpitaux de Paris.

Juin 1893

Après avoir été l'objet de nombreuses discussions et être passé par des phases diverses, le traitement de la pleurésie purulente semble appartenir maintenant au domaine chirurgical. Loin de nous la pensée que le chirurgien soit seul capable de pratiquer l'opération de l'empyème, non certes, car tout praticien doit pouvoir faire cette opération qui ne présente ordinairement pas plus de gravité que l'ouverture d'un abcès, mais nous voulons indiquer par là la tendance actuelle de la thérapeutique.

Le pus existe dans la plèvre, les signes généraux et au besoins une ponction exploratrice l'ont révélé, que doit-on faire?

Il ne faut pas compter sur la résorption qui est plus que problématique, se rencontrant seulement dans certains cas de pleurésies méta-pneumoniques, pleurésies, dites « à

pneumocoques ». Il serait de la dernière témérité de compter sur l'évacuation spontanée qui, par quelque voie qu'elle se produise, est toujours une complication redoutable, exposant le malade à la mort subite ou rapide par asphyxie, péritonite, etc., etc.

On doit donc agir, et plus tôt on se décidera à intervenir, mieux ce sera. Voyons quelles sont les indications générales de l'intervention :

1. Evacuer le pus formé.
2. Empêcher sa reproduction.
3. Rétablir les conditions normales de l'appareil respiratoire au point de vue anatomique et physiologique.

Les deux premières indications peuvent être aisément remplies dans la majorité des cas; il n'en est pas de même de la troisième: le chirurgien ne pouvant lutter contre les déformations thoraciques, les rétractions pulmonaires, etc.

La pleurésie purulente se présentant sous des aspects divers, avec une évolution fort variable, il est impossible de formuler un traitement précis applicable à tous les cas. Tantôt la pleurésie se présente comme un *abcès chaud*, à évolution rapide, chez un homme relativement sain; une ponction montre que la nature de l'épanchement est pu-



**un traitement
simplifié et amélioré
de l'hypertension
est mis à votre portée
grâce à**

DIUPRES*

DIURIL AVEC RÉSERPINE

**le premier hypotenseur polyvalent — efficace dans
les cas d'hypertension bénigne, modérée ou grave**

- Mieux que toute autre médication, 'DIUPRES' administré seul permet de suivre plus d'hypertendus avec plus de succès . . . les effets secondaires se font rares, et on a l'avantage d'un traitement plus simple et plus commode
- Peut être utilisé comme thérapie unique ou primaire, de concert avec d'autres médicaments si nécessaire
- Chez les malades traités avec d'autres agents, 'DIUPRES' peut se prescrire soit comme traitement de remplacement soit comme thérapie adjuvante
- Si d'autres médicaments étaient nécessaires, ils s'administreraient à une posologie bien plus faible ce qui réduirait de beaucoup leurs effets secondaires

*Marque de commerce



MERCK SHARP & DOHME
OF CANADA LIMITED
MONTREAL 30, QUÉ.

rulente, on peut se contenter d'une ou plusieurs ponctions avec ou sans aspiration. Ce procédé des ponctions répétées peut être utilisé également chez les malades affaiblis qui ne pourraient supporter une intervention plus radicale, dans les cas de pyopneumothorax survenant chez des tuberculeux par exemple.

Tantôt la pleurésie purulente est latente dans son évolution et ressemble à un véritable *abcès froid*, ou bien elle est « septique d'emblée », survenant durant une gangrène du poumon succédant à une fièvre grave ou l'accompagnant, etc.

Dans cette seconde catégorie de cas, le chirurgien doit aller plus loin; les ponctions répétées seraient insuffisantes; il faut créer au pus une voie permanente, afin qu'il n'y séjourne pas dans la plèvre et que les parois du foyer puissent revenir sur elles-mêmes.

Passons en revue les diverses méthodes employées:

Ponction simple avec un trocart, drain en syphon permettant l'irrigation continue de la cavité à l'aide de liquides antiseptiques.

Ponction double, l'une postérieure en haut, l'autre en avant et en bas, introduction d'une canule dans chaque orifice, canule qu'on peut ouvrir ou fermer à volonté et qui permet des lavages répétés du foyer.

Drainage par aspiration permanente ou *méthode de Bülow*. — Un drain est introduit dans le thorax à l'aide d'une canule, on ajoute à ce drain un long tube plongeant dans un vase rempli d'un liquide antiseptique et reposant sur le parquet, la différence de niveau assurant le libre écoulement du pus.

Par ces méthodes et surtout par celle du Bülow, on peut se mettre à l'abri de la pénétration de l'air dans la plèvre et permettre autant que possible le rétablissement des fonctions respiratoires.

À l'état normal, la pression négative de l'espace pleural permet l'expansion physiologique du poumon, expansion sollicitée par la pression atmosphérique au niveau des alvéoles. Supposez que l'air ait pénétré dans la cavité pleurale, la pression négative est remplacée par une pression positive que l'expansibilité pulmonaire ne peut vaincre que très difficilement. La méthode du *drainage par aspiration permanente*, en évitant le pneumothorax, crée une pression négative dans le foyer pleural; quand l'écoulement du pus s'est effectué, le liquide antiseptique du vase remplit le tube, formant ainsi une colonne qui, par son aspiration, sollicite la descente du pus nouvellement formé et empêche la rétraction pulmonaire. Nous avons pu chez deux malades nous servir de cette excellente méthode et nous ne saurions trop la recommander.

Mais lorsque le pus est très épais, que le foyer est ancien et que des adhérences se sont formées, il faut recourir à un ensemble de procédés qui constituent la *méthode radicale*.

Cette méthode consiste dans l'incision simple ou dans l'incision suivie de résection des côtes; elle crée une large voie de dégagement du pus, permet l'antiseptie du foyer, mais elle a l'inconvénient de produire un pneumothorax.

Au dernier Congrès de Vienne, la question a été vivement discutée et nous voyons d'après les observations citées (Schede, Billroth, Ewald), qu'il ne faut pas s'exagérer les inconvénients du pneumothorax, le pneumothorax artificiel pouvant ne pas empêcher l'expansion pulmonaire pourvu que le poumon n'ait pas perdu son expansibilité. En opérant de bonne heure on aura de grandes chances que l'organe respiratoire non altéré puisse reprendre sa place, et on pourra réaliser la troisième indication thérapeutique que nous avons énoncée plus haut.

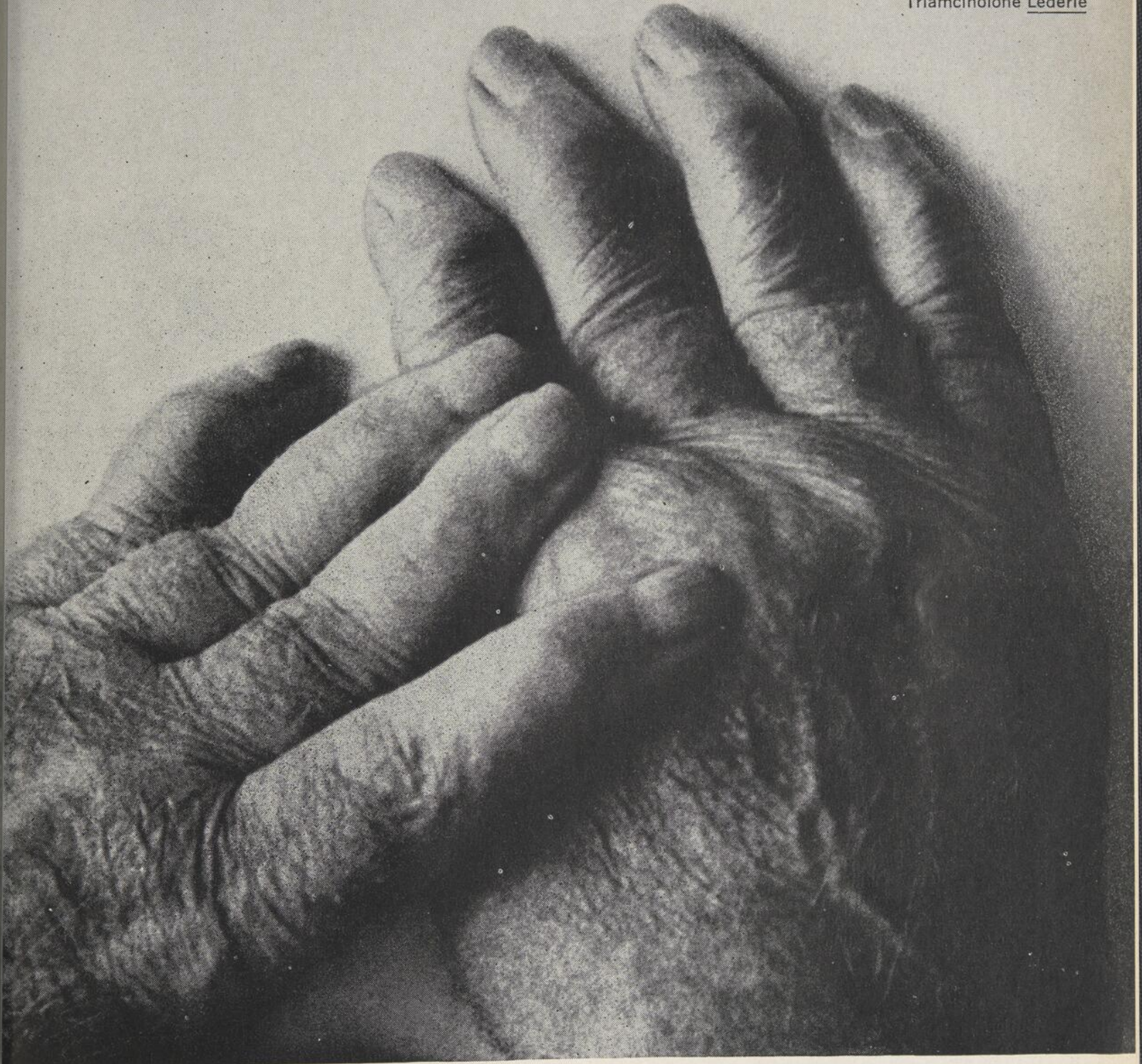
L'incision doit être faite suivant les règles, en bas et en arrière de la ligne axillaire; il faudra que cette incision soit parallèle à l'espace intercostal, condition nécessaire pour un bon écoulement. Le choix de l'espace intercostal sur lequel doit porter l'incision a une grande importance; on doit en effet le rapprocher le plus possible du point le plus déclive du foyer. La résection costale devra porter suivant les cas sur les 7^e, 8^e, 9^e ou 10^e côtes; son grand avantage est de permettre le nettoyage complet de la cavité en une seule fois, et par l'affaissement de la paroi de favoriser l'accolement des feuillets pleuraux. Cette résection doit, pour atteindre ce but, être proportionnelle à la dimension du foyer; en général on peut la limiter à trois ou six centimètres, et suivant Weber il serait utile de cautériser au fer rouge les extrémités osseuses réséquées pour empêcher l'infection putride. Bien souvent le chirurgien n'est conduit à pratiquer la résection qu'après avoir tenté une ou plusieurs ponctions, et quelquefois même après l'empyème; nous pensons qu'on ne doit pas s'attarder longtemps à ces manoeuvres et se décider à pratiquer l'incision et la résection le plus tôt possible.

Lorsque le foyer est nettement circonscrit et que ses parois sont anfractueuses, on peut s'aider de la curette qui nettoie complètement tous les sinus, comme nous l'avons fait dans le cas suivant.

(L'auteur expose en détail les faits marquants de l'observation du malade.)

Aristocort[®]

Triamcinolone Lederle



Lorsque l'arthrite rhumatoïde est compliquée par l'hypertension, l'obésité, l'oedème, l'ARISTOCORT est le stéroïde idéal pour "usage spécial" . . .

parce que généralement l'ARISTOCORT n'aggrave pas l'hypertension artérielle, ne stimule pas l'appétit, ne cause pas de déséquilibre électrolytique.

Pour ces mêmes raisons, l'ARISTOCORT offre une sécurité insurpassée jointe à une activité anti-inflammatoire efficace comme stéroïde "tout usage" dans l'arthrite rhumatoïde non compliquée.



CYANAMID OF CANADA LIMITED Montreal

NOUVELLES PHARMACEUTIQUES

PRÉVENTION DE L'ATHÉROSCLÉROSE

Peut-être sommes-nous plus près que nous ne le pensons d'arriver à conserver aux vieillards les facultés de la jeunesse.

Une maladie affectant les artères et connue sous le nom d'athérosclérose, et une société qui n'attache pas aux problèmes de la vieillesse l'importance qu'il faudrait, semblent être responsables de ce que nous appelons maintenant le « vieillissement ». C'est ce qu'a déclaré aujourd'hui le docteur Robert N. Butler, psychiatre spécialisé dans la recherche scientifique, attaché au National Institute of Mental Health, à Bethesda, Maryland, à la réunion de l'« American Psychiatric Association », qui se tient ici.

Si l'on pouvait prévenir ou renverser le développement de l'athérosclérose, les apparences du vieillissement pourraient changer de façon surprenante, a-t-il dit. Si nous arrivions à aller au delà des apparences du vieillissement chronologique, nous pourrions bien arriver à des modifications grâce à la fois aux traitements et à la prévention.

Alors que la plupart des études gériatriques portent sur des individus ordinaires ou malades, le docteur Butler a choisi d'étudier des vieillards en excellente santé, entre 65 et 91 ans.

Ils ont subi des examens approfondis de la part d'une remarquable équipe de 21 chercheurs du « National Institute of Health », de Bethesda, Maryland, sous le patronage du gouvernement des Etats-Unis.

Les résultats obtenus récuser l'idée bien ancrée que l'âge avancé va de pair avec la sénilité.

Ces vieillards font montre d'un esprit souple et alerte. Ils sont pleins de ressources et d'optimisme. Leurs encéphalogrammes se comparent favorablement avec ceux de jeunes gens. Leur activité intellectuelle est même supérieure à celle d'un groupe de jeunes gens également soumis aux mêmes observations, bien que les vieillards soient légèrement plus lents.

Beaucoup de vieillards ainsi examinés ne présentent que peu ou pas du tout de signes d'athérosclérose et c'est sans doute une des raisons de leur bonne forme.

L'athérosclérose est très répandue chez les vieillards. Elle crée une obstruction des artères, privant le cerveau de sang et causant la sénilité.

De nos jours, dans le monde entier on se penche sur l'athérosclérose. Beaucoup de médecins pensent qu'elle est le résultat d'un régime trop riche en graisses animales, produits laitiers et oeufs. Ils estiment qu'on pourrait la prévenir en remplaçant ces aliments par des graisses végétales telles que l'huile de maïs et la margarine à l'huile de maïs.

Les résultats suggèrent que « la sénilité n'est pas la conséquence inéluctable du vieillissement » a dit le docteur Butler.

Un second facteur important contribue à la santé mentale des vieillards, c'est le facteur social. La plupart des vieillards sur lesquels ces études ont été faites ont une instruction et une situation financière un peu au dessus de la moyenne. La plupart vivent dans leur famille, et dans beaucoup de cas l'épouse vit encore.

« Comme le milieu reflète habituellement des privations et un déplacement de la personnalité (pertes d'intimes,

pertes de revenus, changements culturels) les attitudes et conduites des vieillards reflètent davantage de détériorations et de dépressions » a-t-il dit.

NOUVEAU VACCIN CONTRE LA ROUGEOLE

Un nouveau vaccin contre la rougeole fabriqué par la compagnie pharmaceutique Eli Lilly and Company s'est avéré très efficace.

Même de nos jours, dans certaines parties du monde 10% de tous ceux qui contractent la rougeole meurent de cette infection à virus. Au Brésil et aux Indes la rougeole est la cause d'un plus grand nombre de morts que la diphtérie. Au Chili la rougeole est responsable pour la moitié des mortalités dues aux maladies infectieuses.

Le 13 mars dernier six médecins ont présenté à la Société de Pédiatrie de Philadelphie un rapport sur le vaccin Lilly. Lors de l'épidémie de rougeole à Philadelphie en mai dernier le vaccin Lilly a été soumis à des essais cliniques minutieux. Les médecins qui exécutaient ces tests ont vacciné 953 enfants âgés de six mois à six ans. 953 autres enfants du même âge qui n'avaient pas reçu le vaccin, ont été observés. Aucun des enfants qui avaient reçu trois injections du nouveau vaccin ont contracté la rougeole. Parmi le groupe non vacciné il y eut 84 cas de rougeole au cours de la même période. On a rapporté pratiquement aucuns effets secondaires causés par le vaccin Lilly.

Eli Lilly and Company est en train de faire d'autres essais cliniques au Brésil, en Argentine, au Pérou, en Suisse, en Angleterre, au Canada, au Mexique, en Colombie et à Costa Rica.

Les complications possible de la rougeole sont la pneumonie, les infections graves de l'oreille et les affections mentales. On calcule qu'un enfant sur 4,000 qui contractent la maladie reste faible d'esprit d'une façon permanente. On ignore jusqu'à quel degré le virus de la rougeole endommage le cerveau, mais les médecins craignent que les dommages au cerveau et les autres effets secondaires sérieux de la rougeole sont beaucoup plus fréquents qu'on le croyait.

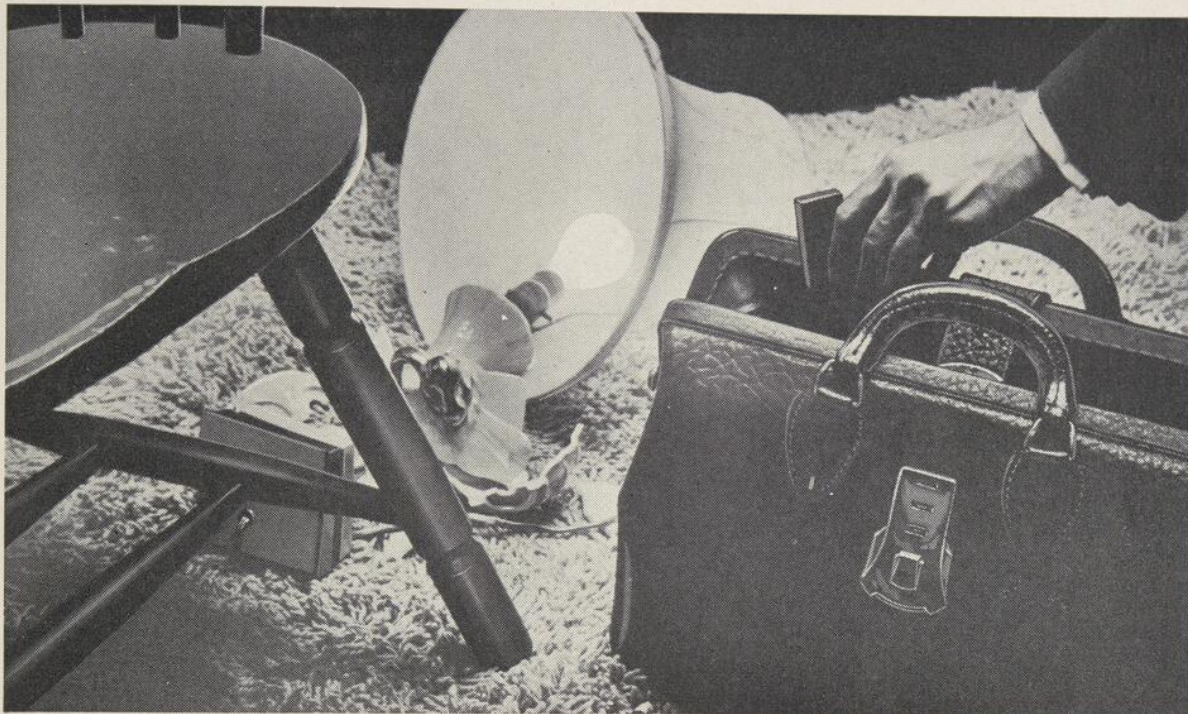
Aux Etats-Unis et en Europe où la rougeole est souvent à l'état épidémique, 90% de la population la contracte. En Angleterre et au Pays de Galles on a compté 700,000 cas dans une année. La prochaine épidémie de rougeole est prévue pour 1963.

AMYLOZINE

« Amylozine » — tranquillisant/sédatif nouveau employé dans le traitement des troubles émotifs où l'anxiété est accompagné d'agitation, d'appréhension et d'insomnie — vient d'être présentée au corps médical par Smith Kline & French.

« Amylozine » est une association de « Stelazine », anxiolytique d'une valeur exceptionnelle et d'amobarbital, sédatif bien connu. La nouvelle préparation s'est révélée hautement efficace chez les malades qui ne réagissent pas de façon adéquate à l'administration d'un tranquillisant ou d'un barbiturique seuls.

L'action durable inhérente à « Stelazine », conjointement à celle de l'amobarbital présenté sous forme de granules à désagrégation prolongée, assure un effet optimal se main-



AGITATION: AIGUË/TRAITEMENT: RAPIDE

INJECTION
COMPRIMÉS
SIROP

Sparine*

Chlorhydrate de promazine

Avec SPARINE injectable dans sa trousse d'urgence, le médecin est bien pourvu pour venir rapidement à bout d'un agité en phase aiguë. En quelques minutes, SPARINE donne des résultats positifs.

VASTE GAMME D'INDICATIONS

- ◆ enrayer l'excitation du SNC, apaiser l'appréhension et calmer l'agité
- ◆ faciliter le traitement des syndromes alcooliques
- ◆ améliorer les symptômes de sevrage chez les pharmacomanes
- ◆ supprimer la nausée et le vomissement, d'origine nerveuse (SNC ou par voie réflexe)
- ◆ adjuvant des narcotiques, des analgésiques et des sédatifs, pour augmenter leur action et réduire les doses
- ◆ auxiliaire du diagnostic et du traitement des urgences médicales, comme calmant de l'agitation et de l'appréhension sans pour autant dissimuler les signes physiques ou neurologiques ou fausser les analyses de laboratoire

Littérature et références envoyées sur demande

Wyeth

* Marque déposée
WINDSOR, ONTARIO

tenant durant 12 heures. Une seule capsule procure ainsi au malade, la journée durant, un soulagement ininterrompu de l'anxiété, de la tension affective et de l'appréhension, effet qui entraîne une amélioration des habitudes de table et de sommeil.

Selon SK&F, « Amylozine » est particulièrement utile dans le traitement des troubles émotifs chez les vieillards. On s'est souvent aperçu dans ce domaine que, si l'anxiété est maîtrisée grâce à l'administration d'un tranquillisant, l'agitation demeure. Par contre, un barbiturique, en doses suffisantes pour juguler l'anxiété, entraînera souvent de la somnolence accompagnée d'apathie, et peut-être, de désorientation. « Amylozine » offre une solution à ce problème.

Chaque capsule « Amylozine Spansule » contient 2 mg. de « Stelazine » (trifluopérazine) et 1 gr. d'amobarbital. La posologie d'attaque recommandée est d'une capsule matin ou soir.

Les capsules « Amylozine Spansule » sont présentées en flacons de 30 et de 250.

PUBLICATIONS "CIBA"

Un autre volume de la série The CIBA Collection of Medical Illustrations (publiée exclusivement en anglais) vient de paraître sous le titre « Lower Digestive Tract ». Cet ouvrage, qui complète le Volume III, comprend 218 pages d'illustrations en couleurs accompagnées de textes rédigés par 20 sommités médicales, ainsi que 12 pages de bibliographie et un index de 13 pages.

Les 200 planches anatomiques qu'il contient sont dûes au pinceau du docteur Frank Netter, artiste de réputation internationale, dont les travaux forment l'ensemble de la collection. Une fois de plus dans cet ouvrage, il nous démontre ses talents exceptionnels de peintre du corps humain dont il excelle à représenter les caractéristiques anatomiques et pathologiques.

Cette nouvelle section du Volume III comprend sept chapitres qui décrivent le développement du système digestif, l'anatomie de l'abdomen, l'anatomie du système digestif inférieur, ses aspects diagnostiques et fonctionnels, ses maladies, les maladies et blessures de la cavité abdominale et les hernies.

La CIBA Collection of Medical Illustrations est publiée à titre d'instrument d'enseignement et ne répond à aucune fin publicitaire ni commerciale. Elle est vendue au prix coûtant aux membres du corps médical, médecins, étudiants, ainsi qu'aux établissements d'enseignement. Pour tout renseignement, s'adresser à CIBA Company Limited, Dorval, Québec.

DIDREX

Didrex: 25 mg. de chlorhydrate de benzphétamine (d-N-benzyl-N, diméthyl-phénéthylamine).

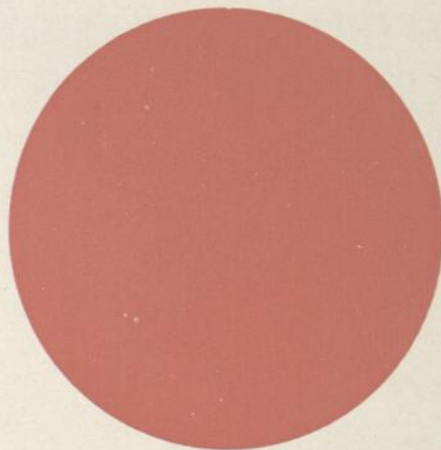
Un sympathicomimétique doté d'une nette action anorexigène. Didrex n'abat pas le moral et il n'a qu'un effet stimulant relativement faible sur le SNC ou l'appareil cardiovasculaire.

Pour traiter d'obésité d'origine exogène.

Un ou deux comprimés (25 à 50 mg.) pendant plusieurs jours au milieu de la matinée ou de l'après-midi, puis on réglera cette posologie selon les besoins de chaque malade et jusqu'à concurrence d'un maximum de 6 comprimés par jour (150 mg.).

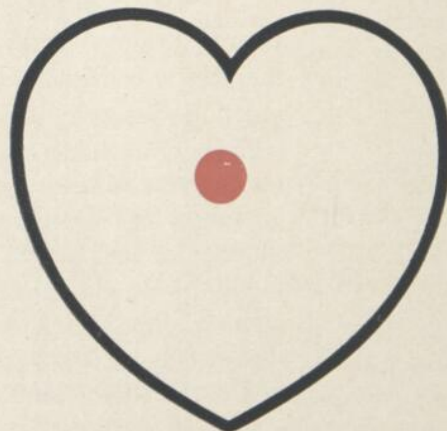
Comprimés de 25 mg. en flacon de 100.

(The Upjohn Company of Canada).



SIGNAL

SILENCIEUX



UN TAUX ÉLEVÉ DE CHOLESTÉROL SÉRIQUE EST LE SIGNAL SILENCIEUX DE LA MENACE D'UNE MALADIE CARDIAQUE ARTÉRIOSCLÉROTIQUE . . .

Le rapport Framingham contient cet AVERTISSEMENT: "Il existe un risque croissant de maladie cardiaque artériosclérotique chez les personnes ayant un taux élevé de cholestérol sérique . . ."¹

UN SIGNAL SILENCIEUX ET MÊME PLUS!

Des recherches appliquées à des sujets humains font apparaître "... que l'élévation prolongée du taux sérique des lipoprotéines de faible densité (particulièrement celles qui sont riches en cholestérol) est associée à une morbidité et une mortalité accrues dues à l'athérosclérose... des expériences faites sur des animaux ont démontré que lorsqu'une augmentation de la concentration de cholestérol sérique est obtenue par un régime alimentaire ou d'autres moyens, il en résulte généralement des changements vasculaires analogues au début de l'athérosclérose chez l'être humain."²

LA MENACE EST ÉVIDENTE — LE TAUX ÉLEVÉ DE CHOLESTÉROL SÉRIQUE DOIT ÊTRE RÉDUIT ET MAINTENU AU NIVEAU NORMAL

POURVOIR A CETTE NÉCESSITÉ AVEC

choloXin

(sodium dextro-thyroxine)



une dose de 4,0 mg par jour

une seule dose quotidienne de 4,0 mg, administrée par voie orale, fera revenir le taux de cholestérol à la normale, chez la plupart des malades.

continuité de l'efficacité

le taux élevé de cholestérol sérique se trouve abaissé et maintenu dans les limites normales pendant de longues périodes (plus d'un an).^{3,4}

le cholestérol est physiologiquement "contrôlé"

la réduction du cholestérol s'effectue par des voies physiologiques sans entraver sa synthèse — pas d'accumulation anormale de précurseurs — accélère le taux d'excrétion de cholestérol dans les fèces.⁵

chez plus de 2 000 malades

des recherches cliniques approfondies, effectuées sur plus de 2 000 malades, ont démontré une réduction du cholestérol chez la grande majorité des malades atteints d'hypercholestérolémie.⁶⁻¹⁵

pratiquement non-calorigène d-isomère hypocholestérolémique puissant

en doses thérapeutiques, agent sélectif et puissant de l'hypocholestérolémie, attribuable à l'action du dextro-isomère de la thyroxine.

la réduction du cholestérol est en moyenne de 25 pour cent

l'abaissement moyen du niveau de cholestérol sérique atteint 25 pour cent, les taux de réduction individuels variant de 16,9 à 75 pour cent.¹⁶

ample marge de sécurité

possède une marge de sécurité ample, lorsqu'il est utilisé conformément aux doses recommandées.

contre-indications

ne doit pas être administré aux malades souffrant d'infarctus aigu du myocarde, de fibrillation auriculaire ou d'angine de poitrine réfractaire.

présentation

disponible en boîtes de 30 comprimés blancs, sécables, de 4 mg.

RÉFÉRENCES

1. Dawber, T. K., Moore, F. E. et Mann, G. V.: Am. J. Pub. Health 47:4 (avril) 1957.
2. Van Itallie, T. B. et Felch, W. C.: New England J. Med. 263:1243 (15 déc.) 1960.
3. Recherches cliniques sur CHOLOXIN, documentation des Laboratoires Baxter, division médicale.
4. Cohen, B. M. et Bindelglass, I. L.: communication personnelle.
5. Hoobler, S., Colwell, C. et Beierwaltes, W. H.: Sodium D-Thyroxine Symposium, Chicago, 1959, p. 43.
6. Boyd, G. S. et Oliver, M. F.: Brit. M. Bull. 16:138, 1960.
7. Boyd, G. S. et Oliver, M. F.: J. Endocrinol. 21:33, 1960.
8. Starr, P., Roen, P., Freibrun, J. L. et Schleissner, L. A.: A.M.A. Arch. Int. Med. 105:530, 1960.
9. Best, M. M. et Duncan, C. H.: (à être publié dans Circulation).
10. Starr, P.: Clinical Pharmacology & Therapeutics 1:716, 1960.
11. Cohen, B. M. et Bindelglass, I. L.: Clinical Med. 7:1781, 1960.
12. Best, M. M. et Duncan, C. H.: Clinical Med. Research 8:81, 1960.
13. Owen, W. R.: Scientific Exhibit, The Clinical Meeting, Am. Med. Assn., Washington, D.C. (28 nov.-1 déc.) 1960.
14. Jones, R. J.: Sodium D-Thyroxine Symposium, Chicago, 1959, p. 71.
15. Oliver, M. F. et Boyd, G. S.: The Lancet 1:783 (15 avril) 1961.
16. Anonyme: S. Dakota Med. & Pharmacy J. 14:207 (mai) 1961.

DEPO-PROVERA

Une suspension aqueuse stérile de médroxyprogesterone pour injection par voie intra-musculaire.

Une hormone progestinogène très active. Une seule injection de 50 mg. parvient à maintenir un effet progestatif pendant environ 16 jours.

Endométriose, menace d'avortement, et avortement habituel.

Elle peut varier de 50 mg. par voie I.M. par jour jusqu'à 100 mg. par voie I.M. chaque deux semaines. Le produit doit s'administrer en fonction du cycle menstruel ou du stade de la grossesse.

Dans une suspension aqueuse stérile (50 mg. par cc.) en flacons ampoules de 1 cc. et de 5 cc.

(The Upjohn Company of Canada).

SURGICEL

Les problèmes dus au saignement causé par les interventions chirurgicales ou dentaires ou par les accidents sont réduits au minimum selon un bulletin médical émis par les laboratoires de recherches de Johnson & Johnson Limited à Montréal. Les chirurgiens canadiens d'un océan à l'autre ont récemment reçu une communication leur annonçant le lancement du Surgicel — un nouvel agent hémostatique absorbable. La découverte du Surgicel est considérée comme un progrès majeur dans la lutte contre l'hémorragie rebelle.

Le Surgicel est une cellulose régénérée oxydée (acide polyanhydroglucuronique). Placé en contact avec des surfaces saignantes au cours d'une opération, le Surgicel forme un caillot de sang artificiel. Laisse dans le patient, il se résorbe complètement dans les tissus sans causer de réaction défavorable.

Les chercheurs en médecine croient que le Surgicel va jouer un rôle important dans le contrôle du saignement des reins, du cerveau, du foie, des tumeurs vasculaires, etc., ou du suintement persistant des veines et des capillaires rompus à la suite d'accidents ou d'interventions chirurgicales, phénomènes qui souvent peuvent mettre la vie en danger. Lorsque le Surgicel est appliqué, il n'intervient pas dans le mécanisme normal de la coagulation du sang et pour cette raison il est efficace dans de nombreuses dyscasies sanguines, y compris l'hémophilie. Il ne se fragmente pas; il peut être maintenu en place par suture; son uniformité chimique et biologique assure une action fidèle. Bien qu'il adhère facilement aux surfaces suintantes et épouse sans difficulté les formes irrégulières des viscères, il ne colle ni aux instruments de chirurgie ni aux gants. Il est atoxique, s'absorbe facilement avec un minimum de réaction tissulaire, et peut même être appliqué sur des plaies superficielles sans en retarder la cicatrisation ou causer d'autres réactions défavorables.

Le Surgicel est préparé à partir d'alpha-cellulose pure sous forme de bourre de coton. L'alpha-cellulose est transformée, dans un solvant organique alcalin, en viscosse qui est alors forcée à travers des filières dans un bain de coagulation. La substance se trouve ainsi régénérée sous forme de filaments uniformes purs, et du même coup des sous-produits indésirables sont séparés et éliminés. Les filaments de cellulose pure régénérée sont filés et le fil est tricoté en bandes de gaze ou formé en tampons cardés ressemblant à l'ouate.

Les bandes de Surgicel sont de quatre grandeurs — 2" x 14", 4" x 8", 2" x 3" et 1/2" x 2".

LES ÉCHANTILLONS MÉDICAUX

La question des échantillons médicaux a été exposée avec beaucoup de franchise, récemment, devant l'Association canadienne des fabricants de produits pharmaceutiques. Comme c'est là un sujet qui revient souvent dans nos conversations et qui comporte certains aspects ignorés de la plupart des médecins, nous croyons utile de résumer la conférence de M. Peter S. Howsam, de la maison Smith Kline & French.

Les médecins — et en particulier les praticiens généraux — reçoivent-ils trop d'échantillons médicaux? Plusieurs enquêtes ont tenté de répondre à cela. En juillet 1961, on a interrogé 85 médecins de Cleveland: 49 pour 100 ont donné une réponse affirmative; 46 pour 100 sont déclarés satisfaits; seulement 5 pour 100 en ont demandé davantage.

Que faut-il entendre par « trop d'échantillons »? La moitié des 49 pour 100 ci-dessous ont déclaré recevoir trop d'échantillons de certains produits, surtout de ceux qui ne servent pas en pratique générale: à leur avis, c'est là le noeud du problème. Un certain nombre ont l'impression que plusieurs compagnies abusent trop souvent des petits échantillons.

L'utilité des échantillons est parfois discutée. Un enquêteur a interrogé là-dessus 90 médecins: 64 pour 100 les ont trouvés très utiles; 29 pour 100, occasionnellement utiles; 7 pour 100, peu utiles. Restait à savoir l'usage qu'en font les médecins. Les réponses contribuent à éclairer le problème: 33 pour 100 des 90 médecins les donnent à des patients indigents; 22 pour 100 s'en servent pour mesurer l'efficacité des médicaments; 19 pour 100 les font prendre en attendant que le patient reçoive l'ordonnance. Les autres pourcentages citent divers emplois des échantillons.

La maison Smith Kline & French a fait elle-même deux relevés au Canada. Dans le premier, elle a envoyé par la poste six offres comportant une carte-réponse que le médecin devrait signer: 25 pour 100 des médecins s'en sont servis. L'autre relevé a été effectué directement par les représentants de la compagnie: sur plus de 3,000 médecins, au moins 90 pour 100 ont accepté par écrit de recevoir régulièrement des livraisons de produits spécifiés.

En résumé, au Canada comme aux Etats-Unis et en Grande-Bretagne, les médecins trouvent utiles les échantillons médicaux; les critiques portent sur la sélection de distribution, non pas sur le principe de cette forme de publicité. Un fait incontestable c'est que les échantillons rendent service à beaucoup de patients nécessiteux.

On a beaucoup exagéré, dit M. Howsam, le coût des échantillons. Il a cité à cet égard un mémoire présenté l'an dernier à une Commission d'enquête fédérale. Un questionnaire envoyé à 39 compagnies importantes faisant affaire au Canada révèle qu'en 1960 elles avaient dépensé ensemble \$285.17 par médecin pour les échantillons, soit une moyenne de \$7.31 par compagnie pendant 12 mois. Cela ne veut pas dire que chaque médecin canadien a reçu en 1960 pour \$285.17 d'échantillons médicaux: en effet, beaucoup de ces échantillons étaient réservés aux spécialistes, et d'autres ne furent envoyés que sur demande particulière de certains praticiens. Les échantillons n'ont donc pas, comme on l'a prétendu, une grande influence sur le coût des médicaments.



UN ANTI-ÉMÉTIQUE
ET NEUROSTATIQUE REMARQUABLE
NE PROVOQUANT NI SOMNOLENCE,
NI DÉPRESSION

ESTÉMÉTIL

prochlorpérazine

INDICATIONS

NAUSÉES et VOMISSEMENTS
de toute étiologie
MIGRAINES, VERTIGES
gamme étendue de
TROUBLES ÉMOTIFS ET MENTAUX

AVANTAGES

- agit à faible dose
- exerce un léger effet stimulant
- combat efficacement le "stress" émotif

Des milliers de publications ont prouvé son efficacité
dans l'ANXIÉTÉ et la TENSION
chez les VIEILLARDS MALADES
chez les CARDIAQUES

PRÉSENTATIONS

COMPRIMÉS à 5, 10 et 25 mg.; LIQUIDE à
5 mg. par 5 ml. (c. à thé) pour USAGE GÉNÉRAL;
LIQUIDE à 15 mg. par 5 ml. (c. à thé) pour
USAGE PSYCHIATRIQUE; SUPPOSITOIRES à 5,
10 et 25 mg.; AMPOULES de 2 et de 5 ml., et
MULTIDOSES de 10 ml., à 5 mg. par ml.

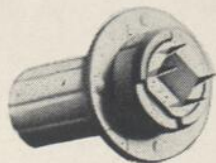
* Marque déposée au Canada

renseignements
et échantillons
sur demande



POULENC LIMITÉE
8580 ESPLANADE, MONTRÉAL

**La nouvelle
épreuve à la
Tuberculine
"Tine Test"
extrêmement précise**



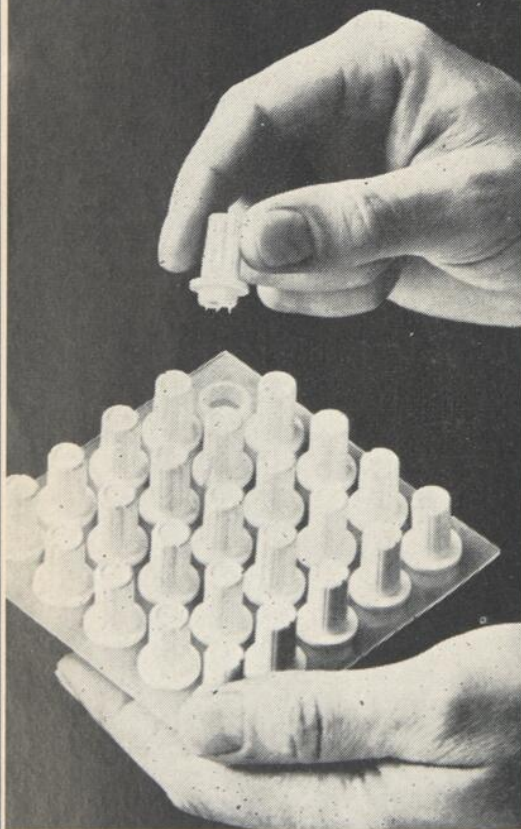
Chaque unité comprend un test tuberculique complet: un support en plastique avec un disque en acier inoxydable et 4 dents trempées dans de la Vieille Tuberculine et séchées. Sauf pour le nettoyage à l'alcool du point de vaccination, aucune préparation, nettoyage ou autres matériaux ne sont requis. Les réactions se lisent au bout de 48 à 72 heures, peuvent être facilement identifiées et lues avec précision. Une série de tests* dans des hôpitaux pour tuberculeux a confirmé la précision du "Tine Test" à la tuberculine comparativement au test de Mantoux. Dans un groupe de 942 cas positifs au Mantoux, 97.8 pour cent étaient positifs au "Tine Test". Dans un autre groupe de 436 cas confirmés bactériologiquement, 97.7 pour cent étaient positifs au Mantoux et 97 pour cent au "Tine Test". Pour les programmes de dépistage à l'école, dans l'industrie ou la collectivité, la CUTI-RÉACTION TUBERCULIQUE "TINE TEST" LEDERLE offre des avantages distincts de rapidité, de précision et d'économie.

Présentation: Boîtes de 5 et 25 unités.

*Russell, W. F., Jr.; Lynch, H. J.; Doto, I.; and Furcolow, M. L.; Comparison of Tuberculin Skin Reactions: Tine Test vs Intracutaneous Scientific Exhibit, 110th Annual Meeting, A.M.A., New York, June 26-30, 1961.

RETIREZ...

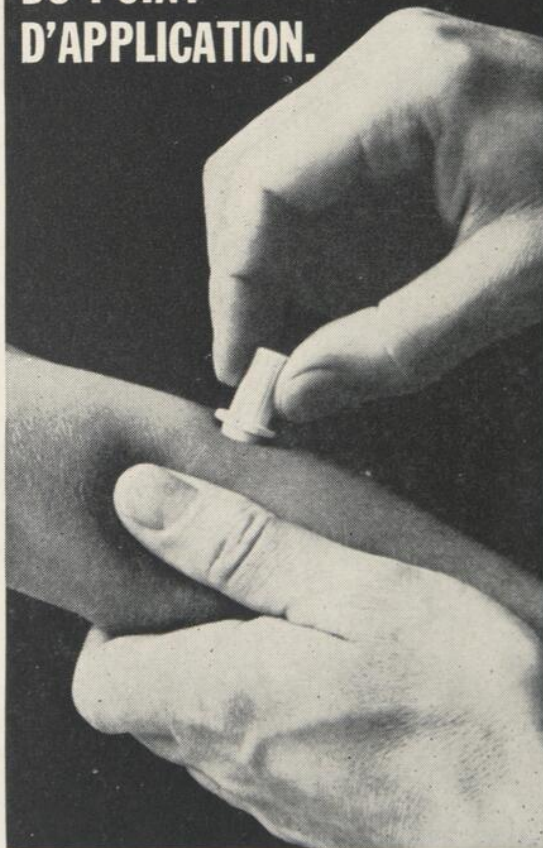
**L'UNITÉ AUTONOME
STÉRILE DE
LA BASE EN
PLASTIQUE.**



Le "TINE TEST" offre les avantages suivants:
 ■ Précision comparable à celle du Mantoux
 ■ Convient également bien pour le dépistage en masse et pour les épreuves individuelles en clientèle ■ Stérile et absolument uniservice —supprimant tout danger d'infection croisée

PRESSEZ...

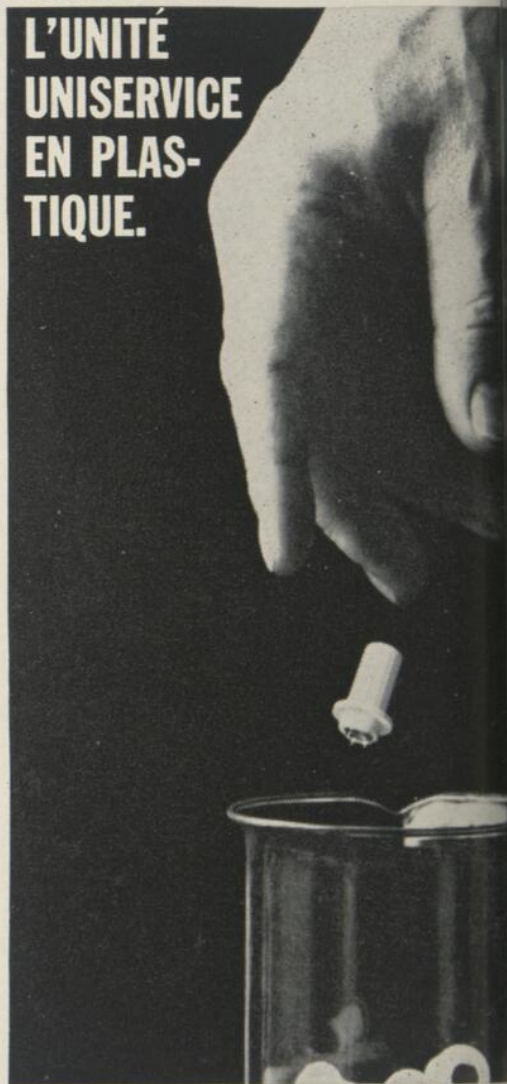
**SOLIDEMENT SUR
L'AVANT-BRAS APRÈS
TAMPONNAGE
DU POINT
D'APPLICATION.**



■ D'un usage facile, permettant l'administration uniforme par des auxiliaires ■ Conçu pour être appliqué rapidement, une équipe d'un médecin et d'une infirmière peut appliquer le test à 25 sujets en deux minutes ■ Pas

JETEZ

**L'UNITÉ
UNISERVICE
EN PLAS-
TIQUE.**



d'erreur dans la dose, qui est prémesurée ■ Les piqûres multiples aident à éviter les tests manqués, permettant la lecture quantitative des réactions ■ Pratiquement indolore, n'effraie pas les enfants.

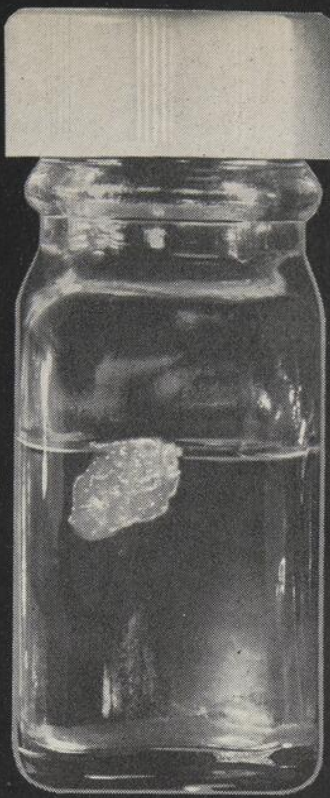
TUBERCULINE "TINE TEST" LEDERLE

(Rosenthal)



CYANAMID OF CANADA LIMITED, Montréal

Onguent à excipient gras



Neo-Polycin



Agitez



Contrairement aux onguents à excipient gras, Neo-Polycin se mélange facilement à l'eau. Grâce à la Fuzene, excipient unique en son genre, Neo-Polycin est parfaitement miscible au sang, au pus et aux exsudats de tissus, libérant ainsi une plus grande concentration d'antibiotiques dans la lésion. Cet excipient exceptionnel est combiné à trois antibiotiques, généralement préférentiels pour les infections topiques: la néomycine, la polymyxine et la bacitracine. Neo-Polycin couvre

donc le spectre complet des bactéries que l'on trouve normalement dans les lésions topiques, et il est hautement efficace en cas de suintement. Son excellent pouvoir de diffusion permet un traitement complet et concentré de toutes les infections cutanées, y compris celles qui sont difficiles à identifier en vue d'une thérapie définitive. Neo-

Polycin: disponible en tubes de 5 ou 15 grammes. Neo-Polycin HC avec 1% d'hydrocortisone: disponible en tubes de 5 grammes seulement.



P PITMAN-MOORE DIVISION
M DOW CHEMICAL OF CANADA, LIMITED
DON MILLS/ONTARIO

À TOUT ÂGE DANS L'ANÉMIE FERRIPRIVE

MOL-IRON

(sulfate ferreux et oxyde de molybdène)

SUPÉRIORITÉ CLINIQUE SOUTENUE—

Au cours des derniers 12 ans, la tolérance supérieure et l'efficacité exceptionnelle de MOL-IRON ont été confirmées par un nombre plus considérable de rapports cliniques édités* qu'on n'en compte pour toute autre préparation ferrugineuse.

Formes de présentation de MOL-IRON: conçues pour répondre aux besoins variés de malades souffrant d'anémie—MOL-IRON sous forme de COMPRIMÉS, de LIQUIDE, de GOUTTES et MOL-IRON avec VITAMINE C.

Pour obtenir de meilleurs résultats, choisissez—MOL-IRON— Il ne coûte pas plus cher que les préparations ferrugineuses ordinaires.

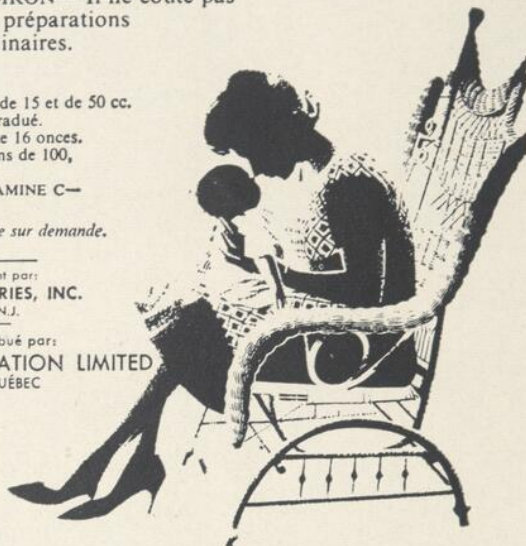
CONDITIONNEMENT:

GOUTTES—en flacons de 15 et de 50 cc. avec compte-gouttes gradué.
LIQUIDE —en flacon de 16 onces.
COMPRIMÉS—en flacons de 100, de 1.000 et de 5.000.
COMPRIMÉS avec VITAMINE C—en flacon de 100.

*Bibliographie complète sur demande.

Produit mis au point par:
WHITE LABORATORIES, INC.
KENILWORTH, N.J.

Fabriqué et distribué par:
SCHERING CORPORATION LIMITED
MONTRÉAL, QUÉBEC



NOLUDAR



**Sommeil
sans
pareil
grâce à
Noludar®**

Une promesse bien prouvée chez les jeunes patients. Le Noludar, d'action douce, peut être administré en toute confiance aux enfants lorsque l'effet plus prononcé des barbituriques doit être évité. Non barbiturique; pas d'accoutumance; élixir au goût agréable.

® Marque déposée

Hoffmann-La Roche Limitée, Montréal

VAPONEFRIN® SOULAGE LES SPASMES BRONCHIQUES EN MOINS

D'UNE MINUTE

Prouvez l'efficacité inégalée de Vaponefrin chez un de vos patients souffrant d'asthme difficile à traiter!

Les avantages cliniques de Vaponefrin sont abondamment décrits longuement dans la littérature médicale. Il facilite la respiration dans les cas d'asthme, d'emphysème et de bronchite chronique. Il agit rapidement, sûrement et sans danger.

Ecrivez pour recevoir GRATUITEMENT un nébuliseur Vaponefrin avec solution pour votre évaluation clinique

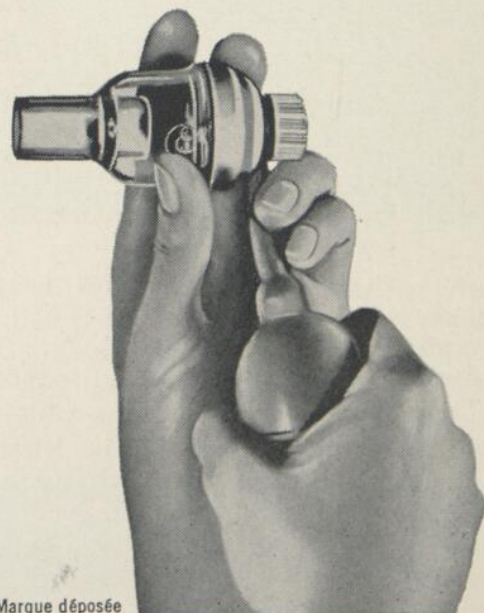
Dépt. des Services Professionnels, The VAPONEFRIN Company,
95 Tycos Drive, Toronto 19, Ontario.

NOM _____ M.D.

RUE _____

VILLE _____ ZONE _____ PROV. _____

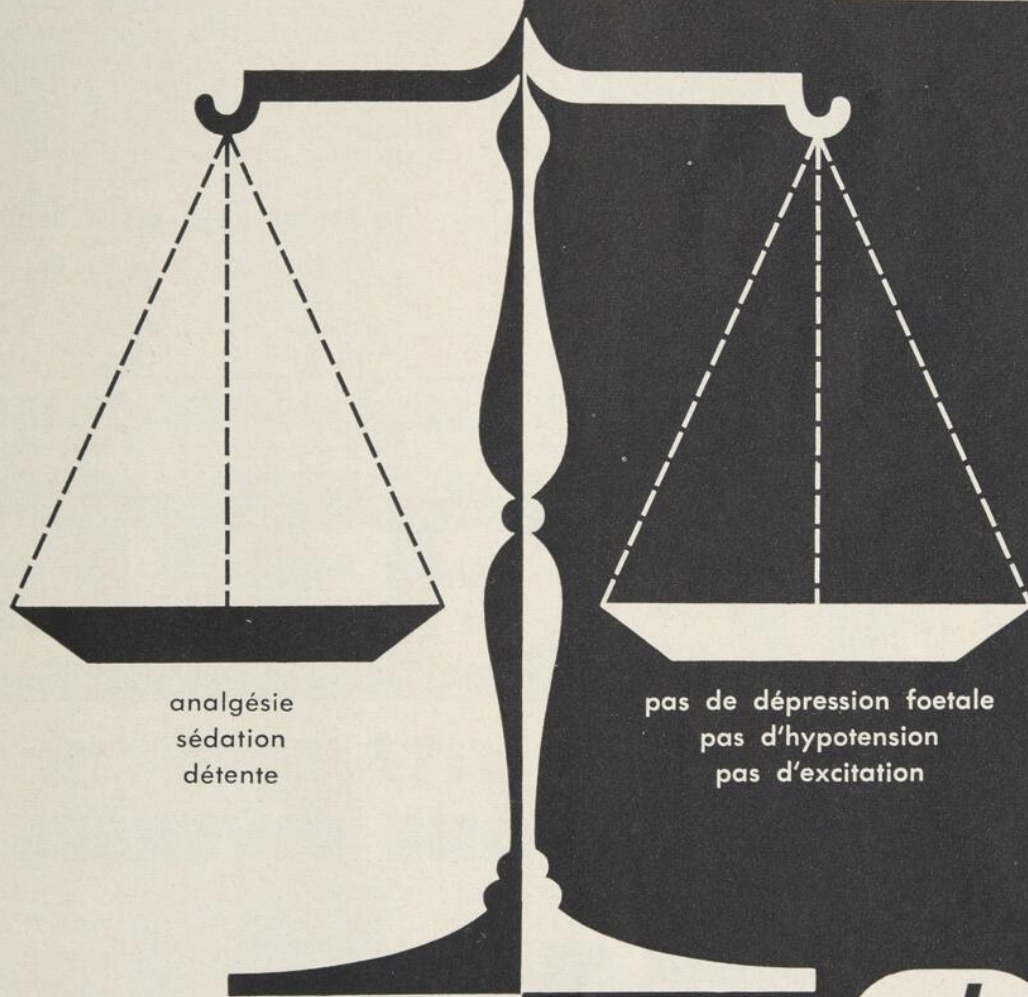
Identification du patient _____



*Marque déposée

VILF

WILLPRODINE *analgésie et anesthésie obstetricales équilibrées*



analgésie
sédation
détente

pas de dépression foetale
pas d'hypotension
pas d'excitation

1 cc intramusculairement

péthidine	25 mg.
promazine	25 mg.
hyoscine02 mg.



CANADA DUPHAR LIMITED
LONDON CANADA

NOLUDAR



**Sommeil
sans
pareil
grâce à
Noludar®**

Une promesse bien prouvée chez les patients âgés qui deviennent confus à la suite du traitement aux barbituriques. Le Noludar, un dérivé de la pipéridine, ne produit pas d'accoutumance et ne potentialise pas l'action de l'alcool.

® Marque déposée

Hoffmann-La Roche Limitée, Montréal

AVIS CONCERNANT LES EXAMENS

Les examens pour admission au Titre d'Associé (Fellow) en Médecine ou en Chirurgie générale, avec modification de ces examens pour certaines spécialités, et pour la Certification dans les spécialités médicales et chirurgicales approuvées ont lieu à chaque automne. Les listes de candidats pour les examens de 1962 sont closes, mais on acceptera les demandes d'admission aux examens de 1963 jusqu'au **30 avril 1963**.

On peut se procurer, sur demande, les Règlements et Normes de Formation post-universitaire régissant les Examens, ainsi que les formules de demande d'admission aux examens, la liste des hôpitaux canadiens reconnus par le Collège royal pour la formation post-universitaire et les formules de demande d'évaluation de la formation. On doit spécifier la spécialité à laquelle on est intéressé.

**Le Collège Royal des Médecins et
Chirurgiens du Canada**

74, avenue Stanley, Ottawa 2, Ontario

BETAGENE

FACTEURS DE LA VITAMINE "B" AVEC ASSOCIATIONS DIVERSES

elixirs: BETAGENE

BETAGENE FER ET FOIE

BETAGENE ET B₁₂

comprimés: BETAGENE ET FOIE

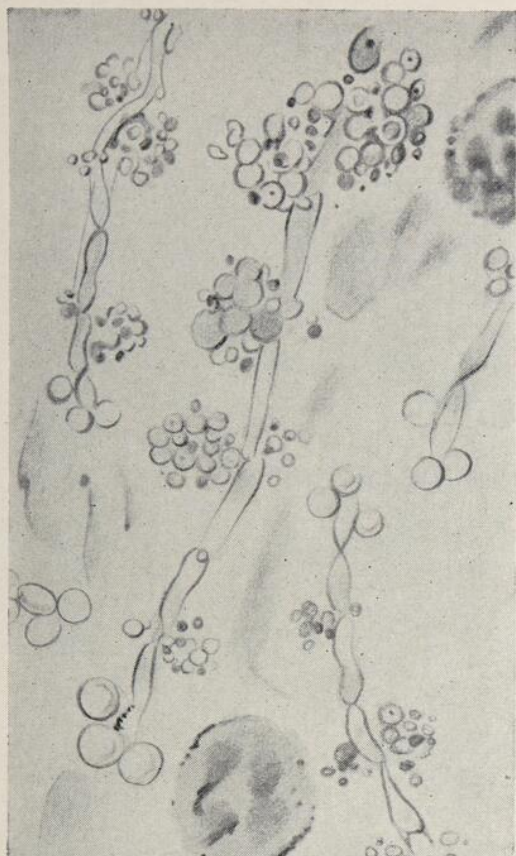
BETAGENE FER ET FOIE

BETAGENE SUPER

injectables: BETAGENE (10cc.)

BETAGENE ET B₁₂ (10cc.)

CANADA DRUG LTÉE LTD., MONTRÉAL



indiqué dans
le traitement de la
leucorrhée

due à l'infection par *Trichomonas vaginalis*, par *Candida (Monilia) albicans*, ou la leucorrhée d'origine bactérienne non-spécifique.

COMPRIMÉS VAGINAUX *PIMAFUCIN

FORMULE

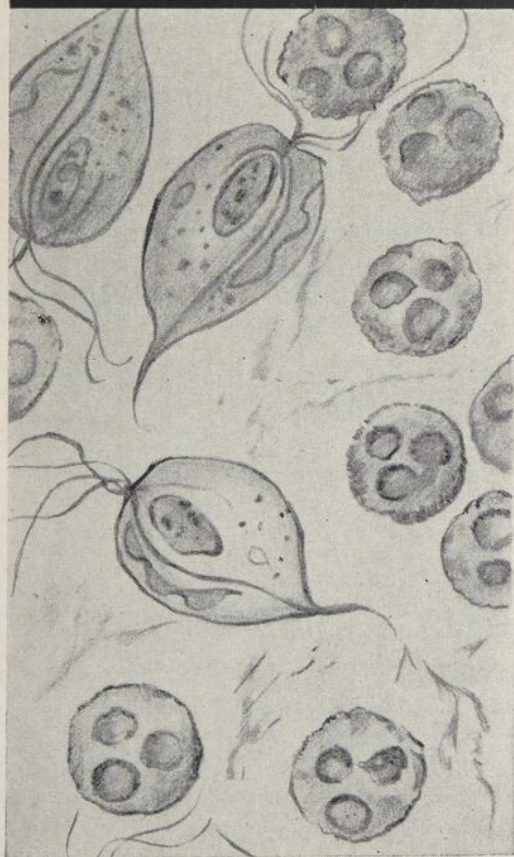
*Pimacrine ¹	50 mg
Chlorhydrate d'amylocaïne	15 mg
Chlorure de benzalkonium	1 mg
Mélange tampon (pH environ 4.2) et lactose	

LES RÉSULTATS CLINIQUES ont été très favorables. Dans le traitement de patientes non enceintes atteintes de vaginite à *Trichomonas*, qui n'avaient été traitées auparavant par aucun autre agent thérapeutique, la guérison a été obtenue dans 80% des cas, alors que chez les patientes qui avaient déjà été traitées sans succès avec d'autres agents, la guérison a été obtenue dans 60% des cas. Dans le traitement de la vaginite à *Candida*, les chiffres correspondants étaient 90 et 70%, respectivement.

* Marques de Commerce de Royal Netherlands Fermentation Industries Ltd., Delft, Holland

¹ Antibiotique provenant d'un nouvel organisme *Streptomyces Natalensis*.

CANADA DUPHAR
LIMITED
LONDON CANADA



**Du
nouveau!**



POUR LES DIÈTES ANTI-SODIUM

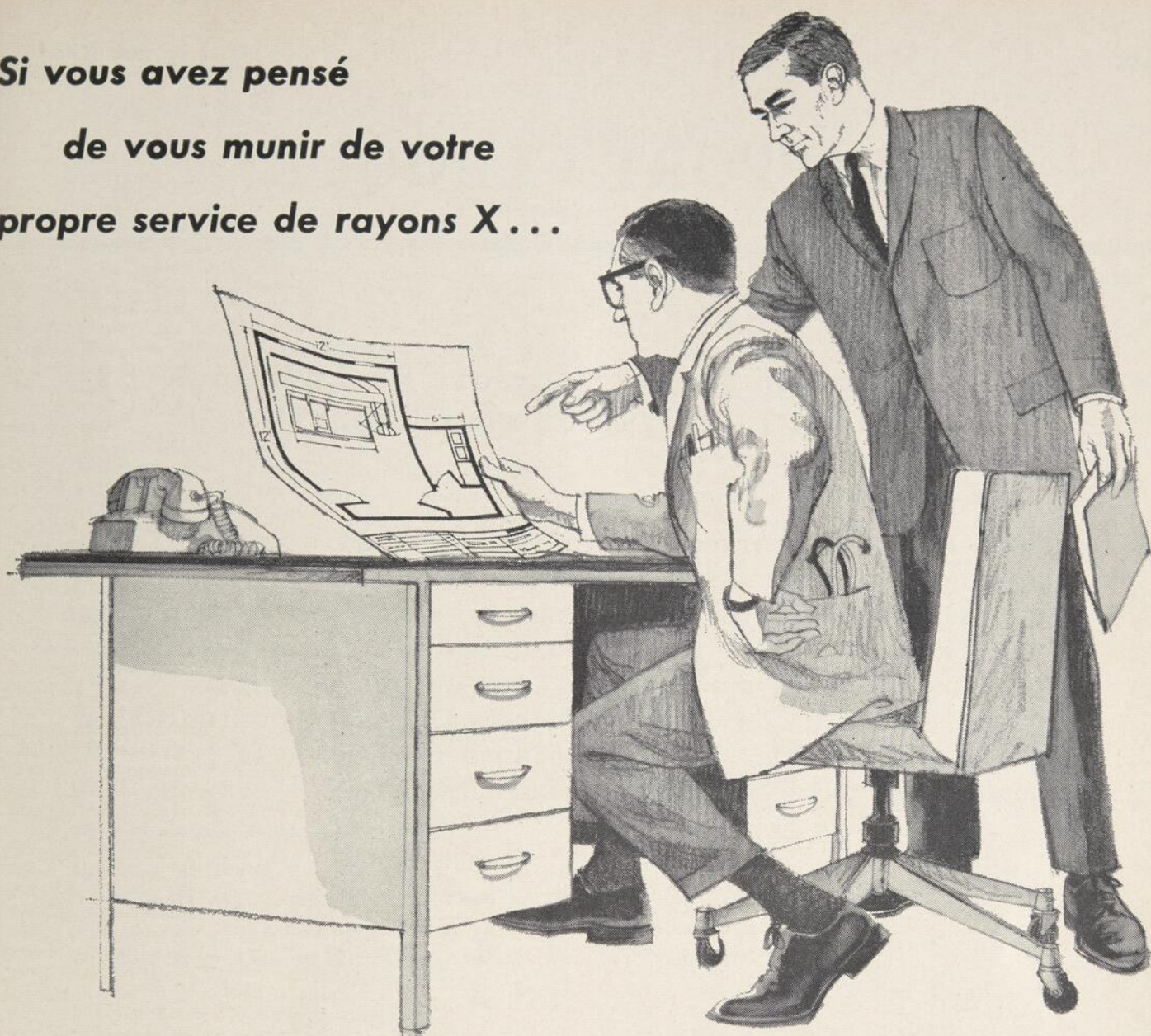
Le "LO-SO" de Borden est un lait écrémé en poudre dont environ 95% du sodium a été enlevé. (Il fournit 11 calories par once reconstituée)

Pour obtenir plus de renseignements, appelez le représentant Borden, ou écrivez à:

THE BORDEN COMPANY, LIMITED

Division des Aliments à Formule, Spadina Crescent, Toronto, Ontario.

**Si vous avez pensé
de vous munir de votre
propre service de rayons X...**



**informez-vous
du "PLAN PRATIQUE" auprès
de votre représentant G.E...**

Il vous présentera plus qu'une étude "théorique" !

Votre représentant G.E. d'appareils de rayons X s'intéresse à toutes sortes d'installations. Il peut déterminer le type d'appareil qui sied le mieux aux exigences de votre pratique et, de plus, vous aider à en organiser l'installation la plus avantageuse. Son devis détaillé prévoit mille et un moyens de vous épargner temps et argent — comprenant toutes suggestions sur le courant électrique requis et ses exigences d'installation, les moyens spéciaux de protection "rayons X", le système de plomberie convenant aux chambres noires de même que ses accessoires, et enfin tous autres conseils qui vous assureront une installation complète et en tout point efficace.

Votre représentant G.E. jouit, dans le monde de la radiographie, de la réputation d'être "l'homme qui connaît le rayon X". De plus, il est entouré d'une équipe de spécialistes qui se consacre entièrement aux projets et à l'élaboration de ces appareils. Grâce à cette aide, il vous est maintenant facile d'ajouter à votre pratique régulière les avantages d'une installation adéquate de

rayons X. En communiquant avec votre représentant — ou en remplissant le coupon ci-dessous — vous obtiendrez les données sur un projet d'installation d'appareils, et ce, sans aucun engagement de votre part.

MAXISERVICE® — Sans aucune mise de capital, vous pouvez bénéficier d'une nouvelle installation de rayons X grâce à ce service de location. Nous serons heureux de vous faire voir comment ce service vous procure l'installation de votre choix sur une base de paiements différés, par des versements mensuels modiques.

Le progrès est le plus important de nos produits

GENERAL  ELECTRIC

Service de Rayons X General Electric,
suite FF-61, Milwaukee 1, Wisconsin.

- Veuillez m'adresser le catalogue Rayons X Pratician
- Veuillez m'adresser le bulletin Maxiservice
- J'aimerais rencontrer votre représentant

Nom

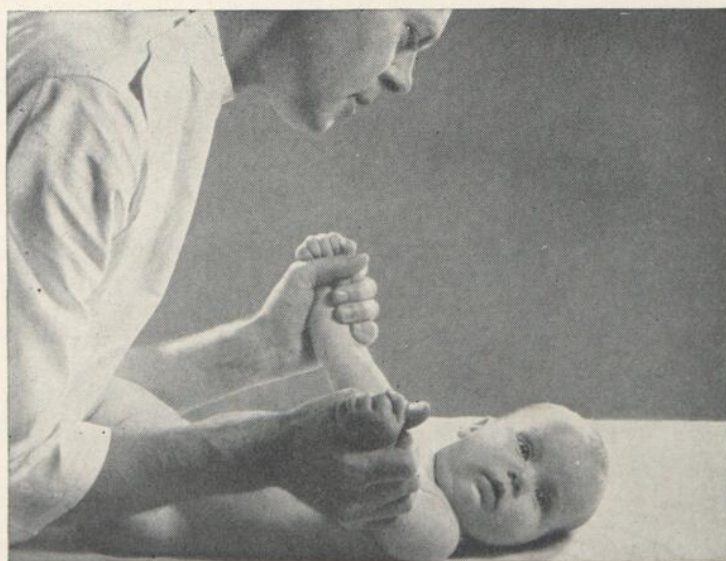
Adresse

RAPPORT CLINIQUE

SUJET: Sur un avantage précis de la viande dans le régime du nourrisson

"Ces résultats portent à croire que l'addition de viande au régime a fourni une réserve de fer en vue de la synthèse ultérieure d'hémoglobine, et qu'une augmentation des réserves de fer s'est produite chez les nourrissons pourvus d'un tel supplément. L'expansion du volume d'hématuries et de la masse d'hémoglobine en circulation a été plus grande chez les enfants nourris à la viande que chez les nourrissons-témoins."

Tiré de "Meat in the Diet of Premature Infants",
Sisson & Whalen, A.M.A. Journal of Diseases of
Children, vol. 95, p. 635, 1958. Disponible sur demande.



Des médecins dans des universités, des associations de recherches et des hôpitaux réputés ont effectué une série d'études cliniques au cours desquelles les viandes Swift pour bébés furent servies à des nourrissons. Les comptes rendus de ces études ont permis de mieux apprécier les avantages de la viande dans le régime du nourrisson.



Le nom
le plus réputé
en boucherie-
charcuterie.



TABLE DES ANNONCEURS

Pages	Pages
Abbott Laboratories Ltd. (Erythrocline)	7 - 8
Ames Co. of Canada Ltd. (Clinitest)	14
Ames Co. of Canada Ltd. (Decholin - BB)	18
Arlington-Funk Laboratories (Bacid)	36
Austin Laboratories Ltd. (Furoxone)	21
Ayerst, McKenna & Harrison Ltée (Premarine)	27 - 28
Bard-Parker Company Inc. (Germicide)	42
Baxter Laboratories of Canada Ltd. (Choloxin)	82 - 83
Becton, Dickinson & Co., Canada, Ltd. (Microlance)	29
Borden Company of Canada Ltd. (Lo-So)	92
Bristol Laboratories of Canada Ltd. (Naldecot)	4
Bristol Laboratories of Canada Ltd. (Syncilline)	6
Bristol Laboratories of Canada Ltd. (Prostaphline)	31
Calmic Limited (Cicatrin)	20
Canada Drug Limitée (Betagene)	90
Canada Drug Limitée (Parveral)	95
Canada Duphar Limited (Willprodine)	89
Canada Duphar Limited (Pimafucin)	91
Canadian Tampax Corp. Ltd. (Tampax)	34
Ciba Limitée (Ismelin)	Deuxième page de la couv.
Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada (Avis concernant les examens)	90
Eddé, J., Limitée (Fragonal)	48
Endo Drugs (Canada) Limited (Percodan)	43
Frosst, Chas. E. & Co. (Mequelon)	11
Geigy Pharmaceuticals (Persantine)	17
Geigy Pharmaceuticals (Dulcolax)	25
Geigy Pharmaceuticals (Tofranil)	32
Geigy Pharmaceuticals (Hygroton)	39
Geigy Pharmaceuticals (Tandéaril)	47
General Electric (Plan pratique)	93
Herd & Charton, Inc. (Vichy Célestins)	2
Herd & Charton, Inc. (Hyper-Prostal)	59
Herd & Charton, Inc. (Sulpholac)	61
Herd & Charton, Inc. (Sulfarlem-Choline)	63
Hoechst Pharmaceuticals of Canada Ltd. (Festal)	73
Hoffmann - La Roche Limitée (Librium)	51
Hoffmann - La Roche Limitée (Noludar)	88 - 90
Lakeside Laboratories (Canada) Ltd. (Cantilyn)	49
Lederle Laboratories (Neo-Aristoderm)	1
Lederle Laboratories (Diamox)	19
Lederle Laboratories (Filibon Forte)	41
Lederle Laboratories (Aristocort)	79
Lederle Laboratories (Tuberculine)	86
Lederle Laboratories (Declomycine)	Quatrième page de la couv.
Lilly, Eli, and Company (Canada) Ltd. (Atasorb)	22
Merck, Sharp & Dohme (Periactin)	3
Merck, Sharp & Dohme (Elavil)	12 - 13
Merck, Sharp & Dohme (Aquamephyton)	45
Merck, Sharp & Dohme (Hydro Diuril)	69
Merck, Sharp & Dohme (Diupres)	77
Merck, Sharp & Dohme (Decadron)	96
Merrell Co., Wm. S. (Bentylol)	33
Ministère de la Santé de la Province de Québec (Le premier des biens)	40
Ministère de la Santé de la Province de Québec (Protection de la santé publique)	50
Parke, Davis & Co. Ltd. (Natabec)	35
Pitman-Moore of Canada Ltd. (Neo-Polycin)	87
Poulenc Limitée (Nozinan)	5
Poulenc Limitée (Stemetil)	85
Robins Co. of Canada Ltd., A. H. (Entozyme)	46
Rougier Inc. (Corticreme)	Première page de la couv.
Roussel (Canada) Ltée (Soframycine Crème)	71
Sandoz Pharmaceuticals (Mellaril)	38
Schering Corp. Limited (Diloderm)	15
Schering Corp. Limited (Celestone)	37
Schering Corp. Limited (Mol-Iron)	88
Searle Co. of Canada Ltd., G. D. (Aldactone - A)	26
Sherman Laboratories Ltd. (Protamide)	30
Smith, Kline & French Inter-American Corp. (Eskatrol)	75
Smith & Nephew Limited (Elastolex)	16
Smith & Nephew Limited (Gypsona)	24
Swift (Canada) Limited (Rapport clinique)	94
Upjohn Co. of Canada (Depo-Provera)	23
Upjohn Co. of Canada (Medrol Medules)	53 - 54 - 55 - 56
Upjohn Co. of Canada (Kaopectate)	67
Vaponefrin Company (Vaponefrin)	88
Warner-Chilcott Laboratories (Nardil)	44
Wyeth & Bros. (Canada) Ltd., John (Sparidol 50)	9
Wyeth & Bros. (Canada) Ltd., John (Zactirin)	52
Wyeth & Bros. (Canada) Ltd., John (Equinitrate)	65
Wyeth & Bros. (Canada) Ltd., John (Sparine)	81
Wyeth & Bros. (Canada) Ltd., John (Bicillin)	Troisième page de la couv.

PAVERAL

reste toujours un médicament de choix pour le traitement scientifique de la

• • **COQUELUCHE** • •

est journellement prescrit avec succès pour les cas de coqueluche et
des toux coqueluchoïdes. — Ne cause ni intolérance ni complications.

Littérature sur demande.

CANADA DRUG LTÉE LTD., MONTRÉAL

Imprimée dans les Ateliers de la
Librairie Beauchemin Limitée, Montréal.



Des semaines de soulagement en échange de
quelques minutes de traitement grâce à

la suspension
Decadron*
-T.B.A.

(Butylacétate *tertiaire* de dexaméthasone)

la plus efficace de toutes les préparations
cortico-surréaliennes mises au point à ce
jour en vue du traitement local des affec-
tions rhumatismales et arthritiques.

- La suspension DECADRON*-T.B.A., un ester de la dexaméthasone très peu soluble dans l'eau, s'injecte facilement dans les articulations, les bourses séreuses, les ganglions et les tissus mous.
- Grâce à sa lente résorption, à son activité antirhumatismale *locale* prononcée ainsi qu'à son activité anti-inflammatoire, l'effet de la suspension DECADRON-T.B.A. se manifeste pendant plusieurs semaines après une seule injection† et n'exerce qu'une activité cortico-stéroïdienne systémique minimale.

Présentation: Suspension stérile DECADRON-T.B.A. en fioles de 1 et de 5 cc. Chaque cc. renferme 4 mg. de butylacétate *tertiaire* de dexaméthasone.

Documentation complète à la disposition des médecins qui en feront la demande.

†Lapin, Lyon, M.D., Montreal, Experiences with Intra-articular Dexamethasone TBA, Can. M.A.J., 85:420-433, Aug. 19, 1961.



MERCK SHARP & DOHME
OF CANADA LIMITED
MONTREAL 20, QUÉ.

*Marque de commerce

une seule injection de pénicilline . . . et le voilà protégé pendant des semaines

La BICILLIN demeure la pénicilline de choix, d'une efficacité dûment démontrée, quand il faut réaliser une pénicillinémie qui doit persister pendant des jours . . . et même des semaines. D'heureux résultats cliniques ont été confirmés à maintes reprises dans:

le traitement prophylactique du rhumatisme articulaire aigu^{1,2} — une seule injection par mois protège contre l'atteinte initiale et les récurrences.

le traitement des infections streptococciques et pneumococciques^{3,4} — une seule injection prévient les complications des infections respiratoires, chirurgicales et autres infections bactériennes qui sont pénicillo-sensibles.

1. Mortimer, E. A., Jr., et al.: New Eng. J. Med. 260:101 (15 janv. 1959). 2. Lade, R. I., et al.: Pediatrics 21:238 (fév. 1958). 3. Morris, A. J., et

Rammelkamp, C. H., Jr.: J.A.M.A. 165:664 (12 oct. 1957). 4. Davis, J., et Schmidt, W. C.: New Eng. J. Med. 256:339 (21 fév. 1957).



BICILLIN

INJECTABLE À LONGUE ACTION

Pénicilline G benzathine, Wyeth

Wyeth

Marque déposée
WINDSOR, ONTARIO



DIAGNOSTIC: Pyélonéphrite aiguë
ETIOLOGIE: Bactéries Pyogènes
(souvent mixtes)



BESOINS THÉRAPEUTIQUES: Suppression rapide des germes causals et voir au bilan liquidien et au débit urinaire.

ANTIBIOTIQUE DE CHOIX: DÉCLOMYCINE *† parce qu'elle est très efficace contre les pathogènes ordinaires des infections génito-urinaires, particulièrement E. Coli et qu'elle est efficace aussi contre certains des germes moins usuels ou plus résistants.

*MARQUE DÉPOSÉE

†DÉMÉTHYLCHLORTÉTRACYCLINE LEDERLE

Lederle

CYANAMID OF CANADA LIMITED, Montréal