TOME 88 — NUMÉRO 7

MONTRÉAL, JUILLET 1959

29e CONGRÈS DE L'A. M. L. F. C.
MONTRÉAL
les 23, 24, 25 et 26 septembre 1959
À L'HÔTEL REINE-ÉLIZABETH

Fondée à Québec en 1902

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

L'Union Médicale du Canada

1872 - 1959

BIBLIOTHÈQUE SAINT-JEAN

BULLETIN

EXPLORATIONS! 785
Roma Amyot

INVITATION AU 29e CONGRES DE L'ASSOCIATION DES MEDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DU CANADA .. 787
Pierre Smith

• • •

VIE DE L'ASSOCIATION DES MEDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DU CANADA 789
Pierre Smith

• • •

LA CHIRURGIE DE LA DOULEUR VESICALE 790
J.-P. Bourque

ETUDE DIAGNOSTIQUE DE L'INSUFFISANCE MITRALE .. 802
R. Legrand, M. Linquette, J. Desruelles

OBSERVATIONS DE QUELQUES CAS DE SYNDROME DE LA VEINE CAVE SUPERIEURE, TRAITES PAR RADIOTHERAPIE 809
Claude Faribault

OBERVATION D'UN CAS D'OSTEOME OSTEOIDE AVEC PATHOLOGIE ARTICULAIRE 816
Roland Guy, Marcel Fournier, Jean-Marie Boivin, Odilon Raymond et Jeanne Bourgeois

RECUEIL DE FAITS

RUPTURE D'UN ANEVRYSME DE LA CAROTIDE INTERNE HEMINIANOPSIE NASALE, UNILATERALE HEMIPLEGIE CROISEE PAR SPASME DE LA CAROTIDE 825
Roma Amyot

MOUVEMENT MÉDICAL

ETUDE CLINIQUE PRELIMINAIRE DE LA PIPADONE EN ANESTHESIE 831
Louis Lamoureux, Fernand Shooner et Lionel Tremblay

LA CRISE AIGUE D'HEMORROIDES 842
Réginald Archambault et Paul Archambault

ÉDITORIAL

DIETE, LIPEMIE ET ATHEROSCLEROSE 847
André Proulx

HYGIÈNE ET MÉDECINE SOCIALE

L'ETIOLOGIE ET LA PREVENTION DE L'EMPOISONNEMENT CHEZ L'ENFANT 851
Henri-J. Breault

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

ETUDE D'UN PUISSANT NEUROLEPTIQUE: LA STELAZINE 855
Jean-Marc Bordeleau et Laurent Gratton

ETUDE CLINIQUE D'UNE NOUVELLE PHENOTHIAZINE .. 861
Herman C. B. Denber, Paul Rajotte

LE TRAITEMENT DE L'INFECTION URINAIRE PAR LE SULFAETHYLTHIAZOLE 864
I. Laberge, A. Leduc, J.-B. Brault et L. Fournier

CORRESPONDANCE

LETTRE DE FRANCE 867
Maurice Pestel

LETTRE DES ETATS-UNIS 869

• • •

ANALYSES 871
SOCIETES 876
NOUVELLES 878
REVUE DES LIVRES 885
LIVRES REÇUS 887
COMMUNIQUÉS 896
L'Union Médicale du Canada, en 1890 900
NOUVELLES PHARMACEUTIQUES 908

...ne considération de BASE . . .
...n corticothérapie cutanée

...ORTICREME

...mg. d'Hydrocortisone par gramme

...ase spéciale hydrosoluble, évanescente:
...père rapidement la concentration
...érapeutique nécessaire.

...FLAMMATIONS • PRURIT • ECZÉMAS

Tubes de 10 et 20 grammes

Dans les dermatites infectées

CORTICREME
C NEOMYCIN

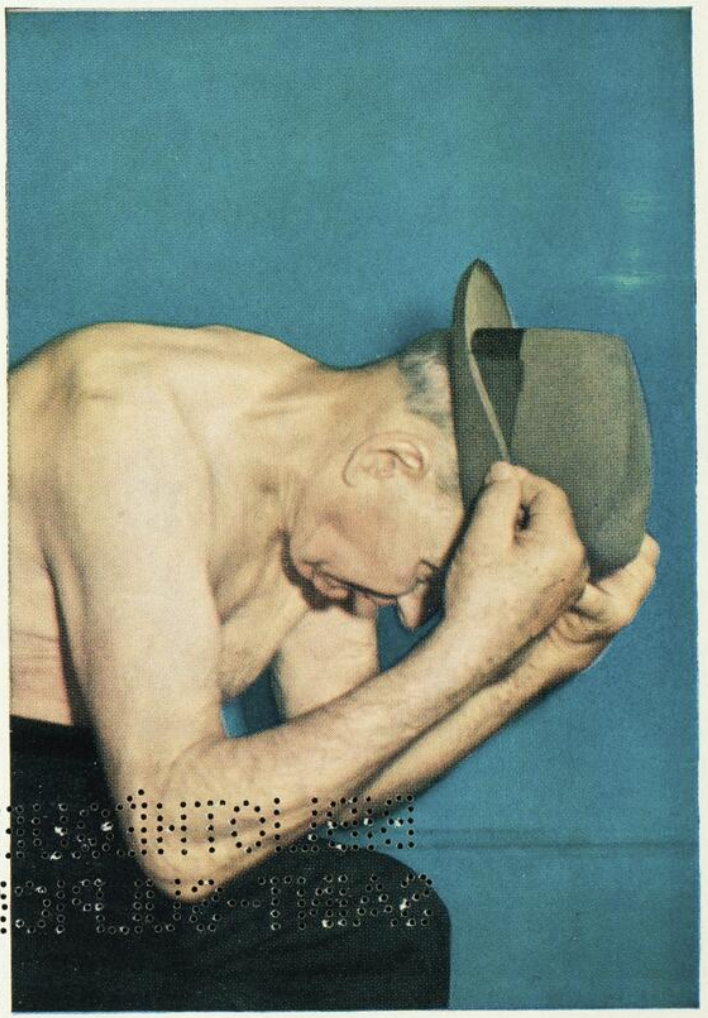
Hydrocortisone 1 mg. — Sulfate de Néomycine 5 mg.
Tubes de 10 et 20 grammes

Rougier INC.

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

Gammacorten

nouveau corticoide puissant à l'action anti-inflammatoire renforcée et aux effets secondaires diminués



GAMMACORTEN était indispensable à cet arthritique

Le **GAMMACORTEN** s'avère d'une efficacité étonnante même chez les patients à qui les corticoïdes n'ont pas apporté jusqu'ici tous les résultats désirés. En pratique, l'activité accrue de **GAMMACORTEN** signifie une mobilité articulaire plus grande pour l'arthritique, la réduction de ses crises pour l'asthmatique et la cicatrisation rapide et complète de ses lésions pour le patient affecté de dermatite. Les réactions secondaires qui accompagnent habituellement la corticothérapie sont peu fréquentes avec **GAMMACORTEN** et quand elles surviennent, on peut facilement les enrayer en réduisant les doses ou en employant des mesures additionnelles.

Gammacorten

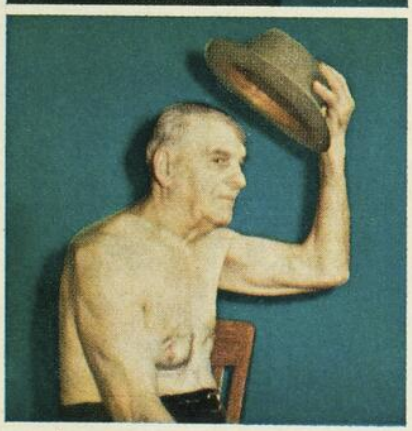
ouveau corticoïde puissant • action anti-inflammatoire renforcée • effets secondaires diminués

PATIENT M.S., âgé de 81 ans. Présentait, lors de sa première visite, une enflure des poignets, des jambes et des jointures avec douleurs articulaires aiguës; il se plaignait de raideur accompagnée de douleur dans la région cervicale et la région lombaire, de doigts enflés et raides ainsi que d'une légère déviation cubitale de la main. Il ne pouvait lever ses bras plus haut que la hauteur de ses épaules.

Traitement et résultat: Après 36 heures de traitement au **GAMMACORTEN** le patient obtint un "soulagement complet." Le gonflement des jointures avait diminué, la douleur était presque complètement disparue et la souplesse des mouvements avait augmenté considérablement. Après une semaine de traitement, M.S. n'éprouvait plus de douleur ni de gêne articulaire et put reprendre son emploi de porteur de bagages.

AVANT L'ADMINISTRATION DE GAMMACORTEN M.S. Montre la position qu'il devait prendre pour mettre son chapeau. (Ses mouvements étaient tellement limités qu'il ne pouvait même pas se peigner)

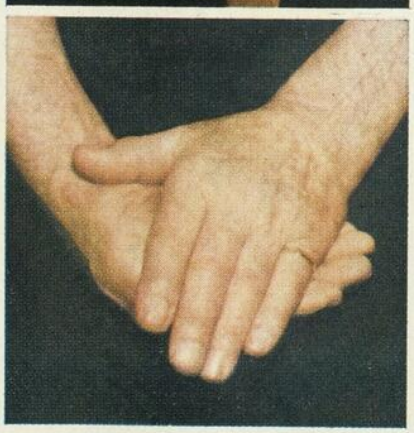




APRÈS UNE SEMAINE DE TRAITEMENT AU GAMMACORTEN M.S. peut mettre son chapeau et peigner ses cheveux sans difficulté.

AVANT L'ADMINISTRATION DE GAMMACORTEN Ses doigts étaient tellement douloureux et enflés qu'il ne pouvait même pas enfiler une bague No 11 dans son petit doigt.





APRÈS UNE SEMAINE DE TRAITEMENT AU GAMMACORTEN Il peut facilement faire passer la bague grandeur No 11 à son petit doigt. La "boursouflure" a pratiquement disparu.

AVANT L'ADMINISTRATION DE GAMMACORTEN Ses mains étaient tellement douloureuses, raides et enflées que le patient ne pouvait pas les poser à plat, doigts étendus.





APRÈS UNE SEMAINE DE TRAITEMENT AU GAMMACORTEN La douleur a complètement disparu et le patient peut poser ses mains à plat, étendre ses doigts et les fléchir d'une façon normale sans éprouver de douleur.

CIBA

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

L'Union Médicale
du Canada

DIRECTION SCIENTIFIQUE

MEMBRES D'HONNEUR

Messieurs les Professeurs:
Maurice Roch (Genève),
Pasteur Vallery-Radot (Paris)
R. Kourilsky (Paris),
Wilbrod Bonin, doyen,
Faculté de Médecine, Université de Montréal;
Jean-Baptiste Jobin, doyen,
Faculté de Médecine, Université Laval, Québec;

Messieurs les Professeurs:
Jean-Jacques Lussier, doyen,
Faculté de Médecine, Université d'Ottawa.
Pierre Masson
A. Parizeau,
J.-N. Roy,
A. Marin.

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. J.-M. Beauregard, M. Belisle, Jacques Bernier, Marcel Berthiaume, Jean-Marc Bordeleau, A. Cantero, Léandre Décarie, Edouard-D. Gagnon, Rolland Guy, Jacques Genest, Maurice Gervais, Fernand Grégoire, P.-P. Julien,
MM. Camille Laurin, Jean-Guy Laurin, Simon Lauzé, R. Lebeau, André Leduc, Jean-Louis Léger, Charles Lépine, J. Mathieu, Gérard Mignault, P. Poirier, André Proulx, Rosario Robillard, Henri Smith, Maurice St-Martin.

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, P.-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

Composition naturelle I-NI-MI-TABLE !

Méfiez-vous des substitutions, prescrivez toujours CÉLESTINS

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

Opovital B_{12}

SOLUTION
AGRÉABLE AU GOÛT

avec
"facteur intrinsèque"

RECONSTITUANT VITAMINO-MINÉRAL
ELIXIR NUTRITIF ANTIANÉMIQUE

VITAMINES B_{12}
CONCENTRÉ DE FOIE ET D'ESTOMAC
(facteur intrinsèque)
VITAMINES B_1 B_2 B_6 C.
AMINOACIDES (Acide Glutaminique)
MINÉRAUX, Cobalt, Fer, Cuivre, etc.

OPOVITAL B_{12} pourvoit un équilibre rationnel vitamino-minéral et assure l'activité antianémique des vitamines B_{12} par le truchement du "facteur intrinsèque". L'acide glutaminique et les autres aminoacides y jouent un rôle primordial dans le métabolisme du cerveau en produisant une amélioration remarquable de l'activité mentale et physique des patients déprimés.

LABORATOIRES OCEFA BUENOS AIRES

MILLET, ROUX & CIE, LIMITÉE

MONTRÉAL — CANADA

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

L'Union Médicale
du Canada

ADMINISTRATION

OFFICIERS

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

COMITÉ EXÉCUTIF ET DE PUBLICITÉ

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

BUREAU DE DIRECTION

MM. Roma Amyot, P.-R. Archambault, Albert Bertrand, Emile Blain, Roméo Boucher, P. Bourgeois, Paul David, J.-A. Denoncourt, Edouard Desjardins, Edmond Dubé, Origène Dufresne, Roger-R. Dufresne, Paul Dumas, Léon Gérin-Lajoie, Albert Jutras, J.-M. Laframboise, Donatien Marion, J.-P. Paquette, L.-P. Petitclerc, Jean Saucier, Louis-Charles Simard, Pierre Smith, Hermile Trudel, J.-A. Vidal.

ADMINISTRATION et SECRÉTARIAT: 326 est, boul. Saint-Joseph, Montréal
PUBLICITÉ: Jacques-D. Clerk. Téléphone: AVenue 8-9888

pour le CONTRÔLE RAPIDE et PROLONGÉ de l'hyperacidité

"ALAMINO" COMPOSÉ

glycinate d'aluminium, basique* 7.7 gr. (0.5 G.)
sulfate d'atropine..... 1/500 gr. (0.13 mg.)
butabarbital NND..... ¼ gr. (16 mg.)

POSOLOGIE: un comprimé avant chaque repas et un ou deux comprimés au coucher.

Flacons de 100 comprimés.

- *non absorbable*
- *aucun danger d'alcalose*
- *prompt soulagement des douleurs de l'ulcère simple*
- *contenu gastrique tamponné à un pH auquel l'activité peptique est complètement paralysée*

*Breveté en 1951

Charles E. Frosst & Co.
MONTRÉAL CANADA



Le Novahistine agit mieux que les antihistaminiques seuls

Le Novahistine apporte un soulagement plus efficace dans les cas d'enchifrènement et de catarrhe . . . yeux bouffis et larmoyants. L'effet additif marqué du vasoconstricteur (phényléphrine) et de l'antihistaminique (phénéramine) que l'on retrouve dans le Novahistine soulage les symptômes allergiques avec plus d'efficacité que l'un ou l'autre médicament employé seul.

L'emploi oral élimine le mauvais usage des gouttes nasales, des vaporisateurs et des inhalateurs . . . évite le danger de recongestion, de dommage à la muqueuse et de paralysie ciliaire.

Novahistine { **FORTIS** EN CAPSULES, 36 . . . (2 t.i.d.)
DH, fortis sous forme d'elixir avec une quantité réduite de dihydrocodéinone, 4 onces . . . (2 c. à t. t.i.d.)

PITMAN-MOORE OF CANADA LIMITED
E. B. Shuttleworth division
DON MILLS ONTARIO

CONDITIONS DE PUBLICATION

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

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

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

Les manuscrits doivent être dactylographiés avec double interligne. 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, 326 est, boulevard Saint-Joseph. Téléphone: AVenue 8-9888.

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

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

Le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada

AVIS CONCERNANT LES EXAMENS

Chaque automne ont lieu 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.

Les listes pour les examens de 1959 sont maintenant closes, mais on acceptera les demandes d'admission aux examens de 1960 **jusqu'au 30 avril 1960.**

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 et les formules de demande d'évaluation de la formation et des études post-universitaires. On doit spécifier la spécialité (ou les spécialités) à laquelle on est intéressé.

Toute communication doit être adressée comme suit:

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

CHANGEMENT D'ADRESSE

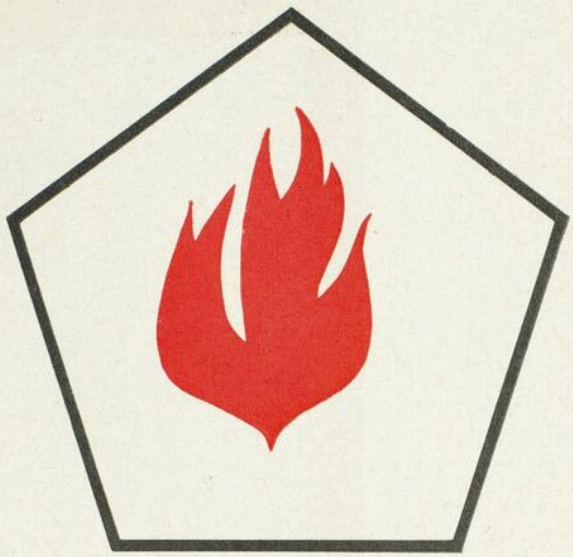
•

Messieurs les médecins qui changent de domicile sont priés de donner leur nouvelle adresse sans retard au secrétariat: 326 est, boulevard Saint-Joseph — AVenue 8-9888, afin de faciliter l'exactitude de la liste d'inscription.

en
cas de
dermatose

L'activité anti-inflammatoire supérieure de 'DECADRON' apporte souvent le soulagement même là où d'autres stéroïdes ont échoué.

- *Dermite exfoliatrice*
- *Urticaire*
- *Eczéma aigu*
- *Lupus érythémateux*
- *Dermite de contact*
- *Lichen plan*
- *Psoriasis*
- *Eruption causée par des médicaments*
- *Herbe à la puce*
- *Névrodermite*
- *Réaction à la pénicilline*



N'oubliez pas...

Decadron*

DEXAMÉTHASONE

Pour Traiter Plus Efficacement Plus de Patients

Un comprimé à 0.75 mg. de 'DECADRON' remplacera:-

un comprimé à 4 mg.	un comprimé à 5 mg.	un comprimé à 20 mg.	un comprimé à 25 mg.
de méthylprednisolone ou de triamcinolone	de prednisolone ou de prednisone	d'hydrocortisone	de cortisone

Présentation:
Comprimés pentagonaux divisibles à 0.75 mg. et à 0.5 mg., en flacons de 30, 100 et 500.

MSD

Merck Sharp & Dohme
Division de Merck & Co. Limited
Montréal 30, Qué.

*'DECADRON' est une marque de commerce de Merck & Co. Limited.

le DIURÉTIQUE oral
le plus régulièrement efficace
et cependant, sûr et économique



"AQUARIUS"

marque d'hydrochlorothiazide

LE VERSE-EAU MODERNE

"un puissant diurétique dont les effets pharmacologiques indiquent plus de sécurité que chez les agents couramment offerts."[1]

POUR LE CONTRÔLE MOINS COMPLIQUÉ DE

l'OEDÈME associé aux états suivants:
INSUFFISANCE CARDIAQUE
TOXÉMIE DE GROSSESSE
NÉPHRITE (oedème rénal)
CIRRHOSE HÉPATIQUE
TENSION PRÉMENSTRUELLE
STÉROÏDOTHÉRAPIE

POUR UN CONTRÔLE PLUS FLEXIBLE DE PLUS DE PATIENTS ATTEINTS
D'HYPERTENSION

Synthétisé au Canada par Charles E. Frosst & Co.



AVANTAGES de l'"AQUARIUS"

DANS L'OEDÈME

LE PLUS PUISSANT — L'"AQUARIUS" est plus puissant que tout autre diurétique, y compris les agents organo-mercuriels. Il est au moins *10 fois plus puissant que le chlorothiazide*. De faibles doses quotidiennes produisent une selurèse et une diurèse marquées. D'action rapide (dans les 1 à 2 heures), ses effets persistent durant 6 à 12 heures. La modération de sa durée d'action aide à diminuer la nycturie.

LE PLUS UNIFORMÉMENT EFFICACE — L'"AQUARIUS" est fréquemment efficace chez les patients qui ne répondent pas au chlorothiazide ou aux agents mercuriels, ou leur sont devenus réfractaires. En thérapie d'entretien, l'efficacité de l'"AQUARIUS" ne semble pas être diminuée et la diurèse se poursuit aussi longtemps que persiste l'oedème.

LE PLUS SÛR — Étant donné que l'excrétion de potassium est moindre qu'avec le chlorothiazide, l'hypokaliémie est un risque de moindre importance. L'excrétion de sodium et de chlorure est marquée, et approximativement équimoléculaire. On peut permettre une diète plus acceptable étant donné que l'apport de sel peut y être plus toléré. Le taux de filtration glomérulaire et la circulation du plasma rénal ne sont pas altérés de façon significative.

CHAMP D'ACTIVITÉ INÉGALÉ — L'"AQUARIUS" peut être prescrit dans tous les cas où la résolution de l'oedème est désirable, par exemple: l'insuffisance cardiaque, l'oedème hépatique, l'oedème de la toxémie de grossesse, la tension prémenstruelle, l'oedème rénal (y compris la néphrose et certains genres de néphrite), l'oedème provoqué par les stéroïdes et l'obésité lorsqu'elle est compliquée par la rétention des fluides.

POSOLOGIE DANS L'OEDÈME

Une dose orale unique de 50 à 100 mg. d'"AQUARIUS", administrée après le déjeuner, suffit généralement pour provoquer la selurèse et la diurèse. Administrer une dose semblable après le repas du midi et une ou deux fois par jour par la suite, jusqu'à l'obtention du poids sec. Les doses d'entretien varient entre 25 et 150 mg. par jour. L'administration de l'"AQUARIUS" tous les deux jours s'est souvent avérée avantageuse.

Présentation — Comprimés de 25 et 50 mg. Flacons de 100.

1. Ford, R. V.: "The clinical pharmacology of hydrochlorothiazide," South M.J. 52:40, 1959.

DANS L'HYPERTENSION

RENFORCE L'ACTION DES AUTRES DROGUES — Ajouté au régime des patients souffrant d'hypertension non contrôlée par d'autres drogues, l'"AQUARIUS" produit souvent une diminution significative de la pression sanguine.

DIMINUTION DES EFFETS INDÉSIRABLES — La vertu que possède l'"AQUARIUS" de renforcer l'action des autres agents hypotensifs permet *une réduction de la posologie de ces drogues*, diminuant ainsi leurs effets indésirables. L'"AQUARIUS" accroît également les effets hypotensifs de la sympathectomie chirurgicale.

RÉTABLIT LA COMPENSATION CARDIAQUE — En présence d'insuffisance cardiaque, l'action selodiurétique est très utile au but qu'on se propose. Il est également possible de modérer les restrictions de sel de la diète.

EFFICACE POUR TOUTES LES SORTES ET À TOUS LES DEGRÉS — Qu'il soit employé seul, ou en combinaison avec d'autres agents hypotensifs tels que la réserpine et des composés de vératre, l'"AQUARIUS" est utile à toutes les sortes d'hypertensions et de maladies vasculaires hypertensives, et à tous les degrés, que l'insuffisance cardiaque soit présente ou non.

POSOLOGIE POUR L'HYPERTENSION

Commencer la thérapie par de 75 à 150 mg. par jour, à doses fractionnées. Déterminer la dose d'entretien par voie de tâtonnements. Elle devrait varier entre 25 et 150 mg. 3 à 5 jours chaque semaine, ou tous les deux jours.

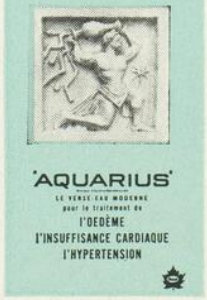
Mise en garde

L'"AQUARIUS" est un puissant diurétique et selurétique. Il faut éviter un déséquilibre dans le fluide et l'électrolyte, déséquilibre qui se manifeste par l'un ou l'autre des symptômes suivants: sécheresse buccale, soif, faiblesse, assoupissement ou agitation, crampes musculaires, oligurie, nausées et vomissements, anorexie, et tachycardie.

Ces manifestations indésirables sont rares et peuvent être évitées par un contrôle minutieux de la posologie.

Eviter une restriction excessive du sel et ne pas restreindre du régime alimentaire les aliments riches en potassium, tels que viandes et jus de fruit, sauf en présence d'autres indications contraires. Dans le cas de perte excessive de potassium, prescrire de 2 à 4 grammes de chlorure de potassium par jour, 2 ou 3 jours par semaine.

Dans le but d'aider les médecins, particulièrement durant la période de lancement de l'"AQUARIUS", la maison Charles E. Frosst & Co. a préparé un dépliant détaillé. Des exemplaires en sont envoyés à tous les médecins canadiens, et sont également mis à leur disposition par l'entremise de leurs représentants Frosst, ou, directement du Service aux Professionnels à Montréal.



Charles E. Frosst & Co.
MONTRÉAL CANADA

OFFICIERS
DE
l'Association des Médecins de Langue Française du Canada

Fondée à Québec en 1902

•

DIRECTEURS GÉNÉRAUX HONORAIRES

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

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

DIRECTEUR GÉNÉRAL

Emile BLAIN,
400 est, rue Sherbrooke, Montréal.

SECRÉTAIRE-TRÉSORIER GÉNÉRAL

Hermile TRUDEL,
1990 est, rue Rachel, Montréal.

SECRÉTAIRE ADJOINT

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

EXÉCUTIF DE L'ASSOCIATION

Emile BLAIN, Montréal.
Hermile TRUDEL, Montréal.
Georges-L. DUMONT, Campbellton, N.-B.
Pierre SMITH, Montréal.
Ernest BEUGLET, Windsor, Ont.
Origène DUFRESNE, Montréal
André LEDUC, Montréal

SECRÉTARIAT

326 est, boulevard Saint-Joseph, Montréal,
Téléphone: VIctor 5-8076.

COMITÉ DU XXIXe CONGRÈS

Pierre SMITH, président

Ernest BEUGLET, 1er vice-président
Pierre JOBIN, 2ème vice-président
J.-Euclide LEGER, 3ème vice-président
Gérard-J. BRETON, 4ème vice-président

Origène DUFRESNE, secrétaire
André LEDUC, trésorier
Camille LAURIN, secrétaire-adjoint

SECRÉTARIAT DU CONGRÈS:
326 est, boul. St-Joseph, Montréal

•

ANCIENS PRÉSIDENTS

Albert **PAQUET**	**J.-A. DENONCOURT**	**Roma AMYOT**
Richard **GAUDET**	**J.-B. JOBIN**	**Louis-Plihippe MOUSSEAU**
Arthur-L. RICHARD	**René-L. DuBERGER**	**Lucien LaRUE**
J.-A. VIDAL	**Jean-Marie LAFRAMBOISE**	**Georges-L. DUMONT**

MEMBRES DU CONSEIL

ARCHAMBAULT, F., 1150 est, boul. Saint-Joseph, Montréal.
ARCHAMBAULT, Gérard, 472, av. Laurier, Saint-Jean, P.Q.
BEAUCHEMIN, L.-O., 208 Ed. Grain Exchange, Calgary, Alb.
BIBAUD, Barthélemy, 65, rue Nicholson, Valleyfield, P.Q.
BLAIS, E.-Rolland, 1779, avenue de l'Église, Montréal.
BONIN, Wilbrod, 575, avenue Davaar, Outremont.
CHRETIEN, Maurice, 537, Station, Shawinigan, P.Q.
CORMIER, J.-G., Sydney, Nouvelle-Ecosse.
DECARIE, Roland, 524 est, rue Sherbrooke, Montréal.
DOMINGUE, Albert, 191, rue Principale, Granby, P.Q.
EMARD, L.-M., 119 Marlborough N., Cornwall, Ont.
FONTAINE, Auray, 52, avenue Hamlet, Woonsocket, R.I.
GAUTHIER, J.-Dominique, Shippegan, N.-B.
GOYETTE, Roger-B., 415 est, avenue Laurier, Ottawa, Ont.
ISABELLE, Gaston, 66, rue Notre-Dame, Hull, P.Q.
JOANNETTE, Albert, Sainte-Agathe-des-Monts, P.Q.
LEBLANC, J.-Baptiste, 975, Saint-Prosper, Trois-Rivières, P.Q.
LEBLOND, Sylvio, Hôtel-Dieu Saint-Vallier, Chicoutimi, P.Q.
LECOURS, J.-A., 538, King Edward, Ottawa, Ont.
LEMIEUX, Renaud, Hôpital du Saint-Sacrement, Québec, P.Q.
LESSARD, Richard, 115 est, Grande-Allée, Québec, P.Q.
MASSON, Gaston, 148, rue Sanborn, Sherbrooke, P.Q.
MILOT, J.-Donat, 1017, Stafford Rd., Fall River, Mass.
MORISSET, Jean, Rimouski, P.Q.
MORISSET, Pierre, Saint-Georges-de-Beauce, P.Q.
PAIEMENT, Horace, Sturgeon Falls, Ont.
PIETTE, Edmond, 37 sud, rue St-Ch.-Borromée, Joliette, P.Q.
PILON, Jean-Louis, 389 est, boul. Saint-Joseph, Montréal.
POWERS, Arthur, 11, rue Front, Hull, P.Q.
RIOUX, J.-Emile, Sainte-Anne-des-Monts, P.Q.
ROULEAU, J.-Maurice, Saint-Grégoire (Nicolet), P.Q.
ROULEAU, Yves, Hôpital Saint-Michel-Archange, Mastaï, P.Q.
SIROIS, Jean, 144, Grande-Allée, app. 1, Québec, P.Q.
TERRIEN, Jean, 189, Bronson, Ottawa, Ont.
THIBAULT, Eugène, 4070, boul. Lasalle, Verdun, P.Q.
TURGEON, Pierre-A., 837, rue Cherrier, Montréal.

Votre arme la plus efficace
dans le Traitement des Allergies Rebelles

METRETON

(composé "Méti"-stéroïde-antihistaminique)



PAR VOIE ORALE
dans les allergies rebelles
comprimés
METRETON



PAR VOIE INTRANASALE
pour le nez allergique ou congestionné
METRETON
pour pulvérisation nasale



EN APPLICATION LOCALE
pour les allergies oculaires
Suspension ophtalmique
METRETON

COMPOSITION: COMPRIMÉS METRETON: titrés à 2.5 mg. de Meticorten prednisone, 2 mg. de maléate de Chlor-Tripolon (maléate de chloroprophènepyridamine) et 75 mg. d'acide ascorbique.

METRETON POUR PULVÉRISATION NASALE: 2 mg. d'acétate de Meticortelone (acétate de prednisolone) et 3 mg. de gluconate de Chlor-Tripolon dans chaque cc. d'un véhicule isotonique bien toléré.

SUSPENSION OPHTALMIQUE METRETON: chaque cc. renferme 2 mg. (0.2%) d'acétate de Meticortelone (acétate de prednisolone) et 3 mg. (0.3%) de gluconate de Chlor-Tripolon.

PRÉSENTATION: COMPRIMÉS METRETON: flacons de 30 et de 100

METRETON POUR PULVÉRISATION NASALE: flacon compressible en plastique de 15 cc., boîte de 1

SUSPENSION OPHTALMIQUE METRETON: flacon compte-gouttes de 5 cc.

METRETON, composé corticoïde-antihistaminique, Schering
METICORTEN, prednisone, Schering
METICORTELONE, prednisolone, Schering
CHLOR-TRIPOLON, préparations à base de chloroprophènepyridamine de Schering

Schering
CORPORATION LIMITED MONTRÉAL

La femme souffrant d'arthrite due à la ménopause . . . .

A BESOIN DE STENISONE POUR SOULAGER SES SYMPTÔMES
...ET DOIT POURTANT ÉVITER LES EFFETS SECONDAIRES INSIDIEUX

Voici le tableau clinique d'une femme souffrant d'arthrite due à la ménopauce, et dont les problèmes étranges et nouveaux ont échappé jusqu'ici à la thérapie simplifiée:

Age: de 45 à 60 ans. Déclin de la fonction des gonades, avec tendance à l'ostéoporose. Symptômes saillants: bouffées de chaleur, palpitations, nervosité, appréhension, faiblesse, fatigue, arthralgies, myalgies, perte du tonus musculaire [1], légères contractures à la flexion. De toute évidence, une candidate à la thérapie cortico-stéroïde — et à ses deux effets prédominants, l'ostéoporose (fréquence atteignant 26 pour cent [2]), et l'ulcère stéroïde (fréquence atteignant 31 pour cent [3]).



Soulagez les symptômes et pourtant prévenez l'ostéoporose et l'ulcère stéroïde avec le nouveau

Stenisone®

5 mg. de *prednisone* — stéroïde anti-inflammatoire qui a fait ses preuves en clinique.[4]

20 mg. de *méthandriol* — stéroïde dont l'action est reconnue comme anabolique et épargnant l'azote.[5] Soulage également les symptômes de la ménopause.[6]

366.6 mg. de *protecteurs gastriques* (Trevidal) pour aider à prévenir l'ucère stéroïde.

Pour les femmes souffrant d'arthrite due à la ménopause, ou dans tous les cas où les cortico-stéroïdes sont utiles, STENISONE est *utile et plus sûr.*

REFERENCES: 1. Stein, I., and M. L. Beller, *Geriatrics, 14*:99, 1959. 2. Howell, D. S., and C. Ragan, *Medicine, 35*:83, 1956. 3. Kammerer, W. H., *et al., Arth. and Rheum., 1*:122, 1958. 4. Ward, L. E., *et al., Ann. Rheum. Dis., 17*:145, 1958. 5. Banghart, H. E., *Amer. Prac., 5*:964, 1954. 6. Perloff. W. H., *J. Phila. Gen. Hosp., 2*:90, 1951.

Organon ORGANON INC., CANADIAN BRANCH MONTREAL, P. Q.

RÉGIMES DIURÉTIQUES DE BASE DYNAMIQUE DANS LES DEUX

DIAMOX*

Acétazolamide Lederle

le diurétique régulateur de HCO_3^-

1 CONTRÔLE PAR UN SEUL MÉDICAMENT DE L'ŒDÈME SIMPLE

œdème cardiaque • tension prémenstruelle • œdème de la grossesse • obésité

Le DIAMOX mobilise l'excès de liquides tissulaires en bloquant la réabsorption rénale et redirigeant les bicarbonates, le sodium et l'eau vers les voies d'évacuation. Dans la plupart des cas, un comprimé de DIAMOX par jour produit une ample diurèse . . . bien toléré et non irritant . . .
sans trouble significatif de la tension artérielle ou des électrolytes . . .
sans dérangement du sommeil.

2 CONTRÔLE PAR DEUX MÉDICAMENTS POUR UNE DIURÈSE INTENSIVE

insuffisance cardiaque avancée
toxémie rebelle de la grossesse

L'alternance de DIAMOX et de diurétiques régulateurs des chlorures produit une diurèse plus dynamique que l'un ou l'autre seul. Contrebalance la tendance à l'alcalose générale . . . aide à potentialiser l'effet diurétique . . . réduit le risque de tolérance . . .
prolonge la thérapeutique intensive.
Présentation: Comprimés, Ampoules pour usage parentéral.

Exceptionnellement utile, aussi, dans le glaucome et l'épilepsie

*Marque Déposée

DÉPARTEMENT DES PRODUITS MÉDICAUX — Lederle CANADA — CYANAMID OF CANADA LIMITED
MONTRÉAL, QUÉBEC

IN PRIMIS QUALITAS

ÉMOTIVITÉ... INSOMNIE...
SPASMES...
PHOBIE... ANXIÉTÉ...

SOMENAL

NOUVELLE SYNERGIE BARBITURIQUE

- COMPRIMÉS À 120 MILLIGRAMMES — Butethal 60 mg. Phénobarbital 60 mg. par comprimé.
- COMPRIMÉS À 15 MILLIGRAMMES — Butethal 7.5 mg. Phénobarbital 7.5 mg. par comprimé.

Somenal représente l'effet rapide du butéthal associé à l'effet plus prolongé du phénobarbital.

BETAGÈNE

ÉLIXIR GLYCÉROPHOSPHATES TONIQUE ET ALIMENT D'ÉPARGNE

Vitamine « B » Composée

PERTES D'ÉNERGIE ET D'APPÉTIT
ANÉMIE NEURASTHÉNIE
TROUBLES GASTRO-INTESTINAUX
DÉSÉQUILIBRE NERVEUX

DOSE :
Une cuillerée à dessert quatre fois par jour avant les repas.

Principaux composants :

Vitamine B1 — Riboflavine — Pyridoxine — Acide nicotinique — Acide pantothénique — Lécithine — Avénine — Glycérophosphates de Sodium, Calcium, Potassium.

SAVEUR AGRÉABLE
TOLÉRANCE PARFAITE

GROSSESSE
LACTATION
PYROSIS
NAUSÉES

Comprimés enrobés

LACTO-CAL

AVEC OU SANS FER

CALCITHÉRAPIE SANS PHOSPHATE

À BASE DE GLUCONATE ET LACTATE DE CALCIUM, VITAMINES C ET D, HYDROXYDE D'ALUMINIUM, CASCARINE.

DOSE :
Deux comprimés trois fois par jour.

- L'hydroxyde d'aluminium, ajouté à la formule combat le pyrosis et la cascarine en fait un comprimé légèrement laxatif.

ARTERYL

(comprimés blancs)

Pantaérythritol tétranitrate ..... 10 mg.

AVEC MÉPHÉNÉSINE (comprimés jaunes)

Pantaérythritol tétranitrate ..... 10 mg.
Méphénésine ..... 150 mg.

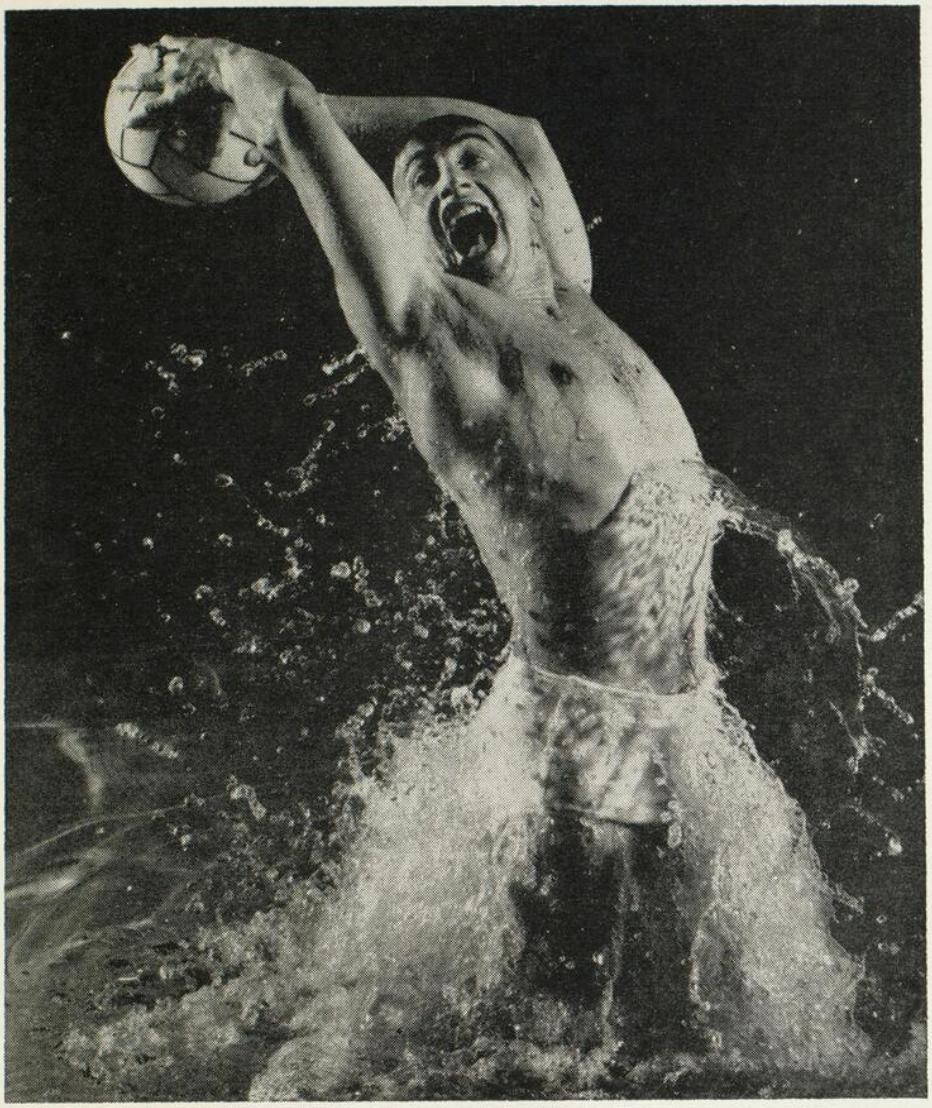
AVEC SOMENAL (comprimés roses)

Pantaérythritol tétranitrate ..... 10 mg.
*Somenal ..... 20 mg.
* (Butéthal 50% — Phénobarbital 50%)

Prophylaxie de la crise angineuse, et médicament des syndromes circulatoires.

Dose: Selon l'avis du médecin.

CANADA DRUG LTÉE LTD., MONTRÉAL



aucun symptôme d'asthme — Le Tedral rend asymptomatique les asthmatiques chroniques... la préparation anti-asthmatique sûre, efficace, économique pour un traitement prolongé. Aucun produit ne peut égaler le Tedral pour assurer une protection adéquate de 24 heures contre la constriction bronchique, la congestion des muqueuses et l'appréhension.

TEDRAL

la préparation anti-asthmatique sûre

WARNER
CHILCOTT



ELLE POURRA DE NOUVEAU PREPARER LE PETIT DÉJEUNER

...SI VOUS LUI PRESCRIVEZ

MORNIDINE

(MARQUE DE LA PIPAMAZINE)

Nouveau médicament doué d'une efficacité spécifique dans les nausées et vomissements de la grossesse. Mornidine écarte le danger de nausée matinale.

Grâce à son action élective sur le centre du vomissement, ou zone chimioréceptrice médullaire, Mornidine possède les avantages des phénothiazines, sans produire d'effet tranquillisant indésirable.

Des doses de 5 à 10 mg., répétées à intervalles de six à huit heures, procurent un excellent soulagement toute la journée. Chez les femmes incapables de retenir une médication orale lors de la première consultation, Mornidine peut être administrée par voie intramusculaire à la dose de 5 mg. (1 cc.).

Mornidine est présentée en comprimés à 5 mg. et en ampoules à 5 mg. (1 cc.).

G. D. Searle & Co., Chicago 80, Illinois, La Recherche au Service de la Médecine.

G. D. Searle & Co. of Canada, Ltd., 247 Queen St., E., Brampton, Ontario **SEARLE**



LE ROI DES NEUROLEPTIQUES

LARGACTIL

Poulenc LIMITÉE



en 7 ans,

plus de 8,000 publications

LARGACTIL

chlorpromazine

EN ANESTHÉSIE

. . . employés comme pré-médication, les tranquillisants diminuent nettement la fréquence des vomissements post-opératoires . . C'est avec la chlorpromazine que cette action est le plus marquée. . . c'est également la chlorpromazine qui est la plus efficace à retarder et à réduire le besoin de narcotiques, après intervention. . .

LEAR, E. et coll. — *Jour. Am. Med. Assn.*, vol. 166, 22 mars 1958, p 1438.

EN PSYCHIATRIE

. . . Largactil fut le premier tranquillisant essayé en clinique. Il reste encore l'un des produits les plus dignes de confiance, et sert généralement de standard pour la comparaison de l'activité thérapeutique de nouvelles préparations. . .

LEHMANN, H. E. — *Can. Med. Assn. Jour.*, no 79, 1er nov. 1958, p. 701.

EN MÉDECINE GÉNÉRALE

. . . il ressort que la chlorpromazine est une addition précieuse à l'arsenal thérapeutique, non seulement pour le psychiatre, le neurologue, l'obstétricien et l'anesthésiste, mais encore pour l'omnipraticien. . .

BONELLO, F. J. — *Int. Rec. of Medicine*, vol. 164, avril 1956.

PRÉSENTATIONS

COMPRIMÉS	10, 25, 50 et 100 mg.
DRAGÉES	200 mg.
AMPOULES	2 ml., 25 mg. par ml.
	5 ml., 5 mg. par ml.
GOUTTES	10 ml., 30 ml., 1 mg. par goutte
SUPPOSITOIRES	25 mg. et 100 mg.

documentation scientifique et échantillons sur demande

Poulenc LIMITÉE

8580 Esplanade, Montréal





UN NOUVEL
ANALGÉSIQUE PUISSANT

pour calmer les
fortes douleurs

INJECTION DE
'PIPADONE'

L'Injection de Chlorhydrate de Dipipanone marque 'Pipadone' est un nouveau puissant analgésique de synthèse du même genre que la morphine, qui a été synthétisé pour la première fois dans les Laboratoires de Recherches Wellcome. 25 mg. en injection intramusculaire produit à peu près le même degré d'analgésie que "un sixième" de morphine, avec peu d'effets secondaires. L'action commence à se faire sentir au bout de 5 à 15 minutes et dure en moyenne de 4 à 6 heures.

Présentée en ampoules de 1 cc. renfermant 25 mg. de 'Pipadone' par cc. et en fioles multidoses de 10 cc.

BURROUGHS WELLCOME & CO. (CANADA) LTD.
MONTRÉAL

efficace chez **93%**

de 1570 malades souffrant de

DOULEURS DORSO-LOMBAIRES

(LUMBAGO, TROUBLES SACRO-ILIAQUES)

efficace chez **88%**

de 443 personnes souffrant de

DYSMENORRHEE

ET DE TENSION PRÉ-MENSTRUELLE

Posologie: 100 à 200 mg. par voie orale trois ou quatre fois par jour. Le soulagement des symptômes se produit en quinze ou trente minutes et dure de quatre à six heures.

Présentation: Caplets Trancopal (sécables) à 100 mg., flacons de 100.

INDICATIONS

Affections des muscles striés

Douleurs dorso-lombaires (lumbago) / Syndrome de disque / Douleurs du cou (torticolis) / Fibrosite / Bursite / Entorse de la cheville, épicondylite due au tennis / Arthrite rhumatoïde / Myosite / Ostéo-arthrite / Spasmes musculaires post-opératoires

Affections psychogènes

Dysménorrhée / Angine de poitrine / Etats d'anxiété et de tension / Asthme / Tension pré-menstruelle / Alcoolisme

Des études cliniques effectuées par 105 médecins [1] chez plus de 4400 malades ont démontré que le Trancopal est remarquablement efficace dans les affections des muscles striés, l'anxiété et les états de tension

le premier tranquilaxant véritable*

Trancopal®

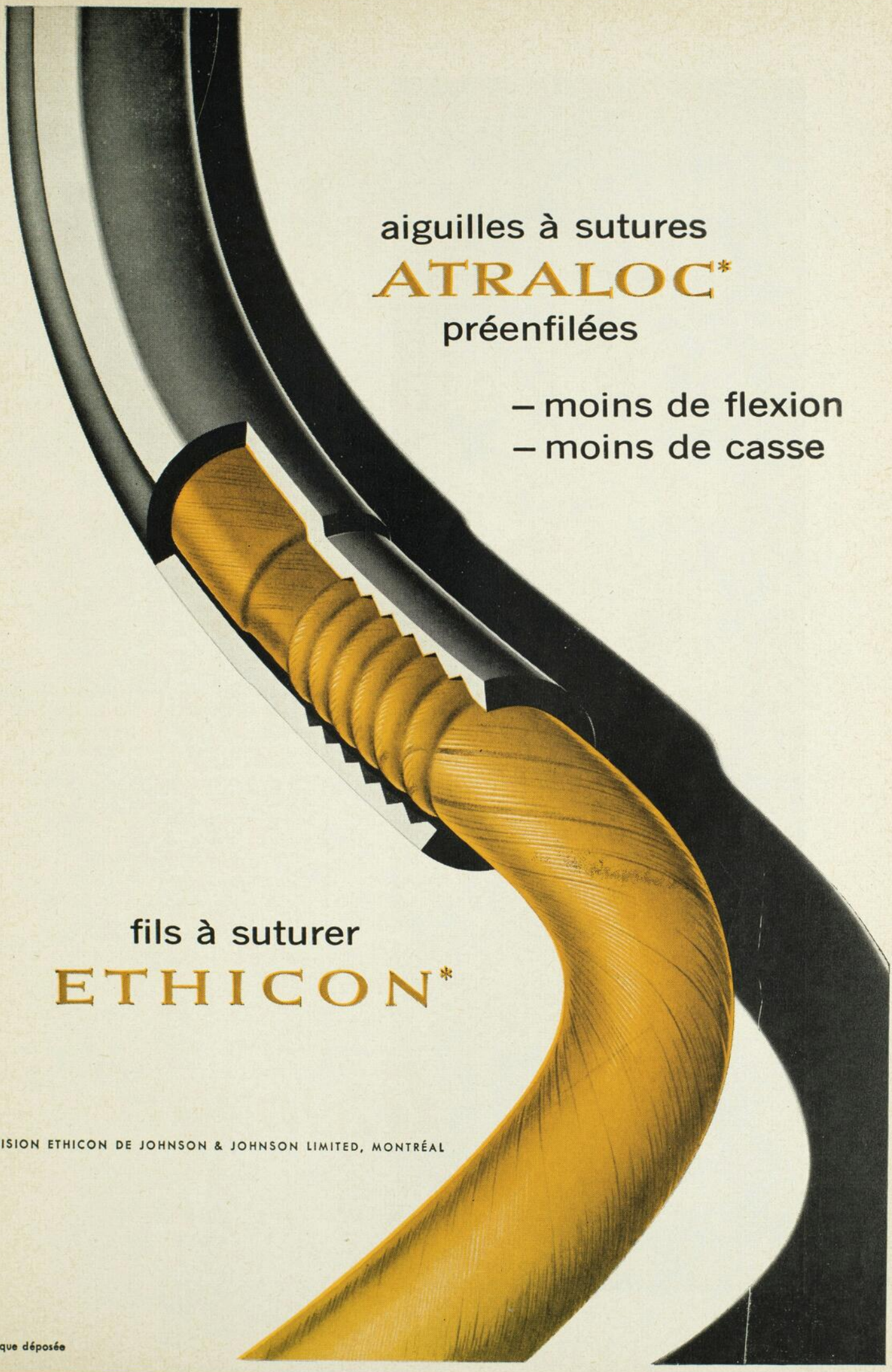
RELAXANT MUSCULAIRE *puissant*
. . . également efficace comme TRANQUILLISANT

***tranqui-laxant** < L. *tranquillus*, calme; L. *laxare*, relâcher, en parlant des muscles.

1. Etude collective Département de la Recherche Médicale Winthrop Laboratories.

AURORA, Winthrop LABORATORIES OF CANADA LTD. ONTARIO

Trancopal (marque du chlormezanone) et Caplets, nom déposé, brevet U.S.



aiguilles à sutures

ATRALOC*

préenfilées

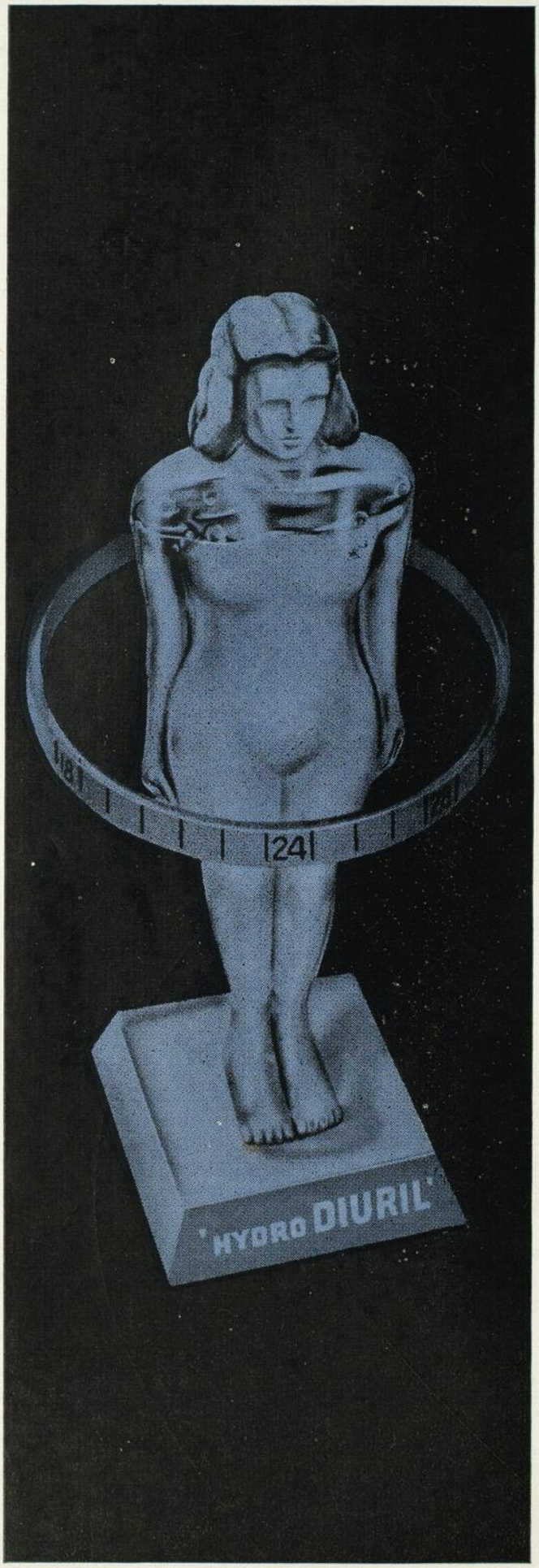
– moins de flexion
– moins de casse

fils à suturer

ETHICON*

DIVISION ETHICON DE JOHNSON & JOHNSON LIMITED, MONTRÉAL

*Marque déposée



Nous annonçons
une découverte capitale
destinée au traitement de l'oedème
et de l'hypertension

'HYDRO

'HYDRODIURIL' est de dix à douze fois plus actif que le 'DIURIL' (chlorothiazide). Ce produit amorce la diurèse et maintient libres d'œdème les malades souffrant de:

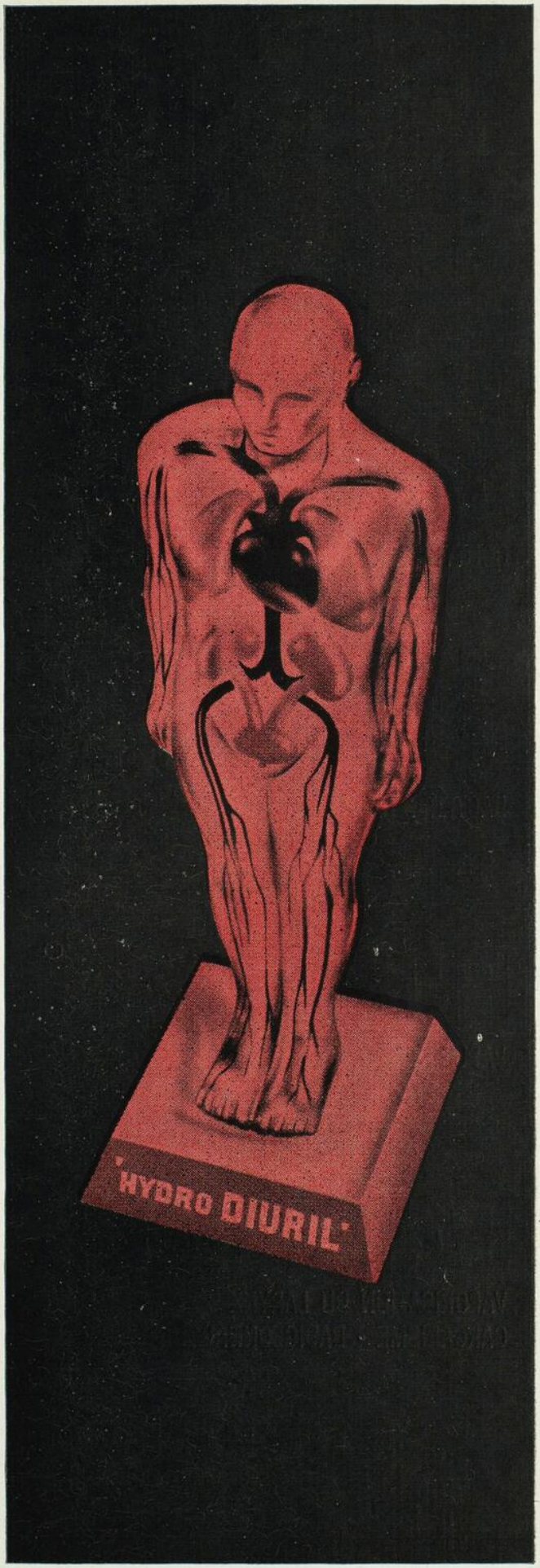
- *Insuffisance cardiaque à tous ses degrés de gravité*
- *Oedème rénal — néphrose; néphrite*
- *Oedème et toxémie de la grossesse*
- *Syndrome prémenstruel (œdème)*
- *Cirrhose avec ascite*
- *Oedème provoqué par les médicaments*

'HYDRODIURIL' provoque une excrétion de sodium et de chlorure à proportion équimoléculaire. En outre, son efficacité ne se dément pas, même au cours d'une administration quotidienne continue. Ce *nouvel* agent non mercuriel s'avère plus efficace, par voie *orale*, que les mercuriels administrés par voie parentérale.

Un produit des Laboratoires de Recherche
MERCK SHARP & DOHME

DIURIL®

(*hydrochlorothiazide*)



'HYDRO DIURIL' est de dix à douze fois plus actif que le 'DIURIL' (chlorothiazide). Dans les cas d'hypertension essentielle 'HYDRO DIURIL', administré de concert avec d'autres hypotenseurs, abaisse de façon saisissante la tension artérielle. Que l'hypertension soit BÉNIGNE — MODÉRÉE — SÉVÈRE —

'HYDRO DIURIL'

- *Renforce très sensiblement l'action des autres hypotenseurs*
- *Permet de réduire la dose de ces agents au-dessous du seuil d'apparition de leurs pénibles effets secondaires*
- *Régularise les fluctuations de la tension*
- *Se tolère très bien*

Présentation:

Comprimés d'"HYDRO DIURIL' à 25 mg. et à 50 mg., en flacons de 100 et de 1000.

'HYDRO DIURIL' et 'DIURIL' sont des marques de commerce de Merck & Co. Limited.

MSD

Merck Sharp & Dohme
Division de Merck & Co. Limited
Montréal 30, Qué.

UN AIDE-MEMOIRE

4 préparations O.R.L. à se rappeler

AURALGAN®
GOUTTES AURALES

DANS L'OTITE MOYENNE AIGUË AURALGÉSIQUE SÛR ET DÉCONGESTIF

O-TOS-MO-SAN®
BACTÉRICIDE — FONGICIDE

THÉRAPIE À LARGE SPECTRE SANS ANTIBIOTIQUES

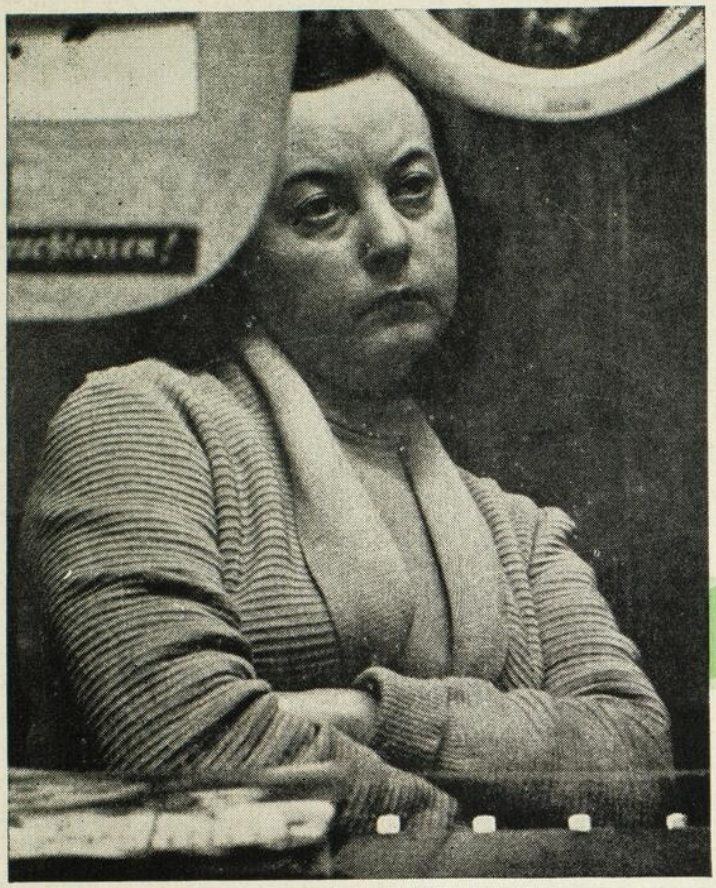
RHINALGAN®
VAPORISATION NASALE

SÛRETÉ "PLUS QU'UN AUTRE DÉCONGESTIF"

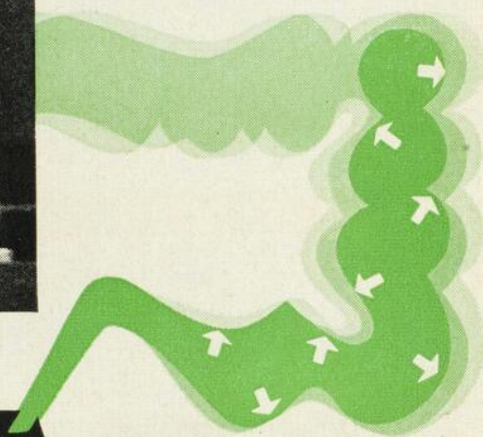
LARYLGAN®
VAPORISATION DU LARYNX
GARGARISME • BADIGEONNAGE

TROUBLES LARYNGOLOGIQUES INFECTIEUX ET NON INFECTIEUX

DOHOW CHEMICAL CO., LTD., W. MONTREAL 3, CANADA



EFFICACITÉ SOUTENUE ET PRÉVISIBLE



Dulcolax®

Puisque l'action de DULCOLAX sur la muqueuse du côlon est d'induire un péristaltisme normal, il est d'une utilité toute particulière pour les patients inactifs ou las qui sont sujets à l'atonie intestinale. L'action de DULCOLAX étant limitée à la muqueuse du côlon, donc indépendante d'absorption systémique, est idéal pour les femmes enceintes ou allaitantes, chez les patients avec des lésions rénales, hépatiques ou cardiaques. Quoique son action n'est ni drastique ni purgative, DULCOLAX a prouvé son efficacité au cours d'essais cliniques dans la préparation du côlon en vue d'un examen radiologique.

Posologie: Une ou deux dragées (habituellement 2) prises au coucher pour une action le lendemain matin ou prises avant le déjeuner pour effet dans une à six heures. Un suppositoire agit dans l'intervalle de 20 à 60 minutes.

Présentation: Dragées à enrobage entérique de 5 mg. chacune, flacons de 30 et de 100; suppositoires de 10 mg., boîtes de 6 et de 50.

Sous brevet de C. H. Boehringer Sohn, Ingelheim

Référence:
Efficacité d'un nouvel agent évacuant du gros intestin démontrée en radiologie, Docteur O. Raymond, Docteur B. Nogrady: Exhibit scientifique présenté au congrès de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada, St-André-sur-Mer, septembre 1958.

Geigy

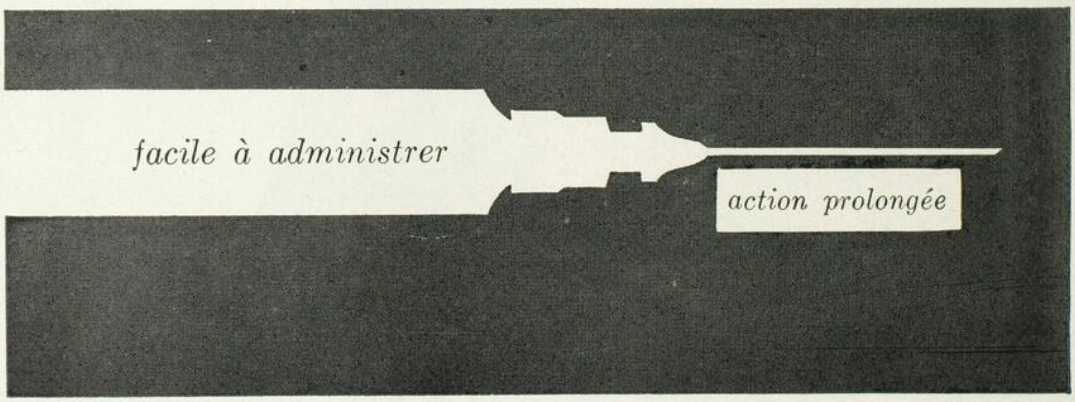
PRODUITS PHARMACEUTIQUES

Division de Geigy (Canada) Limited,
2626 Bates Road, Montréal 26, Québec.

ASTHME
AFFECTIONS OCULAIRES AIGUËS
choc opératoire
arthrite
allergies

Traitement économique de nombreuses affections justifiables de la thérapie à l'ACTH

CORTROPHIN*-ZINC†



Employez Cortrophin-Zinc pour provoquer un soulagement dans les 100 affections ou plus, justiciables de la thérapie à l'ACTH. Elle est économique parce que chaque injection agit pendant au moins 24 heures dans les cas les plus aigus, et de 48 à 72 heures dans les cas moins graves. Elle est facile à administrer, aussi, parce que c'est une suspension acqueuse qui s'écoule sans difficulté dans une aiguille de calibre 26, sans chauffage préalable. Employée avec succès chez des milliers de malades, elle constitue une avance sur la thérapie à l'ACTH.

Présentée en flacons-ampoules de 5 cc., contenant chacun 40 unités U.S.P. de corticotropine avec 2.0 mg. de zinc.

*N.D. — Cortrophin

†Brevet en instance. Connue dans d'autres pays sous le nom de Cortrophine-Z.

CORTROPHIN-ZINC

une préparation Organon

Organon INC.
MONTRÉAL. P. Q.

LES HYPERTENDUS SOUS LA PRESSION DES CIRCONSTANCES



La tension psychique et la pression sanguine sont jumelles. De nombreux symptômes d'aggravation de l'hypertension résultent de l'anxiété et de la tension.

L'hypertension est maîtrisée avec un succès supérieur lorsque la tension *mentale* et la pression *sanguine* sont traitées parallèlement. Une amélioration générale à la fois objective et subjective a été enregistrée chez 95 pour cent des hypertendus auxquels était appliqué un traitement de blocage ganglionnaire combiné avec "Miltown", alors que l'agent de blocage ganglionnaire employé seul n'en améliorait que 76 pour cent.[1]

"Miltown" détend *en même temps* l'esprit et le muscle; il crée chez le malade "une coopération plus grande en réduisant le nombre de ses plaintes."[1] Le soulagement de la nervosité et des symptômes d'anxiété s'est révélé uniforme. Les effets secondaires en sont minimes.[2]

En thérapeutique combinée contre l'hypertension, la dose usuelle de "Miltown" est de 400 mg t.i.d.

"Miltown" *

*Méprobamate original

Pour écarter la cause des crises angineuses et la crainte qu'elles inspirent

"Miltrate"

Le comprimé nº 747 renferme:

"Miltown"..... 200 mg
PETN..... 10 mg

Ayerst

1. *Nussbaum, H. E. et al.: Am. J. M. Sc.* **234**:*150, 1957.*
2. *Dunsmore, R. A. et al.: Am. J. M. Sc.* **233**:*280, 1957.*

Ayerst, McKenna & Harrison Limitée, Montréal

L'Union Méd. du Canada
Tome 88—juillet 1959

Hylenta DR*

COMPRIMÉS

PÉNICILLINE ORALE PROTÉGÉE DES ACIDES POUR ABSORPTION MAXIMA



BASE À DÉSAGRÉGATION RÉGLÉE*

Nº 890—"HYLENTA" MITIS DR*—250,000 U.I. au comprimé.

Nº 888—"HYLENTA" DR*—500,000 U.I. au comprimé.

Lorsqu'en plus un sulfamide est nécessaire:

Nº 887—"HYLENTA"-S DR*

dont le comprimé renferme: { 250,000 U.I. de pénicilline / 0.5 g de sulfaméthazine

EN OUTRE

Nº 891—"HYLENTA" FORTIS RA**—Un million d'unités au comprimé

***enrobage Résistant aux Acides*

Si la forme liquide semble préférable:

Nº 903—"HYLENTA" LIQUIDE—250,000 U.I. par cuillerée à thé

Nº 904—"HYLENTA"-S LIQUIDE

dont la cuillerée à thé renferme: { 250,000 U.I. de pénicilline / 0.5 g de sulfaméthazine

Ayerst

Ayerst, McKenna & Harrison, Limitée
Montréal

Fibre musculaire striée
en état de spasme

Fibre musculaire striée
en état de relaxation *(microphotographies)*



PREUVE CLINIQUE —relaxation prolongée des spasmes aigus de la musculature striée

Robins

Robaxin®

Méthocarbamol Robins U.S. Pat. No. 2,770,649

COMPRIMES

Résumé de six études cliniques dont les résultats ont été publiés:

LA ROBAXIN EST EFFICACE DANS 92,4% DES CAS DE SPASMES DE LA MUSCULATURE STRIÉE

	NOMBRE DE MALADES	RÉPONSE			
		"marquée"	moyenne	légère	nulle
Carpenter[1]	33	26	6	1	—
		"prononcée"			
Forsyth[2]	58	37	20	—	1
		"bonne"			
Lewis[3]	38	25	6	—	7
O'Doherty & Shields[4]	17	"excellente" 14	2	1	—
		"sensible"			
Park[5]	30	27	—	2	1
		"encourageante"			
Plumb[6]	60	55	—	—	5
TOTAUX	236	184 (78,0%)	34 (14,4%)	4	14

- **Son action est puissante et prolongée.**[1,2,3]
- **Les effets secondaires sont comparativement rares.**[1,2,3,5,6]
- **Aux doses courantes, il n'abaisse pas la force musculaire et n'entrave pas les phénomènes réflexes.**[1]

REFERENCES: 1. Carpenter, E. B.: *Southern M.J. 51*:627, 1958. 2. Forsyth, H. F.: *J.A.M.A. 167*:163, 1958. 3. Lewis, W. B.: *California Med. 90*:26, 1959. 4. O'Doherty, D. S. et Shields, C. D.: *J.A.M.A. 167*:160, 1958. 5. Park, H. W.: *J.A.M.A. 167*:168, 1958. 6. Plumb, C. S.: *Journal-Lancet 78*:531 1958.

A. H. ROBINS COMPANY OF CANADA LIMITED
10151 Boulevard St-Laurent, Montréal, Québec

Médicaments de Haute Qualité au Service du Corps Médical Depuis 1878

MÉDICAMENT DES ALGIES ET DES SPASMES
DOULOUREUX DE L'APPAREIL GÉNITO-URINAIRE.

Pr **CYSTOCONE**

SUPPOSITOIRES

- **ACIDE CYCLOPENTÉNYL-ALLY-BARBITURIQUE**
- **SEL D'ÉPHÉDRINE**
- **BELLADONE TOTALE TITRÉE**

Médication idéale pour les prostatiques et les vésicaux.

Décongestionne la prostate et diminue la fréquence des mictions, diurnes et surtout nocturnes.

POSOLOGIE

Sous surveillance du médecin.

1 à 2 suppositoires CYSTOCONE par 24 heures.

PRÉSENTATION

Boîte de 6 suppositoires. — Boîte de 8 suppositoires.

J. EDDÉ, Limitée, 1154 Beaver Hall Square, MONTRÉAL — UN. 6-1806

ARRÊTEZ LA DIARRHÉE RAPIDEMENT



KAOMYCIN*

Thérapie spécifique — quoi que soit son étiologie

Chaque once fluide contient:
Sulfate de néomycine (équivalent à 210 mg. de base de néomycine), 300 mg.;
Kaolin, 5.599 Gm.;
Pectine, 0.125 Gm.
En suspension avec méthylcellulose.
Présenté en flacons de 16 onces fluides.

*MARQUE DE COMMERCE

Upjohn

Produits pharmaceutiques supérieurs depuis 1886

The Upjohn Co. of Canada
865 York Mills Road,
Don Mills (Toronto) Ontario

ARGYROL S.S.

(solution stabilisée)

nouveau stabilisé

la seule solution stabilisée de protéine d'argent faible



SÉCURITÉ EFFICACITÉ STABILITÉ

Le nouvel ARGYROL S.S. soulage l'irritation, adoucit et nettoie, et de plus:

- Assure une efficacité anti-microbienne étendue contre les germes gram-positifs et les germes gram-négatifs.
- Offre une sécurité remarquable — aucun danger de sensibilisation.
- Garde sa stabilité et sa fraîcheur indéfiniment.

Flacons compte-gouttes de ½ once et de 1 once.

CROOKES-BARNES CANADA, LTD. Ste Thérèse, P. Q

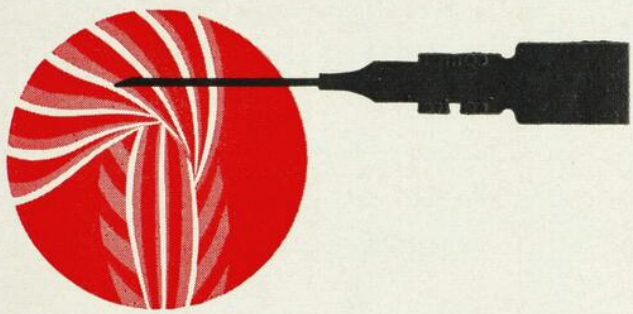
NOUVELLE FLEXIBILITE DANS LE CONTROLE DES INFECTIONS

Chloromycetin* Succinate

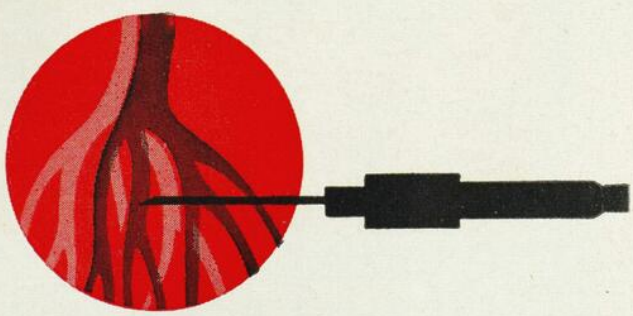
ANTIBIOTIQUE PARENTERAL A SPECTRE ETENDU

si adaptable que vous pouvez utiliser la voie

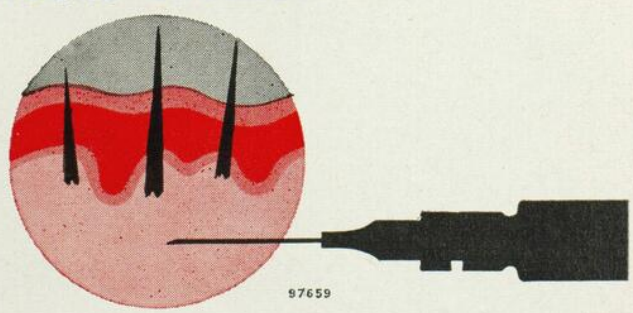
...intramusculaire



...intraveineuse



...sous-cutanée



97659

Offre, en dehors de l'efficacité antibactérienne à vaste spectre du Chloromycetin, l'avantage d'être bien toléré par les tissus et de se dissoudre rapidement dans les solutions parentérales, plus une facilité de préparation et un minimum d'irritation au point d'injection.[1-4]

Le SUCCINATE de CHLOROMYCETIN "...est très soluble et facilement préparé sous forme de solution aqueuse."[1]

Le SUCCINATE de CHLOROMYCETIN "...est rapidement absorbé à partir du siège de l'injection parentérale."[2]

Le SUCCINATE de CHLOROMYCETIN produit "une bactériostase prompte et efficace..."[4]

Le SUCCINATE de CHLOROMYCETIN "...est très bien toléré, la douleur au siège de l'injection étant minime."[1]

présentation: Le SUCCINATE de CHLOROMYCETIN (succinate sodique de chloramphénicol, Parke-Davis) est fourni en Steri-Vials* dont chacun contient l'équivalent de 1 g de chloramphénicol. Boîtes de 1 et de 10.

CHLOROMYCETIN est un agent thérapeutique puissant et certaines dyscrasies sanguines ayant été associées à son emploi, il ne devra pas être utilisé sans discrimination ou pour des infections mineures. En outre, ainsi qu'il en est pour d'autres drogues, il y a lieu de pratiquer les examens de sang adéquats lorsque le malade est soumis à un traitement prolongé ou intermittent.

bibliographie: (1) Ross, S.; Puig, J. R., & Zaremba, E. A., dans Welch, H., & Marti-Ibañez, F.: Antibiotics Annual 1957-1958, New York, Medical Encyclopedia, Inc., 1958, p. 803. (2) Glazco, A. J., et coll.: idem, p. 792. (3) McCrumb, F. R., Jr.; Snyder, M. J., & Hicken, W. J.: idem, p. 837. (4) Payne, H. M., & Hackney, R. L., Jr.: idem, p. 821.

* MARQUE DEPOSEE

MEDICAMENTA PD & CO. LTD.

PARKE, DAVIS & COMPANY, LTD.
MONTREAL 9, P.Q.

élégante . . . efficace . . . protectrice

BARRIÈRE-HC

NÉOMYCINÉE

Le Nec Plus Ultra de la Thérapeutique Topique Hydrocortisone-Néomycine. La Barrière-HC avec Néomycine réunit l'action antibactérienne, à large spectre, de la Néomycine avec les propriétés antiprurigineuses, anti-inflammatoires de l'hydrocortisone dans une base protectrice de silicone. L'élégante base de silicone ne tache pas, est inodore et s'absorbe complètement. Elle assure l'acceptabilité par le patient. Etant hypoallergénique et non-irritante, c'est un véhicule idéal pour l'action efficace bien connue de l'hydrocortisone et de la néomycine. Les propriétés hydrofuges de la silicone confèrent de la substantivité à l'hydrocortisone et à la néomycine, en plus de fournir une protection contre le contact prolongé avec des corps étrangers. La Barrière-HC avec Néomycine est indiquée dans toute dermatite caractérisée par le prurit et l'inflammation, surtout si une infection secondaire est présente ou soupçonnée. Elle fournit tous les avantages de l'hydrocortisone et de la néomycine, et quelque chose de plus—la protection!

BRITISH DRUG HOUSES





quand les petits anges se révoltent contre les maux et douleurs

GOUTTES CORICIDIN-PÉDIATRIQUE

(antiallergiques, antipyrétiques, analgésiques)
Administration orale; aromatisées à la framboise

Soulagement efficace, sûr et commode pour les enfants à partir de l'âge d'une semaine, des malaises de la dentition, des inoculations, des allergies, de la dermite fessière des nourrissons, des maux et douleurs et de la fièvre associée au rhume de cerveau.

COMPOSITION	PAR CC.
Chlor-tripolon	*2 mg.*
salicylate de sodium	*100 mg.*
acide aminoacétique	*50 mg.*

présentation:

Flacon de 15 cc. avec compte-gouttes calibré en plastique

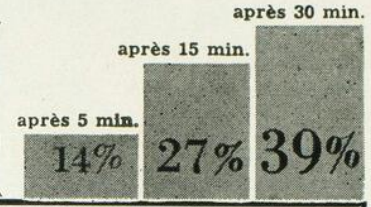
dose:

½ à 1.5 cc. toutes les 4 heures au besoin

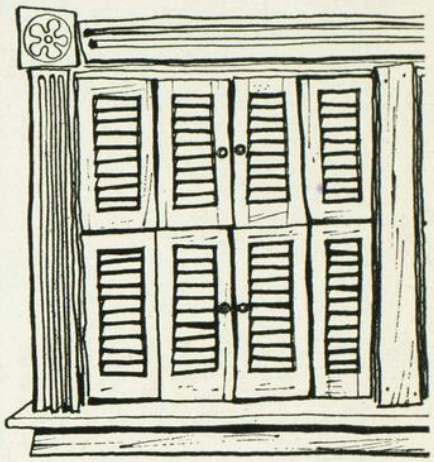
Schering CORPORATION LIMITED MONTRÉAL

GOUTTES CORICIDIN-PÉDIATRIQUE

Augmentations progressives de la capacité vitale après une seule dose orale de cinq c. à soupe d'Elixophyllin.
(Augmentation moyenne en 30 minutes — 807 cc.)*



MANQUE D'AIR dans L'ASTHME



La capacité vitale moyenne de 20 patients souffrant de crise asthmatique aiguë, était de 2088 cc. avant le traitement.*

*Spielman, D.: Ann. Allergy, 15:270, 1957.

SOULAGÉ EN QUELQUES MINUTES PAR UNE DOSE ORALE...

74% des crises graves jugulées par une médication orale

Cinquante patients non sélectionnés, admis à la salle d'urgence pour traitement de crises asthmatiques aiguës graves, reçurent 75 cc. d'Elixophyllin *par voie orale* au lieu d'aminophylline intraveineuse. Sur ce nombre, 37 (74%) furent complètement soulagés et reçurent leur congé — 9 réagirent à une thérapie additionnelle — 4 furent gardés à l'hôpital comme cas de status asthmaticus.

Schluger, J., et coll.: Am. J. M. Sci. 234:28, 1957.

Chaque c. à soupe (15 cc.) renferme 80 mg. de THÉOPHYLLINE, et 3 cc. d'ALCOOL.

Flacons de 16 onces liq., en vente aux pharmacies d'ordonnances — Sur ordonnance seulement.

ELIXOPHYLLIN

Intolérance gastrique rarement observée.

Documentation sur demande

Sherman Laboratories
Windsor, Ontario

ORINASE*

tolbutamide

est plus sûr même que les salicylates!

Au point de vue thérapeutique, un euglycémiant et un analgésique sont évidemment dissemblables à l'extrême. Si nous avons pris l'acide acétylsalicylique (A.S.A.) comme point de comparaison, c'est simplement parce qu'il s'agit d'un produit universellement employé et considéré. Cette comparaison n'a pas pour but de dénigrer l'A.S.A., d'une incontestable valeur en médecine, mais bien plutôt de souligner la remarquable sécurité de l'Orinase.

En ce qui concerne cette sécurité, un relevé récent[1] a confirmé le fait que la remarquable absence de toxicité de l'Orinase lui confère une situation presqu'unique dans l'arsenal des médicaments importants. Sur 9,168 malades, il n'y eut pas un seul cas de réaction toxique sérieuse et la proportion globale des réactions secondaires (y compris celles qu'on ne pouvait imputer à l'Orinase, outre celles qui n'étaient pas suffisamment graves pour imposer l'arrêt de la médication) n'a atteint que *3.2%*.

Même l'omniprésent A.S.A. ne peut rivaliser avec cette sécurité. La plus faible proportion d'effets secondaires de l'A.S.A. signalée durant les 5 dernières années, après un relevé approfondi de la littérature, atteint tout de même *5%*. Pourtant, ce chiffre est basé sur un échantillon de 300 personnes, représentant toutes les classes de la société et sans tenir compte de leurs antécédents au point de vue médical.[2]

En résumé, la fréquence *maximum* des effets secondaires relevés avec l'Orinase est inférieure à la fréquence *minimum* des effets secondaires qu'entraîne l'A.S.A., à des posologies variant de 1 à 1.5 gramme. En d'autres termes, même si l'A.S.A. avait une activité euglycémiante équivalente à celle de l'Orinase (ce qu'il n'a naturellement pas) la comparaison serait *encore* à l'avantage de l'Orinase, en raison de sa plus grande sécurité thérapeutique.

1. O'Donovan, C. J.: Troisième Congrès International de la Fédération du Diabète (21-24 juillet 1958).
2. Muir, A. et Cossar, I. A.: Brit. M. J. *II*:7-12 (2 juillet 1955).

*MARQUE DÉPOSÉE

HOECHST PHARMACEUTICALS OF CANADA LIMITED • MONTRÉAL, P.Q.

Q.: un traitement médical rationnel de l'ulcère peptique ?

R.: **ALUBARB PLUS**

attaque l'Ulcère Peptique sur quatre plans à la fois

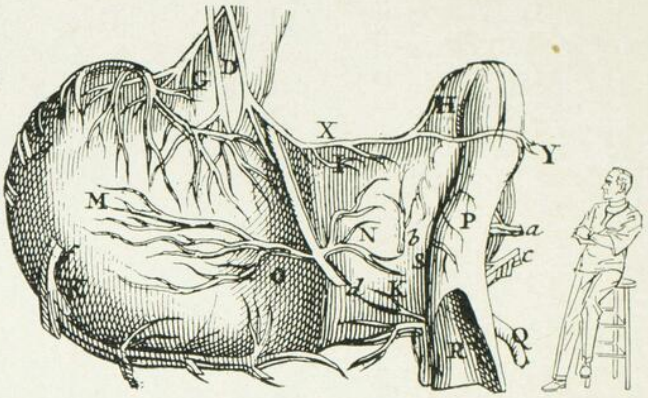


illustration reproduite d'après une gravure sur acier d'une édition de 1725 de VESALIUS: DE CORPORIS HUMANI FABRICA

ALUBARB PLUS
10 c.c. ou un comprimé renferment:

300 mg. de Gel d'Hydroxyde d'Alumine Séché
300 mg. de Trisilicate de Magnésium
100 mg. de Méthylcellulose
- ANTI-ACIDE: association équilibrée, efficace, non constipante.

12.5 mg. d'Adiphénine HCl
- ANTISPASMODIQUE: activités motrice et sécrétoire toutes deux diminuées.

0.50 mg. de Chlorhydrate de Benactyzine
- TRANQUILISATION: sans la torpeur des barbituriques ou autres effets indus.

25 mg. de Lauryl Sulfate de Sodium
- INACTIVATION D'ENZYME: inactivation de la lysozyme, empêchant la destruction des revêtements protecteurs des muqueuses.

POUR LE CONTRÔLE DE L'OBÉSITÉ PROBESE TD & VM

présenté maintenant sous deux nouvelles formes:



Une seule capsule par jour avant le déjeuner peut refréner l'appétit durant 10 à 12 heures.

PROBESE



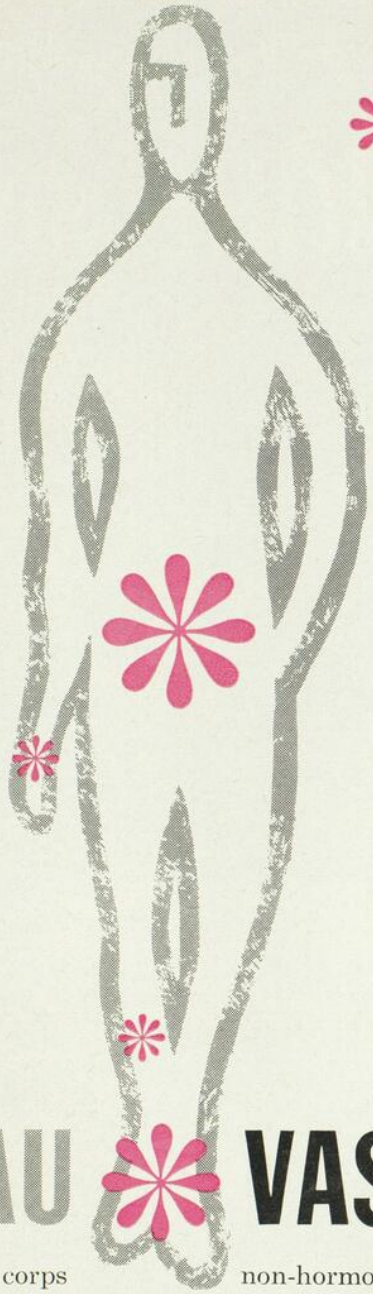
PROBESE T.D.
La formule vraiment efficace conçue pour répondre aux besoins du patient lors de l'absorption. Le médicament se libère en 3 phases: immédiate, 4 heures et 8 heures.



PROBESE V.M.
La formule du Probese T.D. avec 8 vitamines et 9 minéraux en quantité dépassant les besoins quotidiens, comme supplément à un régime d'amaigrissement.

BELL-CRAIG LTD.

TORONTO 2B



un nouveau vaso-dilatateur unique en son genre pour les maladies vasculaires périphériques et la dysménorrhée

NOUVEAU VASODĪLAN*

Vasodīlan est un nouveau corps non-hormonal qui procure le soulagement électif du spasme du muscle lisse utérin et provoque la dilatation au niveau du réseau. L'administration par la bouche de Vasodīlan aux doses recommandées est remarquablement dénuée d'effets défavorables et n'est *pas* accompagnée d'hypotension, de tachycardie, d'hyperchlorhydrie, d'action ganglionnaire ou de réactions toxiques sur le sang, le foie ou le rein.

Vous trouverez une description détaillée d'études cliniques et pharmacologiques dans la brochure sur Vasodīlan: "La Place des Relaxants Myo-Vasculaires en Médecine Clinique", que vous pouvez vous procurer en vous adressant au: Département Médical, Mead Johnson du Québec, Ltée, 5757 avenue Decelles, Montréal 26.

Présentation: comprimés de 10 mg., flacons de 100, pour administration orale.
Ampoules de 2 cc. (5 mg. par cc.) boîtes de 6, pour injection intramusculaire.

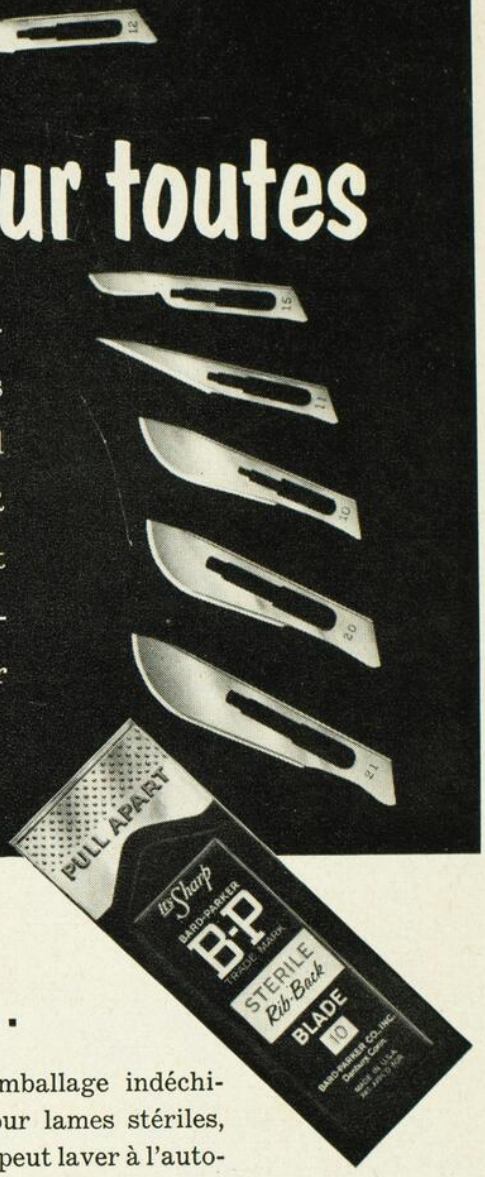
Mead Johnson

Emblème de service à la profession médicale

*Marque Déposée

Elle TRANCHE sur toutes

La valeur du tranchant et la performance maximum de la lame ont toujours été les facteurs principaux que considère le chirurgien quand il choisit une lame chirurgicale. BARD-PARKER vous offre une lame fabriquée en considérant ces mêmes facteurs... une lame *d'acier au charbon,* naturellement... tellement supérieur pour obtenir les *tranchants les plus effilés.*



B-P Lames RIB-BACK maintenent disponibles...



dans l'emballage indéchirable pour lames stériles, que l'on peut laver à l'autoclave.

dans l'emballage RACK-PACK — lames rangées d'avance prêtes à la stérilisation.

dans l'emballage CONVENTIONAL—six lames du même numéro dans une enveloppe à l'épreuve de la rouille.

It's Sharp

Voyez votre fournisseur

B-P **BARD-PARKER COMPANY, INC.**
DANBURY, CONNECTICUT
A DIVISION OF BECTON, DICKINSON AND COMPANY

B-P • RIB-BACK • IT'S SHARP • RACK-PACK sont des marques de commerce de BARD-PARKER



parce que l'onguent Neo-Polycin

nettoie rapidement les infections topiques

Le Neo-Polycin se compose de néomycine, de bacitracine et de polymyxine, les trois antibiotiques de choix pour usage topique; cette association est efficace contre toute la gamme des bactéries qui causent la majorité des infections topiques . . . il possède un degré bas de sensitivité . . . et n'entraîne pas de sensibilisation aux autres antibiotiques, puisque les trois sont rarement employés systémiquement. De plus, le Neo-Polycin présente ces trois antibiotiques dans l'unique base Fuzene, qui fournit des concentrations plus grandes d'antibiotiques qu'il est possible d'obtenir avec les onguents à base de graisse.

Chaque gramme de Neo-Polycin contient 3 mg. de néomycine, 400 unités de bacitracine et 8,000 unités de sulfate de polymyxine B dans l'unique base Fuzene. Présenté en tubes de 15 Gm.

PITMAN-MOORE OF CANADA LIMITED, E. B. SHUTTLEWORTH DIVISION, DON MILLS, ONTARIO

L'Union Méd. Canada
Tome 88 — Juillet 1959

FAITES IMMUNISER VOS ENFANTS AVANT LA RENTRÉE DES CLASSES

Que la population d'un pays cesse d'avoir des enfants en bonne santé, qu'elle permette aux maladies infectieuses de décimer ses enfants, qu'elle ignore les prescriptions de l'hygiène et qu'elle n'assure pas aux générations nouvelles une vigueur physique capable de lui faire accomplir les travaux qui lui incomberont, il se passera peu d'années avant que ce pays ne se dépeuple. C'est pourquoi, à l'occasion de la rentrée des classes, les hygiénistes du ministère provincial de la Santé rappellent, chaque année, aux parents les soins qu'ils doivent prendre de leurs enfants à cette époque de l'année. Ces importants conseils peuvent se résumer comme suit:

Faites vacciner vos enfants contre la variole;

Faites-les protéger contre la diphtérie et la coqueluche;

Faites-leur subir un examen chez votre médecin de famille,
ou bien à l'un des différents services sociaux qui sont mis à votre disposition;

Enfin, faites corriger les défauts physiques que l'on découvrira.

Rien n'est plus important pour les enfants que de surveiller étroitement leur croissance. Les parents doivent à ceux-ci une santé robuste. Qu'ils mettent donc à la portée de leurs petits tous les moyens que la science nous enseigne pour les protéger contre les maladies si fréquentes à leur âge.

Si vous voulez que vos enfants obtiennent des succès à l'école, ou au collège, au couvent ou dans les autres institutions où ils passeront l'année, vous devez d'abord veiller sur leur santé. Un enfant en bonne santé fait un travail magnifique. Ses études sont toujours plus faciles s'il est et reste bien portant. La maîtresse, ou le professeur ont moins de difficultés à lui inculquer les notions du savoir; son intelligence, plus souple et plus propre à retenir ce qu'il apprend lui rend le travail aisé. Surveillez donc la santé de vos enfants: et vous vous épargnerez quantité de soucis.

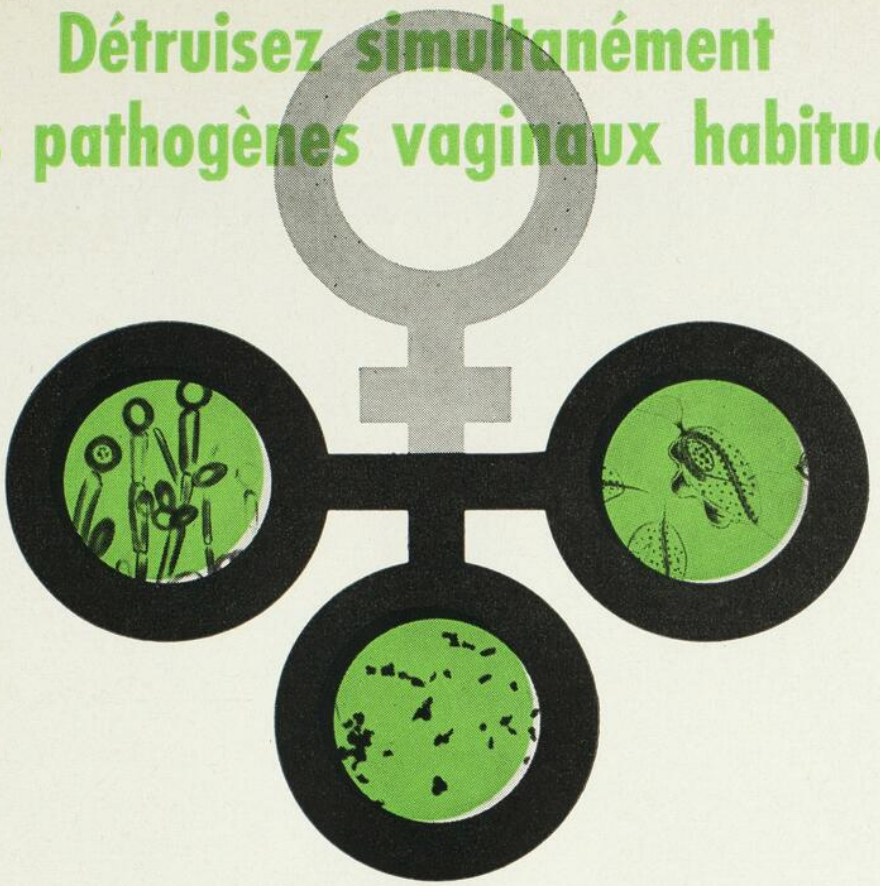
LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

Honorable Arthur LECLERC, m.d.,
ministre

Jean GRÉGOIRE, m.d.,
sous-ministre

Détruisez simultanément les trois pathogènes vaginaux habituels . . .

MONILIA
(CANDIDA ALBICANS)



TRICHOMONAS
VAGINALIS

HEMOPHILUS VAGINALIS

AMÉLIORÉ

TRICOFURON

Poudre et Suppositoires Vaginaux

85% DE GUÉRISONS CLINIQUES.* Sur 219 patientes atteintes de vaginite à trichomonas, de vaginite à monilia ou des deux, on obtint 187 guérisons cliniques.

71% DE GUÉRISONS CONTRÔLÉES PAR CULTURE.* 157 patientes eurent des cultures négatives au bout de trois mois. Certaines patientes furent rapidement soulagées des brûlements et du prurit, souvent en moins de 24 heures. Le double traitement facile apporte vite un soulagement et contrôle la moniliase et la trichomoniase vaginale.

86% DE GUÉRISONS CONTRÔLÉES PAR CULTURE* dans le traitement de 36 cas d'infections à Hemophilus vaginalis.

SUPPOSITOIRES: Boîte de 24 suppositoires en forme d'obus, chacun scellé hermétiquement dans une feuille lamée verte; avec amplicateur.

POUDRE: insufflateur en plastique, avec embout à jeter, 15 Gm.

NITROFURANS: une nouvelle catégorie d'antimicrobiens — ni antibiotique, ni sulfamidé.

*Résultats combinés de 13 investigateurs cliniques indépendants.

Renseignements sur demande.

AUSTIN LABORATORIES LIMITED

GUELPH Austin CANADA

Usagers exclusifs de la marque de fabrique Tricofuron de Norwich Pharmacal Company Ltd., division Eaton Laboratories.

L'Union Méd. Canada
Tome 88 — Juillet 1959

L'HYGIÈNE PRÉSERVE L'ENFANT

L'hygiène et la médecine préventive jouent, on le sait, un rôle prépondérant dans la formation des nouvelles générations. L'âge scolaire correspond à une importante période de croissance et de développement chez l'enfant: croissance physique, développement intellectuel qui se poursuivent selon une même courbe. On ne saurait trop insister sur la nécessité d'une alimentation saine et bien équilibrée. Les hygiénistes prescrivent l'immunisation et la vaccination contre les maladies contagieuses, invitent les parents à conduire leurs enfants aux cliniques scolaires et préscolaires.

Préparons, disent-ils, nos jeunes à profiter de leurs années d'étude. L'importance de la médecine préventive et des bonnes habitudes d'hygiène a été reconnue de tout temps, mais on ne s'est pas toujours accordé sur les détails. C'est pour cette raison que le ministère de la Santé de la province de Québec s'efforce de mettre à la portée de notre population un corps de doctrine préparé par ses spécialistes et adapté aux besoins propres de notre climat et de notre vie générale. Les ressources alimentaires de notre belle province nous permettent, en effet, d'établir les principes les mieux équilibrés d'une diète appropriée.

Il faut enseigner au jeune écolier l'art de mener une vie bien régulière afin de lui permettre d'éviter au cours de ses études, non seulement les maladies qui peuvent atteindre directement sa santé, l'entraver, mais aussi les excès de tous genres qui peuvent abréger ses jours.

Suivez ce conseil du docteur Guéniot: "Pour parcourir allègrement les cent années de vie que la Providence accorde à l'homme, il faut s'en donner la peine, c'est-à-dire: savoir borner ses désirs et parfois consentir de durs sacrifices."

LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

Honorable Arthur LECLERC, m.d.,
ministre

Jean GRÉGOIRE, m.d.,
sous-ministre

D'appétit point, mais sommeil à point

4|5 4|6 **PRELUDINE®** 5|1 5|2

PRELUDINE (hydrochlorure de phenmétrazine), amélioration distincte dans le domaine des modérateurs d'appétit, permet au médecin de contrôler l'appétit avec moins d'effets secondaires indésirables qui souvent compliquent l'administration de d'autres agents anorexiants.[1]

PRELUDINE, contrairement à ce qui se produit avec d'autres anorexiques, se distingue par son taux étonnamment peu élevé d'effets secondaires. Aucun cas appréciable de nervosité, de palpitations ou d'insomnie n'a été rapporté dans les nombreuses investigations cliniques auxquelles PRELUDINE a été soumis.[2]

PRELUDINE a une valeur toute spéciale pour les diabétiques obèses. Les besoins d'insuline sont souvent moins grands à mesure qu'il y a perte de poids. PRELUDINE n'exerce aucun effet sur le métabolisme des hydrates de carbone ou sur la tension artérielle. L'hypertension pré-existante chez ces patients n'est pas aggravée.[3]

Posologie: Un comprimé, deux ou trois fois par jour, une heure avant les repas.

Disponibilité: Comprimés rainurés roses de 25 mg. chacun, en flacons de 100 et 1000.

Sous brevet de C. H. Boehringer Sohn, Ingelheim.

1. Szenas, P., et Pattee, C. J.: Can. Serv. M. J., 13:195, 1957.
2. Natenshon, A. L.: Am. Pract. & Digest Treat. 7:1456, 1956.
3. Robillard, R.: L'Union Méd. 86:652, 1957.



Geigy

PRODUITS PHARMACEUTIQUES

Division de Geigy (Canada) Limited,
2626 Bates Road, Montréal 26, Québec.

L-1130F

L'Union Méd. Canada
Tome 88 — Juillet 1959

MAINTENANT — VOUS POUVEZ OBTENIR
LES AVANTAGES INSURPASSÉS
DE L'ARISTOCORT
EN ASSOCIATION
SALICYLÉE

Arist

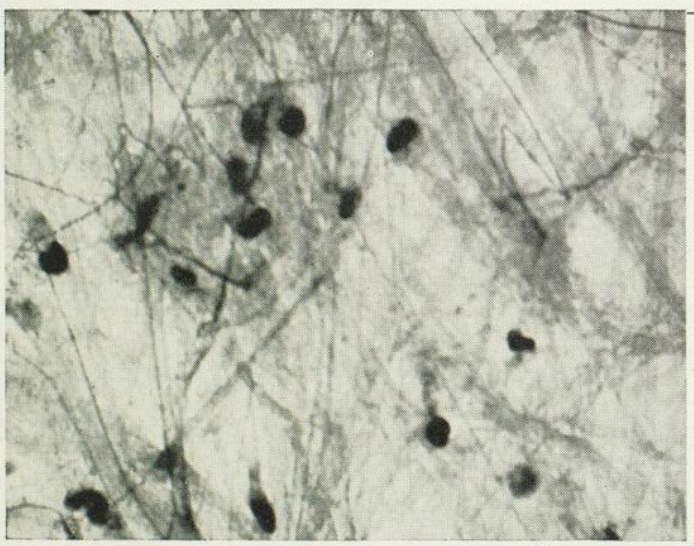
L'Aristogésic réunit les effets *anti-inflammatoires* de la Triamcinolone Aristocort* et l'action *analgésique* d'un salicylate des plus puissants. Cela signifie que la dose de chacun de ces agents est *sensiblement inférieure* à celle de chaque ingrédient employé seul. L'Aristogésic donne au médecin une latitude exceptionnellement grande dans l'ajustement de la dose au niveau efficace le plus faible.

La possibilité de malaise gastrique dû soit à l'amide salicylique ou au corticostéroïde se trouve minimisée par la faiblesse des doses requises. Elle est réduite davantage par l'action tampon de l'hydroxyde d'aluminium. Et l'acide ascorbique aide à satisfaire les besoins en cette vitamine qui sont accrus par le stress. Par suite de la faible posologie, les effets secondaires de l'Aristogésic ont été relativement peu fréquents et de nature d'importance secondaire. Toutefois, des effets secondaires ont traditionnellement été observés avec toute corticostéroïdothérapie. Les patients en traitement prolongé avec l'Aristogésic doivent donc être observés soigneusement.

ogesic*

Composé Analgésique-Stéroïde LEDERLE

pour le soulagement de la douleur *chronique* — mais *moins forte*
d'origine rhumatismale



Indications: Cas bénins d'arthrite rhumatoïde, ténosynovite, synovite, bursite, spondylite bénigne, myosite, fibrosite, névrites et certains efforts musculaires.

Posologie: Dose initiale moyenne: 2 capsules 3 ou 4 fois par jour. La dose d'entretien doit être ajustée selon la réponse.

Chaque Capsule d'Aristogésic contient:

Triamcinolone ARISTOCORT*	0.5 mg.
Amide Salicylique . . .	325 mg.
Hydroxyde d'Aluminium .	75 mg.
Acide Ascorbique . . .	20 mg.

Conditionnement: Flacons de 100.

Tissu collagène (x250)

*Marque déposée

DÉPARTEMENT DES PRODUITS MÉDICAUX

Lederle CANADA

CYANAMID OF CANADA LIMITED
MONTRÉAL, QUÉBEC

quand une thérapeutique
cardio-vasculaire
s'impose . . .



choisissez un produit Wyeth
pour vous assurer un résultat prévisible

Wyeth
Marque Déposée
WALKERVILLE, ONTARIO

PURODIGIN*
(Digitoxine cristallisée, Wyeth)

Est indiquée dans l'insuffisance cardiaque. La PURODIGIN opère et maintient la digitalisation, avec la dose per os la plus faible de tous les glucosides cardiaques. Elle est dotée d'une haute activité, d'une absorption intégrale, d'une action uniforme et régulière.

Présentation: **PURODIGIN en COMPRIMÉS** — à 0.2 mg. en flacons de 30, 100 et 500 comprimés; à 0.15 et 0.1 mg. en flacons de 100 et 500 comprimés.
PURODIGIN en AMPOULES — à 0.2 mg. — boîtes de 6 ampoules.

THIOMERIN*
(Mercaptomérine sodique, Wyeth)

Médication diurétique, la THIOMERIN opère une diurèse douce et efficace. Elle peut s'administrer par une des voies sous-cutanée, intramusculaire ou intra-veineuse.

Présentation: **THIOMERIN en SOLUTION**
prête à l'injection
En fioles de 2 cc. et de 10 cc.
THIOMERIN LYOPHILISÉE
En fioles de 10 cc. et de 30 cc.

*MARQUE DÉPOSÉE

une autre indication de filmtab® **Ibérol**

puissante médication anti-anémique
plus le complexe B en entier

l'anémie de la ménopause



2 Filmtabs d'IBEROL par jour apportent :

LA DOSE CONVENABLE DE FER

Sulfate ferreux U.S.P. ..... 1.05 Gm.
(fer-élément—210 mg.)

PLUS LE COMPLEXE B EN ENTIER

BEVIDORAL® ..... 1 unité U.S.P. (orale)
(Vitamine B_{12} avec concentré de facteur intrinsèque Abbott)

Acide folique	2 mg.
Fraction hépatique 2, N.F.	200 mg.
Mononitrate de thiamine	6 mg.
Riboflavine	6 mg.
Niacinamide	30 mg.
Chlorhydrate de pyridoxine	3 mg.
Pantothénate de calcium	6 mg.

PLUS LA VITAMINE C

Acide ascorbique ..... 150 mg.

Abbott

® FILMTAB—COMPRIMÉ "PELLICULISÉ" ABBOTT
EN INSTANCE DE BREVET 803016



aucune douleur...

aucun souvenir...

aucun cauchemar épeurant

en anesthésie pédiatrique

RUTH RAY

Votre jeune patient se voit épargné le cauchemar de la salle d'opération quand le PENTOTHAL Sodique lui est administré par voie rectale. Il s'endort dans son propre lit et c'est également là qu'il se réveille avec amnésie complète de tout ce qui s'est passé dans l'entre-temps.

Et parce que le PENTOTHAL Sodique réduit la dose d'anesthésique par inhalation et des agents complémentaires, les répercussions sont sensiblement diminuées. Comme anesthésique de base, ou comme seul anesthésique pour les petites interventions, le PENTOTHAL administré par voie rectale offre un moyen éminemment sûr, simple et humain d'aborder l'anesthésie en pédiatrie.

Abbott

PENTOTHAL® Sodique

par voie rectale

NOM DÉPOSÉ

(Thiopental Sodique Stérile, Abbott)

BIBLIOTHÈQUE
Dr G. PHENIX-JEAN, QUÉBEC
DU

BULLETIN

EXPLORATIONS!

On projette des envolées vers la lune, notre compagne des nuits romantiques, délice des longues promenades nocturnes, par des sentiers déserts et silencieux.

La curiosité insatiable de l'homme liée à la technique de plus en plus audacieuse incitent à des explorations téméraires.

La course des nations vers les espaces infinis nous émeut et nous fascine.

Qu'en résultera-t-il pour un bonheur stable, tranquille et permanent de l'humanité?

Et, ce pendant, que savons-nous de ce qui se passe dans le cerveau humain?

Pourquoi ne pas organiser un assaut aussi formidable et coordonné vers la connaissance des mécanismes complexes et pourtant si près de nous, puisqu'ils se passent en nous et à une altitude qui ne dépasse pas la stature de notre propre cosmos.

Cette remarque du Dr Wilder Penfield, formulée lors de la dernière réunion annuelle du « *Montreal Neurological Institute* », nous fait réfléchir.

Cet éminent neuro-chirurgien, depuis trente ans, explore le cerveau de ses opérés; il fouille les méandres et les replis du cortex cérébral; il interroge, les électrodes en mains et de millimètres en millimètres, les différents territoires du cerveau. Il excise ici, coupe et débride plus loin, et médite sur les résultats obtenus, sur les effets produits chez les malades qui s'étaient confiés à lui pour être délivrés soit d'une épilepsie irrésistible, soit d'une tumeur cérébrale envahissante.

Malgré une somme impressionnante de notions obtenues et solidement établies, il ne peut encore, ainsi que les nombreux physiologistes qui s'adonnent à l'exploration des fonctions nerveuses, poser le lien entre la pensée, la conscience réfléchie ou intellectuelle et le substratum organique qui les sous-tend. La pensée, l'inventivité, l'initiative circonstanciée, la cogitation méditative et la merveilleuse fonction du langage, la mémoire, enfin l'ensemble des

203311

opérations intellectuelles de l'homme demeure encore un mystère dans son mécanisme intime.

Un pas important fut fait par les beaux travaux de Magoun et Morruzzi en particulier, qui identifièrent le rôle primordial de la réticulaire du tronc cérébral. On a dit, pour faire image, que le cerveau cortical pouvait opérer au feu de la réticulée. En fait, il semble bien que la conscience vigile, que l'attention ou la vigilance intellectuelle ne peuvent se maintenir en alerte que grâce à des instances incessantes du troc cérébral vers le cortex.

Mais cette conscience vigile n'est encore qu'un processus assez grossier, loin d'être le propre exclusif de l'homme.

Mais à quoi touche l'esprit? Par quoi sont instaurés, nourris et sous-tendus l'inspiration, le génie, la méditation et l'abstraction qui sont sans limite et les possibilités sans mesure de l'invention à même les innombrables secrets de la nature?

Tout cela se trouve dans les 10 billions de cellules cérébrales, dans le réseau incommensurable de fibres qui les relient. Quelle intrication de messages, d'appels et de réponses dans ce réseau, dont nous n'avons aucune conscience et dont nous ne pouvons constater que les effets, et à condition d'y être attentifs!

Voyage à la lune?

Partons plutôt pour notre cerveau et visitons les hauts lieux de notre pensée.

Voyage moins sensationnel et périlleux; exploration plus fructueuse sur la connaissance fondamentale de notre propre monde, petit par la dimension, immense par sa transcendance spéculative et créatrice.

Roma AMYOT.

INVITATION AU 29e CONGRÈS DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DU CANADA

Les invitations au congrès, c'est un peu comme les invitations au voyage... à une certaine époque de l'année, on en a vraiment l'embarras du choix. Oui, mais voilà, comment choisir et lequel choisir?

Or le 29e congrès de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada est sur votre liste et c'est à lui que vous devez accorder votre adhésion spontanée et sans réserve.

Car ce congrès a été conçu et élaboré pour vous, dans le même esprit que l'Association a été créée et demeure à votre service.

Toutes les questions du programme scientifique ont été étudiées en fonction des besoins et des aspirations qui se font sentir dans notre classe médicale et dans le but de stimuler son sens justifié du progrès. Voilà pourquoi nous avons estimé que la recherche, la gériatrie, la médecine préventive ou les tensions que subit l'homme moderne, sont là, parmi tant d'autres que nous avons également retenus, des sujets d'actualité dont l'examen sera profitable au plus grand nombre. En outre, nous sommes fiers de vous offrir plusieurs conférences d'un grand intérêt qui seront prononcées par des autorités médicales françaises de grande renommée.

Mais, comme nous vous le disions au début, si nous insistons pour que vous veniez sans faute à ce Congrès de Montréal, c'est que l'Association tient à vous informer plus particulièrement de son travail et de ses projets. Ceux-ci sont nombreux, quelques-uns de grande envergure qui vous réserveront d'heureuses surprises. C'est réellement dans cette ambiance confraternelle, que vous prendrez conscience des liens qui vous unissent à l'Association des Médecins de Langue Française du Canada, dont l'ambition est de répondre aux exigences du savoir médical et de travailler à étendre notre prestige national.

S'il fallait une preuve de la confiance que ce prestige inspire, je la trouverais dans l'importante séance de notre Comité d'Economie Médicale qui aura lieu le vendredi soir 25 septembre, à 8.30 hrs., et qui sera entièrement consacrée à la « Sécurité routière » et aux problèmes médicaux qu'elle soulève. Patronnée par les ministères provincial et fédéral des Transports, cette séance a déjà fait l'objet de commentaires officiels chaleureux et bienveillants parus

dans les journaux. Ainsi, notre Association prouve qu'elle sait prendre en main les réels intérêts de la santé publique et qu'elle est à la hauteur de toute mission qui s'offre à elle dans ce sens.

Montréal, ville universitaire et métropole du Canada, se doit d'accueillir somptueusement les congressistes qui viendront à l'hôtel Reine Elisabeth les 23, 24, 25 et 26 septembre 1959. C'est pourquoi le programme social que nous avons élaboré — avec l'aide gracieuse d'un comité féminin particulièrement actif — est attrayant et varié. Réceptions, visites, conférences se renouvelleront dans des cadres choisis, qu'il s'agisse d'un élégant paquebot transatlantique où se déroulera une parade de modes ou du Centre social de l'Université de Montréal, des grands hôpitaux Ste-Justine et Notre-Dame, du vaste Chalet de la Montagne ou du grand salon de l'hôtel.

Donc, chers confrères, nous vous attendons avec votre dynamisme, votre enthousiasme et votre sens de la coopération. Nous vous invitons parce que nous comptons sur vous pour prouver notre vitalité comme groupe et comme professionnels du Canada français et montrer que dans ce pays en pleine expansion nous avons un rôle à jouer dans la voie du progrès et de la recherche, de la culture et du respect de la santé de l'homme.

Pierre SMITH
Président du 29e Congrès

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

L'Association Canadienne d'Hygiène publique qui célébrait cette année même le cinquantième anniversaire de sa fondation, a tenu conjointement ce congrès jubilaire avec le congrès annuel de la Société d'Hygiène et de Médecine Préventive de la Province de Québec, à l'Hôtel Sheraton-Mont-Royal, les 1, 2 et 3 juin dernier.

Au nombre des assises médicales qui se déroulent cette année à Montréal, celles-ci furent remarquables par leur importance et leur ampleur.

Plusieurs centaines d'hygiénistes des différentes provinces du Canada ont tenu à être présents pour entendre plus d'une soixantaine de communications diverses et toutes d'importance capitale, concernant la médecine préventive et l'hygiène individuelle et collective.

A titre de président, le docteur Jules Gilbert, directeur de la division de l'enseignement de l'hygiène au Ministère de la Santé de la province et secrétaire de l'Ecole d'hygiène, à l'Université de Montréal, assurait avec aisance et maîtrise le déroulement harmonieux du programme scientifique et des manifestations sociales.

L'Association des Médecins de Langue Française du Canada, invitée officiellement à ce congrès conjoint, y était représentée par son Directeur des Relations extérieures.

COMITÉ D'ÉCONOMIE MÉDICALE

Le 6 juin dernier, les membres de ce comité tenait leur réunion régulière au siège social de l'Association.

Séance d'étude d'autant plus importante qu'elle comportait comme sujet essentiel la mise au point du programme de la Séance publique d'Economie Médicale qui aura lieu dans la soirée de vendredi, 25 septembre prochain, à l'hôtel Reine Elizabeth, au cours du XXIXe Congrès de notre Association.

La portée sociale du sujet à l'étude ne saurait être trop soulignée: « La sécurité routière: son aspect médical ».

Des médecins spécialisés en neurologie, en cardiologie, en toxicologie, en ophtalmologie, en diabète et maladie de nutrition, présenteront sous ces angles divers l'aspect médical de la sécurité routière.

Avec la collaboration du Ministère du Transport et des Communications de la province de Québec et du Comité provincial de la Sécurité Routière, ainsi que du Ministère fédéral des Transports, cette séance publique d'économie médicale sera sous les auspices de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada.

Pierre SMITH,
Directeur des Relations extérieures.

LA CHIRURGIE DE LA DOULEUR VÉSICALE

J.-P. BOURQUE,[1,2]
F.R.C.S. (C), F.A.C.S., F.I.C.S.

Malgré le fait qu'il y ait encore des données sur l'innervation de la vessie qui ne soient pas complètement ni définitivement établies, ce problème est en voie de solution, et ce, tout particulièrement, depuis qu'au cours de ces dernières années on a vu se multiplier à la suite de Richer et de Ginestié les recherches dans ce domaine, tant au laboratoire qu'en clinique.

En étudiant l'anatomie et la physiologie de l'innervation vésicale, nous verrons qu'il est possible de diriger un acte chirurgical précis sur ce système nerveux vésical périphérique et ainsi soulager et même guérir certains états pathologiques qui, il y a quelques années encore, étaient un défi à l'Urologie et à son arsenal thérapeutique.

Au cours des douze dernières années, nous nous sommes particulièrement intéressés à ce problème, tout particulièrement à celui de soulager les douleurs vésicales invétérées et la pollakiurie intense qui sont les deux tristes sorts réservés à ceux de nos malades qui sont porteurs d'une cystite interstitielle avec ou sans ulcère de Hunner, et aussi de certains types de tuberculose vésicale qui ne sont aucunement soulagées par la thérapeutique habituelle.

Avant de continuer cet exposé, revoyons brièvement l'anatomie et la physiologie de l'innervation vésicale.

Anatomie des nerfs vésicaux

Les nerfs vésicaux peuvent être classés en trois groupes : les nerfs sensitifs, les nerfs moteurs et le plexus autonome intra-mural qui est surtout moteur.

La vessie tire son innervation de deux masses nerveuses situées dans le petit bassin, de chaque côté du rectum, sous la jonction urétéro-vésicale; ces deux masses sont connues sous le nom de « ganglions hypogastriques » ou de « plexus hypogastriques ». Ces deux ganglions reçoivent des branches afférentes et donnent des branches efférentes. Les branches efférentes de ces plexus ganglionnaires sont les deux nerfs hypogastriques qui quittent les ganglions et remontent la cavité pelvienne, sur la face interne du sacrum, dans la direction de la 5ème vertèbre lombaire ou, après avoir reçu quelques filets de la chaîne ganglionnaire sympathique paravertébrale, s'unissent et forment le nerf pré-sacré qui un peu plus haut rejoint le plexus mésentérique inférieur. Les autres branches efférentes sont celles qui quittent le ganglion pour se rendre à la vessie. Les branches afférentes sont connues sous le nom de nerfs érecteurs, elles viennent du plexus honteux originaire des 2ème, 3ème et 4ème nerfs sacrés; elles sont par conséquent d'origine parasympathique. Parfois, comme on l'observe au cours de dissections régionales, quelques petites branches afférentes viennent de la chaîne para-sympathique et rejoignent le ganglion directement.

Ainsi, il nous est facile de concevoir que les ganglions hypogastriques, ou plexus hypogastriques, sont le point de concentration d'un groupe de fibres sympathiques et parasympathiques et le relai périphérique d'où la vessie tire toute son innervation ou presque.

Ce qui est décrit comme le plexus autonome intra-mural est alimenté par de petits filets secondaires qui prennent leur origine dans la portion inférieure ou la plus basse du ganglion hypogastrique et se dirigent vers la vessie pour y pénétrer au niveau du trigone et s'y concentrer. Chez quelques individus, certaines anomalies sont observées et on note parfois que de petits filets, venant du plexus honteux,

---

1. Chef et directeur de la Section d'Urologie, Hôtel-Dieu de Montréal, Canada. Professeur agrégé d'Urologie à la Faculté de Médecine, Université de Montréal.

2. Nous tenons à remercier Richer et Ginestié qui nous ont permis d'utiliser certains de leurs schémas pour illustrer ce travail.

pénètrent le muscle vésical sans passer par l'intermédiaire des ganglions; ceci a été démontré par le Professeur Georges Vincent de Lille, dans ses dissections élaborées et précises de la région (Fig. 1, 2).

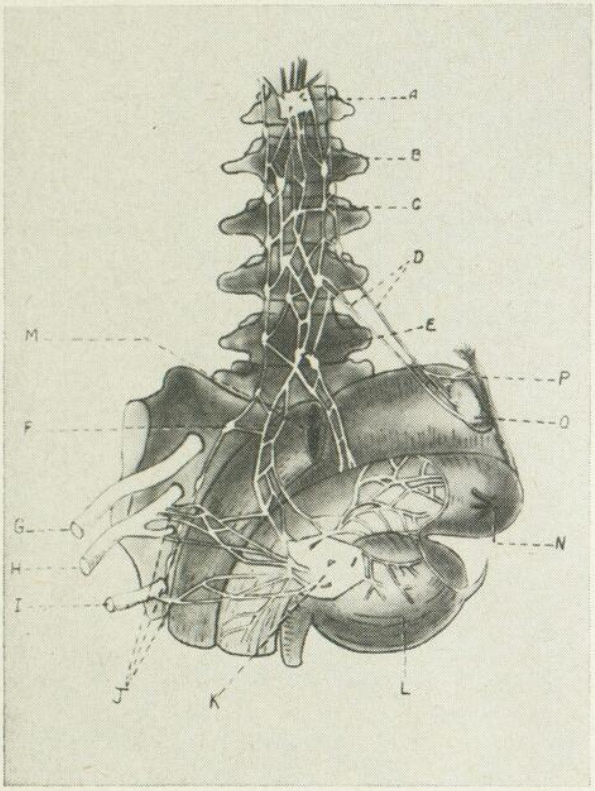


Fig. 1. — Innervation vésicale après dissection. — ABCD: Ganglion ou plexus mésentérique inférieur. E: Nerf présacré. F: Nerf hypogastrique droit. GHI: 1er, 2e, 3e, 4e nerfs sacrés. J: Nerfs érecteurs. K: Ganglion hypogastrique. L: Vessie. MNOP: Sigmoïde, utérus, ovaire et trompe.

Physiologie des nerfs de la vessie

La sensibilité vésicale est assurée par deux influx. Un premier qui passe par les nerfs érecteurs et est responsable de la sensation de réplétion vésicale; il fait donc ainsi partie de l'arc réflexe qui déclenche le mécanisme qui assure la miction normale. Ce même influx est aussi le conducteur de la majorité des sensations douloureuses de la vessie. Le second influx passe par les nerfs hypogastriques et assure la sensibilité de toute la portion péritonisée de la vessie et peut-être aussi du col vésical, bien que la dernière partie de cette assertion, quoique plus que probable, soit encore hypothétique et non définitivement prouvée.

La motricité vésicale dépend en majeure partie des nerfs érecteurs et du système autonome intra-mural.

Le sphincter interne est innervé par des branches de la chaîne sympathique sacrée et le sphincter externe est dépendant du nerf

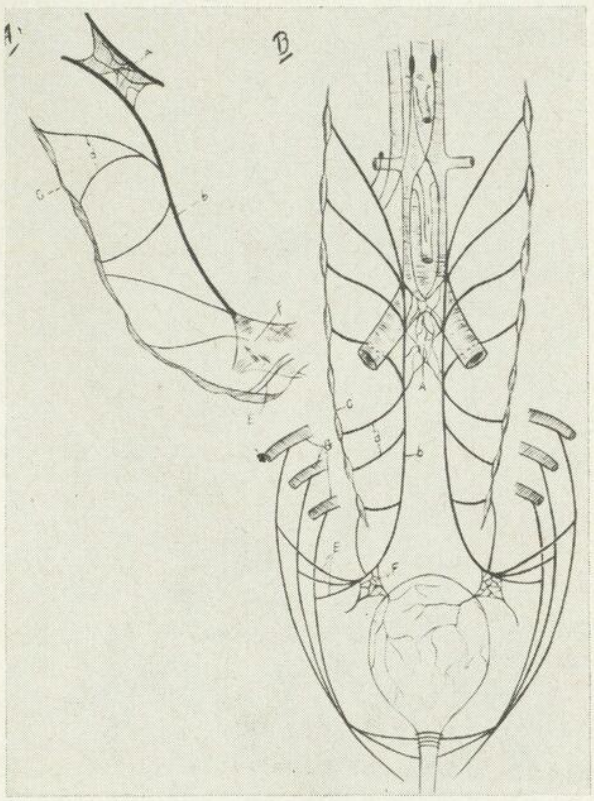


Fig. 2. — Schéma illustrant l'innervation vésicale. A: Nerf présacré. B: Nerf hypogastrique. C: Chaîne ganglionnaire sympathique para-vésicale. D: Branches efférentes de la chaîne ganglionnaire sympathique para-vertébrale. E: Nerfs érecteurs. F: Ganglion ou plexus hypogastrique. G: Nerfs sacrés (para-sympathiques), 2e, 3e, 4e.

honteux interne. Bien que ces éléments nerveux ne puissent être considérés comme des nerfs vésicaux à proprement parler, il nous faut les mentionner étant donné qu'ils assurent les principaux influx au col vésical et jouent un rôle prépondérant dans le fonctionnement du mécanisme sphinctérien.

Il est donc évident que les influx, tant moteurs que sensitifs, sont sympathiques et parasympathiques.

Avec ces données, il nous est plus facile de comprendre les trois états physiologiques normaux de la vessie, qui sont d'abord, le *remplissage*, ensuite la *rétention* normale des urines et enfin la *miction*. Le remplissage de la vessie est assuré par l'élasticité du détrusor qui est contrôlé par cet équilibre parfait qui existe entre l'innervation sympathique et parasympathique; il en est de même pour le phénomène de la rétention normale de l'urine. Pour la miction, on peut ainsi mieux comprendre ce merveilleux travail d'équipe qui se

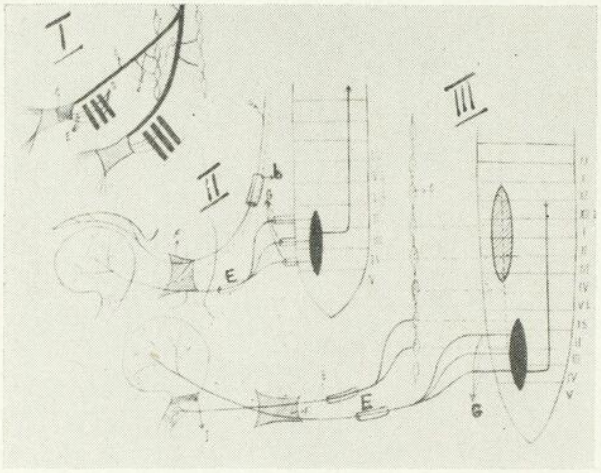


Fig. 3. — Schématisation de l'innervation vésicale. I: Courant nerveux pelvien. II: Nerfs conducteurs de la sensibilité vésicale. III: Nerfs conducteurs de la motricité vésicale. A: Nerf présacré. B: Nerf hypogastrique. CD: Chaîne ganglionnaire sympathique para-vertébrale et branches efférentes. E: Nerfs érecteurs. F: Ganglions hypogastriques. G: Plexus honteux (prenant son origine dans les 2e, 3e et 4e nerfs sacrés). I: Trigone.

fait entre l'innervation du détrusor et celle du système sphinctérien qui sont responsables de la miction normale et qui font de cette fonction un acte conscient, volontaire, complet et indolore.

Ginestié a montré que le plexus intramural autonome est en majorité moteur et que même si ses influx sont secondaires, ils sont en eux-mêmes suffisants pour assurer une miction normale par leur automatisme.

Depuis l'avènement de la radio-cinématographie développée surtout en Europe, tout particulièrement en Angleterre et en France, il nous a été possible de mieux observer le phénomène de la miction. On constate que dans ce phénomène, c'est d'abord le trigone qui se contracte et se soulève tandis que le col vésical s'abaisse pour former un entonnoir, puis c'est le sphincter externe qui se relâche et les parois antérieure, supérieure et postérieure de la vessie, retenues par le volume et la pression, qui s'affaissent lentement et accompagnent la vidange graduelle de la vessie.

Ces données qui précèdent ont toutes été observées et prouvées. (Fig. 3)

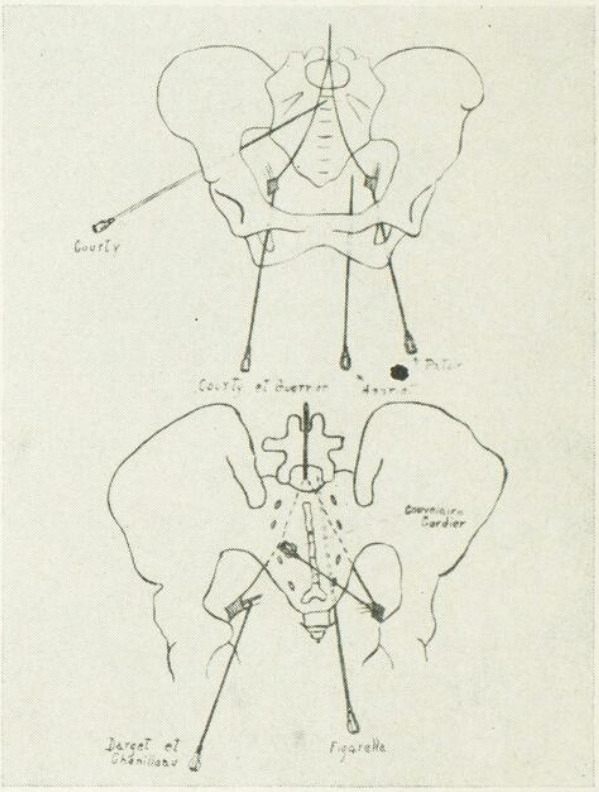


Fig. 4. — Différentes techniques d'infiltration du plexus hypogastrique.

Action chirurgicale possible

Connaissant ces notions précises de l'anatomie et de la physiologie du système nerveux vésical périphérique, il nous vient immédiatement à l'esprit qu'il nous est possible de porter un acte chirurgical direct à ce niveau. Il est donc logique de penser que certains états pathologiques peuvent être soulagés directement en réalisant ni plus ni moins qu'une énervation de la vessie en supprimant les principaux influx moteurs et sensitifs, et ce, tout

particulièrement dans la cystite interstitielle et aussi dans certains cas de tuberculose vésicale chronique qui ne répondent pas au traitement habituel et qui, par leurs douleurs insupportables et cette pollakiurie si intense, rendent intolérable la vie de ces malades qui souffrent et vivent esclaves de leur vessie. Nous savons enfin que cet acte est chirurgicalement possible du fait de la localisation précise du relais périphérique de l'innervation vésicale.[1]

Bien entendu nous vient immédiatement aussi à l'esprit l'idée d'une simple infiltration du ganglion pour tout régler le problème; en effet plusieurs techniques d'infiltration ont été décrites, mais nous pouvons dire, après expériences, qu'aucune d'elles n'est vraiment précise (Fig. 4).

Technique opératoire de l'énervation vésicale

Plusieurs voies d'accès ont été décrites pour aborder les nerfs vésicaux, mais pour l'opération que nous pratiquons, nous utilisons la voie trans-péritonéale qui est, à notre avis, la voie idéale parce que par la même incision, il nous est possible d'accéder au nerf pré-sacré, aux deux nerfs hypogastriques, aux deux nerfs érecteurs et aux deux ganglions hypogastriques.

Dans les cas où on aurait à craindre de trop fortes adhérences à cause de réactions péritonéales antérieures, l'opération est aussi réalisable par deux incisions para-médianes, permettant ainsi d'aborder le tout par la voie rétro-péritonéale.

La technique que nous utilisons est la suivante :

La paratomie médiane, sus-pubienne, suivie de l'ouverture du péritoine. Les anses grêles et le gros intestin sont refoulés dans l'abdomen supérieur de façon à avoir accès à toute la cavité pelvienne. Le péritoine postérieur est ensuite incisé sur le corps de la 5ème vertèbre lombaire, comme pour la neurectomie pré-sacrée, parce que c'est à ce niveau qu'on peut facilement localiser ce nerf pré-sacré qui est le point de repaire le plus précis pour nous guider vers le centre périphérique de l'innervation vésicale. Le nerf pré-sacré est disséqué complètement et chargé sur un catgut, de façon à ce qu'on puisse appliquer un certain degré de tension qui nous aidera dans la dissection des nerfs hypogastriques et nous conduira aux ganglions hypogastriques et aux nerfs érecteurs.

Les nerfs hypogastriques se divisent sur le versant inférieur de la 5ème vertèbre lombaire et se dirigent à droite et à gauche dans le petit bassin, en dedans des uretères et sous la jonction urétéro-vésicale.

Tout d'abord le nerf hypogastrique droit est disséqué; au fur et à mesure que progresse la dissection, on sectionne tous les petits filets nerveux qui viennent de la chaîne sympathique paravertébrale. La dissection se poursuit dans la profondeur du petit bassin avec précaution, de façon à ne pas blesser les vaisseaux importants de la région, et la meilleure façon de faire cette dissection, c'est encore avec le doigt ou avec un tampon monté sur une pince flexible, de façon à pouvoir apprécier toute résistance importante et ne rien déchirer ou arracher. C'est alors qu'on rencontre une lame fibreuse venant de la profondeur qui rejoint postérieurement le ganglion et qui semble le fixer au fond du petit bassin; ce sont les nerfs érecteurs qui sont au nombre de trois, exceptionnellement de quatre. Ces nerfs sont sectionnés entre deux ligatures ou entre deux « clips » et toute la portion supérieure du ganglion est réséquée.

L'intervention est un peu plus difficile sur la gauche à cause du sigmoïde, mais il est relativement facile de ne pas blesser ce dernier, ni de léser son méso, qui abrite la vascularisation. La dissection est donc poursuivie jusqu'à un point où une contre-incision du

1. Bien entendu, comme nous l'avons dit dans la première publication faite sur ce sujet en 1951, loin de nous l'idée de réclamer la primeur de cette opération, car nous croyons que la majorité du crédit va à Richer, qui, en 1929, a été le premier chirurgien à pratiquer une neurectomie érectrice pour soulager les douleurs vésicales.

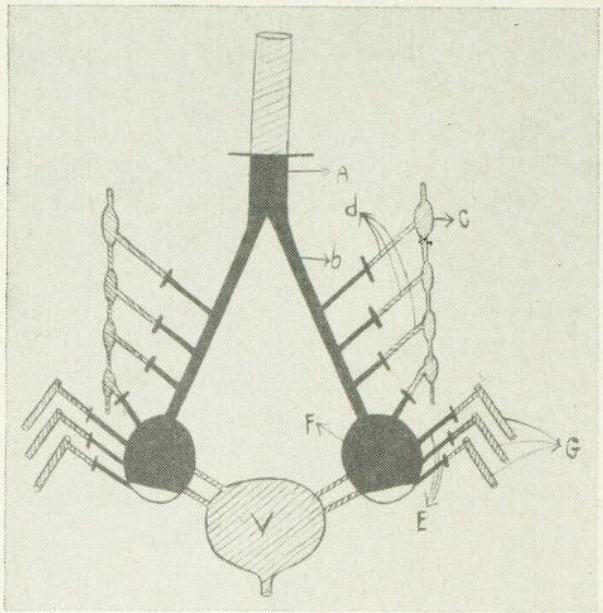


Fig. 5. — Schématisation de l'opération. A: Nerf présacré. B: Nerf hypogastrique. CD: Chaîne ganglionnaire sympathique para-vertébrale et branches efférentes. E: Nerfs érecteurs. F: Ganglions hypogastriques. G: 2e, 3e et 4e nerfs sacrés (plexus honteux). V: Vessie. (N.B.: Toutes les portions foncées sont enlevées).

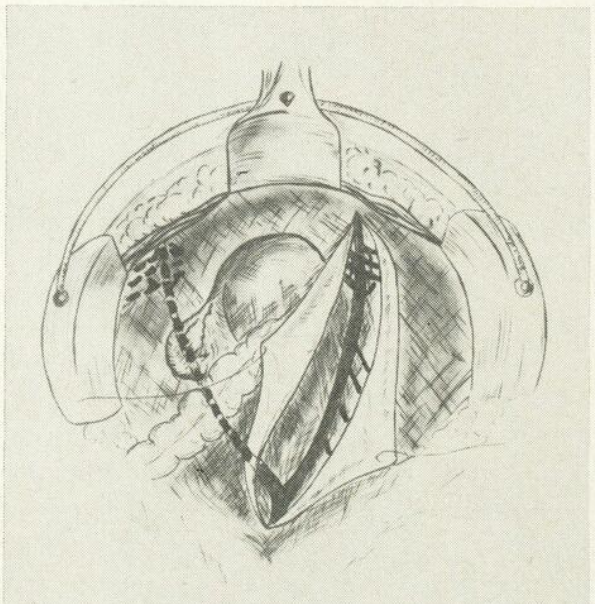


Fig. 6. — Abord du nerf présacré, des nerfs hypogastriques et érecteurs, et du plexus hypogastrique.

péritoine postérieur peut être pratiquée à gauche du sigmoïde, nous permettant ainsi de localiser le nerf hypogastrique gauche et de continuer la dissection en profondeur vers les nerfs érecteurs gauches et le ganglion hypogastrique du même côté. Après la section du tout, les deux paquets nerveux sont amenés en dehors de la cavité pelvienne, le nerf pré-sacré est ligaturé, et tous ces nerfs sont réséqués (Fig. 5, 6).

Habituellement, si l'opération est faite avec doigté et délicatesse, elle est presque exsangue, mais il arrive tout de même parfois que

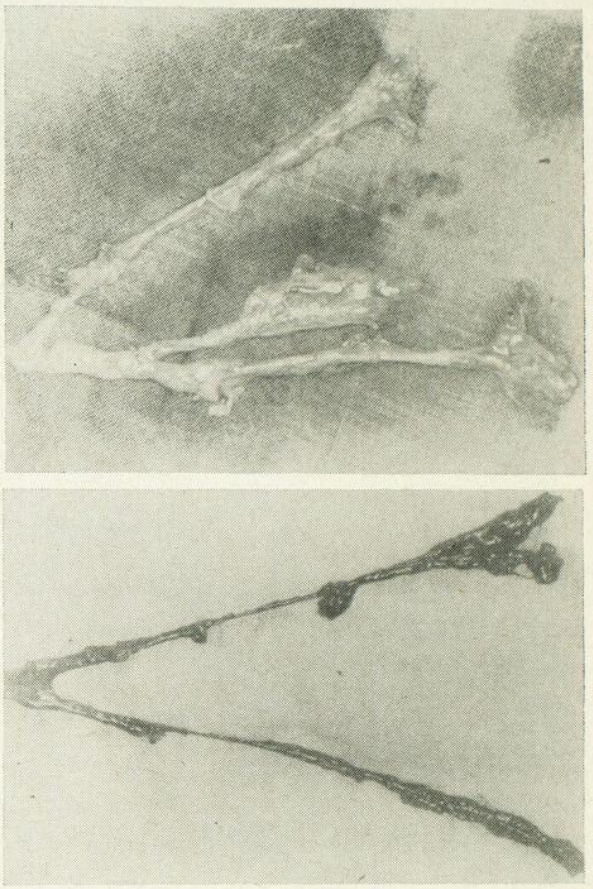


Fig. 7. — Spécimen de nerfs enlevés.

quelques veines soient blessées et saignent. Dans certains cas la ligature est à peu près impossible, à cause de la profondeur; heureusement, quelques minutes de compression sont habituellement suffisantes pour assurer l'hémostase qui peut ensuite être maintenue par une lame de « gelfoam » résorbable. Le péritoine postérieur est ensuite refermé par surjet; on ferme ensuite le péritoine antérieur de la même façon puis la paroi abdominale sans drainage. Une sonde à demeure est installée et laissée dans la vessie pendant 5 à 8 jours et entretenue avec les soins usuels.

Dans les deux figures qui suivent (fig. 7) nous pouvons voir deux specimens photographiques de nerfs et de ganglions prélevés à l'opération.

Nous avons à date pratiqué cette intervention 30 fois, et dans 4 cas seulement, à cause de difficultés locales, il nous a été impossible de réaliser une énervation vésicale complète. Dans un premier cas, il existait de très larges et fortes adhérences entre le sigmoïde et l'utérus rendant impossible la dissection du nerf hypogastrique gauche et la section des nerfs érecteurs de ce côté. Dans le second cas, la malade avait subi une neurectomie pré-sacrée antérieurement, et à cause de notre manque d'expérience dans le temps, il nous a été impossible de localiser les nerfs hypogastriques. Dans un troisième cas, à cause d'une pelvi-péritonite antérieure, il nous a été impossible d'atteindre les nerfs érecteurs et le ganglion à gauche. Finalement, chez une patiente qui avait présenté une pelvi-péritonite tuberculeuse, 30 ans auparavant, il nous a été impossible de faire plus qu'une section du nerf pré-sacré.

Dans tous les autres cas, l'opération a été complète.

Indications de l'opération

Les trois indications bien précises de cette énervation vésicale sont trois affections bien distinctes :

1 — *La cystite interstitielle* avec ou sans *ulcère de Hunner.*

2 — *La cystite tuberculeuse* non soulagée par le traitement habituel, mais où la vessie conserve une capacité suffisante.

3 — Nous croyons, bien que nous n'ayons pas d'expérience dans ces cas, que l'opération peut avoir ses indications aussi, dans certains types de *cystite par irradiation.*

Par ailleurs, nous croyons que cette opération qui donne d'excellents résultats dans les cas cités plus haut, *ne pourrait donner les mêmes résultats* dans les douleurs provoquées par *les cancers de la vessie*, à cause de l'envahissement du voisinage par le processus néoplasique, pas plus d'ailleurs que dans les « *petites vessies contractées* », tuberculeuses ou autre, *parce que l'épaisseur et la sclérose du détrusor ne permettraient pas la reprise de la capacité vésicale normale*, étant donné que le détrusor a complètement perdu son pouvoir d'extensibilité dans ces cas.

Avant de poser les indications de cette opération et décider le geste opératoire, il faut procéder par élimination. Il est donc très important de faire une investigation urologique minutieuse et complète, de façon à éliminer toute autre pathologie qui pourrait être traitée autrement. Il nous faut porter une attention toute particulière au col vésical, éliminer toutes les infections chroniques de l'urèthre postérieur et de la prostate, de même que des vésicules séminales. Chez la femme, il faut porter une attention toute particulière à l'urèthre de façon à ne pas laisser passer inaperçu, comme cela nous est arrivé une fois, un petit diverticule uréthral infecté, qui peut donner beaucoup d'ennuis et des douleurs insupportables qui seront facilement soulagées par la banale diverticulectomie uréthrale. Il nous faut éliminer aussi les troubles vésicaux entretenus par un cystocèle, par une cristallurie ou par une infection chronique de même que certains types de cystites endocriniennes qui peuvent être traités autrement et guéris.

Tous les malades que nous avons opérés avaient subi antérieurement tous les traitements locaux et généraux possibles, en dehors de la dérivation des urines par urétérostomie cutanée, urétéro-sigmoïdostomie ou intestino-cystoplastie. Ils avaient subi des électrocoagulations, des distentions vésicales sous rachianesthésie, des résections d'ulcères, des nitratations vésicales et tous les types d'instillations possibles; certains avaient reçu de l'ACTH, d'autres de la Cortisone, etc... etc... Il nous faut par ailleurs admettre que le Clorpactin 90, qui est un bactéricide, nous a donné certains résultats quand la cystite interstitielle était accompagnée de lésions infectieuses.

Résultats

Nous avons opéré 25 cas de cystite interstitielle avec ou sans ulcère de Hunner, et 5 cas de tuberculose vésicale chronique qui ne répondaient pas au traitement habituel, mais chez qui le détrusor avait conservé encore un degré suffisant d'élasticité et de pouvoir expansif, le tout contrôlé sous anesthésie.

Voici la série de nos cas et les résultats obtenus chez chacun d'eux.

TABLEAU DES CAS OPERES

*		*Sexe*	*Age*	*Année*	*Diagnostic*	*Opération*	*Résultats*
Cas I	Sr M.B. de C.	F.	35	Déc. 1946	C.I.	N.P.S., N.H.D., N.H.G., N.E.D.	Amélioration
Cas II	A.J.	F.	62	Fév. 1947	C.I. & H.	N.P.S.	Non-amélioré
Cas III	F.B.	F.	38	Mai 1947	C.I.	N.P.S., N.H.D., N.H.G., N.E.D.,	Amélioration
Cas IV	S.S.	F.	42	Fév. 1948	C.I. & H.	N.P.S., N.H.D., N.H.G., N.E.D., N.E.G.	Guérison
Cas V	L.L.	F.	40	Mai 1948	C.I. & H.	N.P.S., N.H.D., N.H.G., N.E.D., N.E.G.	Guérison
Cas VI	D.L.	F.	51	Juin 1948	H.	N.P.S., N.H.D., N.H.G., N.E.D., N.E.G.	Guérison
Cas VII	E.G.	M.	34	Déc. 1948	T.B.	N.P.S., N.H.D., N.H.G., N.E.D., N.E.G.	Guérison
Cas VIII	J.B.	F.	66	Mars 1949	C.I. & H.	N.P.S.	Non-amélioré
Cas IX	F.B.	M.	25	Janv. 1950	T.B.	N.P.S., N.H.D., N.H.G., N.E.D., N.E.G.	Guérison
Cas X.	J.P.B.	F.	65	Sept. 1950	C.I. & H.	N.P.S., N.H.D., N.H.G., N.E.D., N.E.G.	Guérison
Cas XI	L.G.B.	M.	37	Déc. 1950	C.I. & H.	N.P.S., N.H.D., N.H.G., N.E.D., N.E.G.	Guérison
Cas XII	P.L.	M.	22	Fév. 1951	T.B.	N.P.S., N.H.D., N.H.G., N.E.D., N.E.G.	Guérison
Cas XIII	Sr St.E.	F.	49	Mars 1951	C.I.	N.P.S., N.H.D., N.H.G., N.E.D., N.E.G.	Guérison
Cas XIV	J.P.	M.	35	Mai 1952	T.B.	N.P.S., N.H.D., N.H.G., N.E.D., N.E.G.	Guérison
Cas XV	Sr M. de S.	F.	47	Sept. 1952	C.I. & H.	N.P.S., N.H.D., N.H.G., N.E.D., N.E.G.	Guérison

		Sexe	*Age*	*Année*	*Diagnostic*	*Opération*	*Résultats*
Cas XVI	A.L.	F.	49	Sept. 1952	C.I. & H.	N.P.S., N.H.D., N.H.G., N.E.D., N.E.G.	Guérison
Cas XVII	H.V.	F.	43	Avril 1953	C.I. & H.	N.P.S., N.H.D., N.H.G., N.E.D., N.E.G.	Guérison
Cas XVIII	J.L.G.	M.	37	Nov. 1953	T.B.	N.P.S., N.H.D., N.H.G., N.E.D., N.E.G.	Guérison
Cas XIX	M.T.	F.	34	Déc. 1953	C.I. & H.	N.P.S., N.H.D., N.H.G., N.E.D., N.E.G.	Guérison
Cas XX	Sr S.	F.	45	Janv. 1954	C.I. & H.	N.P.S., N.H.D., N.H.G., N.E.D., N.E.G.	Guérison
Cas XXI	Sr M.R.	F.	40	Juil. 1955	C.I.	N.P.S., N.H.D., N.H.G., N.E.D., N.E.G. (6)	Guérison
Cas XXII	A.B.	F.	51	Nov. 1955	H.	N.P.S., N.H.D., N.H.G., N.E.D.,	Amélioration
Cas XXIII	E.A.	F.	63	Mars 1956	C.I. & H.	N.P.S., N.H.D., N.H.G., N.E.D., N.E.G.	Guérison
Cas XXIV	E.R.F.	F.	40	Mai 1956	C.I.	N.P.S., N.H.D., N.H.G., N.E.D., N.E.G. (7)	Amélioration
Cas XXV	Sr St-F.	F.	28	Juil. 1956	C.I.	N.P.S., N.H.D., N.H.G., N.E.D., N.E.G.	Guérison
Cas XXVI	T.M.	F.	63	Janv. 1957	C.I. & H.	N.P.S., N.H.D., N.H.G., N.E.D., N.E.G.	Guérison
Cas XXVII	H.N.	F.	68	Juil. 1957	C.I. & H.	N.P.S., N.H.D., N.H.G., N.E.D., N.E.G.	Guérison
Cas XXVIII	A.L.	F.	56	Nov. 1957	C.I. & H.	N.P.S., N.H.D., N.H.G., N.E.D., N.E.G.	Guérison
Cas XXIX	B.T.	F.	58	Mars 1958	C.I.	N.P.S., N.H.D., N.H.G., N.E.D. N.E.G.	Guérison
Cas XXX	C.B.	F.	61	Mai 1958	C.I. & H.	N.P.S., N.H.D., N.H.G., N.E.D. N.E.G.	Guérison

* N.P.S.: Neurectomie pré-sacrée
N.H.D.: Neurectomie hypogastrique droite
N.E.D.: Neurectomie érectrice droite
N.E.G.: Neurectomie érectrice gauche
N.H.G.: Neurectomie hypogastrique gauche
C.I.: Cystite interstitielle
H.: Ulcère de Hunner
T.B.: Tuberculose

(1) Adhérences entre le sigmoïde et l'utérus
(2) Neurectomie pré-sacrée 10 ans auparavant
(3) Adhérences
(4) Décédé en 1953 de tuberculose généralisée
(5) Décédé en 1954 de tuberculose généralisée
(6) Cystite interstitielle apparue 5 ans après néphrectomie pour tuberculose rénale droite.
(7) Col vésical contracté et sclérosé nécessitant une résection.

Nous avons supprimé les douleurs vésicales et la pollakiurie intense chez 24 des 30 malades que nous avons opérés par ce procédé, ce qui fait une proportion de 80%; plusieurs d'entre eux ne se lèvent plus la nuit pour uriner et n'urinent que 4 à 5 fois le jour sans douleur. Nous avons soulagé 4 malades, c'est-à-dire 13.3% et chez deux autres, soit 6.7%, nous n'avons eu aucun résultat. Nous devons tout de même tenir compte du fait que dans ces derniers cas, l'opération n'a été ni satisfaisante ni complète.

Chez les 24 malades, où nous avons eu la certitude d'avoir pratiqué une énervation vésicale complète, les résultats furent excellents. Dans les 4 cas où nous n'avons pu réaliser qu'une neurectomie érectrice et hypogastrique unilatérale, nous avons observé un certain degré de soulagement, tandis que chez les deux autres patients, une, chez qui il nous a été impossible de localiser les nerfs et l'autre, chez qui nous avons réalisé une neurectomie pré-sacrée seulement, nous n'avons eu aucun résultat.

Suites opératoires immédiates

Les résultats dans les cas où l'opération a été complète furent immédiatement dramatiques, parce que le patient au réveil ne sentait plus sa vessie; toutes les douleurs étaient disparues et ceci avec une sonde à demeure qui est habituellement intolérable pour ces malades à cause du ténesme douloureux constant qu'elle provoque.

Immédiatement après l'opération, toutes les sensations normales de la vessie sont disparues, et quand la sonde est enlevée après 5 à 8 jours, dans la majorité des cas, les malades urinent spontanément et vident leur vessie en totalité ou presque; en effet, dans certains cas, il y a un certain degré de résidu, mais celui-ci n'a jamais dépassé 30 à 40 c.c., excepté chez le 24ème cas, où il faudra pratiquer une résection endoscopique du col vésical qui est rigide et à peu près immobile. En aucun cas, avons-nous observé de l'incontinence.

La sensation de réplétion vésicale se manifeste comme une sensation de gonflement dans la région hypogastrique, et la miction se fait volontairement avec l'aide et la contraction des muscles abdominaux et périnéaux. La majorité de nos malades ont subi une cystoscopie avant de quitter l'hôpital, et nous avons pu observer, outre la régression partielle des lésions, que la vessie avait repris, ou à peu de chose près, sa capacité normale et qu'elle était indolore à la distention en dehors de cette sensation non douloureuse de gonflement hypogastrique que nous avons mentionné plus haut.

Suites opératoires tardives

Ces malades furent revus et suivis. Dans les cas de cystite interstitielle ou de Hunner, les ulcères sont disparus et la muqueuse a repris un aspect normal. Dans les cas de tuberculose, certains ulcères étaient complètement guéris, et dans un cas, il nous a été possible de stériliser les urines complètement par le traitement médical habituel qui avait toujours échoué antérieurement.

Soit dit en passant qu'un fait m'a toujours surpris, c'est ce nom d'érecteurs qu'on a donné aux nerfs venant du plexus honteux; en effet, en aucun cas, après leur section, les érections ont été influencées. Ce détail devrait être ré-étudié, étant donné que le seul fait qui nous est arrivé de noter, ce fut l'absence d'éjaculation qui s'observe aussi assez fréquemment après l'opération de Smithwick.

Discussion

Comment agit cette opération sur la vessie elle-même en dehors du fait qu'elle fait disparaître la douleur et la pollakiurie ?

Nous croyons que dans la cystite de Hunner, qui est d'origine neurotrophique, la sympathectomie, parce qu'en fait c'est une sympathectomie que nous réalisons, provoque une vaso-dilatation régionale avec une augmentation de l'apport sanguin qui aide ainsi à la cicatrisation de ces lésions.

Dans les vessies tuberculeuses, nous avons cette même action, mais renforcée par le fait que la vessie ne se vide qu'à intervalle plus distancé, a plus de repos et de ce fait les

antibiotiques ont un contact plus prolongé avec les bacilles; il s'ensuit un renforcement de l'action bactériostatique d'où la régression des ulcères.

Dans un autre ordre d'idée, avec ces faits connus, il nous est possible d'aller plus loin et de penser que dans certains cas de vessie neurogène, étudiés sous cet aspect neurologique, il nous sera possible un jour d'obtenir de meilleurs résultats que ceux que nous obtenons actuellement, parce qu'il n'y a pas l'ombre d'un doute, qu'une vessie, privée de son innervation, peut, à cause de son automatisme, se vider normalement, à condition qu'il n'y ait pas d'obstacle au col vésical ou à un niveau quelconque de l'urèthre. Il nous sera sûrement possible de soulager et même de guérir certains cas de vessie spastique en dirigeant notre action sur l'un ou l'autre des influx nerveux, c'est-à-dire le sympathique ou le parasympathique, de façon à réétablir l'équilibre entre ces deux influx qui aurait pu être brisé par un traumatisme ou une autre cause.[3]

Conclusions et résumé

Au cours de notre expérience des douze dernières années avec cette opération, il nous est arrivé de soulager la majeure partie de ces malades qui étaient complètement invalidés par leur infirmité. Nous avons tout particulièrement en mémoire deux cas : le premier, un homme que nous avons recueilli dans un hôpital d'incurable où il séjournait depuis cinq ans, et qui est maintenant marié et travaille comme technicien dans un laboratoire hospitalier local; le second, une religieuse, invalidée pendant quatre ans, qui est maintenant supérieure d'un hôpital provincial.

Il s'en suit donc que, connaissant la majeure partie de l'anatomie et de la physiologie de l'innervation vésicale, nous savons qu'il est possible de porter un acte chirurgical directement sur cette innervation, que la vessie peut être isolée du système nerveux médullaire et central et tout de même conserver sa fonction normale à cause de son automatisme qui est suffisant pour assurer son fonctionnement normal.

D'après notre expérience, c'est le seul traitement qui a guérir d'une façon permanente un cas de cystite interstitielle et qui a soulagé jusqu'à un certain point certains cas de tuberculose vésicale chronique chez qui le traitement habituel ne donnait pas de résultats, bien entendu, en dehors de la dérivation des urines, soit par urétérostomie cutanée, urétérosigmoïdostomie, ou par intestino-cysto-plastie, opérations qui, à notre avis, devraient être réservées aux cas où il faut une chirurgie plus radicale et où la vessie doit être sacrifiée.

En résumé, on peut conclure que *l'énervation vésicale est une opération logique, basée sur des faits anatomiques et physiologiques précis qui sont sanctionnés et prouvés par des résultats cliniques indéniables et tangibles.* Nous devons donc être grandement reconnaissants à Richer, à Ginestié et à tous ceux qui ont, par leur travail monumental, rendu cette opération possible avec les résultats heureux qu'elle procure.

Résumé

L'auteur revoit brièvement l'anatomie et la physiologie du système nerveux périphérique vésical. Il discute ensuite des actes chirurgicaux possibles, décrit la technique opératoire de l'énervation vésicale, pose les indications de l'opération et analyse les résultats obtenus chez 30 malades opérés pour cystite interstitielle et tuberculose vésicale.

Les observations faites dans les suites opératoires immédiates de même que dans les suites opératoires tardives sont rapportées.

L'auteur conclut que l'opération est logique et réalisable et que dans l'ensemble elle est justifiée par les résultats obtenus.

Summary

The author reviews briefly the anatomy and the physiology of the peripheric bladder nervous system. He discusses the possible surgical action on this nervous system, describes the technique of bladder

3. Ce problème sera le sujet d'un prochain travail actuellement en préparation.

denervation, discusses the different indications of the operation and the results obtained in 30 cases.

Observations made of the immediate post-operative comportment and of the late post-operative results are discussed.

The author also discusses the physiological aspects of the operation and concludes that the operation is logical and justified by the results obtained in the 30 cases.

BIBLIOGRAPHIE

W. J. BAKER et E. C. GROF: Interstitial Cystitis. *J. of Urology*, **72**: 646 (oct.) 1954.

J. BALFOUR et G. J. ANKENNAN: Atonic Neurogenic Bladder as a Manifestation of Diabetic Neuropathy. *J. of Urology*, **76**: 746 (déc.) 1956.

J. B. BARRINGTON: Localization of the paths. of micturation in the spinal cord of the cat. *Brain*, **56**: 148, 1933.

BEATTIE et KERR: Effects of diencephalic stimulation on urinary bladder tonus. *Brain*, **59**: 302, 1936.

BERRY et BERRY: Exudative Cystitis. *J. Urology*, **57**: 260, 1947.

F. BILGER et C. STOLL: Contribution au traitement des cystalgies par les infiltrations du ganglion hypogastrique. *J. Urol.*, **55**: 22, 1949.

BORNS: Treatment of Interstitial Cystitis. *Urol. and Cut.*, **51**: 416, 1947.

E. BORS, K. T. MA et R. B. PARKER: Some Modalities of Bladder Sensation. *J. of Urol.*, **76**: 566 (nov.) 1956.

E. BORS: Bladder Disturbances and the Management of Patients with Injury of the Spinal Cord (Abstract and Discussion). *J. Int. Coll. of Surgeons*, **22**: 61 (juillet) 1954.

E. BORS: Topical Anesthesia of Vesical Mucosa in Management of Neurogenic Bladder. *J. of Urology*, **79**: 431 (mars) 1958.

E. BORS: Some New Myologic and Neurologic Concepts of the Human Urinary Bladder. *Int. Coll. of Surgeons*, **30**: 324 (sept.) 1958.

J. P. BOURQUE: Surgical Management of the Painful Bladder. *J. of Urol.*, **65**: 25, 1951.

E. H. BURFORD et C. E. BURFORD: Hunner Ulcer of Bladder. *The J. of Urology*, **79**: 952 (juin) 1958.

J. E. BOWERS et J. K. LATTIMER: Interstitial Cystitis. *Surg., Gynec. and Obst.*, **105**: 313 (oct.) 1957.

CHAUVIN: Résection du nerf présacré pour cystalgie persistante à la suite d'une infection intravésicale de Glycérine. *Presse Médicale*, **61**: 1034, 1930.

J. C. CHEETHAM: Presacral Neurectomy for relief of certain types of bladder dysfunction and pain. *J. Urol.*, **37**: 148, 1937.

CIBERT, CAVAILHER et HUC: Opération de Richer. *J. Urol.*, **51**: 122, 1943.

G. COLTE: Technique of Presacral Neurectomy. *Am. J. Surgeons*, **78**: 50, 1949.

COUVELAIRE et LECA: Documents sur le traitement des ulcères trophiques de la vessie. *J. Urol.*, **67**: 806, 1951.

R. DARGET: Résultat éloigné d'une section par voie sacrée des nerfs érecteurs pour cystite rebelle grave. *J. Urol.*, **57: 841, 1951.**

R. DARGET: Les cystites invétérées et leur traitement par l'énervation chirurgicale de la vessie. *J. Urol.*, **58**: 69, 1952.

R. DARGET: Treatment of Inveterate Cystitis. *J. Int. Coll. of Surg.*, **11**: 49, 1948.

DARGET et BALLANGER: La section du plexus honteux dans les cystites invétérées. *J. Urol.*, **55**: 426, 1949.

DARGET, BELANGER et PIEG: Section par voie sacrée des nerfs érecteurs dans les cystites invétérées. Techniques et résultats. *J. Urol.*, **56**: 548, 1950.

DARGET et CHENILLEAU: Infiltration novocaïnique des nerfs érecteurs par voie para-sacrée. *J. Urol.*, **52**: 284, 1944.

DARGET, DUVERGEY et SALSARK: Deux nouveaux cas d'opération de Richer. *J. Urol.*, **53**: 41, 22, 1946.

DARGET, ILLES et BALLANGER: Techniques nouvelles d'énervation de la vessie dans les cystites invétérées. *J. Urol.*, **55**: 948, 1949.

DAVIS: Anilin Dyes in the Treatment of Hunner Ulcer. *J. Urol.*, **46**: 899, 1941.

DENNY-BROWN et ROBERTSON: Physiology of micturation. *Brain*, **56**: 188, 1933.

DODSON: Hunner's Ulcer of the Bladder. *Surg., Gynec. and Obst.*, **44**: 45, 1927.

H. L. DOUGLAS: Excision of the Superior Hypogastric Plexus in the Treatment of intractable Intestitial Cystitis. *Am. J. Surg.*, **25**: 249, 1934.

EATON: Hunner Ulcers of Female Bladder. *Urol. and Cut.*, **46**: 304, 1942.

ECKER et LAURIE: Bladder Control: Brief Review. *J. Urol.*, **45**: 397, 1941.

EIKNER: Interstitial Cystitis. *Urol. and Cut.*, **45**: 385, 1941.

T. R. ELLIOTT: The Innervation of the Bladder and Urethra. *J. Phys.*, **35**: 367, 1906-07.

EMMET: Typical Symptoms of Interstitial Cystitis. *Proc. of Staff Mayo Clinic*, **17**: 26, 1942.

S. M. FISTER: Similarity of Interstitial Cystitis to Lupus Erythematosis. *J. Urol.*, **40**: 37, 1938.

FOLSON: Trans-Vesical Alcoholic Injections for Hunner Ulcer of Bladder. *J. Urol.*, **37**: 808, 1937.

FOWLER: Ulcère de la vessie, type Hunner. *J. Urol.*, **31**: 521, 1931.

J. GINESTIE: Innervation sensitivo-motrice de la vessie. *J. Urol.*, **46**: 497, 1938.

J. GOETHALS-BORIN: Opération de Richer pour cystite par tuberculose rénale bilatérale. *Presse Médicale*, **50**: 725, 1942.

HIGGINS: Ulcère de Hunner de la vessie. *J. Urol.*, **31**: 521, 1931.

J. R. HONEL: Interstitial Cystitis. *J. Urol.*, **61**: 291, 1949.

HOWARD: Presacral Opinions on Interstitial Cystitis. *J. Urol.*, **51**: 526, 1944.

HOYT: Interstitial cystitis treated by Cortisone. *J. Urol.*, **67**: 899, 1952.

HUNNER: Elusive Ulcer of the Bladder; further notes on a Rare Type of Bladder Ulcer, with a Report of 25 Cases. *Surg., Gynec. and Obst.*, **28**: 81, 1919.

E. H. INGERSOLL, L. L. JONES et E. S. HEGRE: Urinary Bladder Response to Unilateral Stimulation of Pelvic-Nerves. *Urol. Survey*, **6**: 52 (fév.) 1956.

JACOBSON, BRAASCH et LOVE: Presacral Neurectomy for Intractable Vesical Pain and Neurogenic Vesical Dysfunction. *Surg., Gynec. and Obst.*, **79**: 21, 1944.

KAUZNETSKY: De l'ulcère dit de "Hunner" de la vessie. *J. Urol.*, **27**: 457, 1929.

KREUTZMAN: Treatment of Hunner's Ulcer with Deep X-Rays Therapy. *J. Urol.*, **46**: 907, 1941.

LANGWORTHY, REEVES et TAUBER: Autonomic control of the urinary bladder. *Brain*, **57**: 266, 1934.

LANGWORTHY, LEWIS et DEES: Behavior of the Human Bladder from Cerebral Control. *J. Urol.*, **36**: 576, 1936.

LATARGET, BONNET: Plexus hypogastrique chez l'homme. *Lyon Chir.*, **9**: 619, 1913.

LATARGET et ROCHET: Plexus hypogastrique chez la femme. *Gyn. and Obst.*, **6**: 225, 1922.

A. LEARMOUTH: Valeur de la neuro-chirurgie dans certaines lésions vésicales. *Arch. Mal. Reins et Org. G. Ur.*, **6**: 668, 1932.

LEARMOUTH: Neurosurgery in Treatment of Diseases of Urinary Bladder. *J. Urol.*, **25**: 531, 1931.

LEARMOUTH: Neurosurgery in Treatment of Urinary Bladder. *J. Urol.*, **25**: 13, 1927.

LEARMOUTH: Neurosurgery in Diseases of the Urinary Bladder. *Am. J. Surg.*, **16**: 270, 1932.

LEARMOUTH: Valeur de la neuro-chirurgie sur quelques lésions vésicales. *J. Urol.*, **34**: 337, 1932.

LEICHTENSTERN (Vinne): *Wiener klin. Wocheschr.*, **33**: 1248, 1912. Trans. by A. Lumière: Innervation centrale de la vessie. *J. Urol.*, **2**: 595, 1912.

MacDONALD: Pre-Sacral Sympathectomy and Urinary Bladder. *B. J. Urol.*, **6**: 119, 1934.

MARION: De la pathogénie et du traitement de certaines cystalgies. *J. Urol.*, **25**: 7, 1928.

McDONALD, W. E. UPCHURCH et C. E. STURDEVANT: Interstitial Cystitis in Children. *J. of Urol.*, **70**: 890 (déc.) 1953.

MEADS: Ulcère de Hunner. *J. Urol.*, **40**: 200, 1935.

W. A. MELNER et W. B. GARLICK: Selective Sacral Neurectomy in Interstitial Cystitis. **J.** *Urol.*, **78**: 600 (nov.) 1957.

MICHON: Enervation vésicale. Opération faite par Richer. *J. Urol.*, **51**: 79, 1943.

MOMBAERT: Les cystalgies et les cystoplasties. *Presse Médicale*, **61**: 492, 1953.

M. K. MOULDER et A. M. MEIROWSKY: Management of Hunner's Ulcer by Differential Sacral Neurotomy. *J. of Urol.*, **75**: 261 (fév.) 1956.

R. M. NESBIT: Chordotomy for Interstitial Cystitis. *J. Urol.*, **57**: 74, 1947.

R. M. NESBIT et McLELLAN: Sympathectomy for the relief of vesical spasm and pain resulting from intractable bladder infection. *Surg., Gynec. and Obst.*, **57**: 741, 1947.

ORWAND: Interstitial Cystitis. *J. Urol.*, **33**: 576, 1935.

PAQUIN: Effect of Pituitary Adrenocortica trophic Hormone in Interstitial Cystitis. *J. Urol.*, **68**: 787, 1953.

F. L. PEARL et B. STRAUSS: Presacral Neurectomy and Sacral Ganglionectomy in Affections of the Bladder. *J. Urol.*, **39**: 645, 1938.

I. PETERSON et C. FRANKSON: The Sensory Innervation of the Urinary Bladder. *Urol. Int.*, **1**: 108, 1955.

C.J. PINARD: Interstitial Cystitis. *Urol. Cut.*, **45**: 604, 1941.

POOL et RIVES: Interstitial Cystitis: Treatment with Silver Nitrat. *J. Urol.*, **51**: 520, 1944.

POWELL: Studies of the Etiology of Hunner Ulcer. *J. Urol.*, **53**: 823, 1945.

POWELL: Treatment of Hunner Ulcer. *Urol. and Cut.*, **53**: 397, 1949.

T. O. POWELL: Interstitial Cystitis. *J. Int. Coll. of Surg.*, **23**: 571 (mai) 1955.

T. O. POWELL: L'ulcère de Hunner. *Presse Médicale*, **58**: 1393, 1950.

RAE: Infiltration Treatment of Hunner's Ulcer. *J. Urol.*, **65**: 1021, 1951.

L. W. RIBA: Role of Lymphatis in Interstitial Cystitis. **J.** *Urol.*, **79**: 942 (juin) 1958.

RICHER: Résection des nerfs érecteurs. *J. Urol.*, **50**: 197, 1942.

V. RICHER: Traitement des cystites tuberculeuses rebelles et des cystalgies néoplastiques par la section des nerfs érecteurs. *J. Urol.*, **39**: 60, 1935.

V. RICHER: Enervation vésicale. *Presse Médicale*, **40**: 1580, 1932.

V. RICHER et J. GINESTIE: Chirurgie du système nerveux vésical. Rapport du XLII Congrès Français d'Urologie, Paris, 4-8 oct. 1948. *Presse Méd.*, **62**: 742, 1948.

RITCH: Cystitis in the Female: Interstitial Cystitis. *Urol. and Cut.*, **34**: 235, 1950.

ROCHET et LATARGET: Etude sur les voies d'abord chirurgicales du plexus hypogastrique et de son ganglion. *Lyon Chir.*, **10**: 549, 1913.

ROCHET: Traitement chirurgical des cystites douloureuses. *Lyon Chir.*, **18**: 462, 1921.

D. K. ROSE: Physiology of the Bladder. *J. Urol.*, **43**: 190, 1940.

ROSS: Padental Neurectomy in the Treatment of the Bladder in Spinal Injury. *Brit. J. of Urology*, **25**: 45, 1953.

SCUTLER: Cystalgie guérie par la résection des nerfs présacrés. *Presse Médicale*, **35**: 135, 1927.

SEAMAN: Interstitial Cystitis. *J. Urol.*, **63**: 108, 1950.

SENGEN et ROTHFELD: On Sensation of the Bladder. *Urol. and Cut. Rev.*, **51**: 454, 1947.

SMITH: Interstitial Cystitis. *J. Urol.*, **67**: 903, 1952.

E. SMITH et F. D. CONROY: Interstitial Cystitis. *Can. Med. J.*, **45**: 342, 1941.

TAHARA et Coll.: Acute Interstitial Cystitis. *J. Urol.*, **56**: 535, 1946.

THIERMANN et DARGET: Au sujet de la résection des nerfs érecteurs par voie sacrée. *J. Urol.*, **57**: 65, 1951.

THOMPSON et Coll.: Interstitial Cystitis of Men. *J. A. U. A.*, **126**: 825, 1944.

G. H. TWONBLY et LANDERS: The Innervation of the Bladder with Reference to Radical Hysterectomy. *Urol. Survey*, **6**: 355 (oct.) 1956.

VAN DUZEN: Alpha-Tocopherol in Treatment of Interstitial Cystitis. **J.** *Urol.*, **65**: 1033, 1951.

VASE et DIZON: Carcinoma of the Bladder and Interstitial Cystitis. *J. Urol.*, **59**: 580, 1948.

WEHBEIN: Ulcère de Hunner à symptômes normaux. *Arch. Mal. Reins of G.U.*, **4**: 731, 1930.

WERTHEIMER et MICHON: Névrotomie du nerf honteux interne. *J. Chir.*, **31**: 497, 1928.

W. N. WESTBOARD, Jr. et M. H. NOUR: Use of Clorpactin for Relief of Symptoms due to Interstitial Cystitis. *J. of Urol.*, **77**: 420 (mars) 1957.

L. J. ZIMMERMAN: The neuromuscular physiology of the Detrusor Muscle of the Urinary Bladder. *J. of Urol.*, **40**: 766, 1938.

ÉTUDE DIAGNOSTIQUE DE L'INSUFFISANCE MITRALE

INTÉRÊT DE L'OPACIFICATION VENTRICULAIRE GAUCHE PAR CATHÉTÉRISME RÉTROGRADE À PARTIR DE LA FÉMORALE.

R. LEGRAND, M. LINQUETTE, J. DESRUELLES (Lille).

Le problème du diagnostic de l'Insuffisance Mitrale organique est sans doute l'un de ceux qui ont suscité les controverses les plus passionnées, l'âpreté des discussions résultant en grande partie des divergences d'interprétation de la valeur de la séméiologie.

L'Insuffisance Mitrale se définissant comme l'incontinence de la valvule avec régurgitation auriculaire, D. Routier et Meriel ont pu soutenir que le diagnostic de l'I.M. n'était pas du domaine de l'auscultation, mais ne peut être affirmé que par la radioscopie qui montre une expansion systolique de l'oreillette.

Dans ces conditions, différents auteurs ont constaté que des souffles classiques d'I.M., c'est-à-dire des souffles rudes en jet de vapeur, à siège axillaire avec irradiation dans l'aisselle, pouvaient s'entendre en l'absence de toute régurgitation auriculaire visible, et qu'au contraire ils pouvaient manquer en cas d'expansion systolique et d'atteinte mitrale indiscutable constatée à l'examen nécropsique.

Mais Froment réagissait contre cette conception et tentait de réhabiliter l'auscultation, tout en faisant la critique de la radiologie. Notamment il insistait sur la possibilité de l'expansion systolique de l'oreillette en l'absence d'I.M., par refoulement et soulèvement du plancher valvulaire. Toutefois il reconnaissait la possibilité d'I.M. sans traduction stéthacoustique.

Les discussions, d'ailleurs d'intérêt strictement académique, se seraient sans doute éternisées, les adversaires restant sur leurs positions, si la chirurgie du Rétrécissement Mitral n'avait apporté les éléments décisifs qui manquaient, en permettant les observations sur le vivant. En effet, au cours de la commissurotomie, le reflux systolique du sang est parfaitement perçu par le chirurgien qui en dernier ressort affirme le diagnostic.

Comme l'I.M. constitue habituellement une contre-indication de la commissurotomie, l'on s'est ingénié à la mettre en évidence par de multiples moyens, et les constatations chirurgicales ont permis d'apprécier la valeur exacte des différents signes observés. Les faits qui ont été étudiés, surtout pour l'I.M. associée au R.M. sont dans l'ensemble valables pour l'I.M. pure.

Une analyse détaillée des problèmes diagnostiques de l'I.M., faite récemment par A. Gras, élève du Professeur Jouve, constitue une mise au point très consciencieuse et très complète de la question.

Les confrontations médico-chirurgicales n'ont pas permis de mettre en évidence de signes fonctionnels en faveur de l'I.M. Toutefois Gorlin insiste sur la fréquence d'une sensation de lassitude générale intense. Ce symptôme semble avoir une valeur d'orientation, mais est loin d'être pathognomonique.

L'analyse des signes physiques permet de tirer des conclusions non négligeables.

C'est ainsi que la constatation à la palpation d'un choc de pointe violent et étalé, en l'absence de lésions aortiques associées, constitue un signe de présomption d'I.M.

Mais les renseignements les plus intéressants sont fournis par l'auscultation, complétée par la phonocardiographie qui permet une plus grande précision dans l'analyse des symptômes.

L'on peut considérer, que la présence d'un souffle systolique ayant les caractères classiques de l'I.M. permet d'affirmer presque à coup sûr, la régurgitation mitrale.

Pour préciser les caractères du souffle, de nombreux auteurs proposent de lui donner une valeur chiffrée selon son intensité (cotation sur 6 pour certains, sur 10 pour d'autres). En

raison du facteur personnel, cette façon de procéder pèche par manque d'objectivité.

Par contre la phonocardiographie, surtout par l'emploi de filtres électriques, permet une étude minutieuse et objective des bruits et des souffles.

Dans l'insuffisance mitrale, l'on observe en général, une diminution de l'intensité du premier bruit, et un souffle dont l'aspect varie avec la gravité de la lésion.

Dans les I.M. légères l'on enregistre un souffle systolique, qui va de crescendo, se termine avant le second bruit, et dont le maximum se situe dans les moyennes hautes fréquences.

Dans l'I.M. grave, l'on observe soit un souffle continu rectangulaire, soit un souffle qui va très légèrement en décroissant dans les moyennes hautes fréquences, et en croissant dans les hautes fréquences.

Souvent il existe dans l'I.M. un troisième bruit du cœur, qui s'entend à la pointe et débute 15 à 20/100ème de seconde après le second bruit. Dans certains cas son timbre est sec et on risque de le confondre avec le claquement d'ouverture de la mitrale, dans d'autres cas il est sourd et évoque alors le roulement.

Il faut d'ailleurs savoir, que dans l'I.M. pure, l'on peut entendre un roulement, qui fait porter à tort le diagnostic de Rétrécissement Mitral. Cette erreur a été commise bon nombre de fois entraînant les malades jusqu'à la table d'opération.

Les constatations opératoires ont également permis de préciser la valeur des données radiologiques.

L'expansion systolique auriculaire observée sous plusieurs incidences, est un signe majeur de présomption d'I.M.

Une augmentation nette de volume du ventricule gauche, en l'absence d'hypertension ou d'atteinte aortique associée, représente également un bon signe d'orientation.

La présence de calcifications mitrales est également considérée comme un symptôme de probabilité d'I.M.

Divers procédés ont été proposés pour étudier de façon plus rationnelle et plus objective l'expansion auriculaire. L'on a surtout utilisé la Radio-électrokymographie et la Cinedensigraphie.

Ces méthodes qui mettent bien en évidence l'expansion de l'oreillette, n'ont en réalité qu'un intérêt limité puisqu'il ne s'agit que d'un signe de valeur contingente.

L'Electrocardiographie fournit également un appoint précieux pour l'établissement du diagnostic.

L'Insuffisance Mitrale, en changeant les conditions hémodynamiques aura tendance à modifier l'électrocardiogramme en donnant une déviation gauche de l'axe électrique. En cas de maladie mitrale l'on verra donc s'installer des signes d'hypertrophie biventriculaire. Bien que ces modifications n'aient pas une valeur absolue, il faudra toujours prendre en considération une déviation axiale gauche en dérivations périphériques, ou l'apparition d'une grande onde R en précordiales gauches.

La Piezographie, soit seule, soit associée à l'électrocardiographie et à la phonocardiographie comme le préconise Blumberger, fournit également un appoint non négligeable. En cas d'I.M. il se produit une modification du temps de mise en tension et une variation du débit systolique. L'on observe donc un allongement de la systole mécanique, un allongement de la période d'évacuation, et un allongement de la période de mise en tension.

La balistocardiographie n'est pratiquement que d'un faible secours pour le diagnostic de l'I.M. Il n'existe pas de profil balistique caractéristique de l'I.M.

La Rhéocardiographie ne fournit pas non plus de résultats probants.

Devant la carence de la plupart des moyens d'investigation, l'on s'est acharné à trouver dans les courbes capillaires pulmonaires le critère indiscutable de l'I.M.

Actuellement l'accord est fait. Les tracés capillaires fournissent des éléments de diagnostic extrêmement précieux, mais non pas inattaquables.

L'anticipation du deuxième sommet et son aspect en tente sont en principe pathognomoniques. Mais ces éléments peuvent manquer et dans certains cas ont été en désaccord avec le contrôle chirurgical.

En outre en cas d'arythmie complète les courbes sont toujours d'interprétation difficile et susceptibles de donner lieu à des erreurs.

A la suite de Facquet, certains cardiologues ont préféré prendre les tracés directement dans l'oreillette gauche, que l'on ponctionne par voie transbronchique.

La morphologie des courbes est parfois discutable. Par contre la prise des pressions constitue un signe beaucoup plus fidèle. En cas d'I.M. pure ou associée à un RI, il existe un écart très important entre les pressions minima et maxima.

Certains auteurs qui répugnent aux investigations sanglantes enregistrent les courbes auriculaires gauches par des ballonnets mis dans l'œsophage. Cette technique anodine, bien utilisée par des mains expertes, apporte très souvent des éléments décisifs pour le diagnostic.

L'Angiocardiographie a également été proposée pour mettre en évidence le reflux systolique. En réalité la stagnation du produit de contraste et l'augmentation importante de la capacité de l'oreillette ne permettent de faire le diagnostic que de façon tout à fait exceptionnelle.

En définitive la critique attentive des signes cliniques et paracliniques de l'insuffisance mitrale laisse planer quelques doutes sur le diagnostic de cette affection valvulaire, qui peut prêter à des erreurs par excès ou par défaut, faute de symptôme pathognomonique.

C'est pourquoi il nous a semblé beaucoup plus intéressant d'opacifier directement le ventricule gauche. De cette façon il est possible de rendre parfaitement visible la régurgitation auriculaire. La lecture des documents radiologiques est aisée puisqu'il n'y a pas de superposition d'images due à la stase du produit opacifiant.

Les docteurs Bonte et Caron qui réalisent depuis 1951 des aortographies en utilisant l'instrumentation de Seldinger ont donc essayé de franchir les valvules sigmoïdiens aortiques et de pénétrer dans le ventricule gauche.

Leurs essais ont été pleinement couronnés de succès, et cette méthode de cathétérisme du ventricule gauche par voie fémorale transcutanée, est devenue entre leurs mains un examen absolument courant. La technique en est simple.

TECHNIQUE

Le malade reçoit une prémédication analgésique et sédative une demi-heure avant l'examen sous forme d'une ampoule de Dolosal et de Phénergan, additionnées de 10 mmg. de Largactil par voie intra-musculaire. Au début de l'examen une ampoule d'Angiocardol est en outre injectée.

L'instrumentation de Seldinger est la même que celle que nous utilisons d'habitude pour l'aortographie thoracique.

Après anesthésie locale des téguments à la Scurocaïne, le trocart de 20/10 est enfoncé dans l'artère et le mandrin métallique long de 1,15 m. est alors introduit dans le trocart. Celui-ci retiré, on enfile la cathéter en polythène plus court que le mandrin dont le bout souple dépasse l'extrémité du polythène de 3 cm. et sous contrôle radioscopique les deux éléments sont poussés jusqu'à la crosse aortique. Très fréquemment le cathéter s'engage dans la sous-clavière gauche. L'inclinaison latérale du cou du côté gauche permet d'atteindre la crosse aortique et de parvenir dans l'aorte ascendante. C'est alors à notre avis le temps le plus difficile de l'examen, car ensuite le cathéter poussé prudemment s'engage le plus souvent de lui-même à travers l'orifice aortique et pénètre dans le ventricule gauche. Son extrémité doit rester à 2 ou 3 cm. de la pointe du ventricule afin d'éviter qu'elle ne s'engage dans les piliers de la valve mitrale. Un électrocardiogramme endo-cavitaire utilisant l'extrémité du mandrin métallique comme électrode est alors enregistré.

Le mandrin est ensuite retiré et une injection d'épreuve pratiquée avec quelques centimètres cubes de contraste pour vérifier que le cathéter est bien en place. De temps à autre quelques centimètres cubes de sérum légèrement citraté sont injectés pour éviter toute coagulation. Un prélèvement de sang peut être effectué pour oxymétrie et les pressions intracavitaires sont enregistrées de même qu'un E.C.G. avant, pendant et après l'injection. L'injection de 50 cc. de Vasurix 38 réchauffé à 37° est assurée par un appareil utilisant un système de bras de levier qui permet d'obtenir un débit de 15 cc. par seconde.

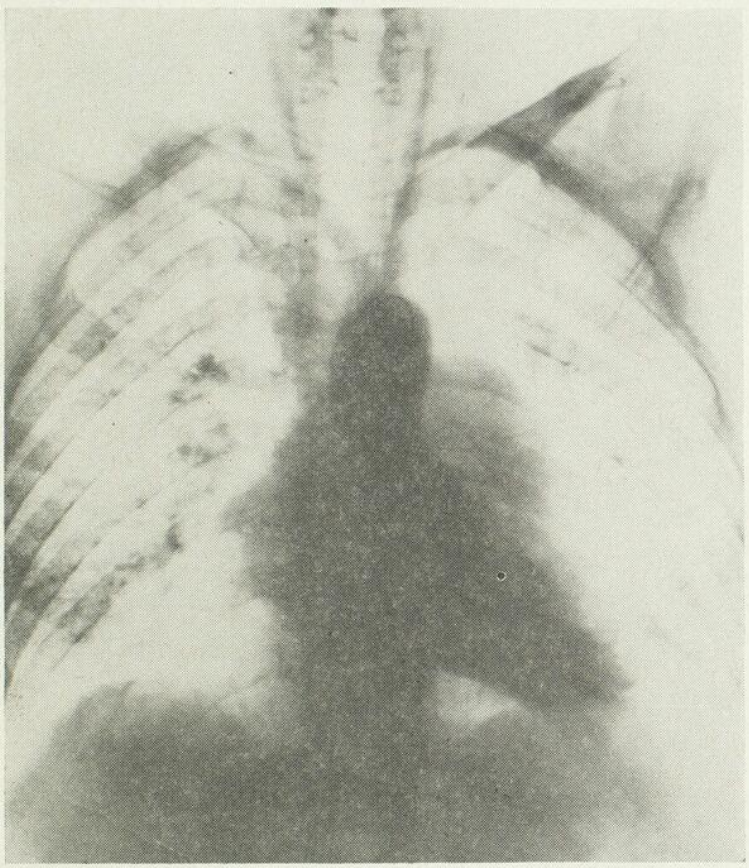


Figure 1. — Ventricule gauche en systole et diastole. Visibilité de la valve mitrale sur les deux clichés (1 et 2). Injection des artères coronaires.

Les clichés en série sont effectués de face et de profil ou en oblique antérieure gauche si l'on recherche une communication interventriculaire.

AVANTAGES DE LA MÉTHODE

Simplicité.

La simplicité de la méthode apparaît séduisante par rapport aux techniques de ponction de l'oreillette ou du ventricule gauche. Le bout souple du mandrin métallique s'engage aisément dans l'orifice aortique et il suffit de quelques manœuvres douces de retrait et de progression lente, lorsqu'il bute contre les sigmoïdes pour obtenir le passage.

Tolérance.

Les sujets chez qui le cathétérisme ventriculaire gauche a été pratiqué ont tous remarquablement bien toléré l'exploration. Quand le cathéter est dans le ventricule, l'électrocardiogramme ne montre que quelques extrasystoles ventriculaires et parfois une onde monopha-

sique lorsque l'électrode touche l'endocarde, et elle est alors légèrement retirée. L'injection du produit de contraste ne détermine, outre quelques extrasystoles ventriculaires, qu'une bradycardie transitoire.

Possibilités.

Le cathétérisme du cœur gauche par voie fémorale permet de pratiquer une oxymétrie, d'enregistrer les courbes de pression intra-ventriculaires et intra-aortiques, ainsi qu'un E.C.G. intra-cavitaire.

Il permet en outre l'injection facile d'une solution opaque, ce qui est plus dangereux par les techniques de ponction directe, car il faut alors recourir à un trocart plus important et d'autant plus traumatisant.

Sélectivité.

La sélectivité de la méthode fournit des images faciles à analyser, bien meilleures que celles obtenues au temps gauche de l'angio-cardiographie, même après cathétérisme de l'artère pulmonaire.

L'injection sélective du produit de contraste donne parfaitement les contours de la cavité ventriculaire, les valves mitrales et aortiques, en fournissant par la prise des clichés en série une étude fonctionnelle extrêmement précieuse (fig. 1 et 2).

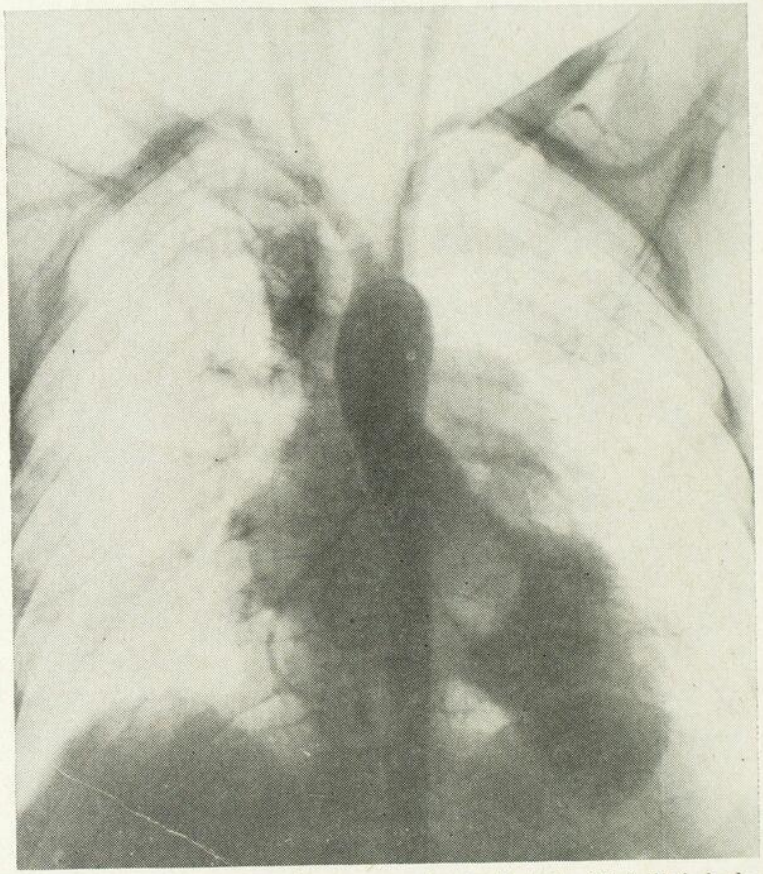


Fig. 2. — Ventricule gauche en systole et diastole. Visibilité de la valve mitrale sur les deux clichés (1 et 2). Injection des artères coronaires.

Cette méthode apporte des renseignements décisifs qui permettent d'affirmer s'il s'agit d'un R.M. pur ou associé.

Les renseignements obtenus sont superposables à ceux donnés par le chirurgien. En particulier ils viennent confirmer la précarité des divers éléments de diagnostic que nous

venons d'étudier plus haut. Quelques exemples pris parmi les nombreux cas que nous avons eus à étudier démontrent parfaitement tout l'intérêt diagnostique de cette technique.

En cas de R.M. apparemment pur, sans souffle, l'opacification du ventricule gauche peut révéler un reflux auriculaire important (fig. 3). Une autre fois la régurgitation est

Le cathétérisme rétrograde nous apparaît comme la méthode de choix pour le diagnostic de l'insuffisance mitrale. Elle est seule à fournir des arguments de certitude absolument irréfutables.[1]

Résumé

Le diagnostic de l'insuffisance mitrale est généralement très délicat.

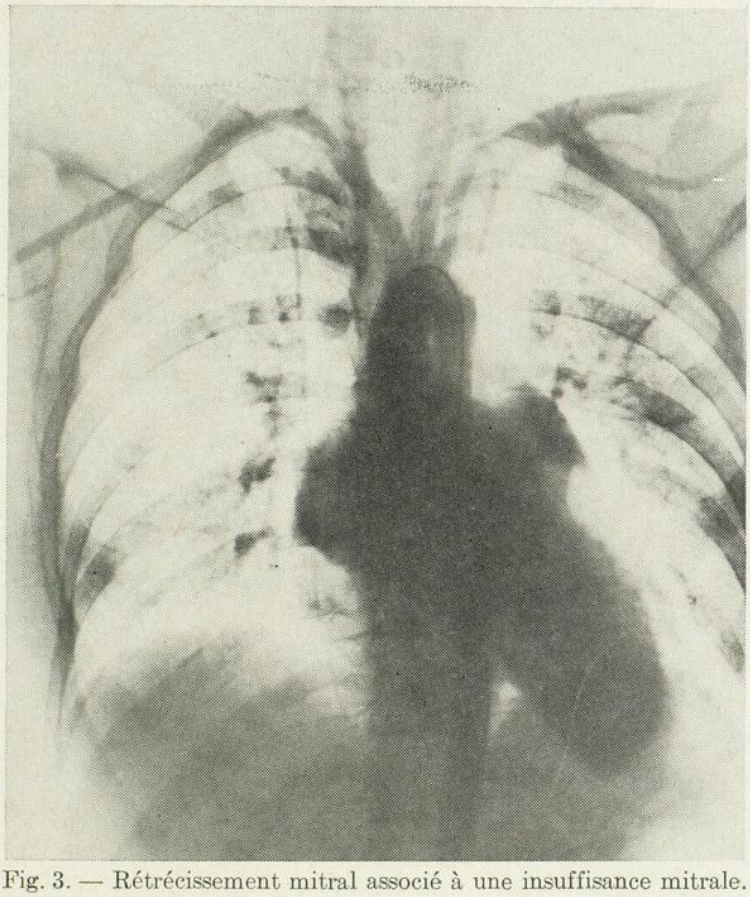


Fig. 3. — Rétrécissement mitral associé à une insuffisance mitrale.

mise en évidence, alors que la clinique montrait une arythmie complète banale, sans souffle, avec axe électrique normal (fig. 4).

En outre le cathétérisme du ventricule gauche permet d'apprécier l'état des valvules aortiques par la prise des pressions et l'injection du produit de contraste. Il est aussi possible de vérifier l'injection à rebours du ventricule quand le cathéter est dans l'aorte, et donc de dépister une insuffisance aortique associée à une lésion mitrale, et même d'en apprécier l'importance.

Les différents procédés d'exploration habituellement employés cliniques, radiologiques, électrocardiographiques et hémodynamiques, n'ont séparément qu'une valeur très relative.

En rassemblant ces différents critères, l'on peut serrer de plus près le problème sans être absolument certain de le résoudre.

Par contre l'opacification du ventricule gauche par cathétérisme rétrograde à partir de

---

Travail de la Clinique Médicale (Prof. R. Legrand), Cité Hospitalière Lille (Bloc Ouest).

la fémorale, permet d'obtenir des arguments de certitude absolument irréfutables.

Summary

Generally, mitral deficiency is very delicate to diagnosticate.

The diffenrent means of probing which are usually employed, clinical, X-rays, electrocardiographical and hemodynamical ones, have separately but a very relative value.

G. BONTE, J. CARON, M. PAUCHANT et A. GERARD: Examen de l'aorte thoracique et du ventricule gauche par cathétérisme intraventriculaire à partir de la fémorale. Société Française Electro-Radio. Médicale (filiale du Nord), 2 fév. 1958.

J. FACQUET, J. LEMOINE, P. ALHOMME, J. LEFEBVRE: La mesure de la pression auriculaire gauche par voie transbronchique. *Archives Mal. du Coeur,* **45**: 741, 1952.

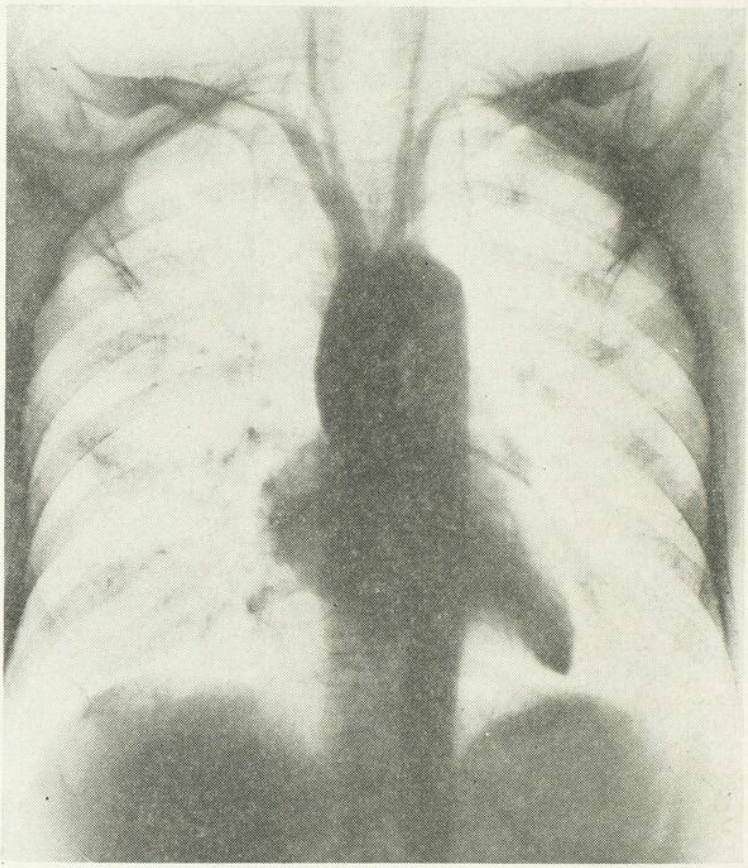


Fig. 4. — Insuffisance mitrale et arythmie complète.

By gathering all these, criterions, it is possible to get closer to the problem, without being quite sure to resolve it.

On the other side, the opacification of the left ventricle by « cathétérisme rétrograde » from the femoral artery, enables to obtain some quite irrefutable arguments of sureness.

BIBLIOGRAPHIE

P. BETOULIERES, M. PELISSIER, R. MIMRAN et coll.: L'aortographie rétrograde par voie fémorale percutanée. *La Presse Médicale,* **65**: 2159, 1957.

A. J. GRAS: Problèmes de l'insuffisance mitrale. Thèse Marseille, 1958.

F. JOLY, J. CARLOTTI, M. SERVELLE, A. PEROZ, R. CLIN, J. FORMAN, P. LAURENS, N. AZERAD, B. LUCCHINI: Cathétérismes des cavités gauches du coeur. (Etude comparée des voies d'abord transbronchiques et transthoraciques). *Arch. Mal. du Coeur,* **50**: 782 (sept.) 1957.

R. LEGRAND, M. LINQUETTE, J. DESRUELLES, G. BONTE, A. GERARD, J. CARON: Opacification du ventricule gauche par cathétérisme rétrograde à partir de la fémorale. *Arch. Mal. du Coeur,* 1037 (nov.) 1958.

OBSERVATIONS DE QUELQUES CAS DE SYNDROMES DE LA VEINE CAVE SUPÉRIEURE, TRAITÉS PAR RADIOTHÉRAPIE

Claude FARIBAULT,
Radiologiste à l'hôpital Notre-Dame (Montréal).

Le syndrome de la veine cave supérieure, quoiqu'il peut avoir des causes multiples, forme un ensemble de symptômes assez constants et un état pathologique grave, que le médecin doit traiter comme tel.

Il ne sera pas question dans ce travail d'établir une statistique d'incidence ou de répartition, quant à l'âge ou le sexe, mais d'observer quelques cas de tumeurs qui ont présenté ce syndrome durant leur évolution et d'en tirer quelques notes susceptibles d'orienter le traitement et le pronostic ultime.

On appelle ainsi un état pathologique où pour une raison quelconque, la veine cave supérieure est bloquée, ce qui entraîne pour le maintien de la vie, l'établissement d'une circulation collatérale par le système vertébral de Batson, par l'azygos lorsque c'est possible et par l'épigastrique, afin de permettre un retour sanguin par la veine cave inférieure. Comme tous ces vaisseaux sont d'un calibre insuffisant, il s'ensuit l'apparition à la surface de la peau du thorax et du cou, d'une circulation veineuse importante, d'œdème de la face, du cou et des bras, d'écoulement des yeux et du nez, de céphalées et de vertiges. La veine cave supérieure s'étend de la veine innominée à l'oreillette droite, le long du bord droit du médiastin supérieur. Cette veine à paroi mince qui est porteuse de faible pression, est un des organes les plus compressibles de l'organisme. Or elle est entourée d'organes rigides inclus dans la cavité thoracique ; l'aorte, la trachée et la bronche souche droite d'un côté et la plèvre et le poumon sous pression de l'autre. De tous côtés il y a des ganglions lymphatiques en puissance, susceptibles d'augmenter de volume. Il est évident que chaque organe que l'on vient d'énumérer, s'il présente un changement de localisation ou de volume, peut comprimer la veine cave supérieure. Ces compressions peuvent être produites par des tumeurs, anévrisme, emphysème, infections des médiastinites ou des phlébites, etc.

Nous nous arrêterons aux tumeurs qui sont en cause le plus souvent et qui sont susceptibles d'être modifiées par les radiations ionisantes. On estime que plus de 50% des syndromes de la veine cave supérieure sont dus aux tumeurs et le plus souvent à l'épithélioma bronchogénique. 15% des épithéliomas bronchogéniques se compliquent d'un syndrome de la veine cave supérieure. Il s'agit le plus souvent d'un épithélioma peu différencié, qui envahit directement la veine cave ou les ganglions adjacents, lesquels compriment la veine. Les autres tumeurs sont des lymphomes qui envahissent les ganglions ou encore des épithéliomas ayant pris origine dans l'œsophage, la thyroïde, la trachée, le sein. Quelques cas illustreront l'évolution clinique à laquelle on peut s'attendre. Certains n'ont pas été traités, d'autres ne l'ont été qu'incomplètement, d'autres enfin paraissent avoir bénéficié pleinement de la thérapeutique.

Observation 1.

B.H. - Cet homme de 53 ans, dont l'état général est mauvais, se présente pour hémoptysie et dyspnée. L'examen révèle une circulation collatérale marquée de la partie haute du thorax avec œdème de la face et du cou. Les signes remontent à quelques jours. Il n'y a pas de ganglion superficiel.

La bronchoscopie ne révèle rien. Le film pulmonaire montre une masse au lobe supérieur droit et au médiastin supérieur. On soupçonne un épithélioma bronchique mais la preuve histologique ne peut être faite et l'état du malade ne permet pas une thoracotomie.

Le patient reçoit de la moutarde azotée afin d'initier la décompression et il est référé en radiothérapie. Le malade reçoit 1000 r. dose-

tumeur en treize jours, au médiastin et au lobe supérieur droit et décède en cours de traitement, seize jours après le début de son syndrome.

L'autopsie révèle un épithélioma bronchique indifférencié avec métastases au médiastin, à la plèvre droite et au foie.

Observation 2.

W.S., 64 ans. - Celui-ci présente un début lent. Le syndrome s'est installé progressivement depuis un mois. Le malade est envoyé en radiothérapie présentant une circulation collatérale marquée, œdème, dyspnée et hémoptysies. Les investigations n'ont pu prouver la présence d'une tumeur mais les films pulmonaires montrent une masse médiastinale. Le malade reçoit 1400 r. dose-tumeur en quinze jours et meurt d'hémorragie.

L'autopsie révèle un épithélioma spino-cellulaire avec métastases à la rate.

Observation 3.

Mme G.R., 47 ans. - Celle-ci est traitée pour un épithélioma indifférencié du sein droit de type inflammatoire avec invasion lymphatique. La malade va assez bien durant treize mois et revient avec une masse déformant le sternum, témoignant d'une récidive de l'épithélioma dans la chaîne mammaire interne. On remarque à ce moment la présence d'une circulation collatérale sur le thorax supérieur et les épaules, de même que de l'œdème de la face et du cou. La malade est porteuse d'une sténose mitrale. Les films montrent une masse médiastinale et des métastases osseuses.

Comme la malade a déjà reçu des doses importantes au médiastin lors du traitement de son sein et que par ailleurs le néoplasme est très généralisé, il est résolu de ne pas intervenir davantage.

La malade meurt à la maison trois semaines après le début du syndrome de la veine cave supérieure, probablement de complications cardio-pulmonaires.

Observation 4.

A.R., 52 ans. - Cet homme de 52 ans présente une histoire de quelques jours de céphalée, brûlement des yeux, fatigue, avec présence de circulation collatérale, œdème de la partie supérieure du tronc, de l'écoulement des yeux et du nez. Les films montrent une masse au médiastin et au hile droit. La bronchoscopie est techniquement impossible à cause d'une malformation de la bouche et des dents.

Une biopsie d'un ganglion axillaire montre une réaction inflammatoire sans évidence de tumeur.

Le malade est référé pour radiothérapie et il commence ses traitements. Cependant au bout d'une semaine il a des nausées, se plaint de céphalée, de baisse de sa vision et l'on note de la confusion, du manque d'équilibre et une dysarthrie qui s'accentue de jour en jour. Les métastases cérébrales ne font guère de doute bien qu'aucune tumeur ne soit prouvée histologiquement.

Comme le syndrome de la veine cave supérieure a déjà commencé à régresser et que cette complication cérébrale devient une urgence, on laisse le médiastin pour traiter le cerveau. Tous les signes neurologiques régressent rapidement et le malade récupère très bien sauf qu'il reste fatigué et amaigri. Il est cinq mois sans douleur ni autre symptomatologie. La circulation collatérale disparaît et ne réapparaît pas.

Le malade décède chez-lui sans signe de compression de la veine cave supérieure et apparemment de récidive cérébrale. Nous n'avons pas de preuve histologique dans ce cas. La présence d'une tumeur ne fait aucun doute étant donné la réponse aux radiations et la présence de métastases cérébrales. Une tumeur bronchique semble l'hypothèse la plus probable.

Observation 5.

A.V., 58 ans. - Ce malade de 58 ans présente un passé chargé. Il s'agit d'un artérioscléreux, diabétique, qui a déjà fait de la tuberculose et qui est porteur de bronchiectasies. Ce malade est référé en radiothérapie pour un syndrome de la veine cave supérieure, durant depuis trois semaines. Il présente une histoire d'hémoptysies depuis quatre mois et de la

raucité de la voix qui n'a débuté que peu de temps avant le syndrome de la veine cave supérieure. Il présente de l'œdème de la face, du cou et du bras droit, avec circulation collatérale superficielle. La bronche souche droite est partiellement obstruée à la bronchoscopie, mais la biopsie qui est prise à ce moment est négative. On croit palper un ganglion dans l'aisselle droite mais la biopsie est sans résultat. Le lavage bronchique ne révèle pas de cellule.

Les films pulmonaires montrent une atélectasie du lobe supérieur droit et de la fibrose pleurale ainsi qu'une masse hilaire droite. On traite son médiastin et le hile droit par radiations et le malade reçoit 2500 r. en profondeur en quarante-deux jours. Le syndrome de la veine cave supérieure disparaît et l'œdème ainsi que les vaisseaux superficiels ne sont plus visibles.

Fait à noter, la plaie de biopsie à l'aisselle droite n'a pas guéri tant qu'a persisté l'œdème et la gêne veineuse. Sitôt la circulation normale rétablie, la plaie a guéri en quelques jours. Le malade a survécu deux mois et demi après ses traitements et sans signe de récidive.

Le malade est décédé à la maison d'une crise cardiaque. Nous n'avons pas de preuve histologique mais la réponse aux radiations ne laisse pas de doute quant à la présence d'une tumeur.

Observation 6.

B.H., 48 ans. - Ce malade de 48 ans se présente pour un syndrome de la veine cave relativement léger, à évolution lente et dont les premiers signes seraient apparus il y a environ un an. Le malade se plaint de troubles respiratoires, de toux et d'une sensation de compression thoracique. Le malade a de plus noté de l'amaigrissement et de l'anorexie.

A l'examen il existe un œdème de la face et du cou et le malade ne peut attacher son bouton de chemise. L'on note de plus une exophtalmie bilatérale avec mydriase, cependant il n'y a pas de signe d'hyper-thyroïdie et les ophtalmologistes consultés rapportent la présence de glaucome.

Une bronchoscopie montre une masse au niveau de la bronche lobaire supérieure droite mais la biopsie est impossible et la tentative est sans résultat.

Les films pulmonaires montrent une masse médiastinale faisant compression sur la veine cave et laissant une empreinte sur la trachée. Le lobe supérieur droit est complètement atélectatique.

Le malade reçoit d'abord de la moutarde azotée qui le rend asymptomatique du point de vue douleur. Il est donc accepté pour traitement et reçoit 950 r. en treize jours avec une régression marquée de son œdème et de sa circulation collatérale. A ce moment l'on tente de convaincre le patient de subir une thoracotomie exploratrice et la radiothérapie est cessée.

Le malade se sentant mieux refuse toute autre intervention et retourne chez-lui pour revenir trois mois après, présentant une récidive de son syndrome de la veine cave supérieure. Il existe alors une circulation collatérale, de l'œdème de la face et du cou, des céphalées et des vertiges, des écoulements de la muqueuse nasale et des yeux. La radiothérapie est donc reprise et cette fois maintenue pour un traitement complet. Après la première semaine le syndrome de la veine cave est de nouveau disparu et le malade se sent très bien. La dose est continuée jusqu'à concurrence de 3000 r. dose-tumeur au médiastin et le malade quitte l'hôpital en excellent état général. Ce traitement est récent et la palliation se maintient pour le moment. Dans ce cas l'évolution tumorale est lente et la réponse aux radiations est excessivement rapide.

Si le malade a eu à revenir trois mois après ses traitements, c'est que de lui-même il avait refusé que nous allions plus loin la première fois. Il ne fait aucun doute cependant que ce malade ait bénéficié des traitements par radiations. Encore une fois nous restons sans diagnostic histologique complet.

Observation 7.

A.D., 63 ans. - Ce tousseur chronique depuis des années, présente une histoire d'un

mois de crachats hémoptoïques qui ont justifié la consultation. Ce malade a de plus subi une perte de poids très importante et se plaint de dyspnée à l'effort et de douleurs à l'hémithorax droit.

Les films montrent une atélectasie du lobe moyen droit et une réaction pleurale du même côté.

Une bronchographie montre une masse obstruant partiellement la bronche souche droite.

Une angio-pneumographie montre une compression de l'artère pulmonaire droite et une forte suggestion de diminution de calibre de la veine cave supérieure.

La bronchoscopie ne permet pas de faire de biopsie mais l'aspirateur ramène des sécrétions sanguinolentes.

Ce malade ne montre aucun tableau clinique de syndrome de la veine cave supérieure, cependant l'ensemble des symptômes suggère fortement la présence d'un néo bronchique et s'il s'agit d'une tumeur comme on le présume, ce syndrome s'installera sitôt que l'obstruction de la veine cave déjà mise en évidence par l'angio-pneumographie sera plus complète. Le malade reçoit donc du gaz moutarde comme mode d'attaque et la radiothérapie est commencée. Durant les traitements, la toux et la douleur régressent et disparaissent. Les films pulmonaires de contrôle montrent une régression de la lésion para-hilaire droite et le malade termine ses traitements par radiations en excellent état ayant reçu 7000 r. dose-tumeur au médiastin, au moyen de l'appareil Cobalt 60, durant une période de six semaines. Le malade est ré-hospitalisé un mois plus tard et les films montrent des zones denses dans la région traitée. Le tableau clinique à ce moment suggère fortement une infection surajoutée à une pneumonite de radiations, sans signe de tumeur.

Ce cas est présenté non pas parce qu'il y a syndrome de la veine cave supérieure, mais parce que l'angiographie a montré la menace imminente et que devant cette évidence, il a été décidé de traiter et ainsi prévenir les inconvénients de la complication.

Sans avoir de nouveaux contrôles angiographiques, l'examen des films pulmonaires simples montre une excellente régression de la masse sous l'effet des radiations et il est permis de supposer qu'une même régression s'est faite au niveau de l'envahissement de la veine cave supérieure.[1]

* * *

Le diagnostic de ce syndrome se fait toujours cliniquement. Les autres moyens offerts ne viennent que confirmer la chose ou préciser le site ou encore l'étiologie. Le malade présentera des veines superficielles augmentées de volume et qui apparaîtront bleutées sous l'épiderme. L'œdème apparaît en amont de l'obstruction et pourra gêner considérablement le malade. Les céphalées peuvent accompagner le syndrome mais ceci ne paraît pas constant et il faut alors se méfier d'une métastase secondaire à la tumeur primitive. Un petit signe par contre qui paraît assez constant, est cet écoulement de la muqueuse nasale et des yeux, qui incommode le malade et qu'il vous notera même sans le questionner. Le malade est dyspnéique. Le site de l'obstruction peut varier d'un cas à l'autre et le syndrome sera d'autant plus important que l'obstruction sera plus près de l'embouchure cardiaque de la veine cave. Les radiographies pulmonaires montreront le plus souvent une anomalie du poumon ou du médiastin, qu'il faudra interpréter comme tumeur pulmonaire ou médiastinale, hypertrophie ganglionnaire, anévrisme ou quelquefois bulles d'emphysème.

L'angiographie permettra de préciser le site de l'obstruction et quelquefois de différencier une tumeur d'un anévrisme. La bronchoscopie permettra une biopsie positive. La thoracotomie est le plus souvent impossible à cause du mauvais état général du malade. La biopsie de ganglions périphériques pourra apporter le diagnostic, cependant il faut se méfier ici d'une biopsie de l'aisselle ou du creux susclaviculaire tant que l'œdème persiste. La cicatrisation de l'incision de biopsie pourrait

1. Ces cas ont été présentés à la Société canadienne-française d'Electro-radiologie médicale à l'Hôtel-Dieu de Québec en octobre 1958.

être retardée aussi longtemps que le syndrome de la veine cave supérieure n'aura pas régressé. Des mesures de la pression veineuse de même que des mesures du liquide céphalo-rachidien, ont montré des augmentations constantes durant ce syndrome. Cependant il ne semble pas que ces manœuvres apportent plus de précision au diagnostic et elles ne font que confirmer la présence d'une obstruction du retour veineux.

Des photographies à l'infra-rouge de la paroi thoracique montrent le réseau veineux superficiel et permettent de voir plus de veines que l'on ne peut à l'œil nu. Cependant cette manœuvre ne paraît rien ajouter au diagnostic.

En somme si le diagnostic du syndrome est facile à faire, le diagnostic étiologique est le plus souvent impossible. On peut quelquefois procéder par élimination et ainsi mettre de côté les bulles d'emphysème qui ne sont pas démontrées par les films, les phlébites et médiastinites s'il n'y a pas d'état infectieux, les anévrismes par la localisation de la masse et souvent par l'angiographie, pour demeurer avec la conviction qu'il existe une tumeur sans malheureusement pouvoir préciser davantage.

Comme il s'agit le plus souvent d'un état d'urgence, que le malade n'est pas à l'aise et que sa vie est menacée à brève échéance, il semble qu'il ne faut pas attendre un diagnostic ferme, mais qu'il vaut mieux considérer ce malade comme porteur d'une tumeur et le traiter comme tel, à moins que nous ayions une preuve définitive qu'il s'agisse d'une autre étiologie.

Ces malades non traités ont une survie maximum de deux mois et le plus souvent ils évoluent fatalement en trois semaines.

Traitement

Le traitement comporte l'attaque de l'agent causal et le traitement de soutien. Le traitement de soutien consiste en du repos, analgésie, administration de Diurétique et surveillance des conditions associées et des complications comme des infections. Le traitement causal consiste à employer le NH^2 ou la radiothérapie, ou encore les deux associés. Le NH^2 fait fondre les masses sans produire d'œdème durant les premiers jours, il est d'emploi facile et ne demande pas d'appareillage pour l'administrer, mais il n'agit bien que dans les tumeurs très indifférenciées à croissance rapide et n'offre pas une rémission aussi prolongée que les rayons-X. Ce sera donc le médicament de choix dans les évolutions rapides et dans les régions loin des grands centres, ne disposant pas d'appareillage radiologique. Il pourra aussi être considéré comme le traitement d'attaque de choix dans les cas de lymphomes et d'épithéliomas indifférenciés, pour être suivi dans les quelques jours qui viennent, par de la radiothérapie.

Comme nous le verrons plus loin, les premières doses de rayons-X entraînent un œdème des tissus mous traités. Aussi, dans tous les cas de compression, si l'on commence d'emblée par des rayons-X à fortes doses, l'on risque d'augmenter un bloquage déjà existant ou sur le point de se produire, empirant ainsi la symptomatologie. Par contre sur les tumeurs indifférenciées et sur les lymphomes, les moutardes azotées font fondre les tumeurs sans produire d'œdème. Nous aurons donc une rémission d'emblée des symptômes sans exacerbation au début. Cette difficulté peut être contournée lorsque l'on dispose de rayons-X sans moutarde azotée, en commençant le traitement à doses minimes et augmentant la dose quotidienne petit à petit durant la première semaine.

Le traitement par rayons-X peut se faire au moyen d'un appareil de thérapie conventionnelle et il n'est pas nécessaire de disposer d'un appareil à haut voltage ou de cobalt 60. Il s'agit toujours de palliation et il est très rare que l'on pourra viser à une guérison complète. Il s'agit donc d'administrer en profondeur dans la région du médiastin une dose qui variera de 2500 à 5000 r., débutant avec une dose quotidienne de 75 à 100 r. durant la première semaine, pour monter à 200 r. par

jour pour le reste du traitement, tenant toujours compte de la tolérance du malade. Le traitement durera donc de trois à six semaines, selon la réponse du malade, sa tolérance, l'histologie de la tumeur si on la connaît et le but que l'on s'est tracé, soit une palliation, soit une cure. Tout appareil de radiothérapie donnant au moins 0.2 Mev avec une C.D.A. de 2 Cuivre, permettra de donner une dose en profondeur suffisante pour apporter une palliation satisfaisante. Naturellement si l'on dispose d'appareils plus puissants, la dose pourra être administrée plus rapidement et plus facilement. Nous avons employé des champs opposés antérieur et postérieur, dirigés au médiastin, ce qui paraissait nous donner la dose la plus uniforme possible dans la région suspecte de tumeur.

Ces syndromes de la veine cave supérieure présentent un état d'urgence sur lequel la chirurgie et la plupart des médicaments n'y peuvent rien. Par contre, les radiations ionisantes et les moutardes azotées peuvent faire disparaître l'état d'obstruction et la symptomatologie qui en découle suffisamment rapidement pour offrir au malade une survie quelquefois assez longue et asymptomatique.

Lorsque le traitement a pu être administré au complet, le syndrome n'a pas réapparu et le malade est décédé d'autres complications de cette tumeur. Contrairement à l'opinion souvent émise chez les médecins, le malade comme individu désire vivre le plus longtemps possible, malgré les inconvénients de sa maladie et garde espoir jusqu'à la dernière minute d'en guérir. Du point de vue social il nous paraît important d'offrir à ces malades d'âge moyen qui ont des responsabilités et des obligations, une survie même si elle n'est que de quelques mois, qui leur permettra de mettre ordre à leurs affaires et protéger leur famille avant de disparaître.

Conclusion

1. — L'écoulement de la muqueuse nasale et oculaire nous paraît un signe du syndrome de la veine cave supérieure. Ce signe est un des premiers qui disparaît en cours de traitement et peut servir d'indice quant à la réponse de la tumeur à la thérapeutique.

2. — Le malade traité par radiations ionisantes ne meurt pas de son syndrome de la veine cave supérieure, mais de l'évolution et des complications de sa tumeur. Très souvent cette complication terminale ne sera pas douloureuse.

3. — Les radiations ionisantes et les moutardes azotées offrent le seul moyen de rémission dans les syndromes de la veine cave supérieure par tumeur. Les chances de récidive locale sont à peu près nulles à la suite des radiations ionisantes mais apparaissent presque toujours à la suite des moutardes azotées d'où l'on constate une survie plus longue avec les radiations ionisantes.

4. — Ce syndrome constitue une situation d'urgence, ce qui peut être traité dans tout hôpital disposant d'appareils de rayons-X de 0.2 Mev avec une C.D.A. de 2 Cuivre ou mieux. Si l'on ne dispose pas d'appareils de rayons-X on peut tenter de réduire l'obstruction par les moutardes azotées, ce qui laissera le temps au médecin de diriger le malade vers un centre pouvant compléter le traitement.

5. — Il faut commencer le traitement par radiations lentement afin de prévenir l'œdème et l'augmentation du bloquage (50 - 100 r. par jour dose-tumeur au début). Attendre au moins le quatrième ou cinquième traitement pour augmenter la dose à environ 200 r. dose-tumeur par jour.

6. — La guérison des plaies chirurgicales est retardée tant que dure l'obstruction et l'œdème, mais se fait rapidement sitôt que la circulation normale est rétablie. Il faut tenir compte de ceci lorsqu'il faut faire des biopsies aux creux axillaire ou sus-claviculaire pour fin de diagnostic.[1]

1. L'Auteur remercie le Docteur Jean Bouchard de l'Hôpital Royal Victoria, le Docteur Odilon Raymond de l'Hôpital du Sacré-Cœur et la Clinique du Thorax de l'Hôpital Notre-Dame, qui ont ouvert leurs archives pour compléter les notes d'évolution de quelques-uns des malades.

Résumé

Sept cas de syndrome de la veine cave supérieure sont exposés. Les cas de tumeurs sont traités par radiations et chémiothérapie.

Etant donné l'urgence des cas atteints de ce syndrome et les difficultés d'obtenir une preuve histologique, il nous paraît justifié de traiter d'emblée par les radiations, pour le bénéfice du malade.

Quelques conclusions sont tirées de l'observation de ces cas.

Summary

Seven cases of superia vena cava syndrome are exposed. The evolution of cases are studied as per type of lesion and mode of treatment.

Tumors are treated by ionising radiations and nitrogen mustard.

Because of the urgency and of the difficulties to have a biopsy, it seems justified to treat at once by radiation often without an histologic diagnosis, for the benefit of the patient.

Some conclusions are drawn from the observation of these cases.

BIBLIOGRAPHIE

(1) Leon SZUR et L.L. BROMLEY: *Brit. Med. J.*, **2**: 1273 (1 déc.) 1956.
(2) M.L. MEISCHKE, DE JONGH, H. LOKKERBOL et J. GERBRANDY: *Nederl. Tijdschr. Geneesk.*, **101**: 816 (4 mai) 1957.
(3) E. Arthur CALKINS: *Diseases of the Chest*, No 4, **30**: (oct.) 1956.
(4) M.M. SCHECHTER: *Am. J. M. Sc.*, **227**: 46, 1954.
(5) B. ROSWIT, G. KAPLAN et H.G. JACOBSON: *Radiology*, **61**: 722, 1953.
(6) J.G. SCANNELL et R.S. SHAW: *J. Thoracic Surg.*, **28**: 163, 1954.
(7) F.T. McINTYRE et E.M. SYKES Jr.: *Ann. Int. Med.*, **30**: 925, 1949.

LA PILULE STÉRILISANTE

Ainsi dans de nombreux pays du monde, des efforts sont réalisés vers la solution démographique; mais certaines recherches de laboratoire entreprises depuis de nombreuses années modifieront peut-être entièrement, dans un avenir plus ou moins lointain, les données du problème. En effet, plusieurs savants se sont attelés à la recherche de produits *temporairement* stérilisants, inoffensifs, qui seraient distribués sous forme de pilules. Ces produits pourraient agir soit: 1) sur la formation ou la migration des cellules reproductrices mâles; 2) sur la formation ou la migration des cellules reproductrices femelles; 3) sur le processus même de la fécondité; 4) sur le développement initial de l'embryon.

Les recherches ont été faites surtout aux Etats-Unis (Pincus, Sieve, Stone, Nelson) et aux Indes (Sangal, Chosh, Nag). Elles ont d'abord porté sur le quatrième procédé jusqu'en 1955, mais les recherches de Pincus, en 1956 et 1957, ont permis d'avancer dans la voie du deuxième et du troisième procédés. La stérilisation de plusieurs femmes traitées à la progestérone a été suivie de plusieurs cas de grossesse après cessation du traitement. Pincus a obtenu également de bons résultats avec d'autres corps proches de la progestérone et des produits non stéroïdes (cirantine, métaxylohydroquinone); Thiersch, de son côté, a utilisé des antihormones, des anticorps et antimétabolites (azasérine) pour le quatrième procédé.

Les conséquences d'une telle découverte seraient incalculables. La natalité serait considérablement réduite dans les pays sous-développés. « Le cercle infernal du nombre et de la misère serait brisé. » Dans les pays évolués la pilule stérilisante aurait pour résultats de réduire sensiblement le nombre des avortements et provoquerait une baisse considérable de la natalité qui risquerait de mettre en cause le maintien des populations. L'ensemble de l'Europe Occidentale s'enliserait davantage dans le vieillissement.

La pilule stérilisante posera un grave problème moral. Certaines religions s'y opposeront. Plusieurs Gouvernements anti-malthusiens tenteront d'y faire obstacle mais la pression d'une grande partie de l'opinion risquera de renverser toutes les digues législatives et toutes les barrières douanières.

Extrait d'un article de François Sainte-Marie, sur un ouvrage de Alfred Sauvy dont le titre est: De Malthus à Mao Tsé Toung. *Le Concours Médical*, No 21, p. 2498, 23 mai 1959.

OBSERVATION D'UN CAS D'OSTÉOME OSTÉOÏDE AVEC PATHOLOGIE ARTICULAIRE [1]

Roland GUY, Marcel FORTIER, Jean-Marie BOIVIN,
Odilon RAYMOND et Jeanne BOURGEOIS.

L'ostéome ostéoïde a été défini en 1935 par Jaffe (1) comme une entité clinique et pathologique qu'il classe dans le groupe des tumeurs osseuses primitives bénignes, de type ostéoblastique.

On attribue à Bergstrand (2) la première description anatomo-clinique de cette tumeur. Celui-ci, en 1930, décrit deux lésions osseuses qu'il considère de nature ostéoblastique et d'origine dysgénétique. Milch (3), en 1934, publie quelques cas et souligne qu'il s'agit d'une tumeur ostéoblastique bénigne formant du tissu ostéoïde. Depuis la publication de Jaffe, plusieurs centaines d'ostéomes ostéoïdes ont été signalées dans la littérature mondiale. Mentionnons le travail important de Mary S. Sherman qui, tout en analysant 30 cas personnels, a résumé la littérature publiée jusqu'en 1947 (4). Parmi les autres séries importantes relevons celles de Dockerty, Ghormley et Jackson (20 cas) (5), de Dahlin (57 cas) (6) et de Jaffe (150 cas) (7).

La majorité des auteurs sont d'avis, vu l'absence de signe clinique et de caractère histo-pathologique de l'inflammation, que l'ostéome ostéoïde constitue une véritable tumeur osseuse. Quelques-uns, dont Brailsford (8), MacKenzie (9), Hellner (10) et Moberg (11), (12) croient encore que cette lésion n'est qu'un processus inflammatoire non tumoral.

Avant de présenter l'observation qui fait l'objet de cette communication nous avons cru intéressant, afin de compléter cette présentation, de résumer brièvement les connaissances que nous avons sur l'ostéome ostéoïde. Les quelques données statistiques que l'on relèvera dans cette brève revue sont tirées d'une étude bibliographique exposée déjà par l'un d'entre nous dans un seminar du service d'orthopédie de l'hôpital du Sacré-Cœur (13).

Considérations cliniques

Fréquence

L'ostéome ostéoïde est sûrement la tumeur ostéoblastique bénigne la plus fréquemment rencontrée en clinique osseuse. Jaffe (7) dit en voir environ 6 à 7 par année. Dahlin (6), dans sa revision de 2,276 tumeurs osseuses primitives, écrit que les 57 cas d'ostéome ostéoïde de sa propre série représentent 9% des tumeurs osseuses bénignes qu'il a étudiées. Il remarque cependant que ce chiffre est vraisemblablement inférieur à celui de la fréquence réelle, car, dit-il, ce type de tumeur n'était pas communément reconnu jusqu'en ces toutes dernières années. Avant que Jaffe propose le terme d'ostéome ostéoïde, on sait en effet que cette lésion était considérée comme une forme atypique d'ostéomyélite d'où la terminologie variée de l'ancienne nomenclature : « ostéomyélite avec séquestre annulaire », « abcès osseux cortical », « abcès osseux localisé », « ostéomyélite sclérosante non suppurée », « ostéomyélite de Garré », « ostéomyélite chronique d'emblée », « ostéomyélite fibreuse », etc.

Age

L'ostéome ostéoïde se rencontre surtout dans les deuxième et troisième décades de la vie. La moyenne d'âge est d'environ 17 ans (Tableau I).

TABLEAU I

Fréquence de l'ostéome ostéoïde en rapport avec l'âge.

0 - 5 ans	10 (5.3%)
6 - 10 ans	21 (11.2%)
11 - 15 ans	50 (26.6%)
16 - 20 ans	49 (26.1%)
21 - 25 ans	31 (16.5%)
26 - 30 ans	17 (9 %)
31 - 35 ans	7 (3.7%)
35 et plus	3 (1.6%)

1. Travail des Services des Laboratoires (section d'anatomie pathologique), d'Orthopédie et de Radiologie de l'hôpital du Sacré-Coeur, Cartierville, Montréal.

Ce tableau démontre nettement qu'au-delà des deux tiers des cas d'ostéome ostéoïde se rencontrent entre 10 ans et 25 ans, le sommet de la fréquence étant situé dans la seconde décade de la vie.

Sexe

Tous les auteurs sont d'accord pour affirmer que la lésion se rencontre plus fréquemment chez l'homme que chez la femme, dans un rapport qui varie entre 2 à 1 et 4 à 1.

Localisation

L'étude du Tableau II démontre que les membres sont les plus souvent atteints, avec une prédilection pour les os longs du membre inférieur. A souligner que la lésion se situe dans la colonne vertébrale dans environ 10% du total.

TABLEAU II

Localisation générale de l'ostéome ostéoïde.

Membre inférieur	134 (70.2%)
Membre supérieur	37 (19.4%)
Colonne vertébrale	19 (9.9%)
Thorax	1 (côte)

On trouvera dans le Tableau III le détail de la localisation au niveau des membres.

TABLEAU III

Détail de la localisation de l'ostéome ostéoïde dans les os des membres.

Membre inférieur		*Membre supérieur*	
Tibia	48 cas	Humérus	11 cas
Fémur	43 cas	Phalanges	9 cas
Tarse	20 cas	Cubitus	5 cas
(astragale: 15)		Carpe	5 cas
(calcanéum: 5)		Radius	4 cas
Phalanges	9 cas	Métacarpe	2 cas
Péroné	7 cas	Omoplate	1 cas
Os iliaque	4 cas		
Métatarse	2 cas		
Rotule	1 cas		
Total	134 cas	*Total*	37 cas

Le détail de la localisation peut évidemment varier avec les différentes séries, mais soulignons la prédilection de la lésion pour le tibia et le fémur. Jaffe (7) écrit que sur les 150 cas qu'il a personnellement observés, 25% étaient situés au niveau du fémur et 25% au niveau du tibia. Il apparaît donc que 90% des ostéomes ostéoïdes sont situés dans les os des membres, l'autre 10% intéressant les vertèbres; 80% des ostéomes ostéoïdes des membres apparaissent dans les os des membres inférieurs et 70% des ostéomes ostéoïdes du membre inférieur sont localisés dans le tibia et le fémur. Les os du tarse, particulièrement l'astragale sont aussi assez souvent le siège de cette tumeur. Au-delà de 50% des ostéomes ostéoïdes des membres supérieurs sont situés dans l'humérus et les phalanges.

Durée des symptômes

La durée des symptômes d'après l'histoire clinique est ordinairement de quelques mois à deux ans. Elle est rarement plus courte que 6 mois et plus longue que 2 ans. La durée moyenne est d'environ 13 mois.

TABLEAU IV

Durée des symptômes.

Durée en mois	*Nombre*	*%*
1 à 12	42	70 %
13 à 24	13	21.7%
25 à 36	2	3.3%
Plus de 36	3	5 %

La durée la plus courte rapportée dans la littérature est de 5 semaines. Dockerty, Ghormley et Jackson (5) font mention d'un cas où la durée des symptômes fut aussi longue que 60 mois. Jaffe par ailleurs (7) cite 2 cas qu'il aurait vus personnellement et chez lesquels les symptômes duraient depuis respectivement 5 ans et 10 ans.

Symptomatologie

La douleur est le symptôme capital dans l'ostéome ostéoïde. Cette douleur, intermittente et légère au début, devient progressivement très marquée et continue, au point d'interdire tout repos et tout sommeil. Il est intéressant de souligner que l'aspirine constitue la médication analgésique de choix, permettant au patient d'obtenir quelques heures de tranquillité. Comme autres symptômes importants, mentionnons la tuméfaction pal-

pable, l'atrophie musculaire, la limitation des mouvements et la boiterie. Lorsque la lésion est située près d'une articulation ou à peu de distance d'une surface articulaire, il peut survenir dans cette articulation des phénomènes d'arthrose ou d'ostéo-arthrite hypertrophique dégénérative, susceptible dans certains cas de laisser des séquelles permanentes. Si l'ostéome ostéoïde est localisé dans une vertèbre, une scoliose peut s'installer et le diagnostic étiologique de cette scoliose pourra échapper à l'examen clinique et radiologique et ne se révéler que lors d'une intervention exploratrice.

Considérations radiologiques

Il est classique de décrire l'ostéome ostéoïde comme une petite lésion osseuse ostéolytique, en général nettement délimitée, arrondie ou ovalaire et mesurant 1 cm ou moins. C'est à cette image que l'on donne le nom de nid. Ce nid de l'ostéome ostéoïde qui constitue la lésion essentielle, peut être plus ou moins radiolucide. Fréquemment le centre de ce nid renferme une petite image plus dense. Si on considère la Figure 1 qui représente la radiographie d'une section d'ostéome ostéoïde réséquée au niveau du tibia, on voit une image fréquemment observée dans ce genre de lésion mais qui n'est pas nécessairement celle que l'on rencontre dans tous les cas. (Fig. 1) Cette photo démontre bien la lésion annulaire lytique de l'ostéome ostéoïde exhibant au centre une zone plus dense. Autour du nid de l'ostéome ostéoïde, l'os adjacent présente une densité accrue qui s'exprime par le terme de sclérose osseuse. Cette sclérose osseuse est ordinairement beaucoup plus marquée lorsque la tumeur est située au niveau du cortex. Cet aspect de séquestre annulaire entouré d'une zone de sclérose osseuse plus ou moins étendue, constitue l'image classique de l'ostéome ostéoïde. La sclérose osseuse n'est pas toujours d'intensité égale et exceptionnellement elle est peu marquée. Lorsque la lésion est située dans le cortex des os longs, cette sclérose osseuse peut s'étendre plusieurs centimètres au delà du nid lui-même de l'ostéome ostéoïde. Pour des raisons techniques ou dans certains cas atypiques (14) la lésion lytique ne sera pas visible à la radiographie et ne sera constatée que lors de l'intervention basée sur un diagnostic probable d'ostéome ostéoïde.

Considérations anatomo-pathologiques

Nous nous servirons de cet ostéome ostéoïde du tibia dont nous venons de montrer l'image radiologique pour illustrer certains détails histologiques.

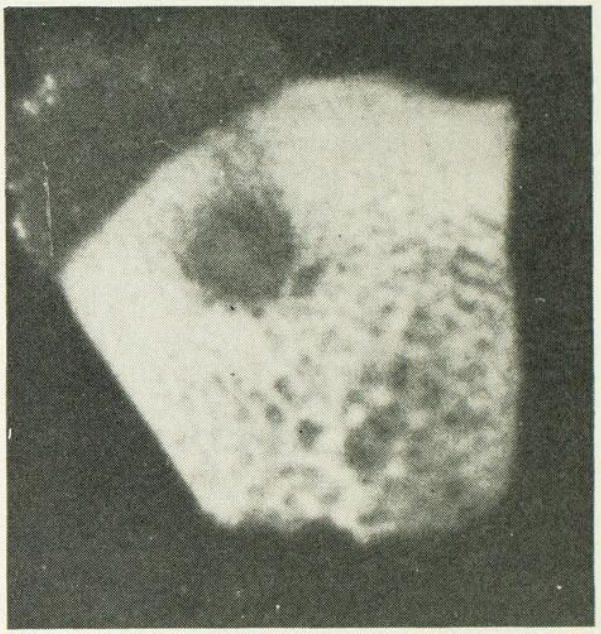


Fig. 1. — Radiographie d'une section d'un ostéome ostéoïde du tibia illustrant la lésion lytique entourée d'une zone de sclérose osseuse avec aspect de séquestre annulaire en son centre.

Dans le spécimen macroscopique le nid central apparaissait comme une petite masse de tissu brun ou brun jaunâtre et granuleux.

La Figure 2 représente la section histologique correspondant exactement à l'image radiologique illustrée dans la Figure 1. L'image annulaire du nid de l'ostéome ostéoïde est constituée de deux zones. La zone centrale plus dense constitue le foyer ostéoblastique de l'ostéome ostéoïde. Entre le foyer central ostéoblastique et l'os dense périphérique il existe une petite zone claire intermédiaire. Ce halo plus clair ne nous apparaît pas être un artéfact de fixation et serait au contraire cons-

titué par une mince bande de tissu conjonctif lâche très riche en petits vaisseaux dont certains munis de manchons musculaires. En

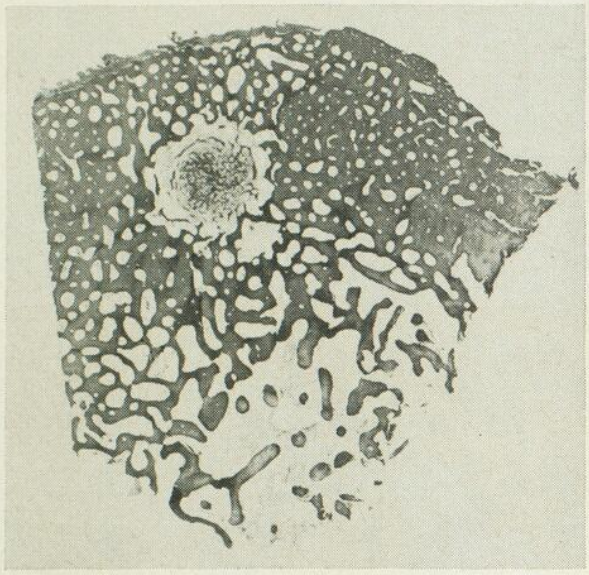


Fig. 2. — Section histologique de l'ostéome ostéoïde correspondant à l'image radiologique illustrée dans la fig. 1. A noter le nid ou zone centrale ostéoblastique entourée d'une zone claire intermédiaire et en dehors l'os scléreux.

un plus fort grossissement l'ostéome ostéoïde avec sa région centrale ostéoblastique, le halo périphérique de vascularisation intense et l'os scléreux périlésionnel.

Du point de vue histologique, le nid central de l'ostéome ostéoïde (Fig. 4) est constitué par un lacis ininterrompu de travées ostéoïdes, courant dans toutes les directions et s'anastomosant entre elles. Ces travées ostéoïdes se forment par processus d'ostéogénèse active primitive directement du tissu conjonctivo-vasculaire lâche qui sépare les travées. Ce tissu conjonctivo-vasculaire à potentiel ostéoblastique est toujours richement vascularisé. Cette ostéogénèse active s'accompagne de phénomènes de remodelage, à preuve les ostéoclastes qui apparaissent à certains endroits sur les travées néoformées. Les travées ostéoïdes subissent la minéralisation. Cette calcification est extrêmement atypique et variable, fût-elle au sein d'une même lésion. Certains ostéomes ostéoïdes possèderont un nid central à prédominance de tissu ostéoïde jeune

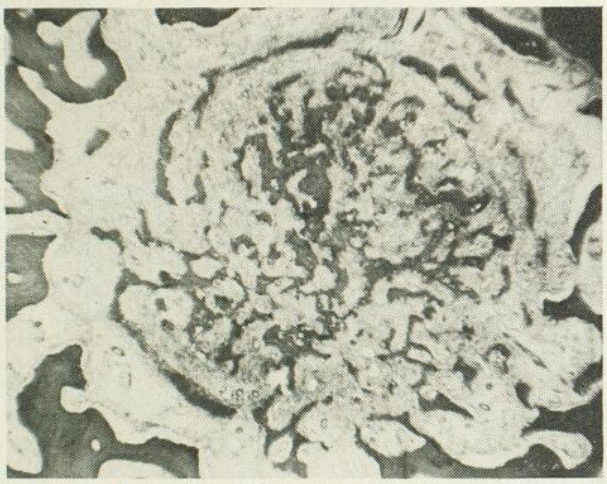


Fig. 3. — Microphoto a un plus fort grossissement de l'ensemble de la lésion illustrée dans la fig. 2. La zone centrale ostéoblastique est formée d'un treillis de travées ostéoïdes. Observer l'arrangement circulaire des travées périphériques. La zone centrale est séparée de l'os scléreux par une mince bande de tissu conjonctivo-vasculaire dont les vaisseaux s'orientent vers la zone ostéoïde centrale. (X 26)

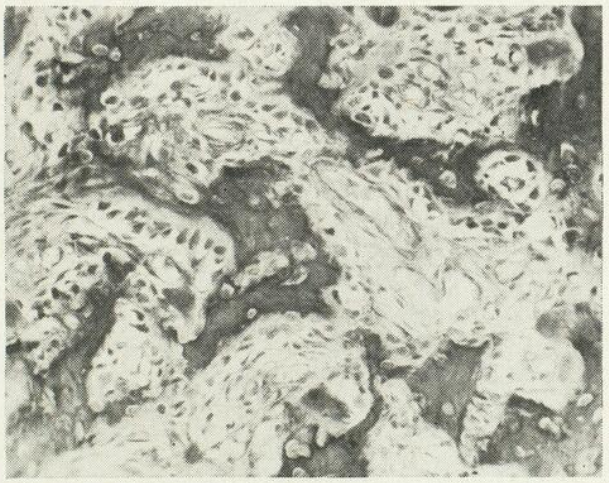


Fig. 4. — Zone ostéoblastique ou ostéoïde centrale de l'ostéome ostéoïde. Travées ostéoïdes bordées d'ostéoblastes avec minéralisation variable. Quelques ostéoclastes traduisent un certain degré de remodelage. Le tissu entre les travées est un tissu conjonctivo-vasculaire lâche, richement irrigué et non inflammatoire. (X 180)

dehors, l'os apparaît nettement plus compact ou si l'on veut employer le terme consacré par l'usage, scléreux. La Figure 3 nous montre à alors que d'autres exhiberont un nid central constitué de travées plus denses, plus volumineuses et ayant subi une minéralisation beau-

coup plus poussée. L'aspect pseudo-pagétoïde de travées plus volumineuses et davantage calcifiées, suggère qu'il s'est opéré sur ces travées, à un rythme inégal, des processus à la fois d'ostéogénèse active et de résorption osseuse. Cette sorte d'équilibre entre l'ostéogénèse active et le processus continuel de remodelage qui s'opère sur les travées néoformées expliquerait peut-être pourquoi le nid de l'ostéome ostéoïde ayant atteint 1 cm environ ne dépasse plus cette dimension. Enfin, soulignons qu'il n'y a aucune réaction inflammatoire dans le tissu conjonctivo-vasculaire séparant les travées ostéoïdes.



Fig. 5. — Zone intermédiaire de l'ostéome ostéoïde. Sa présence est variable. Elle est constituée de tissu conjonctivo-vasculaire avec vaisseaux munis de manchons musculaires. Ces vaisseaux s'orientent nettement vers la région centrale ostéoïde. (X 180)



Fig. 6. — Os scléreux cortical périphérique de l'ostéome ostéoïde. La moelle osseuse est en état de fibrose réactionnelle. Les canaux de Havers sont remaniés avec lignées d'ostéoblastes bordant les travées osseuses (apposition d'os nouveau). (X 90)

Nous avons souligné le fait que le nid central ostéoïde est séparé de l'os périphérique scléreux par une mince zone plus claire faite d'un tissu conjonctivo-vasculaire extrêmement vascularisé. (Fig. 5)

L'os scléreux entourant le nid (Fig. 6) est formé par les travées osseuses pré-existantes épaissies par l'apposition de nouvelles lamelles. La moelle osseuse est en état de fibrose réactionnelle sans caractère inflammatoire.

Nous désirons maintenant rapporter l'observation d'un cas d'ostéome ostéoïde du col du fémur avec constatation de visu de lésions articulaires intéressant la synoviale et le cartilage articulaire de l'articulation coxo-fémorale. Mary S. Sherman (15) fut le premier auteur à observer la coexistence de l'ostéome ostéoïde avec des lésions de l'articulation adjacente et à discuter du rapport étiologique. Dans le premier cas rapporté par Sherman, il s'agissait d'une jeune fille opérée pour ostéome ostéoïde du col fémoral. A l'ouverture de l'articulation, le chirurgien nota une prolifération villeuse marquée de la synoviale avec synovie abondante et une ostéophytose de la tête fémorale bien que le cartilage articulaire lui parut d'apparence normale. Le deuxième cas de Sherman était celui d'un jeune garçon de 13 ans qui consulta pour un ostéome ostéoïde du coude avec gonflement et douleurs. Encore là, l'exploration permit de constater de la congestion et de l'épaississement de la synoviale.

Observation.

Mademoiselle L., âgée de 15 ans, consulte pour douleur et boiterie du membre inférieur droit. Le début de la maladie remonte à 6 mois et il n'y a pas d'histoire de traumatisme antérieur. Les douleurs, intermittentes au début, sont maintenant constantes avec exacerbation la nuit. Les symptômes ne sont pas modifiés par la marche mais l'irradiation de la douleur dans le membre inférieur provoque une boiterie et une impotence relative.

A l'examen objectif il s'agit d'une jeune fille de type rectiligne et d'un développement normal. Légère boiterie à la marche avec diminution du temps d'appui à droite. Présence d'un gonflement diffus de l'articulation coxo-fémorale droite avec douleur à la palpation. La mobilisation articulaire tant active que passive est douloureuse et limitée dans toutes les directions. Les examens de laboratoire n'apportent aucun renseignement additionnel.

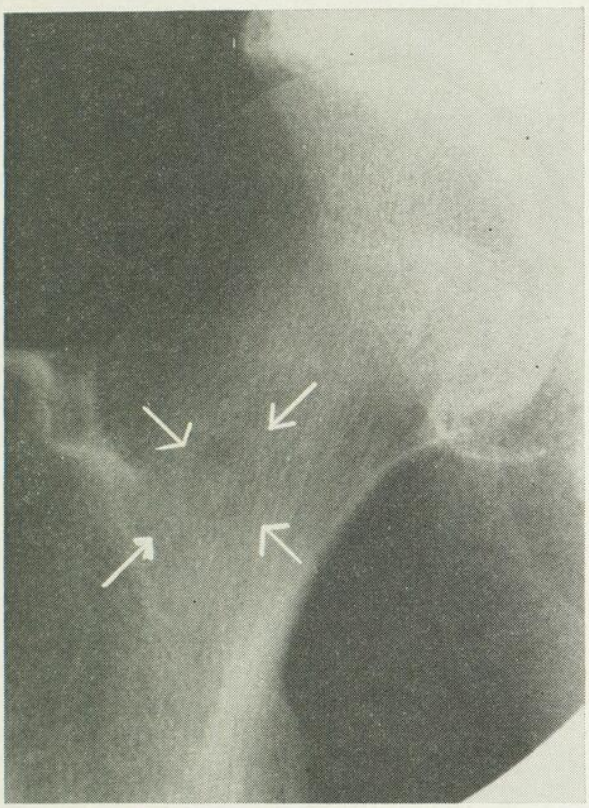


Fig. 7. — Radiographie du col du fémur de l'observation rapportée. La zone d'ostéolyse est indiquée par des flèches. Image de séquestre annulaire mais sans sclérose périphérique appréciable. Réaction périostée peu marquée du rebord interne jusqu'au niveau du petit trochanter.

Les radiographies montrent une zone de déossification mesurant environ 1 cm de diamètre et située à la base du col postérieur fémoral droit. (Fig. 7) Cette zone d'ostéolyse a un centre de densité augmentée et ne montre pas d'évidence de réaction sclérosante de pourtour. Présence également d'une réaction périostée au rebord interne du col fémoral droit jusqu'au niveau du petit trochanter.

A l'intervention le chirurgien constate la présence de lésions articulaires importantes : la capsule et la synoviale sont épaissies et congestives; la synovie est abondante et jaune citrin et la surface articulaire est grisâtre et partiellement décollée sur son pourtour. Par une fenêtre dans la corticale, on pratique un curettage de la lésion osseuse et tous les fragments sont prélevés pour examen histologique.

Sur une des préparations histologiques, un fragment osseux retient tout particulièrement notre attention. (Fig. 8) Ce fragment, de forme ovale, mesure 0.5 x 0.4 cm après fixation. Il est constitué par un lacis ininterrompu de travées ostéoïdes et de travées osseuses atypiques plus ou moins calcifiées (Fig. 9) dont certaines prennent un aspect pseudo-pagétoïde (Fig. 10).

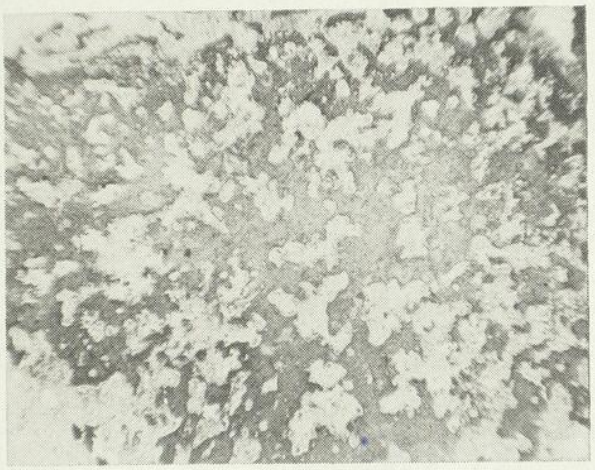


Fig. 8. — Nid de l'ostéome ostéoïde du col du fémur. Ce nid mesure 0.5 x 0.4 cm sur la lame histologique. Il est formé d'un lacis ininterrompu de travées ostéoïdes dans un substratum conjonctivo-vasculaire. (X 26)

Les mailles du réseau ostéoïde sont constituées par un tissu fondamental conjonctivo-vasculaire non inflammatoire. Cette image histologique correspond à la description que l'on a déjà faite du nid central de l'ostéome ostéoïde.

Les préparations histologiques des fragments prélevés au niveau de l'articulation ont montré : de la congestion et de l'hyperplasie villeuse de la synoviale, et du décollement du

cartilage articulaire lui-même au niveau de la zone périostée juxtaposée au cartilage avec phénomènes dégénératifs. (Fig. 11, 12, 13)

centrée sur l'articulation, l'aspect radiologique où l'on a noté l'absence de sclérose périlésionnelle, la constatation de visu des lésions d'ar-

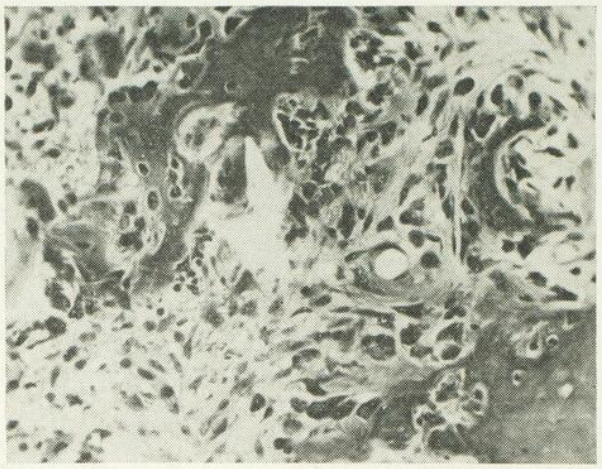


Fig. 9. — Travées ostéoïdes atypiques plus ou moins calcifiées et bordées d'ostéoblastes. Quelques ostéoclastes, dans les lacunes de Howship, témoignent d'un certain degré de remodelage. Les mailles du réseau ostéoïde sont constituées par un tissu fondamental conjonctivo-vasculaire non inflammatoire. (X 240)

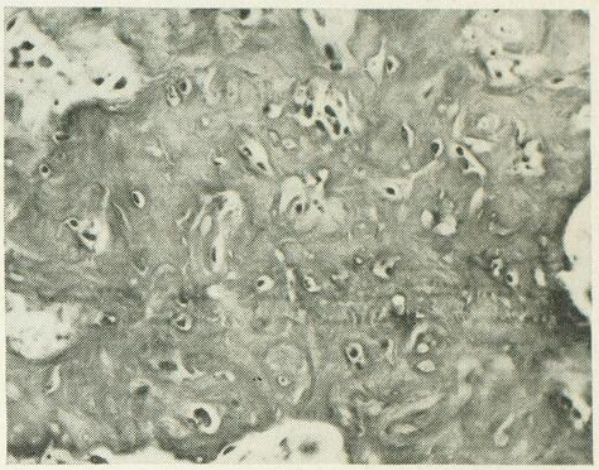


Fig. 10. — Les travées ostéoïdes minéralisées prennent un aspect pseudo-pagétoïde. (X 120)

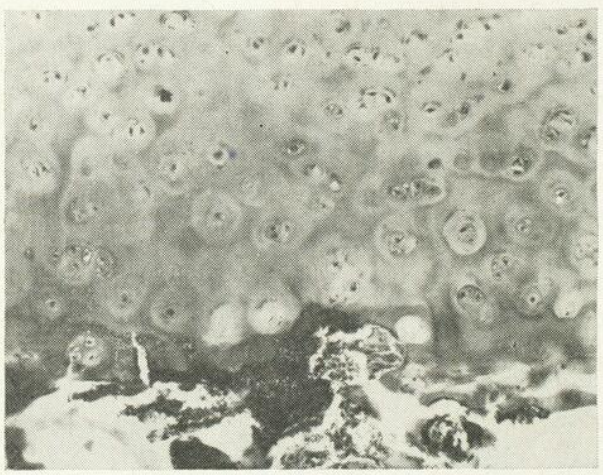


Fig. 11. — Fragment de cartilage articulaire avec la plaque basale. A noter l'absence de limites franches, la vascularisation intense et l'imprécision de la zone de transition entre l'os sous-chondral et le cartilage articulaire. Le cartilage est hyperplasié avec chondrocytes amassés en nids et entourés de halos périchondrocytaires. (X 90)



Fig. 12. — Cartilage avec nécrose fibrinoïde en surface, nids de chondrocytes avec démasquage fibrillaire et dégénérescence mucoïde. (X 240)

La malade a été revue périodiquement depuis. Elle n'a accusé aucune récidive et il y a eu disparition complète de la douleur et des phénomènes articulaires.

Cette observation nous a paru intéressante d'abord par sa symptomatologie exclusivement

throse au niveau de l'articulation et enfin, la guérison complète de la patiente par l'ablation de l'ostéome ostéoïde situé au niveau du col fémoral.

Nous avons alors recherché dans la littérature les observations de cas semblables. Nous

avons retrouvé une douzaine d'observations d'ostéome ostéoïde avec pathologie articulaire. Dans 5 de ces cas, il s'agissait aussi d'ostéomes ostéoïdes situés dans le col fémoral avec dans 4 cas, constatation de visu de lésions au

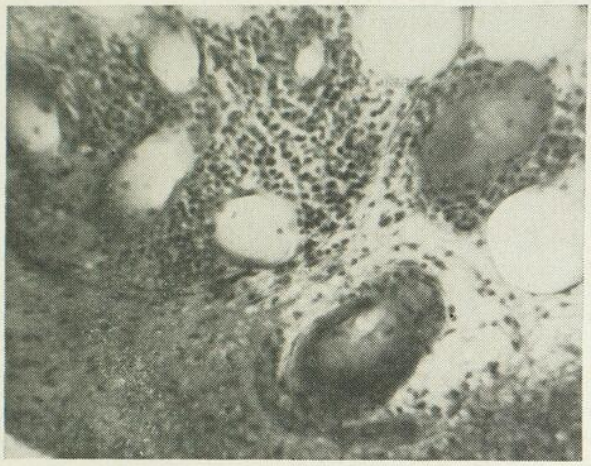


Fig. 13. — Microphoto d'une villosité de la synoviale illustrant la congestion vasculaire et l'infiltration lymphocytaire du tissu fibro-adipeux. (X 90)

Il semble donc d'après cette revue de la littérature, que l'arthrose accompagnant l'ostéome ostéoïde soit une complication relativement peu fréquente. Les lésions décrites par les auteurs tant au point de vue des surfaces articulaires que de la synoviale, restent des lésions de nature identique à des degrés variables d'évolution : arthrose dégénérative et synovite chronique non spécifique. Au niveau de la synoviale l'examen histologique a toujours révélé et toujours à des degrés variables, une prolifération de la synoviale avec ou sans dépôt fibrineux, de la congestion vasculaire et de l'infiltration lymphocytaire ou lymphoplasmocytaire. Le liquide synovial est augmenté de volume et de couleur ambrée. Au niveau des surfaces articulaires, l'image est celle d'une arthrose et non d'une arthrite spécifique infectieuse, tuberculeuse, rhumatoïde, etc...

TABLEAU V

Ostéome ostéoïde du col fémoral avec pathologie articulaire.

Auteurs et année de publication	*Durée des symptômes*	*Pathologie articulaire*	*Sequelles*
Sherman — 1947 (15)	24 mois	— Synovite chronique non spécifique — Ostéophytose.	Limitations de mouvements
Phalen et Pach — 1954 (16)	24 mois	Synovite chronique	nil
Johnson — 1955 (17)	12 mois	Synovite chronique	nil
Johnson — 1955 (17)	10 mois	Synovite chronique	nil
Flaherty et coll. — 1956 (18)	?	Signes radiologiques de début d'arthrose	?
Cas personnel: Guy et coll. — 1959 (H.S.C.)	6 mois	— Dégénérescence du cartilage articulaire — Synovite chronique.	nil

niveau de l'articulation. Nous avons résumé dans le Tableau V ces cas d'ostéome ostéoïde du col fémoral avec pathologie articulaire en y ajoutant notre cas personnel. On verra par l'étude du tableau que nous avons considéré aussi la durée des symptômes, la pathologie articulaire décrite et les séquelles rapportées.

Des observations du même genre ont déjà été rapportées ailleurs que dans le col fémoral, soit dans les phalanges, les os du carpe, le cubitus, le calcanéum, l'ischion et les vertèbres (19, 20, 21).

Soulignons en terminant que dans des cas semblables, il ne faut pas s'attarder dans l'expectative, les demi-mesures risquant fort en prolongeant la durée des symptômes, de laisser s'installer des séquelles permanentes, assez rares heureusement. L'immobilisation complète n'est pas un traitement car non seulement, elle n'amènera pas la régression des lésions articulaires (15) mais celles-ci pourront continuer d'évoluer même sous immobilisation (20). Seule l'ablation du nid de l'ostéome ostéoïde, si elle est pratiquée dans un

délai raisonnable, permettra au patient de récupérer la pleine capacité de son articulation.

Résumé

1 — Nous avons présenté les aspects clinique, radiologique et histo-pathologique de l'ostéome ostéoïde.

2 — Nous avons présenté l'observation d'un cas d'ostéome ostéoïde du col fémoral avec pathologie articulaire. Nous avons fait la revue de la littérature sur cette complication peu fréquente de cette tumeur bénigne ostéoblastique. Nous avons insisté sur la nécessité de l'intervention précoce pour éviter des séquelles permanentes ostéo-arthritiques.

Summary

1. — The authors have reviewed the clinical, radiological and pathological aspects of the osteoid-osteoma.

2. — They have presented a case of osteoid-osteoma of the femoral neck with articular pathology. This is the case of a girl, age 15, who complained for six months of intermittent pain in the right hip, especially at night. Limping was present with shortened bearing time on the right side. The right hip joint presented a diffuse swelling which was very painful on palpation. There was painful limitation of all articular movements, either active or passive. Laboratory findings were not significant. The X-Ray showed a lesion in the femoral neck which that was thought to be an osteoid osteoma; this diagnostic was confirmed histologically after removal. During the intervention significant arthritic changes were noted in the joint and pieces of tissues were studied by histology. In the synovial tissue the lesions were those of a chronic non specific synovitis. There are but a few similar cases reported in the literature. The authors insist on the fact that complete immobilisation is not a cure for such a lesion and that prolonged delay must be avoided in order to prevent a permanent disability. The extirpation of the nidus will fortunately, in most cases, restore the normal quality of the joint.

BIBLIOGRAPHIE

(1) H. L. JAFFE: "Osteoid-osteoma": A benign osteoblastic tumor composed of osteoid and atypical bone. *Arch. Surg.*, **31**: 709, 1935.

(2) H. BERGSTRAND: Ueber eine eigenartige, wahrscheinliche bisher nicht beschriebene osteoblastiche Krankheit in den langen Knochen der Hand und des Fusses. *Acta radiol.*, **11**: 597, 1930.

(3) H. MILCH: Osteoid-tissue tumor simulating annular sequestrum. *J. Bone and Joint Surg.*, **16**: 681, 1934.

(4) M. S. SHERMAN: Osteoid-osteoma. Review of the literature and report of 30 cases. *J. Bone and Joint Surg.*, **29**A: 918, 1947.

(5) M. B. DOCKERTY, R. K. GHORMLEY et A. E. JACKSON: Osteoid-osteoma. A clinico-pathologic study of 20 cases. *Ann. Surg.*, **133**: 77, 1951.

(6) D. C. DAHLIN: *Bone Tumors.* Charles C. Thomas, Springfield, Ill., 1957, pp. 50-57.

(7) H. L. JAFFE: *Tumors and Tumorous Conditions of the Bones and Joints.* Lea & Febiger, Philadelphie, 1958, pp. 92-106.

(8) J. F. BRAILSFORD: Chronic sub-periosteal abcess. *Brit. J. Radiol.*, **15**: 313, 1942.

(9) W. MACKENZIE: Painful non-suppurative localized sclerosis of long bones; report of two cases. *J. Bone and Joint Surg.*, **29**: 49, 1947.

(10) H. HELLNER: Reaktive oder neoplasmatische Veranderungen des Skelets. *Beitr. klin. Chir.*, **181**: 163, 1950.

(11) E. MOBERG: The natural course of osteoid-osteoma. *J. Bone and Joint Surg.*, **33**A: 166, 1951.

(12) E. MOBERG: Further observations on "corticalosteoide" or "osteoid-osteoma". *Act Radiol.*, **38**: 279, 1952.

(13) R. GUY: L'ostéome ostéoïde; revue de 191 cas tirés de la littérature. Séminar d'orthopédie de l'hôpital du Sacré-Coeur, fév. 1956 (non publié).

(14) W. R. DAVIDSON: Osteoid-osteoma; report of atypical cases. *Clinical Orthopaedics.* J. B. Lippincott, Philadelphie, **7**: 113, 1956.

(15) M. S. SHERMAN: Osteoid-osteoma associated with changes in adjacent joint; report of two cases. *J. Bone and Joint Surg.*, **29**A: 483, 1947.

(16) G. PHALEN et W. PATCH: Pain in the hip caused by osteoid-osteoma. *Clinical Orthopaedics.* J. B. Lippincott, Philadelphie, **4**: 154, 1954.

(17) G. F. JOHNSON: Osteoid-osteoma of the femoral neck. *Amer. J. Roent. Radium Therapy and Nuclear Med.*, **74**: 65 (juillet) 1955.

(18) R. A. FLAHERTY, D. G. PUGH et M. B. DOCKERTY: Osteoid-osteoma. *The Amer. J. Roent. Ther. and Nuclear Med.*, **76**: 1045 (déc.) 1956.

(19) A. O. SABANAS, W. H. BICKEL et J. H. MOE: Natural history of osteoid-osteoma of the spine; review of the literature and report of 3 cases. *Collected Papers of the Mayo Clinic.* W. B. Saunders Co., 1956, Vol. XLVII, p. 431.

(20) F. G. STUART: Osteoid-osteoma of the ischium with hip joint complications. *J. Assoc. Canad. Radiol.*, **7**: 21 (juin) 1956.

(21) F. A. CHANDLER et H. J. KAELL: Osteoid-osteoma. *Arch. Surg.*, **60**: 294 (juillet) 1955.

RECUEIL DE FAITS

RUPTURE D'UN ANÉVRYSME DE LA CAROTIDE INTERNE HÉMINIANOPSIE NASALE, UNILATÉRALE. HÉMIPLÉGIE CROISÉE PAR SPASME DE LA CAROTIDE.

Roma AMYOT,
Hôpital Notre-Dame (Montréal).

Cette brève présentation a pour but de signaler deux particularités cliniques qui, n'étant pas inédites, sont cependant non communément rapportées dans les observations de rupture d'anévrysmes intra-crâniens. La rupture artérielle déclenche un syndrome banal et facilement identifié; l'éruption du sang dans le liquide céphalo-rachidien provoque soudainement un syndrome méningé.

Il arrive que le sang épanché, de par la localisation de l'anévrysme, produise, en plus du syndrome méningé, des phénomènes neurologiques qui témoignent d'une localisation lésionnelle au cerveau.

C'est que l'hémorragie a non seulement pénétré dans l'espace sous arachidien, mais qu'elle a aussi envahi une région du cerveau y créant un hématome et un syndrome neurologique surajouté.

Tout cela est assez commun et connu.

En plus, dans le cas d'une rupture d'un anévrysme carotidien sous-clinoïdien, la proximité de certains nerfs crâniens : l'optique avec sa bandelette et son chiasma, les moteurs oculaires commun et externe, fait que l'on peut observer des troubles de la fonction visuelle et des accidents oculo-moteurs. La paralysie du moteur oculaire commun est, à ce propos, un phénomène assez fréquemment rencontré.

D'autre part, la rupture anévrysmale est un phénomène subit, avec perturbation physiopathologique dans la paroi et autour du vaisseau fissuré.

La déhiscence pariétale et l'éruption du sang dans le voisinage immédiat de l'artère sont propres à provoquer une modalité réactionnelle qui prend les apparences d'une finalité salvatrice ou atténuante en regard de l'hémorragie qui se constitue. Cette réaction des parois de l'artère peut causer des accidents secondaires qu'on pourrait éventuellement méconnaître et surtout attribuer à un autre mécanisme pathologique qui serait plus sévère dans ses conséquences.

Mais je laisse à l'observation de la malade le soin d'illustrer ces quelques considérations préliminaires.

Observation.

Mme P. E. P..., âgée de 41 ans, a été hospitalisée d'urgence le 15 août 1958 pour céphalée sévère. Le début de ses troubles est tout récent et l'histoire de sa maladie se résume en quelques mots.

Le 10 août, soit 5 jours plus tôt, la malade fut subitement prise d'une céphalée violente temporo-occitale plus marquée à droite. Elle eut des nausées, des vomissements. Elle était vertigineuse, avait tendance et peur de tomber. Elle avait remarqué, depuis lors, que sa vision était modifiée. Ces phénomènes avaient persisté jusqu'à son admission. Je l'examinai le jour même de son entrée à l'hôpital.

L'examen neurologique se montra négatif, sauf un certain degré de limitation de mouvement de flexion passive de la tête et une douleur nuquale incontestable à la limite de ce mouvement de flexion.

L'examen des champs visuels à la confrontation permettait de constater un rétrécissement du champ de l'œil droit *surtout du côté nasal.*

Une ponction lombaire révéla une pression de 270 mms, un liquide rosâtre. L'examen de ce liquide fut négatif à l'exclusion de la pré-

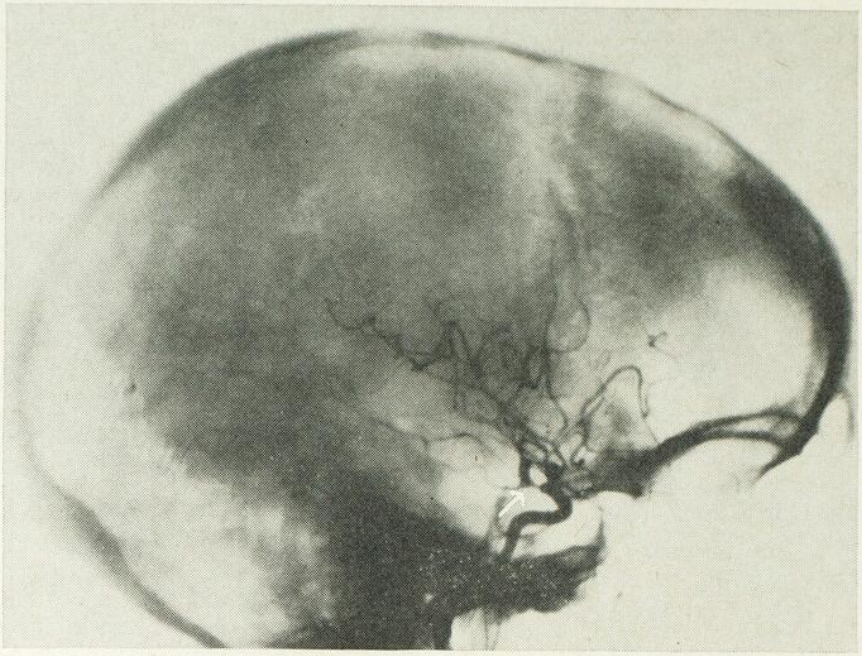


Fig. 1. — La flèche indique le spasme de la carotide sur laquelle est branché l'anévrysme. Circulation pauvre dans un réseau artériel tenu.

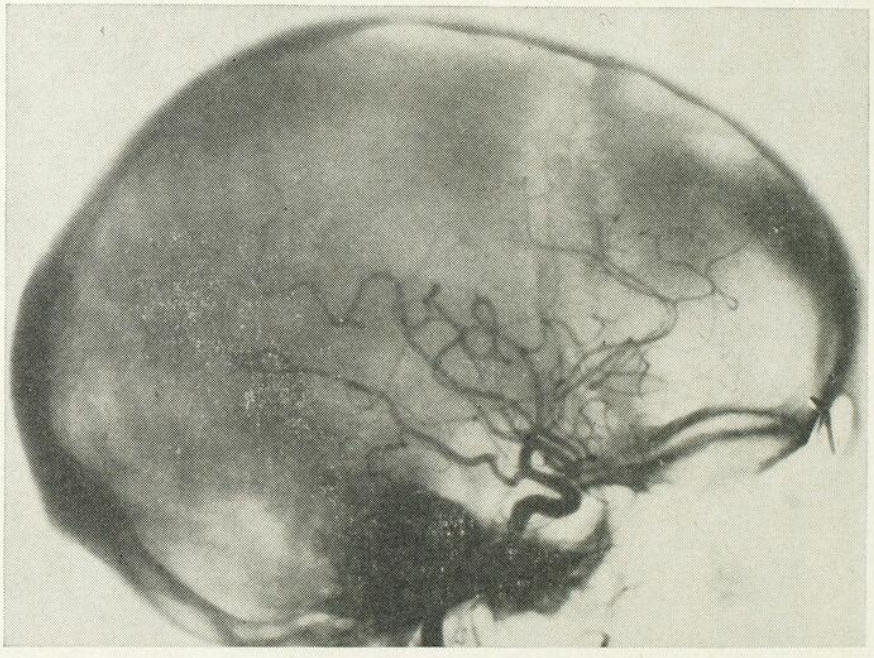


Fig. 2. — Côté sain, à gauche. Syphon carotidien de configuration normale et clairement visualisé. Réseau artériel au calibre vasculaire plus large et mieux dessiné que sur Fig. 1.

sence de globules rouges crénelés au nombre de 3.250 par mm^3; ainsi les réactions de Wasserman, de Paudy, de Lange, furent négatives; les protéines, la leucocytose, les chlorures et le glucose étaient en quantité normale.

Une radiographie du crâne ne signala que la présence d'une glande pinéale calcifiée, située en position médiane.

Le 20 août, un nouvel examen clinique fit trouver un signe de Hoffman à gauche, une grimace plus vigoureuse à droite, des épreuves de Mingazzini et de Barré positives à gauche.

A l'épreuve des bas tendus, le membre gauche s'abaissait plus rapidement. En somme, on constatait alors une hémiparésie gauche accompagnant le même trouble de la vision à l'œil droit, soit une cécité dans le champ nasal qui avait été confirmée d'ailleurs par un examen ophtalmologique préalable L'acuité visuelle avait été de 20/20 à gauche et de 20/30 à droite, les fundi avaient été trouvés normaux et le champ visuel avait décelé une hémianopsie nasale de l'œil droit avec contraction atypique du champ de la vision de ce côté.

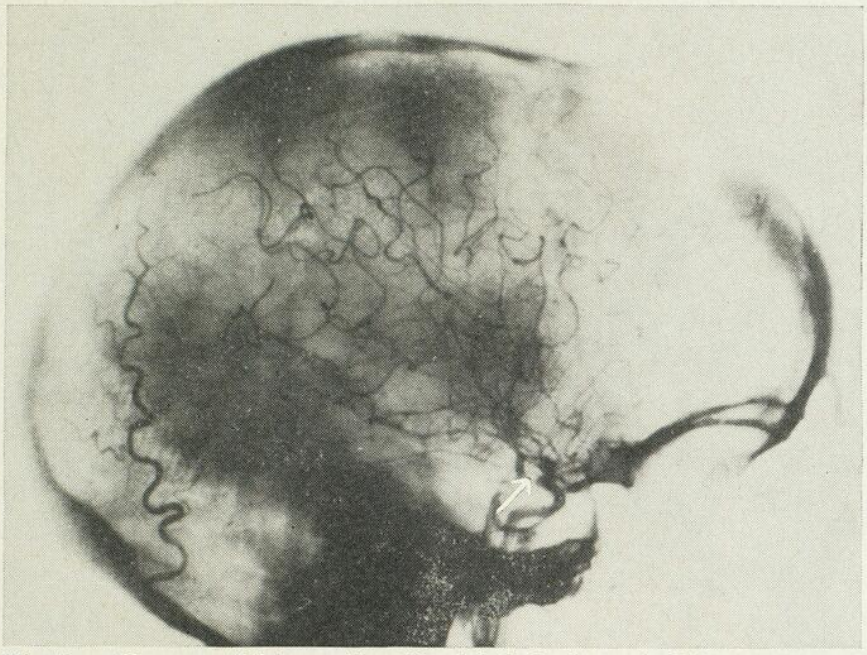


Fig. 3. — Temps artériel succédant à celui de la figure 1. Mêmes marques. Le réseau artériel maintient son aspect tenu.



Fig. 4. — Temps artériel succédant à celui de la figure 2. Mêmes remarques. Le réseau artériel est incontestablement d'un calibre supérieur à celui de la figure 3, qui rprésente le même temps artériel du côté de l'anévrysme et du spasme carotidien.

La malade ne pouvait se tenir debout, ni marcher par faiblesse du membre inférieur gauche. Elle était au surplus obnubilée, confuse.

Une artériographie cérébrale fut effectuée dans le service de neuro-chirurgie, le 22 août. « Les cérébrales antérieures, moyennes et postérieures sont injectées. A droite, anévrysme du syphon carotidien situé au-dessus de l'artère ophtalmique. La carotide interne présente une stricture importante de sa lumière entre l'origine de l'ophtalmique et l'origine de la communicance postérieure. Il peut s'agir d'une stricture spasmodique » (J.-L. Léger).

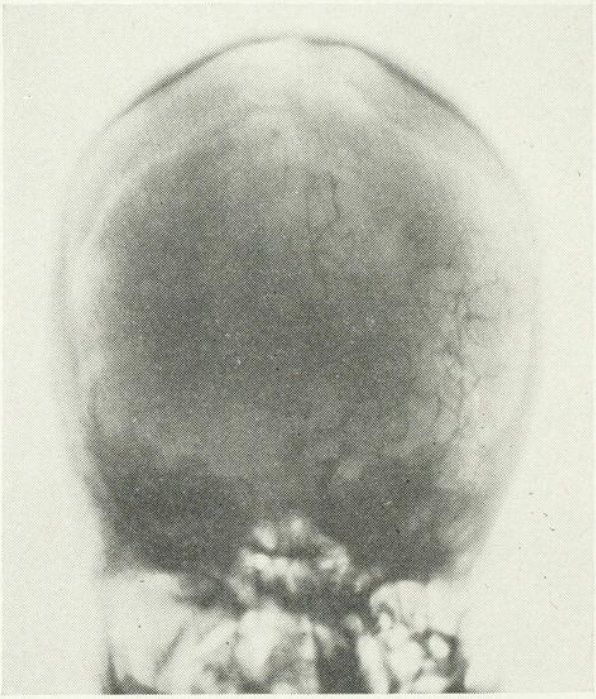


Fig. 5. — Incidence antéro-postérieure du côté pathologiques, au côté droit de la malade. Bifurcation de la carotide interne en sylvienne et cérébrale antérieure à peine visible. Anévrysme apparaissant au-dessous de cette bifurcation. La distribution des cérébrales montre ici encore son calibrage diminué.

Le 22 août, installation d'une pince de Silvertone par le docteur Claude Bertrand. Le 23, la pince est fermée des ⅔; on constate, à cette date, une hémiparésie gauche plus importante au membre supérieur, avec paralysie faciale de type central.

Le 25, la pince est fermée en totalité sans aucune réaction sensitivo-motrice.

Le 27, les mouvements reviennent à la main qui était complètement inerte quatre jours auparavant.

Le 28, bonne récupération de la motilité à gauche.

Le 30, la malade peut remuer son avant-bras; l'hémionopsie nasale de l'œil droit n'est plus contrôlée.

La malade quitta l'hôpital, le 3 septembre, en marchant.

Commentaires

Par cette observation, nous désirons signaler l'hémianopsie nasale à l'oeil droit, du côté de

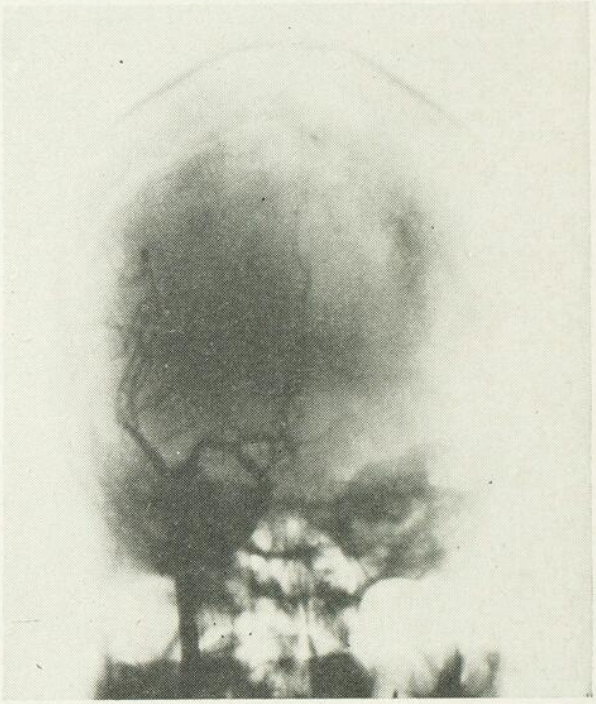


Fig. 6. — Même incidence du côté sain (soit au côté gauche de la malade). A remarquer la bifurcation précise de la carotide en sylvienne et cérébrale antérieure d'un calibre normal.

l'anévrysme rupturé. Il apparaît bien comme si le sac anévrysmal et surtout l'éruption sanguine de sa rupture avait produit une interruption, au moins physiologique, des fibres optiques qui passent à la partie externe du chiasma et qui sont destinées au segment temporal de la rétine, en l'occurence de l'œil droit.

Un anévrysme intra-crânien, dans 50% de cas situé soit sur la cérébrale moyenne, soit

sur la carotide interne, et surtout s'il est situé sur la carotide interne, peut provoquer des troubles visuels. Ils seront de l'amblyopie, de l'hémianopsie bitemporale, ou de l'hémianopsie homonyme, en conséquence de la souffrance du nerf optique, du chiasma ou de la bandelette optique. Dans le cas de notre observation, le chiasma fut intéressé dans sa partie externe droite et proximale par rapport au nerf optique, avec cécité nasale et une contraction du champ visuel. C'est d'ailleurs un phénomène et une constatation cliniques connus dans le cas d'un anévrysme de la carotide interne à son émergence de la loge caverneuse.

Il est vraisemblable que cette altération de la vision à droite s'établit lors de la fissuration de l'anévrysme, la malade ayant constaté en cette occurrence que sa vision avait changé et le champ visuel étant redevenu normal à la date de son départ de l'hôpital.

Il est également raisonnable d'affirmer que la rupture de l'anévrysme ne fut pas catastrophique et qu'il s'est agi d'une fissuration plutôt que d'une large rupture.

En effet, cinq jours plus tard, le liquide n'était plus que de teinte rosâtre avec un nombre relativement restreint d'hématies à la numération, et le syndrome méningé que d'intensité légère.

L'artériographie montra une stricture de la carotide à proximité de l'anévrysme et le radiologiste envisagea la probabilité d'une stricture par spasme.

Par ailleurs, si on examine les clichés de cette artériographie, on constate que la vascularisation cérébrale, à droite, dans tout le réseau dépendant de la carotide interne, montre des vaisseaux de très faible calibre. Cette particularité pourrait être plus facilement appréciée, si on compare les réseaux artériels droit et gauche. De ce dernier côté, la vascularisation est certainement plus généreuse, dans des vaisseaux plus larges.

Au surplus, avant l'épreuve de l'artériographie cérébrale, la malade avait présenté une hémiparésie gauche qui s'aggrava rapidement en 2 - 3 jours et qui continua de s'intensifier après l'artériographie et l'installation de la pince de Silvertone, mais qui régressa aussi rapidement dans les quelques jours qui suivirent l'intervention chirurgicale. Cette hémiparésie était d'installation antérieure à l'artériographie et à l'application de la pince sur la carotide; elle se révéla indépendante de ces deux manœuvres.

On peut croire avec logique que l'hémiparésie gauche était la conséquence du spasme de la carotide constatée à l'artériographie et en définitive l'effet d'une circulation insuffisante à l'hémisphère droit, comme le révèle également l'image angiographique.

Le fait, comme nous l'avons ci-haut mentionné, est loin d'être inédit et comporte certaines conséquences phénoménologiques observées et certains commentaires qui peuvent les interpréter. Il est important de s'en souvenir, afin d'éviter d'attribuer un syndrome neurologique, du genre de l'hémiplégie de notre malade, à une autre pathogénie qui pourrait être, entre autres facteurs, la formation d'un hématome intra-cérébral.

A la réunion de « l'American Neurological Association » tenue en 1958, Taveras, Pool et Fletcher, ont rapporté leur expérience, à ce propos, recueillie sur 100 cas observés à l'Institut Neurologique de New-York.

Cinquante pour cent (50%) des anévrysmes qui avaient saigné montrèrent des images angiographiques de spasme vasculaire cérébral.

En fait, il y avait hémorragie chez tous les cas, excepté un, où on constata la présence d'un spasme artériel. L'incidence de coma, d'hémiplégie, d'aphasie et de convulsions fut beaucoup plus élevée chez les malades à spasme.

Les anévrysmes associés au spasme étaient situés sur la partie supra-clinoïdienne de la carotide interne et au niveau de sa bifurcation, sur la communicante postérieure, sur la sylvienne, sur la communicante et la cérébrale antérieures.

Entre autres remarques, les auteurs affirment que la présence du spasme vasculaire

accompagnant l'anévrysme intracrânien, et par-dessus tout celui qui s'est rupturé et qui saigne, peut être à l'origine d'une insuffisance de circulation cérébrale localisée ou généralisée, pouvant entraîner de l'ischémie et définitivement de l'infarcissement ou, à un nombre degré, de l'insuffisance fonctionnelle de territoires cérébraux intéressés.

L'expérience de ces auteurs possède sûrement une valeur démonstrative qui peut être appliquée à la pathologie de la malade de notre observation.

Résumé

Femme de 41 ans dont un anévrysme de la carotide interne droite rupturé a provoqué une légère hémorragie sous-arachnoïdienne et un syndrome méningé proportionnel, une hémianopsie nasale de l'œil droit et une hémiplégie gauche. Il semble bien que l'anévrysme fissuré a causé le trouble visuel passager par atteinte de la partie externe droite du chiasma et qu'au spasme surajouté de la carotide a causé une insuffisance fonctionnelle de l'hémisphère droit, plus particulièrement dans l'aire de distribution de la sylvienne droite. Il est insisté sur l'importance de cette notion du spasme couplé à l'anévrysme qui saigne, dont l'incidence est élevée selon l'expérience de neurochirurgiens américains et qui explique avec vraisemblance la pathogénie de lésions ou de syndromes neurologiques relevant d'une insuffisance circulatoire dans l'aire de distribution du vaisseau spasmé.

Summary

Female patient aged 41. Ruptured aneurysm of the right internal carotid. Moderate subarachnoid hemorrage and meningeal syndrome, nasal hemianopsia of the right eye and left hemiplegia.

The bleeding in the vicinity of the aneurysm has caused a temporary involvement of the external group of fibers of the chiasm.

The obvious vascular spasm on the right internal carotid proximal to the small aneurysm has been the origin of the left hemiplegia. In the opinion and upon the experience of some neuro-surgeons, the incidence of the arterial spasm is high in the case of ruptured intra-cranial aneurysm.

And the vascular spasm is capable of causing cerebral lesions or neurological syndromes due to some vascular deficiency in the cerebral area which is the arterial field of the main artery with the spasm.

BIBLIOGRAPHIE

Paul BONNET: *Les anévrysmes artériels intra-crâniens.* Masson et Cie, édit., Paris, 1955.

Guy LAZORTHES: *Les hémorragies intra-crâniennes.* Masson et Cie, édit., Paris, 1952.

Roger PLUVINAGE: *Malformation et tumeurs vasculaires du cerveau.* Masson et Cie, édit., Paris, 1954.

J.M. TAVERAS, J.L. POOL et T.M. FLETCHER: The incidence and significance of cerebral vasospasm. *Tr. of the Am. Nerol. Ass.*, **82**: 100, 1958.

MOUVEMENT MÉDICAL

ÉTUDE CLINIQUE PRÉLIMINAIRE DE LA PIPADONE EN ANESTHÉSIE [1]

Louis LAMOUREUX, Fernand SHOONER et Lionel TREMBLAY.

En 1929, plusieurs chercheurs se réunirent dans l'espoir de synthétiser un calmant puissant, non toxique et ne touchant pas les activités vitales. La synthèse devait tenter de donner ce que la nature n'avait pas encore réussi.

Plusieurs narcotiques synthétiques furent alors livrés à la profession médicale. Dès 1939, Schaumann et Esleb introduisirent le Démérol. Le Méthadon apparut à la fin de la Seconde Guerre Mondiale et un peu plus tard le Levo Dromoran et le Nisentil vinrent meubler l'arsenal thérapeutique.

C'est en 1956 que la Pipadone (Hydrochlorure de Dipipanone) fut découverte. C'est un Chlorhydrate de 4,4-diphényl-6-pipéridino-3-3-heptanone racémique, dont la formule résumée est C24H31ON.HC1.H2O.

Nous avons fait l'expérience de ce nouvel agent anesthésique. Nous ne prétendons pas avoir scruté à fond les propriétés de la Pipadone, mais nous avons réussi à en observer les effets dans plusieurs champs d'action de l'anesthésie intraveineuse.

1. Nous désirons remercier la Compagnie Burroughs Wellcome pour l'aide économique apportée à ce travail.

Notre travail a consisté à étudier ses propriétés sur le système nerveux, le système respiratoire et le système cardio-vasculaire. Nous rapportons, en plus, nos observations faites au cours de différentes interventions chirurgicales.

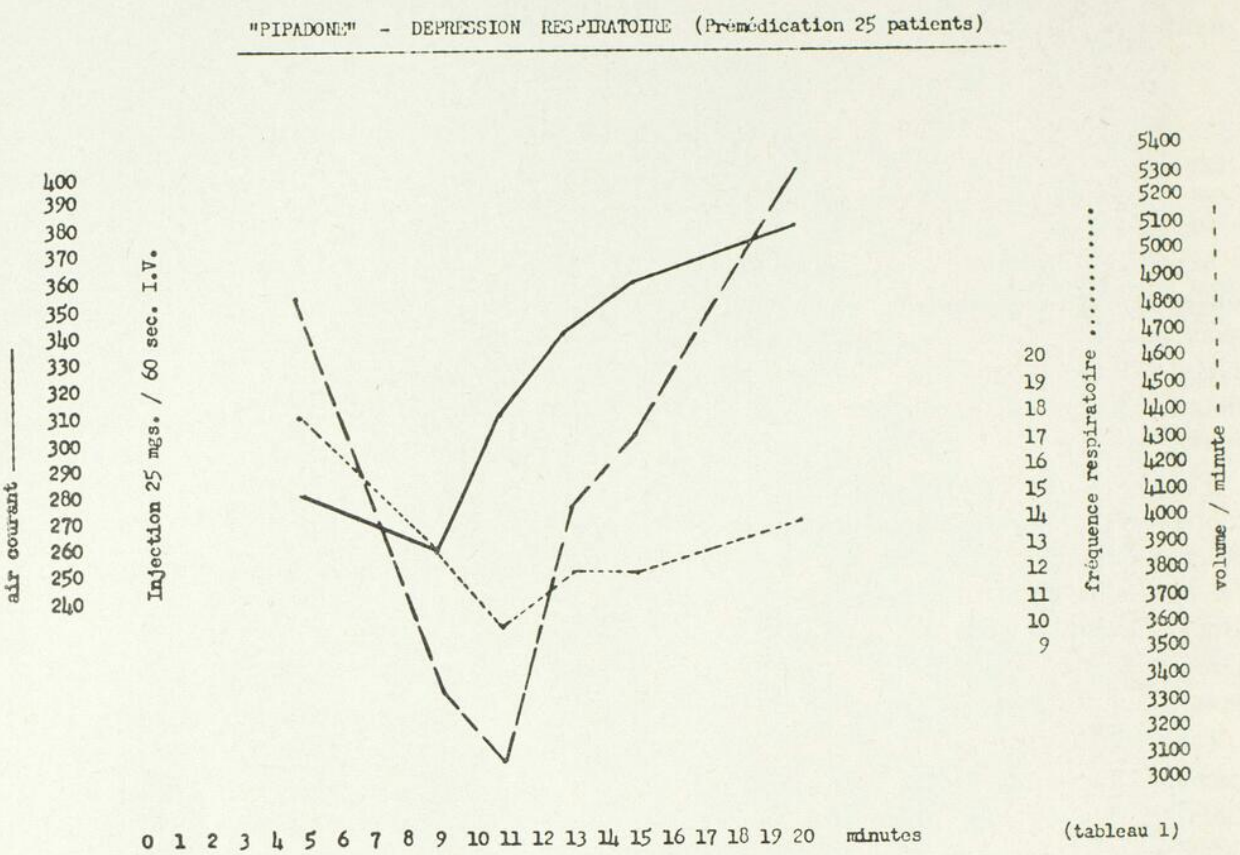
I — Dépression respiratoire

Dès son premier emploi, la Pipadone nous a frappé par sa facilité à déprimer la respiration. Même si ses phases de dépression ressemblent à celles de la Morphine (Krueger) (1), elles se rapprochent davantage de celles du Méthadon. Injectée par voie intraveineuse, elle diminue la fréquence respiratoire tout en augmentant l'air courant, ce qui a pour effet de diminuer de très peu le volume minute. Notre méthode qui nous a permis d'affirmer ceci a consisté dans l'injection intraveineuse de 25 mgs. de Pipadone en un temps de 60 secondes. Nous avons choisi 25 patients bien portants de 20 à 30 ans devant être opérés. Et, comme prémédication, nous leur avons donné ce médicament ainsi que 1/150 gr. d'Atropine.

Nos résultats sont illustrés dans ce tableau 1.

	5 min.	*9 min.*	*11 min.*	*13 min.*	*15 min.*	*20 min.*
Fréquence respiratoire/min.	18	13	10	12	12	14
Volume minute	4860	3380	3100	4080	4320	5320
Air courant	280	260	310	340	360	380
Changement air courant		— 7.2%	+10.7%	+21.4%	+28.5%	+33.6%
Changement % vol. minute		—30.5%	—36.3%	—16.1%	—11.2%	+ 9.4%

Tableau 1



(tableau 1)

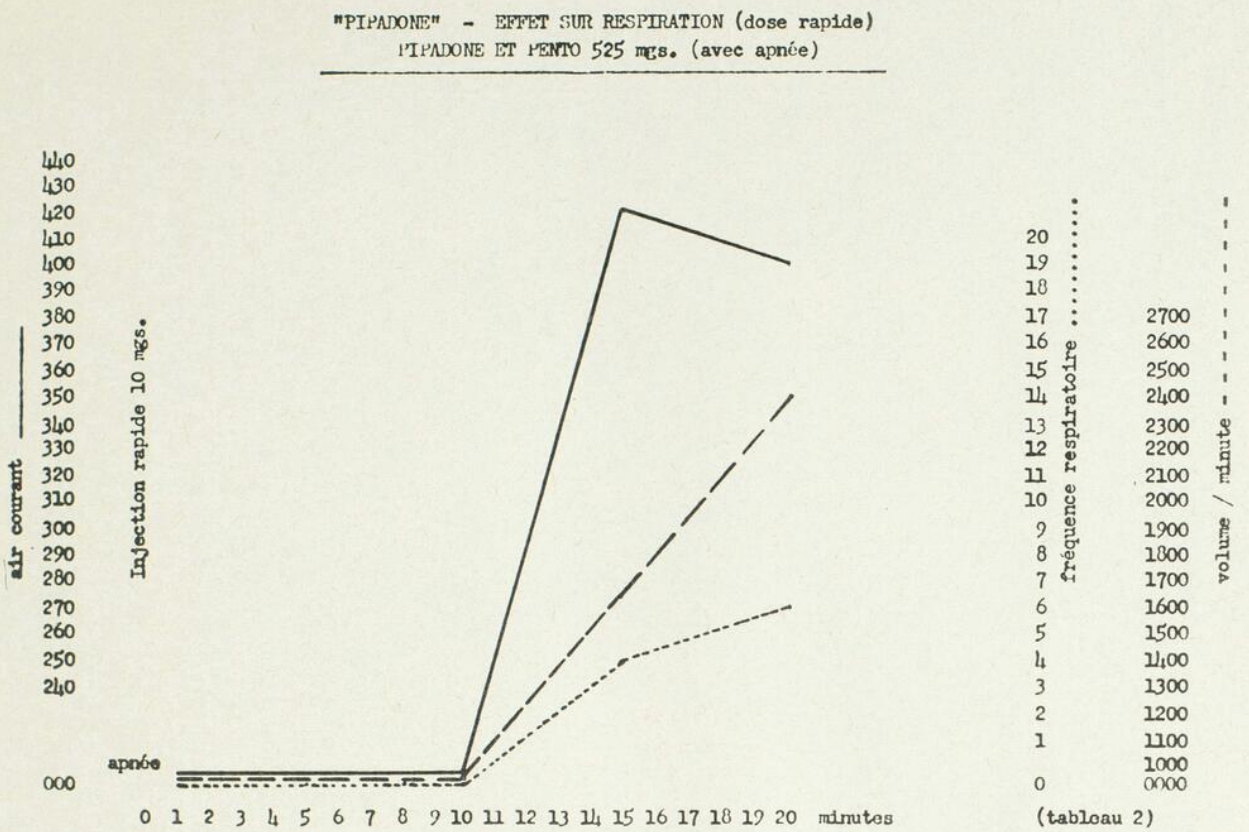
Connaissant le travail de Masson (2-3), nous avons voulu mesurer le degré de la dépression respiratoire sous anesthésie générale. 25 patients ont été induits à l'aide du Pentothal sodique à la dose moyenne de 525 mgs. Nous avons injecté chez ces patients une dose de 10 mgs. de Pipadone en un temps de 2 minutes. L'apnée obtenue a duré une moyenne de 15 minutes. La respiration contrôlée pratiquée (en cela nous avons tenté d'imiter le plus près possible la respiration normale) fut sans hyperventilation. Car celle-ci a la propriété de prolonger l'apnée due aux narcotiques (1-4-5-6-7).

Effet sur la respiration

1) Pipadone (dose rapide) avec Pento. (Durée de l'apnée).

	2 min.	*5 min.*	*8 min.*	*10 min.*	*15 min.*	*20 min.*
Fréquence resp./min.	0	0	0	0	4	6
Volume minute	0	0	0	0	1680	2400
Air courant	0	0	0	0	420	400

Tableau 2



Par contre ces mêmes doses injectées lentement, tel qu'indiquées par le tableau suivant, provoquent une dépression respiratoire, mais la respiration spontanée persiste. Voici le résultat de cette étude chez 50 patients.

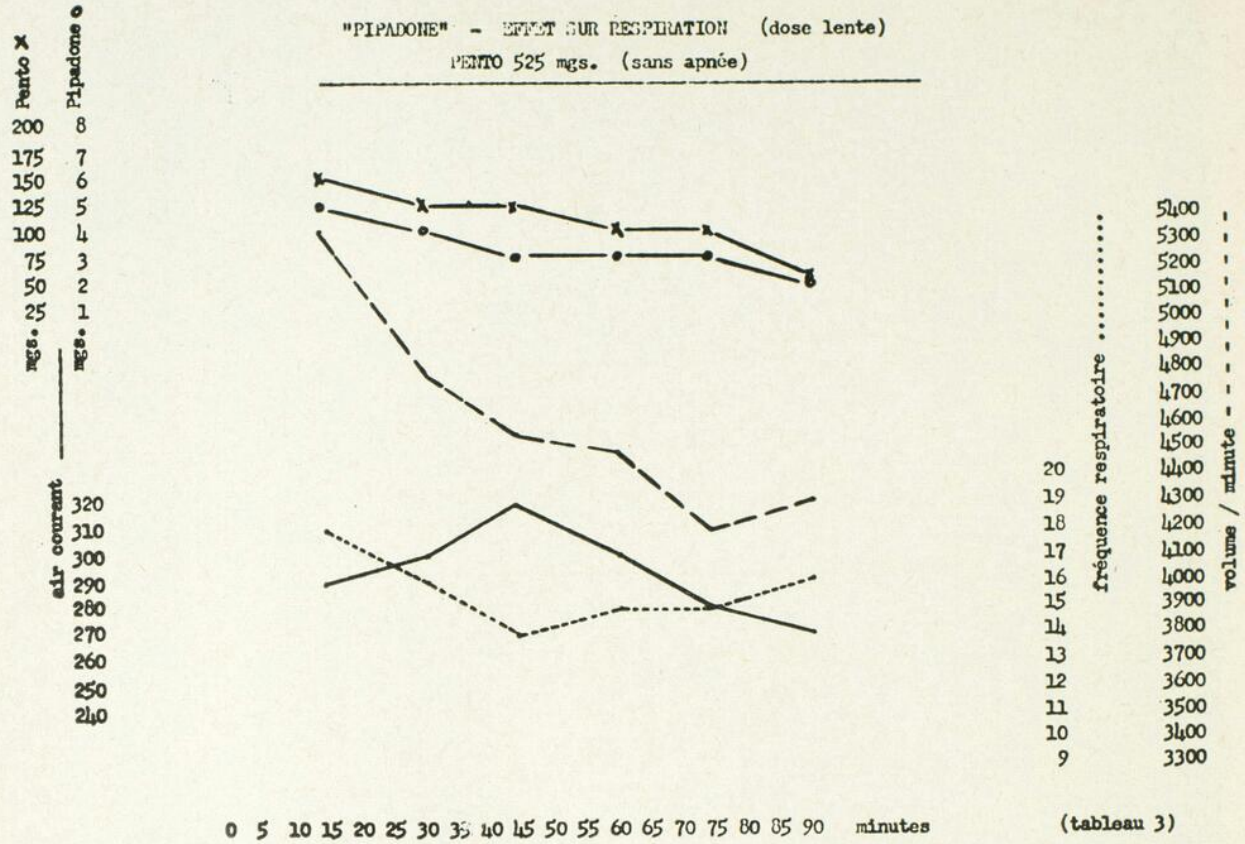
2) Pipadone (dose lente) avec Pento. (sans apnée).

3) La pipadone à doses lentes d'entretien. Maintien de l'anesthésie: N_2O - O_2 - Pipadone (30 patients).

De toute évidence l'effet dépresseur de la Pipadone sous anesthésie à dose rapide est plus grand que les autres opiacés actuellement en usage. Mais si nous comparons notre tableau 1 avec celui de Swerdlow (tableau 5) réalisé dans des conditions à peu près identiques, (sauf le temps d'injection) nous pouvons conclure que sa propriété déprimante n'est pas beaucoup plus grande que le Démérol.

Temps.	*15 min.*	*30 min.*	*45 min.*	*60 min.*	*75 min.*	*90 min.*
Dose moyenne en mgs.						
Penthothal.	150	125	125	100	100	50
Pipadone	5	4	3	3	3	2
Fréquence respiratoire	18	16	14	15	15	16
Volume minute	5330	4800	4580	4500	4200	4320
Air courant	290	300	320	300	280	270

TABLEAU 3



(tableau 3)

4) Changement respiratoire après Démérol (Swerdlow) injection 100 mgs. en 15 secondes. (voir tableau 5).

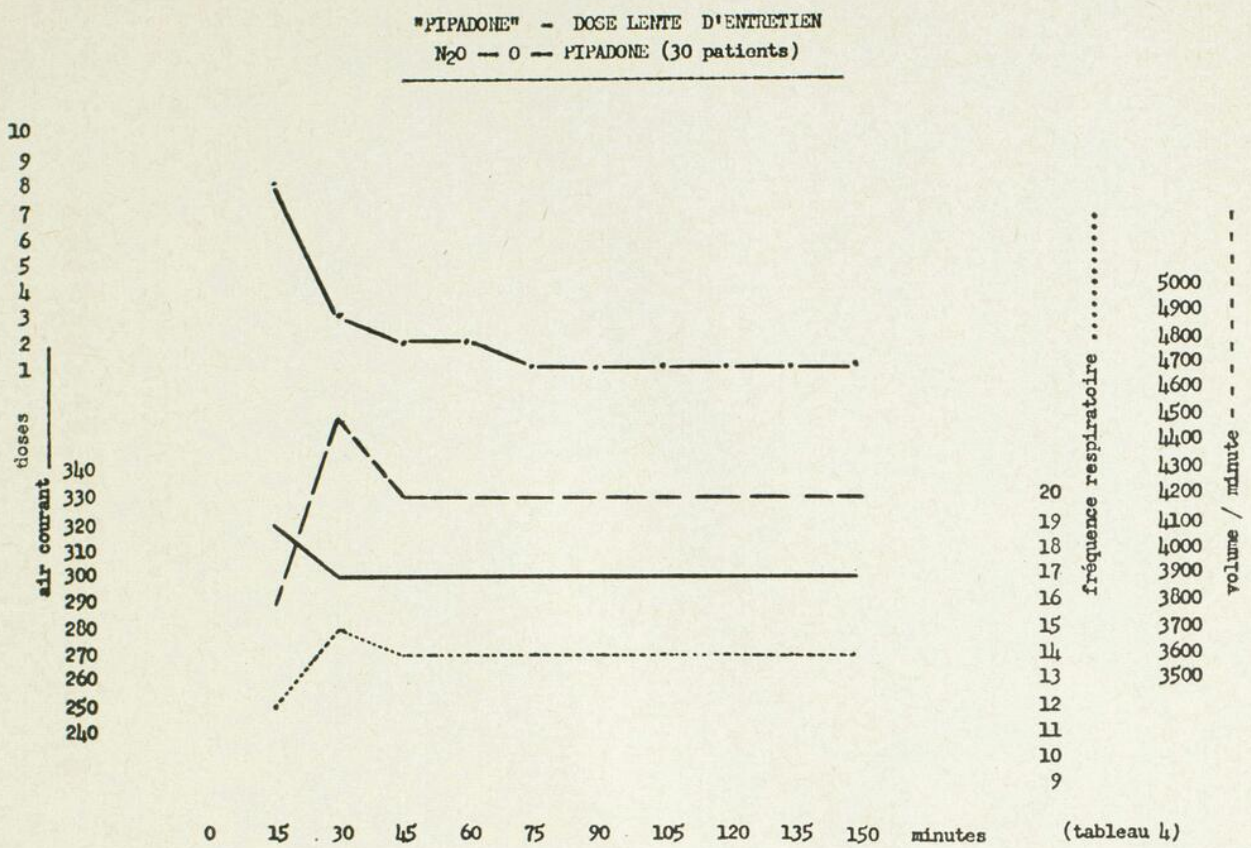
II — Hypotension (1-4-8)

Il s'agit maintenant d'étudier les effets de la Pipadone sur le système Cardiovasculaire. Au moment de notre expérience sur la respiration, nous avons assisté à un ralentissement du rythme cardiaque. Ce dernier a été, dans quelques cas, précédé d'une brève tachycardie. Nous avons aussi noté une augmentation du volume veineux périphérique et l'apparition d'une coloration rougeâtre du visage et du cou ainsi qu'une légère accentuation de la chaleur de la peau. Ceci nous a fait penser à une action directe du médicament sur les capillaires (6). Quatre patients sur 25 ont de plus présenté une chute de tension artérielle de 25 à 40 mms de Hg. en position horizontale.

Chez cinq patients, nous avons répété la même expérience en donnant une inclinaison de 20 degrés à la table. Quatre de ces patients

Temps min.	*15*	*30*	*45*	*60*	*75*	*90*	*105*	*120*	*135*	*150*
Dose mgs.	8	3	2	2	1	1	1	1	1	1
Fr. resp. min.	12	15	14	14	14	14	14	14	14	14
Air courant	320	300	300	300	300	300	300	300	300	300
vol./min.	3840	4500	4200	4200	4200	4200	4200	4200	4200	4200

Tableau 4



(tableau 4)

n'ont subi aucune perturbation. Chez le dernier, la chute de la tension artérielle nous obligea à lui redonner la position horizontale. La pression aussitôt redevint normale.

Sous anesthésie toutefois, nous avons eu la précaution d'administrer lentement notre drogue, et aucun changement de tension ne fut noté, même en position de Fowler.

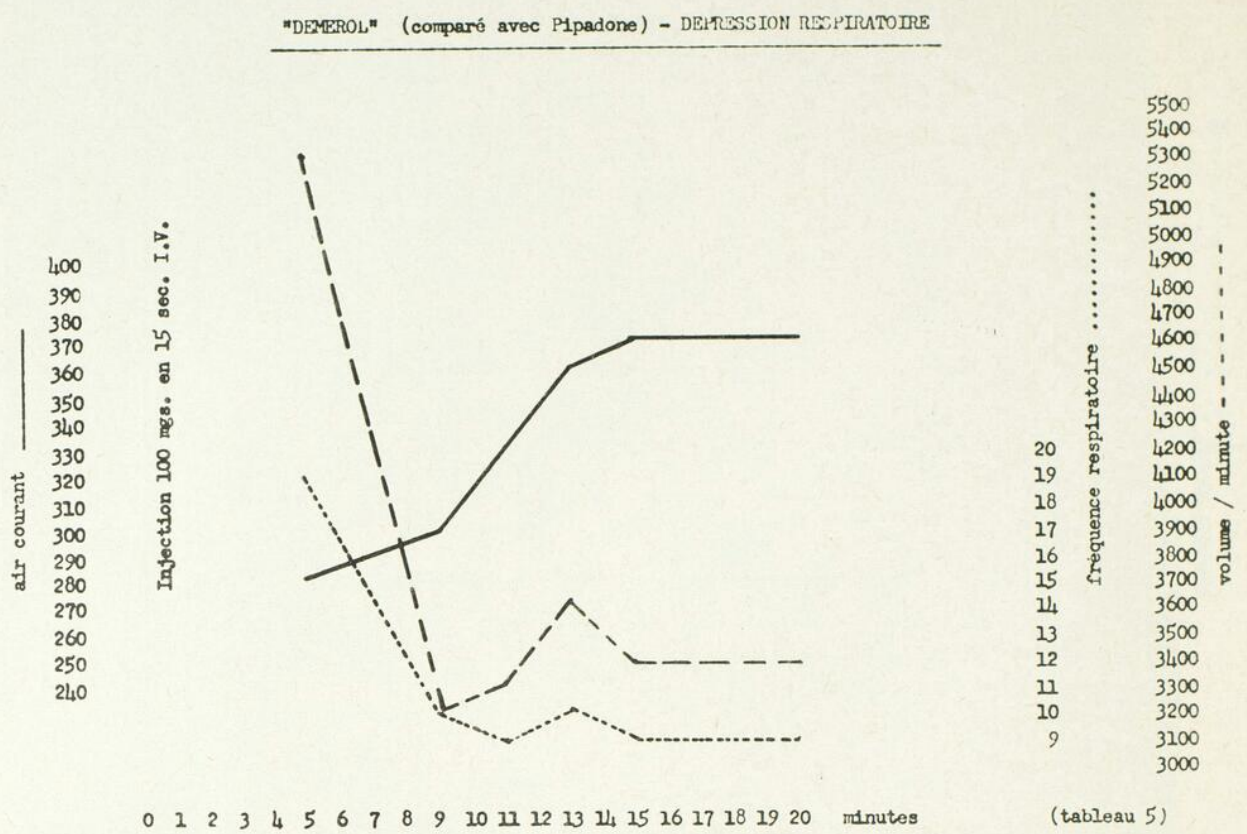
Par contre, si dès le début de l'intervention nous donnons une dose massive de 10 mgs. et que dans la suite nous plaçons le patient en Fowler tel qu'on le fait pour les rhinoplasties, la tension artérielle maxima dans chaque cas s'abaisse de 20 à 50 mms de Hg. La position horizontale ou l'emploi de 2 à 5 mgs. de Vasoxyl redonnent à la tension artérielle son niveau normal.

Cette hypotension, nous l'avons provoquée chez 47 patients dans un but hémostatique et sur nos 325 patients sous anesthésie, seul 14 patients ou 3%, ont présenté cette complication d'ailleurs facile à corriger. Ce phénomène ne s'est produit en aucun temps chez le patient à l'état d'éveil.

Disons en terminant nos observations sur le système cardiovasculaire que lors de trois

Temps	*5 min.*	*9 min.*	*11 min.*	*13 min.*	*15 min.*
Taux Resp./min.	19.1	10.6	9.9	10.1	9.2
Volume/min.	5361	3269	3318	3648	3429
Air courant	282	302	331	363	377
Chang. % Air C.		+7.2%	+17.3%	+28.8%	+33.1%

TABLEAU 5



(tableau 5)

commissurotomies, des doses de 10 à 15 mgs. furent données au cours de l'intervention sans aucun changement du complexe électrique sur le cardioscope.

III — Analgésie (1, 9, 10, 11, 12)

Rassurés sur ces deux points de prime importance, nos recherches se sont faites par la suite sur l'aspect analgésique de la Pipadone.

Nous l'avons prescrit comme calmant post-opératoire à 155 patients de 16 à 60 ans répartis comme suit :

Interventions	Orthopédiques	38
"	Gynécologiques	24
"	Plastiques	28
"	Pulmonaires	4
"	Rénales	6
"	Traum. divers	4
"	Neuro-chirurgicales	5
"	Gastrectomies	5
"	Mastectomies	4
"	Abdomino-périnéales	3
"	Thyroïdectomies	8
"	Cholecystectomies	26

TOTAL: 155 patients.

L'appréciation clinique de l'analgésie (13) n'est pas chose facile. Cependant, nous avons noté que la Pipadone rend le patient indifférent à sa douleur. Nous n'avons pas employé les techniques de Hardy-Wolf-Goodell (6), le critère sur lequel nous avons basé l'effet analgésique du médicament fut donc le degré d'indifférence du patient.

Le médicament a été dans tous les cas administré par voie intra-musculaire. Nous l'avons employé même chez les sujets ayant déjà manifesté une idiosyncrasie à la Morphine. De plus, 14 patients à poids et à douleur à peu près identiques ont reçu de la Pipadone et du Démérol dans un but comparatif. Les injections ont été données à des intervalles de 4 heures.

Il nous est permis d'établir maintenant que la Pipadone à dose équivalente, soit 25 mgs pour 100 mgs. donne un plus grand effet analgésique que le Démérol. Par contre, dès la troisième injection de Pipadone, soit huit heures après la première injection, les résultats deviennent très difficiles à apprécier. Il semble

DEMEROL

DOSE	*CAS*		*ANAL. COMP.*		*ANAL. PART.*		*A. INS.*	*A. NUL*
Dose en mgs.	Nomb.	%	Nomb.	%	Nomb.	%	Nomb.	%
125	2	12%	1	50%	1	50%	0	0
100	8	50%	5	63%	3	37%	0	0
75	6	38%	3	50%	3	50%	0	0
PIPADONE								
25	2	12%	2	100%	0	0	0	0
20	8	50%	6	75%	2	25%	0	0
15	6	38%	2	33.3%	4	66%	0	0

que l'analgésie se prolonge au delà de quatre heures; c'est pourquoi nous nous sommes demandés si la Pipadone n'avait pas une action analgésique cumulatrice. Afin d'étudier cette propriété nous avons choisi 148 patients que nous avons observés pendant l'intervalle de 2 injections. Voici les résultats que nous avons obtenus.

Ces résultats nous indiquent que la Pipadone a une valeur analgésique progressive, puisque sur 112 patients ayant reçu le médicament à dose suffisante, l'analgésie est devenue complète, dès la 2ème injection. La sédation aurait-elle été insuffisante à la première injection pour compléter l'analgésie ? Nous aurions aimé nous servir de la Pipadone avec un sédatif de formule voisine; le Noludar. L'effet réussi de la 2ème injection a-t-elle été favorisée par l'accumulation ou la fixation du médicament dans l'organisme ou avons-nous été en présence d'une potentialisation ? Nous ne pouvons le dire et il reste que le même phénomène s'est manifesté quant à la durée d'action du médicament.

1ère INJECTION

DOSE	*CAS*		*ANAL. COMP.*		*ANAL. PART.*		*ANAL. INS.*		*ANAL. NULLE*	
en mgs.	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
25	59	40%	44	75%	8	14%	7	11%	0	0
20	53	36%	41	79%	10	19%	2	4%	0	0
15	36	24%	8	23%	12	33%	11	31%	5	13%
2ème INJECTION (4 heures après la première)										
25	59	40%	56	95%	3	5%	0	0	0	0
20	53	36%	47	89%	6	11%	0	0	0	0
15	36	24%	16	44%	14	39%	6	17%	0	0

DURÉE (1ère injection)

DOSE	*CAS*		*DURÉE APPROXIMATIVE EN HEURES*					
			4 à 6 hrs.		2 à 4 hrs.		0 à 2 hrs.	
en mgs.	No	%	No.	%	No.	%	No.	%
25	32	54%	28	88%	4	12%	0	0
20	20	34%	10	50%	6	30%	4	20%
15	8	12%	0	5%	5	63%	3	37%
DURÉE (2ème injection)								
25	32	54%	31	97%	1	3%	0	0
20	20	34%	18	90%	2	10%	0	0
15	8	12%	1	12%	6	75%	1	13%

Nous sommes donc venus à la conclusion qu'une dose moins forte répétée à des intervalles de plus en plus éloignées procure au malade un soulagement complet de sa douleur. La dose optima semble être de 20 mgs. La première injection demeure insuffisante, mais dès la 2ième, nous obtenons un niveau analgésique complet chez la plupart des patients.

IV — Sédation

L'action bienfaisante du sommeil rencontré lors de l'usage de la Morphine est absente avec la Pipadone. En cela, son effet se rapproche de celui du Méthadon (1). Le patient ressentira une lourdeur de tous ses membres, mais il ne dormira pas. Pour confirmer ceci, nous avons fait 2 tracés électroencéphalographiques.

Le premier est fait chez un patient non opéré. Il reçoit 20 mgs. en prémédication avec 1/150 d'Atropine. Vingt-cinq minutes plus tard, nous commençons un soluté contenant 5 mgs. au 100 c.c. à la vitesse de 60 gouttes à la minute. A chaque 100 c.c. de soluté, nous prenons une lecture du tracé. En aucun temps, tel que l'illustre le graphique (voir tableau 6), nous ne notons la présence d'ondes de sommeil proprement dites.

Sachant que les narcotiques et les barbituriques sont beaucoup plus actifs lorsque nous les employons chez un patient sous anesthésie régionale lombaire, un cas de Cholecystectomie sous anesthésie rachidienne fut choisi. Encore là, le tracé de l'électroencéphalogramme fut négatif.

Nous envisageons donc de nous servir bientôt de la drogue pour certaines interventions neurochirurgicales sous anesthésie locale où l'usage de l'électroencéphalographie est essentielle pour le neurochirurgien. Les résultats obtenus et relatés plus haut nous permettent de prévoir aucune interférence de l'action de la Pipadone sur le tracé de l'E.E.G.

V — Psychisme au réveil

Nous étudions le psychisme après une anesthésie au protoxyde et Pipadone. Celui-ci est administré à des doses variant de 10 à 25 mgs. A de fortes doses (25 à 35 mgs), trois patients ont présenté un état de grande torpeur; mais ce n'est pas le cas général. Habituellement ils sont, comme l'appellation de Quigley, dans un état de tranquillité et aussi d'indifférence. Jamais nous n'avons vu un état d'excitation ou de délire post-opératoire. Le patient est toujours très calme. Il ressent un bien-être

total. Il ira parfois jusqu'à oublier de respirer. Mais, il demeure très coopératif et obéissant plus à la voix qu'au stimulus douloureux. Aucune amnésie ne s'est présentée. Le réveil est très rapide; il pourra s'informer de l'heure sur la table d'opération.

VI — Réflexe de la toux

La disparition complète du réflexe de la toux, si utile parfois dans certaines interventions chirurgicales, a été noté chez la plupart des patients recevant de 10 à 15 mgs. I.V. dans la première heure. Mais, dès la cessation du goutte à goutte de Pipadone, il réapparaît dans les 30 minutes suivantes. Des concentrations brusques et très élevées d'Ether, des irritations diverses au niveau du larynx dans les cas où le patient était en apnée par hyperventilation, n'ont jamais pu déclencher le réflexe de la toux, ni de spasme laryngé, et cela nous l'avons expérimenté chez 90 cas différents.

Les caractéristiques, énumérées plus haut nous ont fait préférer la Pipadone dans différentes interventions chirurgicales.

Voici dans quelle proportion et comment nous l'avons employé :

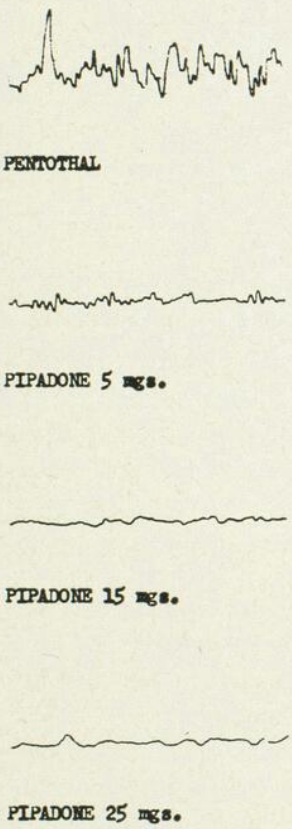
Pipadone - Pento - O_2 sans intubation:

Pneumogrammes	112 cas
Artériogrammes	36 "
Amygdales (intubations)	6 "
Curettages	4 "
Changement de pansements	4 "
Craniotomies	3 "
Kystes sacrococcygiens	2 "
TOTAL:	167 cas.

Pipadone N_2O - O_2 - avec intubation et parfois avec curare:

Rhinoplasties	60 cas
Cholecystectomies et cholangiographies	6 "
Cholecystectomies	13 "
Gastrectomies	5 "
Traumatologies	4 "
Craniotomies	6 "
Discoïdectomies	12 "
Interventions sur les yeux	21 "
Chirurgie thoracique	5 "
Greffes cutanées	5 "
Appendicectomies	4 "
Abdomino-périnéales	3 "
Thyroïdectomies	
(goître toxique)	4 "
(goître non toxique)	3 "
Mastectomies	5 "
Hémorroïdectomies	2 "
TOTAL:	158 cas.

DIAGRAMME ENCEPHALOGRAPHIQUE DE LA PIPADONE



(tableau 6)

VII — Pneumo-artériogrammes

Il y a plusieurs techniques anesthésiques pour les Pneumo-Artériogrammes.

L'intubation est d'usage restreint, car elle provoque une élévation de la tension du liquide céphalorachidien.

Souvent, on emploie le Pentothal seul et parfois, il faut donner des doses dangereuses.

Les potentialisateurs, tels le Largactil, le Phénergan, le Pacatal ont leur vogue. Avec ceux-ci, les doses de barbituriques sont considérablement diminuées, mais souvent le patient bouge et son centre de la toux n'est pas suffisamment déprimé, et parfois la lenteur du réveil n'est pas toujours appréciée par le neurochirurgien. Connaissant l'effet d'addition des barbituriques avec les narcotiques (Rovenstine 1943), on utilise le Déméral, mais avec un succès qui ne s'avère pas toujours constant.

Aussi, c'est à nous que revient le privilège d'avoir utilisé la Pipadone dans les cas de Pneumo-Artériogrammes. Toujours employé en soluté intraveineux et à concentration de 0.005%, nous avons réussi à l'aide de doses, variant de 10 à 35 mgs. à réaliser les conditions suivantes :

1) Un calme parfait du patient.

2) La nécessité d'employer que de très petites doses de Pentothal, la dose moyenne fut de 375 mgs., ce qui a favorisé un réveil très rapide de nos patients.

3) La disparition dans tous les cas du réflexe de la toux.

4) Une grande facilité à assister la respiration du patient si elle devient insuffisante.

5) Le maintien à un niveau clinique de la tension du liquide Rachidien. Chez 67 patients, jamais la tension du liquide ne dépassa 220 mms. H_2O, sauf chez un patient ou un diagnostic de compression cervicale fut décelé.

6) Enfin une absence de vomissements habituellement fréquents chez ces malades. Seulement 3% de ces patients ont présenté au réveil quelques nausées.

Nous avons pu conclure que la Pipadone était une technique de choix au cours des Pneumo-Artériogrammes.

VIII — Craniotomies

L'œdème cérébral post-opératoire est la grande phobie des neurochirurgiens, lors de l'exérèse des tumeurs cérébrales. Dans plusieurs cas, on décide souvent d'intervenir sous anesthésie locale. Afin d'assurer au patient un confort artificiel au cours de ces interventions de longue durée, le cocktail lytique est souvent employé. Nous avons remplacé dans trois cas le cocktail par la Pipadone avec un résultat appréciable.

IX — Rhinoplasties

Nous avons utilisé la Pipadone au cours des rhinoplasties en goutte à goutte tout en prenant soin d'administrer la soluté avant l'induction au Pentothal. Une dose de 7 à 10 mgs. avant le début de l'anesthésie nous a permis, tout en donnant au patient la position de Fowler, de maintenir la tension systolique entre 70 et 80 mms. de Hg. chez 47 de nos 60 patients. Nous croyons que les autres patients ont reçu la dose du début d'une façon trop lente. Ainsi les pertes sanguines furent au cours de toute l'intervention de 10 c.c. à 180 c.c.

Considérant le danger de la transfusion sanguine (20% auparavant) et la pauvreté des Banques de Sang dans nos Hôpitaux, nous croyons que cette méthode est d'une grande utilité.

La dose moyenne de Pipadone pour les rhinoplasties fut de 14 mgs.

X — Interventions en ophtalmologie

Comme beaucoup de narcotiques, la Pipadone provoque l'anesthésie de la cornée (1). Nous l'avons constaté par l'abolition du réflexe cornéen quelques secondes avant le réveil. De même, les globes oculaires demeurent fixes et les pupilles conservent une myosis du début à la fin. L'emploi de solution d'Adrénaline, l'usage d'instrumentations électriques, et l'importance de l'absence de vomissement post-opératoire font de la Pipadone une technique très utile pour la chirurgie délicate de l'œil. Sur 21 patients chez qui nous avons employé cette méthode, deux seulement ont présenté des vomissements de courte durée après l'anesthésie.

XI — CHOLECCYSTECTOMIE ET CHOLANGIOGRAPHIE

Ici, nous pouvons entrevoir deux caractéristiques nouvelles avec ce médicament.

1) Une augmentation légère de la tension dans le cholédoque,

2) Un effet inhibiteur de la Pipadone sur la cholinestérase.

L'emploi des Rayons-X contre-indique l'usage des explosifs. Une technique appropriée consiste à se servir de Protoxyde avec l'aide d'un narcotique ou d'un analgésique. Encore faut-il, pour permettre une bonne visualisation radiographique du transit du choledoque, que le Sphincter d'Oddi ne soit pas fermé par leur emploi. La Morphine, à ce point de vue est contre-indiquée, car la tension au niveau du cholédoque normalement de 20 à 30 mms H_2O s'élève jusqu'à 200 à 300 mms d'H_2O (1) si nous l'employons. En effet, elle provoque un blocage du Sphincter. Dans trois cas, nous avons fait mesurer cette tension après des doses de 20 à 40 mgs. de Pipadone et les pressions enregistrées furent de 55, 37 et 40 mms H_2O, ce qui n'entrave en rien le succès de la Cholangiographie.

De plus, nous nous permettons de signaler un fait noté dans 31 cas, où, pour obtenir un relâchement des muscles abdominaux, nous avons employé du Bromure de Succinycholine. Les quantités employées comparativement avec les opérations du même genre, furent diminuées de moitié. Nous aurions aimé poursuivre nos observations sur cette propriété. Il est possible qu'un travail subséquent nous en fournisse l'opportunité. De la sorte, nous pourrons affirmer d'une façon plus définitive, que la Pipadone a, comme la Morphine, un effet d'inhibiteur sur la cholinestérase (1).

XII — LES EFFETS SECONDAIRES

Nous pouvons affirmer que dans toutes nos expériences nous n'avons pas eu à déplorer aucun incident fâcheux ou grave.

Par voie intramusculaires, les effets secondaires ont été pratiquement nuls. Quelques nausées (3%) et de rares vomissements (1%), parfois de la sédation et aussi, tel qu'observé par quelques auteurs, des étourdissements en position assise furent les incidents les plus importants.

Par voie intraveineuse, nous avons été témoins de certains effets secondaires qui sont survenus seulement si la vitesse d'administration, le dosage ou encore la position du patient n'étaient pas adéquats. Ces incidents se sont manifestés par une dépression respiratoire ou de l'hypotension.

Quant aux nausées, aux vomissements, au réveil du patient nous avons noté un pourcentage d'environ 2 à 3%. A ces phénomènes, se sont ajoutés un petit nombre de retention urinaire (2%) et de constipation (1%) de très courte durée. Fait à remarquer, ce fut l'apparition dès le lendemain de l'opération de nausées et d'anorexie chez un petit nombre de patients. Mais, il faut dire que beaucoup de ces patients recevaient à ce moment d'autres médicaments pouvant en être la cause. En tout cas, la disparition rapide de tous ces effets secondaires font de la Pipadone un médicament non dangereux, si la manipulation est faite avec circonspection.

En terminant ces observations, nous pouvons donner à la Pipadone le crédit d'être une drogue qui augmente le champ d'action de l'anesthésiste. Analgésique très puissant, avec son emploi, nous avons pu diminuer de moitié les doses de curare et de Pentothal. Le réveil du patient est rapide et agréable. Nous avons pu l'employer dans toutes les variétés de chirurgie avec avantage. Il nous a semblé cependant qu'au cours des rhinoplasties, des Pneumo-Artériogrammes et certaines Craniotomies, son emploi présente un progrès dans l'arsenal des agents anesthésiques.

Résumé

Dans ce travail préliminaire, nous avons voulu démontrer par une étude clinique chez un certain nombre de patients non choisis, l'utilité et les avantages indiscutables de la Pipadone.

Summary

In this preliminary report, we have demonstrated by a clinical study on a number of unselected patients the obvious usefulness and advantages of Pipadone.

BIBLIOGRAPHIE

(1) L.S. GOODMAN et A. GILMAN: The Pharmacological Basis of Therapeutics, Natural and Systhetic Narcotics. pp. 216-75, Edition 1955.
(2) A.H.B. MASSON: Trial of New Synthetic Analgesic. *Anaesthesia,* **11**: 59 (janv.) 1956.
(3) D.J. COLEMAN, Jack LEVIN et P.O. JONES: Dipipanone Hydrochloride as an Adjunct to Anaesthesia in Obstetrics and Surgery. *Brit. M. J.* **1**: 1092 (11 mai) 1957.
(4) B.A. HOUSSAY: Physiologie Humaine (édition 1950).
(5) Wright SAMSON: Applied Physiology, Xe édition.
(6) BECKMAN: Drugs. (dernière édition).
(7) M. SWERDLOW: The Respiratory Effects of Pethidine and Levallorphan. *Anaesthesia,* 174-81, (avril) 1957.
(8) ROBERTSON et A.A.B. SWAN: Effects of Anaesthetics on Barroreceptor Reflexes. *Quart J. Exper. Physiol.,* **42**: 113, 1957.
(9) P.A.J. JANSEN et A.H. JAGENEAU: A new Series of Potent Analgesies. *J. Pharm. and Pharmacol.,* **10**: 1421 (janv.) 1958.
(10) R.O. GILLHESPY, E. COPE et P.O. JONES: Dipipanone Hydrochloride in the Treatment of Severe Pain: A report of 200 cases. *British Medical Journal,* **2**: 1094, 1956.
(11) D.B. PROPERT, Barbara DELGIORNO et L. J. HAMPTON: A comperative Study of Dipipanone Hydrochloride, Dihydrocodeine and Win. 14,098-2B with Meperidine. *Nurse Anesthetists,* **26**: 160 (août) 1958.
(12) D.A. CAHAL: Analgesic Activity of Dipipanone, Hydrochloride in Student Volunteers. *Brit. J. Pharmacol. and Chemotherapy,* **12**: 97 (mars) 1952.
(13) E.S. SIKER, M. SWERDLOW et F.R. FOLDES: Earlobe adgesimeter: Simple method of Determining pain Treshold in Man. *Science,* **120**: 273 (13 août) 1954.
(14) WOODBRIDGE: New Concepts in Anaesthesiology. *Anaesthesiology,* **18**: 537, 1957.

LA CRISE AIGUË D'HÉMORROÏDES

SON TRAITEMENT [1]

Réginald ARCHAMBAULT et Paul ARCHAMBAULT (Montréal).

La crise aiguë d'hémorroïdes demeure l'une des plus dramatiques et des plus incommodantes des lésions anorectales. Elle se manifeste brusquement par une protrusion douloureuse qui prend différentes formes allant du simple nodule induré jusqu'à la phase d'étranglement.

Ce qui la caractérise en premier lieu, c'est le processus thrombophlébitique associé qui intéresse les réseaux veineux, soit interne, soit externe, ou des deux à la fois.

ETIOLOGIE

Les mêmes causes susceptibles de provoquer des thromboses vasculaires dans l'économie interviennent ici comme ailleurs. En plus, on doit convenir que la région anorectale, par sa fonction, son mécanisme musculaire et l'abondance de sa circulation veineuse, présente un terrain très favorable à des traumatismes d'effort, à des stases veineuses et à des réactions inflammatoires propres à la formation de thrombus (1).

Cette thrombose hémorroïdaire est le plus souvent une manifestation purement locale. Mais quelquefois elle apparaît à la suite d'une discrasie sanguine (8) ou survient en concomitance avec une lésion vasculaire à distance. Ainsi elle peut se rencontrer à la suite de thrombose des membres inférieurs, thrombose du mésentère, thrombose coronarienne, etc.

Presque tous les auteurs rattachent la crise aiguë d'hémorroïdes à deux chefs principaux: a) l'hémorroïde externe ou interne thrombosée

1. Présenté au Congrès du Collège International de Chirurgie, à Bruxelles, mai 1958.

consécutive au traumatisme, b) et la poussée aiguë résultant d'une thrombophlébite. De là l'origine des diverses descriptions ou variétés, v.g. le thrombus simple (1), l'hémorroïde interne accidentellement prolabée et étranglée mais réductible (8), les hémorroïdes internes prolabées irréductibles ou l'étranglement hémorroïdaire (2). Cette dernière variété présuppose, en plus de la thrombophlébite, un affaissement complet des fibres de soutien (8, 9), soit aigu comme dans la poussée de l'accouchement, soit chronique dans le type interne-externe d'hémorroïdes. L'étranglement hémorroïdaire, d'après Hibsman et Bacon (1), serait consécutif à une thrombophlébite des veines hémorroïdaires inférieures.

Généralités sur le traitement

Le traitement de la crise aiguë d'hémorroïdes doit tenir compte de l'état pathologique local, des maladies systémiques et des lésions vasculaires éloignées. Il doit tendre à faire disparaître la douleur et à faire régresser la réaction inflammatoire.

En présence d'un simple thrombus, on peut n'avoir aucune hésitation à pratiquer immédiatement l'exérèse. Mais cette intervention devient inutile une fois passée la période aiguë et la régression amorcée.

Dans tous les autres cas — bien qu'en certains milieux on ne craigne pas de recourir d'emblée à la chirurgie (6) — il est préférable d'obtenir une résolution complète de la réaction inflammatoire avant d'appliquer le traitement approprié. Les raisons suivantes militent en faveur de cette solution: 1° une plus juste évaluation des troubles, 2° l'à-propos d'un traitement plus poussé à la suite d'une réaction qui peut être tout à fait transitoire ou accidentelle, 3° le danger d'intervenir en présence d'une lésion vasculaire distante ou d'une maladie systémique, 4° la difficulté d'exécuter une résection radicale et esthétique en milieu inflammatoire, œdématié, distortionné, même en se servant d'enzymes, 5° la possibilité de réactivation dans les suites post-opératoires.

Les méthodes palliatives usuelles restent de mise: diète, évacuation intestinale facile, pommades analgésiques, chaleur locale et repos. Pour plusieurs auteurs, ceci constitue une thérapeutique suffisante (8). Mais le souci de faire davantage pour le bien-être du malade, en calmant la douleur et en réduisant la période d'immobilisation, a incité d'autres à faire usage de la radio-thérapie (5) et d'infiltrations de diverses natures — infiltrations paravertébrales (2), infiltrations locales (7), avec ou sans enzymes de dispersion (10), etc. Si en certaines circonstances, les résultats se sont avérés merveilleux, leurs principaux inconvénients ont été le danger inhérent à ces manœuvres, les séances répétées et le fait surtout de ne pas être à la portée de tous.

Plus récemment, les enzymes protéolytiques et les cortico-stéroïdes ont constitué des armes efficaces pour combattre l'inflammation. Tout en reconnaissant les mérites respectifs de ces divers agents ou modes thérapeutiques, des recherches ont permis de trouver un moyen facile qui porte tout à la fois sur la douleur et la réaction inflammatoire.

Traitement de la thrombose hémorroïdaire par la butazolidine

La Butazolidine, un pyrazole dérivé de l'amidopyrine, possède des propriétés analgésiques et antiinflammatoires connues. Sa valeur dans le traitement des thrombophlébites superficielles des membres inférieurs (11, 12), ne pouvait que susciter un parallélisme avec les thromboses hémorroïdaires.

Les expériences entreprises avec ce médicament ont conduit non seulement à des notions plus exactes de l'action du produit, mais aussi à une meilleure compréhension des troubles vasculaires. Par sa facilité d'accès et d'observation, l'anorectum présente un champ idéal d'expérimentation.

Caractères des troubles vasculaires

L'hémorroïde externe thrombosée relève surtout de l'hémodynamique. La stase sanguine

provoque une thrombose intra-vasculaire suivie de phlébite et de périphlébite, et secondairement, d'infiltration et d'œdème. La rupture des vaisseaux et l'extravasation sanguine en sont les conséquences terminales. Au contraire, le facteur vasculaire intervient dans l'hémorroïde interne thrombosée où la phlébite précède la thrombose. L'infiltration et la rupture des vaisseaux constituent des réactions immédiates.

Les processus s'opèrent à l'inverse des thrombophlébites des membres inférieurs; la thrombose externe hémorroïdaire ressemble à la thrombophlébite profonde tandis que la thrombose hémorroïdaire interne se rapproche de la thrombophlébite superficielle ou atypique.

TABLE I

CARACTERISTIQUES GENERALES

415 *patients traités à la Butazolidine*: 600 *mg/jour.*

63.1%	Cessation de la douleur et régression de la crise dans les 24 heures.
262	Aucune intervention conseillée: crise accidentelle ou transitoire; lésion systématique; lésion vasculaire à distance.
21.4%	Crise disparue dans les 24 heures.
89	Opération pratiquée en temps opportun.
3.6%	Crise disparue dans les 24 heures.
15	Patients traités par injections sclérosantes.
2.7%	Amélioration légère (phase primaire — thrombus sans infiltration ni oedème).
11	Faible action analgésique.
8.7%	Exérèse immédiate du thrombus (phase primaire).
36	Butazolidine à titre prophylactique.
0.5%	Intolérance marquée: troubles gastriques.
2	Médication cessée.
	Le médicament est d'autant plus efficace s'il est administré précocement et à doses rapprochées le premier jour, afin d'atteindre rapidement le niveau de saturation [3].

Action de la butazolidine

L'institution de ce traitement à la Butazolidine de la crise aiguë d'hémorroïdes a été marquée de tâtonnements, par crainte de la toxicité mentionnée dans la littérature (13).

Le dosage a donc dû être étudié minutieusement pour en arriver à des résultats précis. D'autre part les précautions d'usage ont été prises: médication aux repas, régime hypochloruré (4), cessation en présence de troubles gastriques ou d'œdème prononcé, abstention dans l'insuffisance cardiaque et l'hypertension.

Un premier groupe de 35 patients a reçu 400 mg/jour par voie buccale pour un total de 1200 mg. Deux constatations émanent de cette première expérience: analgésie imparfaite pour d'aucuns et rémission lente pour d'autres. Par ailleurs les résultats se sont avérés d'un intérêt suffisant pour motiver une étude plus approfondie.

Après quelques essais progressifs, la dose, toujours administrée par voie buccale, a été portée définitivement à 600 mg/jour pendant trois jours, avec dose de maintien de 300 mg/jour durant les 6 jours suivants.

Les cytologies de contrôle n'ont démontré aucun changement appréciable.

Un second groupe a comporté un total de 415 patients. Une analyse complète de ces cas consécutifs prouve la nécessité de temporiser pour une plus juste évaluation des troubles.

On peut déduire de ces expériences que la Butazolidine:

1° — Possède une action analgésique d'autant plus marquée que l'infiltration et la réaction inflammatoire sont plus prononcées.

2° — N'a pas une action de lyse, puisqu'elle n'affecte pas le caillot intravasculaire.

3° — Agit par voie intercellulaire. Par là elle atteint et réduit l'œdème et l'infiltration périvasculaire et empêche la formation de marisques.

4° — Prévient la phlébite par son action anti-inflammatoire. Ceci est démontré, a) par la prévention de la rupture vasculaire, et b) par l'absence de nouvelles formations thrombotiques immédiates.

5° — Exerce une faible action analgésique dans la phase primaire. Il y a donc avantage à pratiquer l'exérèse immédiate du thrombus dans ces cas et à employer la Butazolidine comme prophylaxie.

Indication post-opératoire

Ces déductions sur l'action de la Butazolidine laissent présager une valeur post-opératoire éventuelle. Lorsque la crise aiguë a rétrocédé suffisamment pour permettre l'intervention chirurgicale, qui s'impose dans certains cas, on peut craindre une réactivation du processus thrombophlébitique à la suite de la chirurgie traumatisante en cours.

C'est pourquoi le médicament est prescrit au stage post-opératoire à la dose de 600 mg/jour pour 1800 mg. Non seulement il y a absence de nouvelles formations thrombophlébitiques, mais l'œdème est diminué, l'infiltration secondaire est moins marquée, et les plaies guérissent facilement. De plus, ses effets d'analgésie et de prolongation de l'action de la morphine et de la codéine (14), apportent une diminution sensible de la douleur post-opératoire, au point souvent de ne nécessiter qu'une seule injection de morphine.

TABLE II

CARACTERISTIQUES PARTICULIERES

415 *patients traités à la Butazolidine*: 600 *mg/jour.*

	Observation	*Analgésie*	*Régression*	*Effet supplémentaire*
A — 11.3% — 47	Phase primaire Thrombus encapsulé	Modérée	Aucun effet sur le thrombus	Evite la rupture des vaisseaux
B — 20% — 83	Phase secondaire Thrombus encapsulé Oedème et infiltration.	Marquée	Disparition de l'oedème — persistance du caillot	Prévient la formation de marisques subséquentes
C — 33.7% — 140	Phase terminale Thrombus encapsulé ou non. Infiltration Rupture des vaisseaux.	Marquée	Disparition de l'oedème, des caillots libres	Pas de nouvelles incidences de thronmbose immédiate.
D — 8.7% — 36	Thrombose interne réductible	Très marquée	Accentuée	Mobilisation rapide.
E — 26.3% — 109	Thrombose interne-externe irréductible	Très marquée	Accentuée	Mobilisation dans quelques jours au lieu de semaines.

Les effets sont concluants sur tous les points. En l'absence de contre-indication, tous les cas d'interventions anorectales reçoivent maintenant la Butazolidine à la dose précitée. Sur 360 opérés, depuis l'institution de cette thérapeutique, aucun cas d'hémorragie n'est imputé au médicament. Deux cas d'œdème et un cas d'allergie sont signalés.

Résumé

La crise aiguë d'hémorroïdes affecte un grand nombre de personnes. La douleur qu'elle suscite et l'immobilisation forcée qu'elle impose ont souvent contribué aux mesures pas trop énergiques préconisées à l'encontre de la sagesse. La Butazolidine fournit un palliatif précieux dans le traitement de la crise et un agent prophylactique de valeur dans les suites post-opératoires de la chirurgie anorectale. La facilité de son administration et le contrôle rapide de toute toxicité éventuelle la mettent à la portée de toute la classe médicale.

Summary

A great number of people are affected by acute haemorrhoid attacks. The pain and forced immobilization they bring about have often contributed to the adoption of drastic measures which are not always wise. Butazolidin provides a valuable palliative form of therapy in the treatment of the acute attacks, and is a valuable prophylactic agent in the post-operative stage of anorectal surgery. The ease of administration of Butazolidin and the virtual freedom from side effects in short-term therapy extend its practical use to all the medical profession.

BIBLIOGRAPHIE

(1) H. E. BACON: *Anus, Rectum, Sigmoid Colon.* Vol. I, pages 459 à 467. Lippincott, édit., 1949.

(2) A. BENSAUDE, J. BORGIDA et J. RATEAU: Traitement des hémorroïdes internes prolabées et irréductibles par les infiltrations lombaires. *Arch. Mal. App. Dig.,* **40**: 221 (mars) 1951.

(3) J. J. BURNS et coll.: The physiological Disposition of Phenylbutazone (Butazolidin) in Man and a Method for its Estimation in Biological Material. *J. Pharmacol. and Exper. Therap.,* **109**: 346, 1953.

(4) J. GREEN, P. O. WILLIAMS: Effect of Butazolidin on the Excretion of Water and Electrolytis. *Lancet,* **1**: 575 (21 mars) 1953.

(5) P. HILLEMAND et J. H. MARCHAND : Roentgenthérapie anti-inflammatoire en proctologie. *Sem. des Hôp. de Paris,* **29**: 3315 (26 oct.) 1953.

(6) R. J. JACKMAN: The Management of Hemorrhoidal Thrombosis. *Col. Papers of the Mayo Clinic,* **47**: 231-237, 1955. Saunders, édit., 1956.

(7) J. MASSION: Autour de la pathologie hémorroïdaire. Remarques diagnostiques et thérapeutiques. *Bruxelles Méd.,* **29**: 616 (20 mars) 1949.

(8) C. N. MORGAN: Hemorrhoids and their Surgical Treatment. *Surg. Clin. North Amer.,* 1457-1465 (oct.) 1955. Saunders, édit.

(9) A. G. PARKS: The Surgical Treatment of Hemorrhoids. *Brit. J. Surg.,* **43**: 337, 1956.

(10) H. C. SCHNEIDER: Hyaluronidase with local Aneshesia in Anorectal Surgery. *Am. J. Surg.,* **88**: (novembre) 1954.
H.C. SCHNEIDER: Communication personnelle.

(11) K. SIGG: Uber die Behandlang der Phlebitis mit Butazolidin. *Praxis,* **43**: 172, 1943.

(12) I. D. STEIN, O. A. ROSE: Treatment of Superficial Thrombophlebitis with Phenylbutazone. *A. M. A. Arch. Int. Med.,* **93**: 899, 1954.

(13) *Toxicité.* — Agranulocytose. I.H. WOOD: *Brit. M. J.,* **1**: 802 (3 avril) 1954; E. BERSHOF et coll.: *J. A. M. A.,* **151**: 557 (14 fév.) 1953; S. BRANDWEIN: *N.Y. State J. M.,* **53**: 1577, 1953. Ictères: F. COSTE: *Rev. du Rhum.,* **21**: 245, 1954. Mortalité: J.G. BENSTEAD: *Brit. J. M.,* **1**: 171 (28 mars) 1953. Troubles digestifs: F. SIGUIER et coll.: *Sem. Hôp. Paris,* **29**: 3659, 1953. Urticaires: S.J. LEVIN: *J. Michigan M. Soc.,* **52**: 1210, 1953. Variés: L. W. BRANIRER: Correspondance. *J. A. M. A.,* **150**: 1332 (29 nov.) 1952.

(14) G. WILHELMI: Uber die Retardwirkung von Diosydiphenylbutyl-Pyrazolidin auf verschiedene Pharmaca, Insbesonders analgetica. *Helv. Physiol. Acta,* 10, 33, 1952.

Bulletin de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada
(Fondée à Québec en 1902)

L'Union Médicale du Canada
(Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872)

Tome 88, No 7 — Montréal, juillet 1959

DIÈTE, LIPÉMIE ET ATHÉROSCLÉROSE

Si l'association de ces trois termes: diète, lipémie et athérosclérose jette un peu de lumière sur la genèse de la lésion athéromateuse, cette conception ne rallie pas toutes les opinions et n'apporte pas la solution à tous les problèmes que soulève l'infiltration des parois artérielles par les substances lipidiques.

L'existence de facteurs vasculaires locaux déterminant la localisation des plaques d'athérome est une chose bien connue, mais comme ces facteurs sont indépendants de la diète, nous n'en discuterons pas ici. Nous nous limiterons à étudier l'influence de la diète sur la lipémie et la coagulation ; assumant qu'en autant que la diète est concernée, ces deux facteurs jouent un rôle de premier plan dans le développement de l'athérosclérose.

Cette connaissance d'une relation entre la diète, les lipides sanguins et l'athérosclérose vient d'abord de la découverte de la haute concentration des lipides dans les plaques athéromateuses et aussi du fait que certains animaux nourris avec des diètes riches en cholestérol développent une athérosclérose importante. Cette relation paraîtra encore plus importante quand les examens anatomiques viendront prouver l'existence d'un haut degré d'athérosclérose chez les sujets hypercholestérolémiques.

Si toutefois nous n'avons que des arguments de présomption pour appuyer chez l'humain cette relation entre le cholestérol et l'athérosclérose, il existe par contre de meilleures preuves cliniques pour montrer la relation entre la cholestérolémie et l'incidence de la cardiopathie ischémique. Des statistiques montrent en effet, que sans relation avec les autres facteurs comme l'hypertension et le diabète, les risques de complications ischémiques sont six fois plus élevés chez les hypercholestérolémiques que chez les sujets normaux.

Ces considérations devaient nécessairement conduire à étudier le rôle de la diète dans l'athérosclérose ; étant donné que les graisses qui apparaissent dans le sang doivent nécessairement venir des aliments ingérés.

Différents principes de diététique ont servi à construire depuis dix ans nos diètes anti-athérogéniques. En s'appuyant sur la présumée athérogénécité du cholestérol, on en est venu à conclure qu'une diète qui abaissait le cholestérol devait prévenir l'athérosclérose tandis qu'une diète qui au contraire augmentait la cholestérolémie accélérait l'évolution du processus athéromateux.

On a pensé au début qu'il pouvait exister une relation directe entre la suralimentation et l'athérosclérose. Certaines statistiques des compagnies d'assurance montrent en effet l'augmentation importante du taux de mortalité chez l'obèse et spécifient qu'une grande partie de ces décès sont secondaires à la maladie cardiaque athérosclérotique.

Il semble cependant qu'après exclusion de certaines pathologies associées comme le diabète, l'hypertension arté-

rielle et l'hypercholestérolémie, cette relation entre l'obésité et l'athérosclérose ne soit plus aussi évidente. Il existe même des statistiques faites à la suite d'examens anatomiques et qui prétendent qu'une fois le facteur hypertension éliminé, l'obésité n'a aucun effet sur l'évolution de l'athérosclérose.

Jusqu'à il y a quelques années, on croyait que le cholestérol de la diète était le principal responsable du taux du cholestérol sanguin, mais on a appris depuis que non seulement l'organisme pouvait synthétiser un cholestérol endogène à partir de tout aliment ingéré: protéine, sucre et graisse, mais encore que l'importance de cette synthèse était inversement proportionnelle à la quantité de cholestérol absorbé par l'organisme.

Contrairement à ce qu'on observe chez le lapin, il y a peu de relation chez l'humain entre la quantité de cholestérol ingéré normalement et le taux du cholestérol sanguin; et on s'entend assez bien aujourd'hui pour dire que le cholestérol pris dans une diète normale n'a pas d'influence pratique sur le développement de l'athérosclérose.

Si certains auteurs ont prétendu que la quantité totale des graisses ingérées pouvait augmenter le taux du cholestérol et accélérer l'athérosclérose, il existe par contre d'autres travaux sérieux pour mettre en doute cette hypothèse et forcer à chercher ailleurs que dans la quantité de lipides ingérés cette relation qui semble exister entre la diète et l'athérosclérose.

L'hypothèse suivante fut de penser que les diètes riches en graisses animales augmentaient le cholestérol tandis qu'à valeur calorique égale, les diètes à base de graisses végétales abaissaient la cholérestérolémie. Les végétariens stricts, en effet, montrent un taux de cholestérol inférieur aux non végétariens et inférieur aussi aux végétariens qui ajoutent des oeufs et des produits laitiers à leur diète.

Bien vite on s'apercevra par des variations isocaloriques des lipides ingérés que la baisse de la lipémie obtenue est plutôt en relation avec le degré de non-saturation des graisses qu'avec leur origine végétale ou animale. Dans les cultures de cellules d'aorte humaine, l'acide linolénique qui est un acide gras non-saturé inhibe l'infiltration lipidique intra-cellulaire normalement provoquée par l'addition de cholestérol au milieu de culture.

Il semble donc actuellement que l'ingestion d'acides gras non-saturés puisse abaisser le cholestérol sanguin et que cette baisse de la lipémie soit importante pour prévenir ou ralentir le développement des lésions athéromateuses.

Comme les différents acides gras non-saturés ne sont pas uniformément effectifs pour abaisser la lipémie, un acide extrêmement non-saturé: l'huile de poisson, n'étant pas plus puissant qu'un autre acide plus saturé: l'huile de graine de coton, des auteurs ont émis l'hypothèse que le pouvoir hypocholestérolémiant des acides gras non-saturés était plutôt secondaire à leur caractère d'acide gras « essentiel ».

Des travaux ultérieurs devront maintenant démontrer si le caractère « essentiel » de ces acides gras est réellement plus important que leur degré de non-saturation pour expliquer leur pouvoir hypocholestérolémiant et anti-athérogénique.

On reconnaît aujourd'hui plusieurs points d'affinité entre la coagulation sanguine et l'athérosclérose. En premier lieu d'abord la plaque athéromateuse est elle-même un facteur vasculaire qui prédispose à la thrombose. Deuxièmement, les dépôts de fibrine sur l'intima artériel semblent jouer un rôle important dans le développement même de l'athérosclérose. Et finalement, le thrombus est à l'origine des complications les plus sérieuses du processus athéromateux.

Si les petites hémorragies capillaires jouent un rôle important dans le développement des athéromes, nos connaissances sont toutefois bien limitées pour ce qui est des relations entre ces petites hémorragies et le genre de lipides dans la diète. Certains auteurs ont cependant attiré l'attention sur le fait que la résistance capillaire était plus grande chez les sujets nourris avec des huiles végétales que chez ceux dont la diète contenait uniquement des graisses d'origine animale.

L'hypothèse que le thrombus pourrait être la cause directe de la plaque d'athérome a déjà été mis de l'avant il y a un siècle et reprend actuellement une certaine autorité. Non seulement la fibrine non lysée qui se dépose sur la paroi artérielle peut se recouvrir d'un endothélium mais cette fibrine peut aussi empêcher la diffusion des substances nutritives et provoquer une nécrose locale.

De là, l'interrelation entre la coagulation, la fibrinolyse et l'athérosclérose.

Nous connaissons bien actuellement l'importance de la coagulation et de la fibrinolyse dans le mécanisme des complications de l'athérosclérose, il reste maintenant à mettre en preuve le rôle de la coagulation et de la fibrinolyse dans la formation de la plaque athéromateuse.

Si la recherche d'une relation entre les lipides de la diète et la coagulation sanguine nous a conduits jusqu'ici à des résultats contradictoires, il semble plus intéressant d'étudier les variations de la fibrinolyse en rapport avec l'ingestion des différents lipides.

L'on admet généralement l'existence d'un processus continuel de coagulation intravasculaire et aussi une constante activité fibrinolytique qui vient dissoudre ces petits dépôts de fibrine déjà fixés à l'endothélium vasculaire. La suppression de cette activité fibrinolytique équivaut donc au développement d'un état d'hypercoagulabilité avec possibilité de thrombose intravasculaire rapide. Or des auteurs ont étudié les variations de cette activité fibrinolytique en relation avec l'ingestion des lipides et ont cru remarquer une augmentation de la fibrinolyse lorsque la diète contenait des huiles végétales et au contraire une forte diminution de cette activité fibrinolytique à la suite d'ingestion de graisses d'origine animale.

Il faudra donc dorénavant prendre en considération l'importance de cette fibrinolyse dans l'étude de toute question touchant la diète, la lipémie et l'athérosclérose.

Conclusion.

Dans l'état actuel de nos connaissances il y a, en dehors peut-être du contrôle du diabète, deux moyens principaux pour prévenir ou ralentir le processus athéroscléreux: a) abaisser la tension artérielle de l'hypertendu afin de minimiser les facteurs vasculaires propices au développement de l'athéro-

sclérose; b) diminuer le cholestérol afin de réduire les facteurs plasmatiques propices à la formation des plaques d'athérome.

Jusqu'au jour où nous posséderons des notions plus précises sur les relations qui peuvent exister entre la diète et l'athérosclérose, il semble que l'ingestion d'acides gras non-saturés soit le moyen le plus simple et le plus efficace d'abaisser le cholestérol sanguin. Nous pouvons toutefois prévoir que bientôt nos connaissances sur les relations entre la coagulation sanguine et l'athérosclérose, et aussi les variations que la diète peut provoquer sur les différents facteurs de coagulation nous imposeront de nouvelles corrections dans nos diètes anti-athérogéniques.

Si nous reconnaissons bien que les restrictions alimentaires que nous imposons après un accident cérébral ou coronarien ne peuvent que légèrement influencer un processus athéromateux déjà bien avancé, par contre lorsque cette surveillance de la diète commencera dès l'enfance nous espérerons prévenir ou du moins retarder sensiblement l'apparition des lésions athéromateuses.

Il est même logique de croire que ces mesures alimentaires imposées au jeune adulte amèneraient la disparition de ces infiltrats lipidiques qui conduisent à l'athérome à un moment où les lésions de l'intima semblent encore réversibles.

Le traitement par les mesures diététiques semble jusqu'à maintenant le meilleur moyen de prévenir ou retarder le développement de l'athérosclérose.

André PROULX.

HYGIÈNE ET MÉDECINE SOCIALE

L'ÉTIOLOGIE ET LA PRÉVENTION DE L'EMPOISONNEMENT CHEZ L'ENFANT [1]

Henri-J. BREAULT (Windsor, Ontario).

Au cours des dernières années, la science et la technologie ont légué à notre ère moderne des connaissances aux vastes horizons. L'industrie, par la suite, s'ingéniait à fabriquer une diversité de nouveaux produits, maintenant accessibles au public, pour faciliter la tâche quotidienne des travaux domestiques. Leurs usages sautent plus aux yeux que les abus et les dangers qu'ils dissimulent. Nous disons *dangers,* parce qu'ils mettent en jeu, de jour en jour, la santé de nos enfants; en effet, ces substances, d'apparence bénigne, renferment, pour la plupart, des poisons parfois mortels.

Environ quinze mille de ces produits commerciaux sont en usage tous les jours dans nos foyers. Chaque année, au Canada et aux Etats-Unis, ils causent la mort tragique de quinze cents enfants, de la première enfance à la puberté. Selon les statistiques, 10% de tous les décès accidentels chez nos enfants sont attribuables à l'empoisonnement. Seul un nombre inimaginable de maladies graves pourrait causer un tel ravage. Ces chiffres, si monstrueux qu'ils soient, ne révèlent qu'une facette du problème. Regardez une banquise; vous ne percevez que la partie supérieure, c'est-à-dire la partie qui sort de l'eau, mais sa partie la plus importante reste sous l'eau, cachée à la vue. C'est ainsi pour les cas sérieux d'empoisonnement et les morts qui en découlent. Ils ne représentent que la faible partie visible des cas, celle qui attire notre attention. A chaque intoxication mortelle, cent cinquante cas nécessitent des soins médicaux, parfois même l'hospitalisation. Au bout d'une année, on a calculé 225,000 de ces cas et les dépenses qu'ils ont occasionnées se sont élevées à deux millions de dollars. Voilà donc, mes chers collègues, l'ampleur du problème.

Dans chacune de nos demeures l'ennemi « poison » s'est embusqué. Mais qu'est-ce qu'un poison?... C'est « toute substance qui, mal employée, produit un dommage corporel par son action chimique ». Notre demeure n'est donc plus un refuge de tout repos, mais un lieu dangereux où la mort se tient aux aguets derrière chaque porte.

Le foyer moderne est un véritable arsenal contre la maladie, les insectes, la rouille, la crasse, les laideurs. Faites vous-même l'inventaire, chambre par chambre, de votre maison. Vous serez étonnés de constater combien vos tablettes et vos armoires abondent en poisons. Pour un bon nombre de ces produits, les propriétés toxiques sont bien connues, tels l'iode, l'ammoniaque, la lessive de soude caustique. D'autres, pour annoncer le danger, portent l'étiquette « poison » accompagnée de l'image d'une tête de mort. Mais avez-vous déjà songé que l'eau de cologne, l'encaustique pour meubles, les solutions à manucure, deviennent, entre les mains innocentes des enfants, des agents de mort? Voilà quelques exemples seulement des innombrables substances capables de ravager la fleur de notre jeunesse, au cœur même de nos foyers.

Il existe un rapport étroit entre le local et la fréquence des empoisonnements. Par exemple, 34% des cas surviennent dans la cuisine, 27% dans la chambre à coucher, 15% dans la salle de bain. En effet, cette dernière réunit, dans son minime espace, salon de beauté et véritable pharmacie. Le cabinet à médicaments, à lui seul, cause le tiers des empoisonnements mortels chez les enfants. L'acide acétylsalicylique et les barbituriques se classent

1. Communication au XXVIIIe Congrès de l'A. M. L. F. C., à Saint-André-sur-Mer, septembre 1958.

parmi les agents les plus dangereux. Quoi de plus pernicieux que d'amasser des cachets somnifères, enrobés dans leur délicieuse enveloppe sucrée et de couleur enjôleuse. Les enfants, aux yeux plus grands que la panse, ne peuvent discerner si tel ou tel comprimé est nocif ou non. Quant aux remèdes brèvetés, de valeur douteuse, ou même sans valeur, tels l'acide borique, l'huile camphrée, la salicylate de méthyle, un mot d'avis: les bienfaits que l'on peut en tirer sont beaucoup moindres que les dangers que l'on court en les étalant dans nos domiciles. Débarrassez-vous-en le plus tôt possible...

Parmi toutes les substances accessibles aux enfants dans les foyers, les médicaments occupent le premier rang parmi les empoisonneurs. La cause de nombreux cas, fatals ou non, leur est imputée. Au-delà d'un billion de dollars se verse annuellement à l'achat de remèdes sur prescription, et $135 millions pour les analgésiques tels que l'acide acétylsalicylique. Viennent, en second lieu, les poisons ménagers, c'est-à-dire les produits chimiques, les nettoyeurs, dans la mesure de 19%. Mentionnons les pesticides (10%), enfin les solvants (6%). Un seul exemple vous indiquera à quel point l'usage de ces produits est répandu: il existe, sur le marché d'aujourd'hui, environ 10,000 sortes de détersifs liquides et 6,000 différents insecticides et poisons pour rongeurs.

En 1949 et 1950, aux Etats-Unis, 834 enfants de moins de cinq ans, ont trouvé la mort, immolés sur l'autel des poisons. Les principaux meurtriers: les médicaments, les produits pétroliers, et les substances « pour usage externe »!

De nos jours, la situation est la même, sinon pire. Chaque année, les mêmes agents mortels font périr au-delà de 1500 enfants. Cinq différents produits, à eux seuls, sont à l'origine des deux tiers des empoisonnements mortels. Il faut désormais en proscrire l'usage. C'est un devoir impératif de les rendre inaccessibles à nos enfants. Même sans les bannir de nos demeures, la simple prophylaxie selon laquelle on place ces produits à l'écart suffirait, d'un seul trait, à prévenir les ⅔ des mortalités.

Les cinq meurtriers officiels de nos enfants s'alignent ainsi: la térébenthine, la soude caustique (lessive), l'huile de charbon, l'aspirine, et les sédatifs. J'insiste: térébenthine, soude caustique, huile de charbon, aspirine, sédatifs. Il faut bien se loger cette liste dans la mémoire et ne l'oublier jamais!

Le 27 novembre 1957, le Centre de contrôle des matières toxiques, de la ville de Windsor ouvrait ses portes. Depuis cette date, — en 12 mois, — on a enregistré 829 cas d'empoisonnement, dont 466 (environ 56%) par les médicaments. Presque la moitié (195) ont pour cause l'acide acétylsalicylique. Il y a eu un mort. La cause?... Vous l'avez devinée: l'acide acétylsalicilique. Un simple bouchon de sûreté, solidement placé sur chaque bouteille de médicaments, mettrait le contenu à l'épreuve de tout sujet susceptible en bas âge. Est-ce trop exiger des manufacturiers et des pharmaciens?...

L'acide acétylsalicylique, c'est-à-dire l'aspirine, le médicament le plus populaire au monde, s'enlève à la cadence d'un billion de comprimés par mois. Il n'est donc pas étonnant que les salicylates sont responsables de 4% de tous les empoisonnements mortels à tout âge. Un cas sur 8 de toutes les mortalités accidentelles chez l'enfant est imputable à ce remède. A toutes les années, environ cent enfants meurent intoxiqués par cette substance. Pourquoi l'aspirine cause-t-elle tant de ravages? Parce qu'elle est partout accessible, on en garde dans tous les foyers, elle se présente sous un masque délicat et trompeur. Une autre raison, et non la moindre, se découvre dans le surdosage par les parents et par les médecins, surdosage, dis-je, provenant de la confusion engendrée par la multiplicité et par la variété de ce que l'on vend sous le nom comprimés « pour bébés » ou « pour enfants ». Au Canada, environ 30 produits pour les tout jeunes, contenant ⅞ de grain, 1 grain, 1 grain et quart, 1½, 2, et 2 grains et demi

d'acide acétylsalicylique, sont dans le commerce. Il serait à désirer qu'une force uniforme à 1 grain et quart soit le seul pharmaceutique que l'on puisse se procurer pour enfants.

Nous avons signalé le surdosage des petits par leurs médecins. Hélas, trop souvent, la culpabilité d'excès en cette matière nous revient à nous praticiens! La seule posologie que nous pouvons employer sans danger, et dont nous ne devons jamais dévier, se présente comme suit: un grain par année d'âge, pas plus qu'à toutes les 4 ou 6 heures, à répéter quelques fois seulement.

Au cours des douze mois qui ont précédé l'inauguration du Centre de contrôle des matières toxiques, de Windsor, les hôpitaux locaux ont traité 241 cas d'empoisonnement. En comparaison des 829 cas déclarés plus haut et touchant une période de 12 mois, ce chiffre présente un contraste frappant avec la situation en 1958. Le nombre accru des cas enregistrés indique que le public se rend compte de l'existence de notre clinique et qu'il a recours à ses services sans hésiter. Voilà en quoi notre établissement se montre utile. En effet, la connaissance des cas d'empoisonnement est un des objets les plus importants du Centre. C'est ce qui s'appelle le premier stade de la prévention.

Il est vrai que les empoisonnements peuvent survenir à tout âge; cependant ils se rencontrent davantage chez les tout jeunes qui vont manger ou boire tout ce qui se trouve à leur portée... surtout si c'est quelque liquide pétillant ou mousseux. C'est l'âge de l'exploration, l'âge où la main va tout naturellement à la bouche. On pourrait se demander si le trait prédominant de l'enfant n'est pas la faim ou la curiosité; tous deux sont tellement en disproportion avec la taille du sujet. L'ingestion d'objets étrangers et l'étouffement provoqué par cette ingestion se produisent, dans 9 cas sur 10, chez les enfants de moins de 5 ans.

Il existe un lien entre la grande fréquence des empoisonnements chez l'enfant d'âge préscolaire et son degré de développement physique et mental. Ajoutez le manque de jugement d'un expérimentateur hardi et indépendant qui n'a pas encore appris les règles de la prudence, et vous avez un climat idéal pour un accident sérieux.

Le comportement des enfants de cet âge découle des facultés physiques, intellectuelles et émotives de l'individu. L'ambiance n'est que le facteur qui déclenche les empoisonnements. Cependant une bonne connaissance de tous ces éléments réduirait de beaucoup les possibilités d'empoisonnements de ce genre. Mieux renseignés, nous serions en mesure de prévoir les faits et gestes de nos enfants, et de prévenir, par la suite, les dangers quotidiens que présente leur milieu.

Quatre-vingt-un pour cent (81%) de tous les empoisonnements ont lieu à l'âge d'un an, de 2 ans et de 3 ans. A chaque âge, le mode, le lieu, et le poison diffèrent de façon remarquable selon le degré de développement de l'enfant. La fréquence de ses contacts avec les substances dangereuses est en rapport direct avec son épanouissement.

Durant la première enfance, il se traîne par terre, il fait ses premiers pas. Il se fait mal au contact d'objets qu'il rencontre sur le plancher, sous les éviers, ou à tout autre endroit peu élevé et à sa portée. La plupart des accidents survenant à cet âge ont lieu dans la cuisine; ils sont causés par les produits ménagers dits « pour usage courant », tels les nettoyeurs, les substances sanitaires, les insecticides.

Au début de la deuxième enfance, l'enfant agrandit son territoire d'exploration. Il se jette à l'assaut des armoires, il cambriole les tiroirs et les tablettes. Les risques d'empoisonnement sont plus grands dans les chambres à coucher et dans la salle de bain. A ces endroits, les poisons dorment dans les médicaments marqués « pour usage interne ».

La diminution de ces accidents, dès l'âge de quatre ans, nous donne raison d'espérer. Renseignés sur les moyens à prendre pour enrayer le mal, confiants qu'en dépit des dangers

qui les entourent nos enfants sauront grandir dans un climat de prudence, nous pourrons, durant ces premières années, mieux affronter la lutte contre les empoisonnements à la maison.

D'autres facteurs très importants interviennent dans les empoisonnements qui se produisent chez les enfants. Mentionnons:

1. le sexe de l'enfant;
2. le moment de la journée;
3. le degré de surveillance à la maison, ou le manque de surveillance;
4. le genre d'emballage;
5. les accidents survenus antérieurement; la prédisposition aux accidents;
6. l'origine ethnique, le caractère socio-économique du milieu.

Après avoir disséqué cette question, quelles mesures devrons-nous instituer pour enrayer le fléau qui menace notre jeunesse?

Des centres de contrôle du poison ont pris racine dans nos hôpitaux. Leur fonction principale?... Le traitement du patient empoisonné. C'est une première ligne de défense que nous avons édifiée, et nous devons nous réjouir de ce progrès initial. Mais cet effort, apparemment très méritoire, ne peut suffire à lui seul. Il faut qu'il soit appuyé de la « prévention ». Voilà, sans contredit, l'arme la plus efficace dans cette lutte. Imbus de cette conviction, nous envisagerons l'aspect le plus important de la question. C'est le second front de défense. En tout et partout, la « prévention » doit veiller sans cesse; il faut la pratiquer continuellement!... La prévention par l'entremise de la documentation: documentation de la profession médicale, documentation des parents, documentation du public: voilà notre rôle principal dans la mise en échec des empoisonnements. L'éducation forme la pierre angulaire. La solution du problème des empoisonnements est une œuvre médico-sociale qui intéresse toutes les classes de la société.

S'il était possible d'acheter une once d'un produit magique qui protégerait nos enfants contre les empoisonnements, tous les parents s'en procureraient sans hésiter. Il n'existe malheureusement aucune substance de la sorte. Nous possédons, il est vrai, de nouvelles connaissances à ce sujet, connaissances qui, employées en temps opportun, nous fournissent une bonne marge de protection. Mais servons-nous aussi de notre jugement dans l'application de ces connaissances et nous serons bien armés pour lutter contre le mal.

Est-ce que ça ne vaut pas la peine d'exercer notre surveillance sur cette jeunesse que Dieu nous a confiée, et que nous chérissons... par-dessus tout? [2]

BIBLIOGRAPHIE

H. JACOBZINER et H. W. RAYBIN: Accidental poisonings in childhood and their prevention. *J. of Pediatrics,* **49**: 592 (nov.) 1956.

H. R. MAYNE: Potential Poisons in Your Home. American Visuals Corporation, N.-Y.

J. O. CRAIG et M. S. FRASER: Accidental Poisoning in childhood. *Arch. Dis. Childhood,* **28**: 259 (août) 1953.

K. BAIN: Death due to accidental poisoning in young children. *J. Pediatrics,* **44**: 616 (juin) 1954.

R. B. MELLINS. et coll.: Natural History of poisoning in childhood. *Pediatrics,* **17**: 314 (mars) 1956.

2. Cette étude est une réalisation de la Société médicale du comté d'Essex. Chrysler Corporation of Canada en a assuré gracieusement l'impression et la photographie. Ce travail, accompagné de 13 diapositives, en français et en anglais, est à l'usage de tous ceux qui en feront la demande. Prière de s'adresser au « Centre de Contrôle des Matières Toxiques, Hôtel-Dieu, Windsor, Ontario ».

MEDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

ÉTUDE D'UN PUISSANT NEUROLEPTIQUE, LA STELAZINE (TRIFLUOPERAZINE) [1]

Jean-Marc BORDELEAU et Laurent GRATTON [2] (Montréal).

La Stelazine est un nouveau neuroleptique que nous avons soumis à une évaluation clinique à l'Institut Albert Prévost depuis le mois de juillet 1958. Les travaux des autres centres (1-2-3-4) ainsi que l'étude préliminaire (5) que nous avions faite nous avaient convaincus de son efficacité thérapeutique. Par le travail actuel, nous voulons préciser davantage les indications, le dosage et les effets secondaires de la Stelazine. Dans un rapport ultérieur nous donnerons les résultats obtenus en associant ce médicament à d'autres techniques de traitement, v.g. électrostimulation.

La Stelazine est un neuroleptique du type des phénothiazines qui porte le nom générique de trifluopérazine. Les particularités de sa formule chimique (Fig. 1) consistent en une substitution de l'atome de chlore du noyau principal par un groupement CF_3; la chaîne latérale est constituée de trois carbones et se termine par un noyau pipérazine.

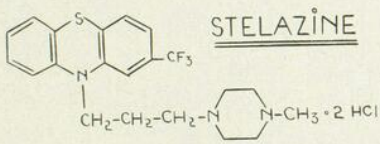


Fig. 1. — Formule chimique du dihydrochlorure de trifluopérazine.

Afin de préciser plus facilement certains caractères particuliers des phénothiazines, Himwich (6) suggérait récemment de diviser ces composés de la façon suivante (Fig. 2).

1) Un *groupe diméthylique* caractérisé par le fait que la chaîne de carbone et l'azote terminal sont combinés à deux groupes méthyl (CH_3). Cliniquement ce groupe diméthylique possède une activité thérapeutique d'intensité moyenne, provoque surtout une sédation et s'accompagne souvent de réactions hypotensives.

2) Un *groupe pipérazine* caractérisé par la présence d'un noyau pipérazine à la place de R_1 et R_2. Ce groupe est cliniquement beaucoup plus actif, cause rarement de la somnolence et de l'hypotension et s'accompagne très souvent d'effets extra-pyramidaux.

La puissance des phénothiazines serait également en relation avec la nature de la substance en position X selon l'ordre croissant suivant: H, C, CF_3.

Il découle de ces considérations que plus une phénothiazine possède d'activité clinique plus les effets extra-pyramidaux deviennent fréquents tandis que les autres effets secondaires, v.g. dermatites, agranulocytose, hypotension, ictère, etc... sont exceptionnellement observés.

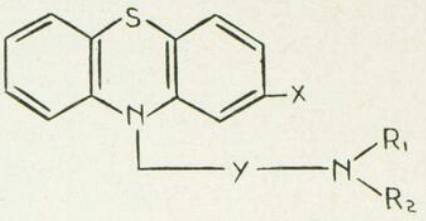
L'activité clinique donnée dans la figure 2 a été calculée en choisissant la chlorpromazine comme unité. Nous croyons cependant que ces chiffres classiques ne sont pas exacts car pour contrôler des symptômes de distortion perceptuelle avec la chlorpromazine il faut souvent donner 1 gm. et plus par jour; nous avons pu contrôler des délires et des hallucinations avec seulement 10 mg. de Stelazine, ce qui représente 1/100 de la dose requise de chlorpromazine.

Méthode de travail

Depuis le début de cette étude nous avons prescrit la Stelazine à 95 malades mais nous nous servirons du groupe total uniquement pour l'étude des effets secondaires. En effet nous avons éliminé 19 patients qui ont reçu

1. La Stelazine est un produit de recherches des Laboratoires Smith, Kline & French. Nous remercions ces laboratoires pour le médicament qu'ils nous ont généreusement fourni.

2. Travail de la Clinique Neuro-psychiatrique de l'Institut Albert Prévost. Directeur scientifique: le docteur Camille Laurin.



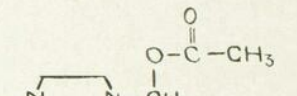
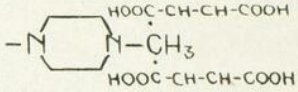
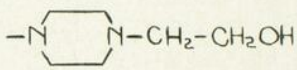
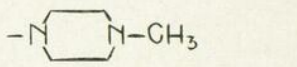
GROUPE DIMETHYLIQUE				
PROMAZINE	SPARINE	H	$-N(CH_3)_2$	2
CHLORPROMAZINE	LARGACTIL	Cl	idem	1
TRIFLUPROMAZINE	VESPRIN	CF_3	idem	½
GROUPE PIPERAZINE				
THIOPROPAZATE	DARTAL	Cl		¼
PROCHLORPERAZINE	STEMETIL	Cl		¼
PERPHENAZINE	TRILAFON	Cl		⅕
TRIFLUOPERAZINE	STELAZINE	CF_3		1/10

Fig. 2. — Classification des phénothiazines. Nom générique. Nom commercial. Substance en position X. Terminaison de la chaîne latérale, R_1 et R_2. Activité thérapeutique comparée à l'unité de chlorpromazine requise pour le contrôle symptomatique.

le médicament pendant une période trop courte pour permettre une évaluation clinique.

Le groupe étudié comprend donc 76 malades (Tableau I). Il est constitué de 53 femmes et de 23 hommes. La majeure partie de ces patients étaient des adultes.

Le travail a été fait dans un hôpital psychiatrique ouvert qui est une institution privée. Les malades sont tous admis volontairement et la durée moyenne d'hospitalisation varie entre 25 et 32 jours selon les mois. Ces malades n'ont pas été réunis en groupe d'étude et ils ne savaient pas qu'ils recevaient un médicament nouveau. Dans ces conditions de

TABLEAU I

COMPOSITION DE L'ECHANTILLON

(Diagnostic, Sexe et Age)

Diagnostic	*Total*	*Sexe* Hommes	Femmes	*Age en années* Moins de 20	20-34	35-49	50 et plus
Syndromes cérébraux	1	0	1	0	0	1	0
Psychoses affectives	13	3	10	0	4	4	4
Schizophrénies	45	17	28	6	27	12	0
Psychonévroses	17	3	14	2	5	7	3
Total	76	23	53	8	36	25	7

travail, nous ne pouvions pas avoir de groupe contrôle mais les patients ont servi de contrôle pour eux-mêmes, soit lorsque nous avons vu réapparaître les symptômes en cessant le médicament, soit lorsque nous avons pu comparer les résultats actuels avec ceux d'une hospitalisation antérieure.

Durée de la médication

Cinquante-deux de ces malades ont reçu la Stelazine pendant moins de deux mois; les autres ont continué de prendre le médicament pendant des périodes variant de 2 à 7 mois (Tableau II). Il nous est encore impossible de déterminer quand le médicament doit être cessé et de prévoir si le malade restera asymptomatique après l'arrêt de la médication. Nous avons l'habitude de diminuer progressivement le dosage et de cesser lorsque le malade ne prend plus que 2 à 4 mg. par jour.

Résultats

L'amélioration clinique a été évaluée par l'étude du contrôle des symptômes qui nous avaient fait prescrire le médicament. Nous parlons de très grande amélioration lorsqu'il y a contrôle complet des symptômes et d'amélioration lorsque le contrôle est partiel mais cliniquement évaluable.

Pour ce groupe de malades (Tableau III) nous avons noté une grande amélioration dans 20.8% des cas et une amélioration satisfaisante dans 48.5% des cas. Le pourcentage total d'améliorations est donc de 69.3%. D'une façon générale nous avons obtenu des résultats beaucoup plus satisfaisants chez les malades souffrant de psychose que chez ceux souffrant de psychonévrose.

Lorsque nous fractionnons nos résultats par syndromes, nous constatons que dans les psychoses affectives tous les cas de manie et

TABLEAU II
DUREE DE LA MEDICATION

	1 mois et moins	*1 mois et plus*	*2 mois*	*3 mois*	*4 mois*	*5 mois*	*6 mois*	*7 mois*
Nombre de cas	23	29	7	4	5	4	3	1
Pourcentage	29.9%	37.7%	9.1%	5.2%	6.5%	5.2%	3.9%	1.3%

TABLEAU III
DIAGNOSTIC ET RESULTATS

	Total	*Très grande amélioration*		*Amélioration*		*Sans effet*		*Aggravation*		*Amélioration non-soutenue*	
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Syndromes cérébraux	1			1							
Psychoses affectives	13	2	15%	8	60%	2	15%	1	7.5%		
Schizophrénies	45	12	26.4%	20	44%	10	22%	1	2.2%	2	4.4%
Psychonévroses	17	2	11.6%	8	46.4%	7	40.6%				
Total	76	16	20.8%	37	48.5%	19	24.7%	2	2.6%	2	2.6%

d'hypomanie ont réagi favorablement au médicament. La Stelazine a été prescrite dans les dépressions uniquement lorsqu'il y avait agitation et ce symptôme était assez bien contrôlé par le médicament; l'amélioration réelle n'est survenue que si un traitement plus spécifique était donné.

Dans le traitement de la schizophrénie la Stelazine s'est avérée une aide précieuse. Le suivant (Tableau IV) qui démontre encore que les meilleurs résultats sont obtenus chez les malades présentant des symptômes psychotiques. Empiriquement nous nous demandons si ce médicament qui contrôle partiellement l'anxiété ne serait pas la drogue de choix pour accompagner la psychothérapie parce qu'elle ne rend pas le malade aussi amorphe que certaines autres phénothiazines.

TABLEAU IV

RESULTATS DE LA TRIFLUOPERAZINE SUR LES SYMPTOMES

	Total	*Grande amélioration*	*Amélioration*	*Sans effet*	*Aggravation*
Agitation	24	10	5	8	1
Manie et hypomanie	9	3	5	1	
Hallucinations	16	10	5	1	
Délire	34	16	10	9	
Anxiété	21	1	12	8	
Retrait (Withdrawal)	29	8	9	12	

médicament a provoqué une grande amélioration chez 26.4% des malades et une amélioration satisfaisante chez 44% des malades.

C'est dans le traitement des psychonévroses que la Stelazine nous a donné les résultats les moins favorables. Une grande amélioration a été notée chez 2 malades (11.8%), une amélioration chez 8 (47%) et peu ou pas d'effets chez 7 malades (41.2%). Nous retenons cependant une activité fort intéressante chez des malades souffrant de réactions obsessives-compulsives décompensées. Le système d'idées obsessives et d'actes compulsifs a été contrôlé partiellement ou complètement chez 4 de nos 5 malades.

En considérant ces résultats nous devons nous demander si la Stelazine ne ferait pas partie d'un groupe de médicaments qu'on aimerait nommer les « antipsychotiques ».

Si nous cherchons à étudier l'activité de la Stelazine sur certains symptômes nous pouvons fractionner les résultats dans le tableau

Effets secondaires

Nous n'avons pas été surpris, à cause de l'activité thérapeutique du médicament, de la haute incidence des effets secondaires qui indiquent tous que le médicament influence le système extrapyramydal. Nous avons adopté la classification de Freyhan (7) des trois principales formes de réactions extrapyramidales observées avec les phénothiazines.

1) *Akathisie.* Ce syndrome que nous avons déjà qualifié d'impatience motrice est caractérisé par une incapacité à rester assis ou à se tenir calme et immobile. Le malade ressent un besoin incontrôlable de bouger et de marcher et si l'akathisie est complètement installée elle empêche le malade de dormir la nuit et peut déclencher une agitation marquée (anxiété secondaire). Ce syndrome ne possède aucune valeur thérapeutique et doit être contrôlé par l'arrêt temporaire de la médication et l'emploi d'antiparkinsonniens. Ce syndrome apparaît habituellement pendant la première

semaine du traitement et rarement par la suite.

2) *Syndromes dyskinétiques.* Ils sont caractérisés par toute une série de phénomènes hypertoniques atteignant divers groupes musculaires. On peut observer des spasmes périoraux, des troubles du langage et de la déglutition, des crises oculogyres, des torticollis et des spasmes de torsion. Ces manifestations ont un début souvent brutal et évoluent rapidement. Le malade peut devenir très anxieux et il est possible d'observer des phénomènes d'accompagnement tels que transpiration, pâleur, tachycardie, etc... Nous avons parfois réussi à faire avorter de telles crises en donnant du benzoate de caféine par voie intraveineuse. Nous avons aussi contrôlé ces crises un peu moins rapidement en donnant du méprobamate à la dose de 800 mg. *per os.*

3) *Syndrome parkinsonnien.* Il s'agit du syndrome classique caractérisé par des troubles de la démarche et de la posture, des tremblements, de la rigidité, un fasciès inexpressif et de la sialorrhée. Ce syndrome s'installe plus lentement et en général il est bien toléré par les malades.

Nous avons observé des effets extrapyramidaux chez 45 de nos 95 malades; ceci donne une incidence de 47.3%. Dans notre rapport préliminaire nous avions une incidence de 56% et nous croyons que cette diminution vient du fait que, pendant la deuxième moitié de ce travail, nous avons utilisé des dosages moins élevés et surtout que nous avons souvent prescrit des antiparkinsonniens dès le début du traitement. Dans ce groupe les hommes ont développé des troubles extrapyramidaux dans une proportion à peu près égale à celle des femmes.

Les effets autonomiques, v.g. sécheresse de la bouche, troubles de l'accommodation, galactorrhée, hypotension, sont à peu près jamais rencontrés.

Dosage

Le dosage de la Stelazine est relativement simple et nous avons l'habitude de donner 5 mg. b.i.d. *per os.* Dans certains cas nous avons augmenté la dose jusqu'à 40 mg. par jour mais la dose moyenne varie entre 10 et 20 mg. par jour. Lorsque l'amélioration clinique semblait se maintenir, nous avons réduit la dose à 4 ou 5 mg. par jour.

Nous avons utilisé la voie intramusculaire chez les malades agités ou qui coopéraient mal. Dans ce cas nous avons donné des doses variant de 2 à 12 mg. par jour, en général 2 mg. t.i.d. L'injection n'est pas douloureuse et l'absorption du médicament est très bonne.

Comme antiparkinsonnien nous avons utilisé le Cogentin ou l'Artane, de 2 à 6 mg. par jour. Le Cogentin semble avoir une action plus soutenue à moins forte dose.

Résumé

Dans l'ensemble nous avons constaté que la Stelazine est un puissant neuroleptique qui est une précieuse acquisition dans le traitement des psychoses aiguës et chroniques. Son utilité dans le traitement des névroses est moins marquée quoiqu'on observe une diminution du degré d'anxiété; la Stelazine peut contrôler jusqu'à un certain point les réactions obsessives-compulsives.

Summary

Stelazine, which bears the generic name of Trifluoperazine, is a drug of the Phenothiazine group. Its chemical structure is characterized by a CF_3 radical at 3 on the Phenothiazine ring (Largactyl has a Cl −), and a Piperazine ring in the lateral chain.

Since July 1958, Stelazine has been prescribed to 95 patients. Nineteen of these patients were dropped from the group either because they had not received the drug for a sufficient time or because simultaneous treatments prevented us from getting a clear evaluation of the effects of this drug. Our clinical evaluation of Stelazine is therefore based on its effects on a group of 76 patients. The incidence of side-effects, however, was calculated from our original list of 95 patients.

Fifty-two out of 76 patients received the drug for less than 2 months, the others received it from two to seven months. (Cf. Table II). It is still too early to say exactly when the drug can be safely withdrawn and if then the symptoms will not reappear.

The drug has been clinically evaluated according to its effects on symptoms. From our group of 76

patients, 16 (21%) showed marked improvement with complete or near-complete disappearance of symptoms, 37 (48.5%) improved moderately and the remaining 23 (30.5%) showed temporary or slight improvement or none at all. Of these, 2 were temporarily made worse by the medication (Table III).

Symptoms which responded especially well to Stelazine where those of psychoses, hallucinations, delusions, withdrawal and agitation. Anxiety was also diminished but to a lesser degree.

The side-effects induced by Stelazine were chiefly of the Extrapyramidal type. In our preliminary report, the incidence of Extrapyramidal reaction was 56%, however, we can now report that only 45 (47.3%) developed various degrees of Akathisia, Parkinsonism and Dyskinesia; a decrease of 9.7%. We believe this difference was brought about after we prescribed and Antiparkinsonian medication at the outset of treatment and lowered the dose. Heavy sedation and Hypotension seldom occurred in contrast to cases where dimethyl derivatives of phenothiazine are used.

Clinical improvement, as well as side-effects, often occurred after only a few days of treatment.

Stelazine was prescribed by us either I. M. in doses of 2 to 12 mg. per day or P. O. in doses of 5 to 40 mg. per day, the usual dose being 10 to 20 mg. daily.

It is our impression that Stelazine is a powerful neuroleptic drug and constitutes a highly valuable addition to our armamentarium in the therapy of psychotic disorders. It is also useful in the management of psychoneurotic reactions but to a lesser degree since anxiety is not uniformly lowered. However, obsessions respond rather well to the drug and sometimes disappear completely.

BIBLIOGRAPHIE

(1) *Trifluoperazine: Clinical and Pharmacological Aspects.* Lea & Fabiger, Philadelphie, 1958.

(2) L. H. RUDY, F. RINALDI, E. COSTA, H. E. HIMWICH, W. TUTEUR et I. GLOTZER: Triflupromazine and Trifluoperazine : Two New Tranquillizers. *A. M. J. Psych.*, **114**: 747, 1958.

(3) J. R. A. MADWICK, D. L. M. McNEILL, M. DRIVER et G. C. PRESTON: Stelazine (Trifluoperazine) A Preliminary Report on a Clinical Trial. *J. Ment. Sc.*, **104**: 1195, 1958.

(4) R. MACDONALD et T. P. S. WATTS: Trifluoperazine Dihydrochloride ("Stelazine") in Paranoid Schizophrenia. *Mrit. Med. J.*, **1**: 549 (28 février) 1959.

(5) J. M. BORDELEAU et L. GRATTON: Etude d'un nouveau neuroleptique, le Trifluopérazine: rapport préliminaire. *L'Union Méd. du Canada*, **87**: 1552, 1958.

(6) H. E. HIMWICH: Some Drugs Used in the Treatment of Mental Disorders. *Am. J. Psychiat.*, **115**: 756, 1959.

(7) F. A. FREYHAN: Occurrence and Management of Extrapyramidal Syndromes in Psychiatric Treatment with Trifluoperazine. Dans *Trifluoperazine, ibid.*, pp. 195-205.

REMOUS AUTOUR DU PROJET DEBRÉ

On sait que, s'inspirant des thèmes du projet du professeur R. Debré, l'ordonnance du Gouvernement français en date du 31 décembre 1958 a jeté les bases d'une réorganisation de l'enseignement et de l'exercice de la médecine hospitalière: fusion de la faculté et de l'hôpital, institution d'un corps national du personnel hospitalier-universitaire recruté par un concours national unique, présence permanente (plein temps) des médecins à l'hôpital. Ce texte devrait être promulgué avant le 27 avril 1959. Il est certain que dans l'esprit du professeur Debré, il s'agissait d'adapter les hôpitaux français aux conditions modernes de l'exercice de la médecine et de jeter les bases d'une médecin plus complète associant à la clinique la recherche scientifique dans le cadre même de l'hôpital.

Extrait d'un article signé P. Rk.: *Médecine et Hygiène*, 10 mai 1959, page 247.

ÉTUDE CLINIQUE D'UNE NOUVELLE PHÉNOTHIAZINE [1]

Herman C B. DENBER,
Paul RAJOTTE.

Partout dans les différents centres de recherches psychiatriques, les travaux se multiplient afin de mettre au point un neuroleptique toujours plus efficace. Nous rapportons ici nos résultats avec la diméthyl-sulfamido-3 (méthyl-4" piperazynyl-3' propyl) -10 phénothiazine. Ce produit est connu aux Etats-Unis sous le numéro de laboratoire SKF-5883; en France on le désigne par : 7843 RP. Nous ignorons s'il est actuellement disponible au Canada.

Ce nouveau composé diffère seulement de la prochlorperazine par la substitution d'un sulfamidé à l'atome de chlore. L'introduction de ce groupement s'avère responsable d'une kyrielle d'effets secondaires variés et intenses sur lesquels Delay et Deniker furent les premiers à attirer l'attention (1). Notre étude fut entreprise dans le double but d'évaluer les possibilités thérapeutiques de cette nouvelle phénothiazine et d'étudier les syndromes neurologiques caractéristiques de son action. Nous avons déjà rapporté ailleurs les résultats préliminaires ainsi que souligné quelques indications (2).

Trente-deux malades du sexe féminin reçurent le médicament. La durée d'hospitalisation de ces malades, pour la plupart schizophrènes chroniques ou en rechute, s'établit comme suit :

1 an ou moins	18
1 à 5 ans	8
5 à 10 ans	3
Plus de 10 ans	3

Le nombre des réadmissions varie entre 1 et 15, la moyenne se situant entre 2 et 4 (25 malades). Voici, fractionnée, la durée du traitement en date où les résultats furent compilés :

1 à 30 jours	10 patients
30 à 60 jours	9 patients
60 à 120 jours	13 patients

Les doses administrées oscillèrent entre 10 et 300 mg. par jour, avec une fréquence maxima autour de 90 mg. Quatorze patients reçurent la dose initiale par voie intramusculaire : 1 à 3 mg. t.f.p.j. pour 4 ou 5 jours. (Dans notre pratique 1 mg. par voie intramusculaire équivaut à 10 mg. par voie orale, ou à peu près).

Les examens de laboratoire (batterie hépatique, leucogramme) ne montrèrent aucune variation significative au cours du traitement à l'exception d'un cas. Chez cette patiente, une hébéphrène chronique, le traitement fut interrompu après quelques semaines en présence d'une fonction hépatique légèrement perturbée (2), telle que décelée par le laboratoire. Un sub-ictère fugace fit son apparition; le foie, quelque peu douloureux déborda le gril costal de 4 cm. Puis tout rentra dans l'ordre, même après l'administration d'un neuroleptique différent, car la malade devint rapidement violente.

Les résultats s'annoncent encourageants, encore qu'il soit trop tôt pour tirer des conclusions définitives. Nous avons classifié nos résultats en quatre groupes. Les critères pour cette classification ont été indiqués ailleurs (3).

Amélioration sensible	8
Certaine amélioration	12
Aucun changement	11
Aggravation	1

Semblable en cela à la plupart des neuroleptiques d'efficacité reconnue, le SKF-5883 influence favorablement le cours des schizophrénies paranoïdes et catatoniques et ralentit d'une façon remarquable l'activité psychomotrice de la phase maniaque de la psychose maniaco-dépressive. Sa rapidité d'action s'illustre particulièrement dans les cas aigus où

1. Service de Recherche, Manhattan State Hospital, Ward's Island, New York City 35, N.Y., et College of Physicians and Surgeons, Columbia University, New York, N.Y.

la disparition des symptômes de distortion perceptuelle fut notée dans l'espace de 48 à 72 heures. La forme simple de la schizophrénie s'est encore ici trouvée rebelle au traitement, et lorsqu'une amélioration fut enregistrée, une étude plus attentive révéla l'action non équivoque d'autres variables (psychologiques, psycho-sociales) (Tableau I).

TABLEAU I

RÉSULTATS

	Total	*Amélioration sensible*	*Certaine amélioration*	*Aucun changement*	*Aggravation*
Schizophrénie:					
Paranoïde	12	4	5	3	
Catatonique	9	4	3	2	
Hébéphrénique	3		2	1	
Simple	4			4	
Psychose M.D.	2		2		
Autres	2			1	1
Total	32	8	12	11	1

C'est aussi par son action chez les cas chroniques que la SKF-5883 prend un intérêt plus que de routine. Par exemple, nous avons observé la disparition complète de stéréotypies verbales fort ennuyeuses chez une patiente hospitalisée depuis 23 ans. Une autre patiente qui avait aussi épuisé tout l'arsenal chimiothérapique et dont toute communication verbale était rendue très pénible par une profusion logorrhéique et un langage profondément autistique voit ce symptôme disparaître au point où une réintégration dans sa famille devient possible.

Un aspect neuf que met en lumière l'étude de la sulfamido-phénothiazine se rapporte à l'intensité, la variété et la fréquence des effets secondaires (Tableau II). Apparaissent en premier lieu des symptômes qualifiés « d'hystéroïdes » par les chercheurs cités plus haut (4): spasmes de torsion, torticolis, dystonie posturale, attaques de panique résument ceux que nous fûmes en mesure d'observer. Particulièrement dramatique, ce dernier symptôme fige la malade dans un état de terreur indescriptible qui se lit sur tous les traits de son visage. Elle hurle de tous ses poumons pendant qu'elle est secouée par intervalles de courts tremblements spasmodiques. Concurremment aux observations antérieures, il nous fut possible d'influencer temporairement cette symptomatologie par simple suggestion. Très tôt également le SKF-5883 produit des modifications neuro-végétatives : véritables crises sudorales et seborrhéiques, sialorrhée. Une manifestation précoce et des plus constantes fut une inversion du rythme nocturne du sommeil. Enfin, des phénomènes parkinsoniens associés à un besoin incessant de mouvement furent observés dans la plupart de nos cas. Ce tableau constitue ce que Delay et Deniker appellent le syndrome hyperkinéto-hypertonique.

TABLEAU II

Incidence des effets secondaires
(32 *cas*)

Tremblements	17
Inversion du rythme du sommeil	16
Rigidité parkinsonienne	15
Malaises d'impatience	14
Sudation exagérée	10
Seborrhée	9
Troubles de l'accommodation visuelle	9
Sialorrhée	7
Fatigue dans les jambes	3
Torticolis	3
Attaques de panique	2
Dystonie posturale	1
Spasme tonique	1
Ictère	1

Nous nous sommes employés aussi à combattre les symptômes secondaires, et ce sur un plan à la fois psycho-dynamique et biochimique. Les deux sujets mériteraient une étude séparée et ils feront l'objet de communications ultérieures. Pour l'instant, qu'il suffise de rapporter l'expérience suivante. Après un certain temps d'expérimentation aucun symptôme neurologique ne put être enregistré malgré l'augmentation graduelle des doses. La supposition fut avancée et trouvée fondée que les malades ne prenaient pas leur médicament par crainte des symptômes alarmants dont ils avaient été les victimes ou les témoins. Des discussions individuelles et surtout en groupe vinrent rapidement à bout de cette attitude.

Inutile d'ajouter que le personnel doit aussi être instruit des effets possibles du médicament.

Dans le même ordre d'idée l'hypothèse s'éleva d'une amélioration purement psychologique déclenchée par les effets secondaires de la drogue. Le cas suivant illustre notre avancé. Une jeune schizophrène paranoïde menait depuis un an une vie extrêmement autistique. Grâce à des prodiges d'adresse, elle avait réussi à ne participer à aucune activité de groupe, malgré la vie communautaire intense qui existe dans le Service. Elle avait écarté toute offre de travail. Elle avait réussi malheureusement à s'isoler, but ultime quoique ambivalent du schizophrène (5). La cure au SKF-5883 fut alors initiée. L'allure menaçante des symptômes secondaires sembla secouer la malade de sa torpeur. Au lieu de fuir médecins et infirmières, elle suppliait sans cesse qu'on la soulage, qu'on mit un terme à ce terrible état. En retour elle promettait d'occuper son temps comme les autres. Des anti-parkinsoniens furent prescrits et la patiente, une intelligente secrétaire, travaille depuis deux mois et doit quitter l'hôpital bientôt. Le médicament fut subjectivement interprété comme une menace à son intégrité physique assez grave pour démobiliser une partie des forces libidinales vers le monde extérieur (6).

L'aspect biochimique soulève un problème d'importance, à savoir : si l'on accepte l'hypothèse que l'amélioration clinique est liée à l'intensité des symptômes physiques éprouvés, leur blocage par différents agents médicamenteux va-t-il annuler l'action thérapeutique (7) ?

En présence du caractère hystériforme de certaines manifestations secondaires, l'idée vint d'administrer des placébos. Leur action ne fut inhibitrice que dans un nombre infime de cas, pour une courte période de temps et seulement lorsque accompagnée de suggestion. Selon certains auteurs (8) la benzoate de caféine donnée intraveineusement contrôle rapidement les effets secondaires. Cependant la voie intra-veineuse représente une technique encombrante, surtout dans un hôpital mental où l'on doit toujours penser en terme de « population ». Dans cet esprit et à la recherche d'un outil plus maniable, la benzoate de caféine fut administrée par voie intramusculaire, mais sans résultat. L'amytal sodique par voie orale ou intramusculaire se trouva être efficace. Mais nous l'abandonnâmes bientôt en raison de sa courte durée d'action — quelques heures —, des doses importantes necessaires et des risques inhérents à l'habituation. Les anti-parkinsoniens amenèrent la plupart du temps une rapide disparition de la rigidité et des tremblements mais demeurèrent souvent impuissants à calmer les « malaises d'impatience » et à produire le sommeil. C'est alors que nous eûmes recours à la chlorpromazine. Administrée en dose unique de temps à autre une heure ou deux avant le coucher, 100 à 200 mg. procurent le sommeil, annulant un des effets secondaires les plus indésirables de la sulfamido-phénothiazine. En doses modérées et couplées au SKF-5883 elle calme cet incessant besoin de marcher. Mais, ici, nos résultats sont encore trop fragmentaires pour être concluants.

Enfin, dans tous nos cas, les résultats thérapeutiques *ne furent pas compromis* par l'addition d'une médication qui neutralisait partiellement ou totalement les effets secondaires.

Résumé

La sulfamido-phénothiazine est un nouveau neuroleptique doué de propriétés très puissantes. Trente-deux malades, pour la plupart schizophrènes chroniques ou en rechûte, reçurent le médicament sur une période s'étendant de quelques jours à 120 jours. Dans plus de 60% des cas une amélioration fut enregistrée.

Cette drogue est remarquable par sa rapidité d'action, moins de 72 heures dans beaucoup de cas, et par les nombreux effets secondaires produits. Ceux-ci sont énumérés et quelques problèmes inhérents à leur apparition sont discutés; en particulier leur interprétation

dans un cadre psychodynamique. Enfin nous rapportons notre expérience dans nos efforts pour neutraliser ces effets secondaires par différents agents médicamenteux. Il ne nous semble pas que cette neutralisation puisse enrayer les effets thérapeutiques.

Summary

This report deals with the clinical trials of a new phenothiazine where a sulfonomide radical has replaced the chlorine. Thirty-two female patients, either chronic or those who had relapsed while on convalescent care, were treated from several to 120 days. An improvement was noted in more than 60% of cases. This compound differs from others by the rapidity of its action and its unusual side-effects. These have been listed and discussed. They have been considered in a psychodynamic frame of reference. The side-effects may be blocked by various anti-Parkinson agents without interfering with the therapeutic action.

BIBLIOGRAPHIE

(1) J. DELAY, P. DENIKER, R. ROPERT, M. EURIEULT et R. BARANDE: Syndromes neurologiques produits par un nouveau neuroleptique majeur, le 7843 RP. LVX Congrès de Psychiatrie et Neurologie de Langue Française, Strasbourg, 21-26 juillet 1958. Sous presse.

(2) H.C.B. DENBER, P. RAJOTTE et D. KAUFFMAN: Clinical experiences with a new phenothiazine. *Amer. J. Psychiat.* Sous presse.

(3) H.C.B. DENBER et E.G. BIRD: Chlorpromazine in the treatment of mental illness. IV: Final results with analysis of data in 1,523 cases. *Amer. J. Psychiat.*, **113**: 972, 1957.

(4) J. DELAY et P. DENIKER: Etats hysteroïdes d'origine médicamenteuse. *Can. Psychiat. Ass. J.*, **3**: 132, 1958.

(5) P.C. RACAMIER: Introduction à une sociopathologie des schizophrènes hospitalisés. *L'Evolution Psychiatrique*, **1**: 47, 1957.

(6) I. KESSELBRENNER et H.C.B. DENBER: Psychodynamic observations with drug therapy. Abstracts. Second International Congress of Psychiatry, Zurich, 1957. Sous presse.

(7: F.A. FREYHAN: Therapeutic implications of differential effects of new phenothiazine compounds. *Amer. J. Psychiat.*, **115**: 577, 1959.

(8) J. M. BORDELEAU et L. GRATTON: Etude d'un nouveau neuroleptique: le trifluoropérazine. *L'Union Méd. du Canada*, **87**: 1552, 1958.

LE TRAITEMENT DE L'INFECTION URINAIRE PAR LE SULFAÉTHYLTHIAZOLE

I. LABERGE,[1] A. LEDUC,[2] J.-P. BRAULT,[1] et L. FOURNIER.[1]

Nous avons récemment eu l'occasion de faire des recherches cliniques et bactériologiques sur un sulfa qui a été mis sur le marché récemment. Se produit — sulfaéthylthiazole (SETD)[3] — est un sulfa à large spectre présenté en tablettes à action prolongée, pouvant maintenir une concentration sanguine optima pour une durée d'environ douze heures. Il aurait une action particulièrement efficace sur les organismes pathogènes gram-négatifs, tels que ceux que l'on rencontre dans les infections de l'arbre urinaire.

1. Service d'Urologie, hôpital Notre-Dame.
2. Bactériologiste, hôpital Notre-Dame.
3. Fourni généreusement par la maison Smith, Kline & French Inter-American Corp., et connu sous le nom de Sul-Spantab.
4. Sur le marché, sous le nom de Sul-Spansion.

Présentation

Ce sulfa est présenté en comprimés renfermant 0.65 g. de SETD, mais on l'obtient aussi sous forme liquide[4] contenant de nombreux petits cristaux en suspension. Sous une forme ou sous une autre, le SETD est libéré dans l'organisme à un taux égal, continu et ininterrompu, maintenant un niveau sanguin constant, et prévenant des accumulations ou des fluctuations de la médication.

Sources et méthodes d'emploi

Le S.E.T.D. ayant déjà subi l'épreuve favorable de plusieurs expériences antérieures sur les infections aiguës (4, 5), nous avons pensé en faire l'étude sur des cas d'infection

chronique qui s'étaient montrés plus ou moins rebelles à d'autres traitements. Nous avons recueilli ainsi de nos cliniques externes, 29 malades revenant de façon chronique à la suite d'opérations ou d'infections prolongées.

De ces 29 cas, 13 étaient des malades qui avaient subi une intervention chirurgicale: résection trans-urétrale ou prostatectomie par voie ouverte. Quinze malades étaient des cas de cystite chronique, secondaire à un rétrécissement urétral. Enfin un malade présentait une orchi-épididymite.

A leur arrivée, les malades étaient examinés, et leur urine recueillie dans un récipient stérile pour examen bactériologique et recherche de la sensibilité « in vitro » au S.E.T.D. La dose habituelle consistait en deux comprimés de S.E.T.D. matin et soir pour une durée variable, dans la plupart des cas pour dix jours, mais dans certains cas, elle a été prolongée pour une durée de un mois.

A leur retour au dispensaire, une nouvelle prise d'urine était faite, pour examen bactériologique de contrôle, et pour comparaison avec les spécimens obtenus lors des visites précédentes.

L'examen bactériologique consistait:

1° En un examen microscopique à l'état frais entre lame et lamelle pour recherche de pus et de bactéries.

2° Coloration de gram.

3° Culture sur gélose sang et gélose McConkey.

4° Identification définitive des colonies par ensemencement sur milieux sucrés.

La recherche de sensibilité ou de résistance « in vitro » au S.E.T.D. a été faite pour chaque espèce microbienne isolée par la méthode des disques à des concentrations de 0.25 mg. et 0.1 mg. sur gélose Mueller-Hinton. Ces concentrations sont 10 à 40 fois supérieures à celles employées pour les mêmes épreuves avec des antibiotiques.

RÉSULTATS

Des 29 cas traités, 23 font partie de cette étude, les autres n'ayant pas été revus après que la médication eut été prescrite.

Avant même le retour des patients, il était possible de tabuler un premier rapport: celui des bactéries en cause et des sensibilités. Comme il est notoire dans les infections urinaires, c'est le colibacille qui fut retrouvé le plus fréquemment dans les cultures, comme le démontre le tableau no 1.

TABLEAU I

Sensibilité « in vitro » au S.E.T.D.

	No. de cultures	Sensibilité
Esch. coli	17	5
Proteus	2	0
Pseudomonas Aerug.	3	0
M. Epidermis	2	0
Strept. faecalis	1	0

Les souches sensibles « in vitro » furent plutôt rares, ne donnant des résultats positifs que dans 5 cas. Il est à noter que seul l'Escherichia coli a donné des souches sensibles, toutes les autres étant complètement résistantes.

Les résultats cliniques furent cependant plus appréciables, et 13 cas, soit un pourcentage de 56.5%, montrèrent une amélioration marquée des symptômes cliniques: diminution des brûlements et de la pollakiurie, retour des urines vers la limpidité (cf. tableau no II).

TABLEAU II

Réponse clinique au S.E.T.D.

Diagnostic	No. de cas traités	Améliorés
Post-op. (prostatectomie)	12	7
Cystite et urétrite	10	5
Orchi-épididymite	1	1
Total	23	13 (56.5%)

Des cinq cas sensibles au S.E.T.D. « in vitro », 4 figurent parmi les cas améliorés, l'autre étant un vieillard traité depuis des années pour un rétrécissement urétral et ayant constamment des urines purulentes, malgré tous les médicaments employés précédemment.

Aucune réaction allergique ne fut déterminée par le médicament chez les 23 patients, et des 13 cas améliorés, 8 le furent après une durée de traitement de 10 jours seulement.

DISCUSSION

Du résultat de ces observations et de ces compilations, on peut affirmer que le S.E.T.D. montre une réponse favorable vis-à-vis des infections de l'arbre urinaire. Comme toujours, cette réponse est subordonnée à la virulence ou à la chronicité de cette infection, et au bon drainage des conduits excréteurs. Nos résultats se rapprochent sensiblement des expériences de Viek et de ses collaborateurs qui ont trouvé une réponse satisfaisante dans 63% de leurs cas d'infection chronique.

Par ailleurs nous pouvons constater que les épreuves de sensibilité aux sulfas par la méthode des disques ne donnent pas de résultats comparables à ceux obtenus pour les antibiotiques.

Avec le SETD, les résultats « in vitro » et « in vivo » ne concordent à peu près pas. Cette méthode d'appréciation de la valeur d'un sulfamide au laboratoire doit être déconseillée comme mesure de routine, ne rendant pas justice à la valeur du produit.

Il demeure qu'au point de vue clinique, le S.E.T.D. est sûrement utile dans le traitement des infections chroniques de l'arbre urinaire, et qu'il doit être préféré aux antibiotiques, pour son coût moins élevé, et pour éviter la résistance de l'organisme à l'usage abusif de ces derniers.

Résumé

L'étude contenue dans cet article analyse les résultats de l'emploi du S.E.T.D. dans 23 cas d'infection urinaire chronique. Un pourcentage de 56.5% des cas montra une réponse favorable au médicament. Cependant les épreuves de sensibilité in vitro sont nettement insuffisantes et en désaccord avec les résultats cliniques.

Summary

The use of S.E.T.D. (Sulfaethylthiadiazole) on patients with chronic infections of the lower urinary tract shows a favorable response to the drug in 13 of the 23 patients treated and followed, or 56.5%. The results compare favorably with that of Viek et al. who found a good response in 63% of their patients.

However, the *in vitro* sensitivity by the disc method is far from accurate, and does not give a true picture of the sensitivity *in vivo*.

BIBLIOGRAPHIE

1. R. E. RHODES et J. McCAUGHAN: Sulfaethylthiadiazole: *in vivo* and *in vitro* evaluation. *Antibiotics and chemotherapy,* **7**: 24 (janv.) 1957.
2. B. DICKSTEIN: Experience with a new sustained release antibacterial agent in Pediatrics; a clinical note. *J. Albert Einstein Med. Center,* **5**: 114 (mars) 1957.
3. W. TERRELL, E. M. YOW et W. DAESCHNER: The Newer Sulfonamides. *M. Clin. North America,* **41**: 539 (mars) 1957.
4. N. VIEK, E. W. CAMPBELL, G. J. GISLASON et A. BIONDI: Sulfaethylthiadiazole (SETD) therapy for simple and complicated urinary tract infections. *J. of Urology,* **77**: 777 (mai) 1957.
5. George C. SIVAK: The treatment of Urinary tract infections with a sustained released form of Sulfaethylthiadiazole. *Am. Practitioner,* **9**: 89 (janvier) 1958.

CORRESPONDANCE

LETTRE DE FRANCE

LES PROBLÈMES MÉDICO-SOCIAUX POSÉS PAR LA MISE EN VALEUR DE SAHARA.

La mise en exploitation de gisements pétrolifères en plein Sahara a suscité dans le monde entier un intérêt considérable.

Mettant à exécution des projets grandioses, de jeunes équipes de chercheurs travaillent à mettre au point des procédés d'extraction rapides et sûrs, en dépit de gros obstacles tenant au terrain, au climat et en général aux conditions de vie très spéciales dans ces régions arides.

Pour mener à bien une tâche aussi vaste, la conjonction des efforts des techniciens et des chercheurs était en tous points nécessaire. Géologues, géographes, minéralogistes ont fourni tant sur la nature du sol, que sur son histoire des renseignements précis immédiatement utilisés et exploités par les techniciens du forage.

Les géologues nous ont appris en effet, que derrière l'unité que confère au Sahara son climat désertique, existe une grande variété de pays qui ne se distinguent les uns des autres, étant donné l'absence de végétation, que par les caractères de terrains. L'architecture géologique simple dans son ensemble, comporte les massifs du Sahara central, fait de terrains cristallins d'âge précambrien, très plissé tandis que sur leur bordure, existe une couverture sédimentaire plus calme, d'abord primaire puis tertiaire.

Par ailleurs, les caractères du climat saharien sont essentiellement la grande sécheresse de l'atmosphère, une très forte insolation due à une faible nébulosité, ce qui accroît encore les phénomènes thermiques, enfin et surtout, une très faible pluviosité qui amenuise à l'extrême la couverture végétale et accroît l'importance du moindre vent conférant une action mécanique toujours notable.

Les physiciens de l'atmosphère se sont penchés sur ces problèmes en se demandant s'ils parviendraient à renforcer les recherches d'une action énergétique sur la formation et l'évolution des nuages qui exige un programme de recherches comportant des observations sur place et le contrôle d'efficacité des techniques de convection. Un tel programme d'action a été mis à l'étude et cette activité de divers groupements scientifiques est un des attraits de tous les problèmes qui s'attachent à la mise en valeur du Sahara.

Mais à mesure que se développent les équipes de recherche ou d'exploitation, une question capitale se trouve tout naturellement posée, celle des conditions de vie et de travail dans les zones arides.

Les médecins et les hygiénistes se devaient d'intervenir pour apporter au moins par leurs conseils des éléments de solution. C'est précisément dans ce but que viennent d'avoir lieu à Paris les Journées Médico-Sociales Sahariennes, où physiologistes, sociologues, géographes, biochimistes et médecins ont abordé d'emblée le problème des conditions de vie et de travail dans le désert. Une étude physiologique a pu être effectuée sur des équipes de sondeurs à Hassi Messaoud. Pour ces équipes travaillant en moyenne 8 heures par jour, de 12 à 20 heures, l'étude a tenu compte des conditions climatiques, de la température de l'air, de la pression de vapeur d'eau, de la vélocité de l'air en tenant compte aussi des charges de chaleur par convection, par radiation, de l'évaporation possible au moyen des formules de Belding et Hatch.

Dans ces conditions, la dépense énergétique a été trouvée être environ de 3,000 calories par jour avec d'assez fortes fluctuations journalières et individuelles. Cette dépense est couverte par l'apport de protides et de lipides

de l'alimentation, et les coefficients d'utilisation digestive sont normaux.

Plus intéressant est apparu le bilan électrolytique. Tandis que la concentration de la sueur en sodium était à la limite inférieure des valeurs normales, chez des sujets acclimatés, l'excrétion du potassium dans la sueur s'est avérée supérieure aux données classiques.

Par ailleurs, les bilans généralement positifs du calcium et du phosphore indiquent qu'il n'est fait appel chez ces sujets ni aux tissus, ni au squelette pour fournir fers minéraux ou des électrolytes en remplacement des pertes de la sueur et des urines. La diurèse n'entraîne pas en fait de déshydratation.

Sur le rythme cardiaque la chaleur intervient en augmentant la fréquence de 15 *battements supplémentaires par minute en moyenne. Ces constatations ont permis à B. Metz de conclure que dans les cas où n'est exigé qu'un travail modéré, chez des ouvriers disposant de quartiers de repos climatisés, recevant une alimentation fraîche et variée, le travail au Sahara est bien toléré par des organismes jeunes.*

Ces conditions favorables de travail que l'on s'efforce de réaliser sont le fruit d'observations et d'expérimentations antérieures dont Ch. Leithead a montré l'intérêt en étudiant les facteurs étiologiques de la pathologie de la chaleur. Ses recherches ont été menées à Kowait, et sur les pétroliers venant du golfe Persique, au cours des étés 1956, 1957 *et* 1958.

Les méfaits de la chaleur se sont révélés beaucoup plus nettement sur les nouveaux arrivants que sur ceux qui se trouvaient déjà acclimatés. Syncope, collapsus, asthénie aiguë en sont les manifestations les plus communes, l'hyperthermie elle-même étant plus rare. Dans le personnel, les ouvriers des chambres des machines, les cuisiniers étaient les plus atteints. Ces constatations cliniques ont été utilement complétées par la recherche.

Des expériences menées par Malmejac, il ressort que les hyperthermies cutanées sans lésion de brûlure entraînent un ralentissement général important. Le tissu cutané porté à 41° - 42° *libère par des mécanismes humoraux, des produits vaso-dilatateurs dont l'histamine et sans doute aussi des produits toxiques résultant des troubles profonds de la perméabilité vasculaire. Mais le problème de l'adaptation de l'activité humaine aux conditions climatiques nouvelles est intimement lié à celui de la fatigue et c'est sous cet angle que l'a abordé Laborit en partant de l'échelon cellulaire. La libération énergétique cellulaire s'accompagne en effet du passage de l'ion Na+ extra cellulaire, dans le milieu intracellulaire et de la sortie de K de la cellule. Les réactions compensatrices vont donc comporter: l'approvisionnement en ions K et l'enrichissement en ions Na, et c'est le propre de l'adaptation que de s'orienter vers le maintien rapide d'un fonctionnement métabolique normal à l'échelon cellulaire.*

Ces recherches dont nous ne pouvons ici que donner un rapide aperçu montrent l'importance des champs d'étude nouveaux qui s'offrent dans le domaine de la pathologie de la chaleur.

Mais à côté de ces données scientifiques pures, les participants de ces journées se sont penchés sur l'urgent problème que pose ou va poser la création de cités nouvelles au Sahara. Et tout d'abord sur le plan des relations humaines, la question des populations sahariennes a été évoquée par des sociologues éminents. Faut-il rappeler à ce sujet, la part prépondérante de la France à l'étude de la civilisation du désert, concrétisée encore tout dernièrement par les découvertes de fresques témoignant d'un art pictural consommé. Mais aussi les questions vitales de l'habitat, fonction du choix du site, des ressources en eau. Pour tous ces problèmes la recherche Française s'attache à trouver une solution non seulement rationnelle mais encore et surtout humaine, témoignant de ce souci d'humanisme qui est comme la marque même de notre civilisation.

Il n'était peut-être pas inutile de rappeler à l'opinion, trop tentée de ne voir dans ces efforts que la poursuite d'intérêts matériels, qu'avant de soupçonner l'existence de ces ri-

chesses, la France avait étudié l'histoire du plus grand désert du monde, retrouvé et protégé ses populations, étudié leurs moeurs, respecté leurs croyances et leurs traditions et suscité auprès d'elles des dévouements dont le seul nom de Charles de Foucauld peut porter témoignage en même temps qu'il incarne dans sa pure essence, l'esprit d'initiative et d'altruisme de la race.

Maurice PESTEL

LETTRE DES ÉTATS-UNIS

De petits moyens servent souvent à résoudre des problèmes compliqués, mais leur application n'est pas toujours aisée. Ce fait est bien illustré par l'emploi de **petits ballons pour contrôler les hémorragies gastriques massives.** *Cette technique est rapportée par O. H. Wangensteen et collaborateurs dans le numéro du 4 avril du « Journal of the American Medical Association »* (169: 1601, 1959). *Le procédé est le suivant: le ballon vide est adapté autour de l'extrémité d'un long tube et introduit dans l'estomac du malade. Il est ensuite gonflé et un appareil compliqué fait circuler une solution refroidissante dans le ballon. La solution refroidissante se compose d'alcool éthylique et d'eau glacée à parties égales. L'appareil régularise le volume et la température. Le refroidissement stoppe à la fois la digestion gastrique et le saignement. Cette technique est utilisée jusqu'à ce que l'hémorragie semble arrêtée; à ce moment on dégonfle le ballon et on le retire. Ce système refroidissant a été mis en pratique chez* 19 *patients ayant présenté divers types d'hémorragies gastro-intestinales. La plupart d'entre eux étaient en état de shock et l'affaiblissement de ces malades rendait l'intervention chirurgicale impraticable. On n'a pas eu besoin de recourir à un autre traitement chez* 15 *des* 19 *patients.*

Une nouvelle méthode pour obtenir la relaxation de l'enraidissement des muscles et des articulations *associé à la poliomyélite, au rhumatisme et à la sclérose en plaques, a été décrite par S. Mead au cours de la* 11ème *Assemblée scientifique annuelle de la « American Academy of General Practice ». Les enveloppements chauds sont remplacés par l'application de serviettes trempées dans un mélange d'eau et de glace pilée. Ces serviettes sont placées directement pendant* 2 *à* 5 *minutes sur les muscles affectés et on commence à faire exécuter des exercices, les serviettes étant encore en place, ou aussitôt après les avoir enlevées. Des résultats favorables sont parfois obtenus quand les mouvements sont pratiqués en même temps qu'une pression manuelle est exercée sur la région pendant que les serviettes sont encore appliquées. Le Dr Mead a observé que la plupart des sujets atteints de sclérose en plaques sont anormalement sensibles à la chaleur et ces enveloppements froids paraissent être la meilleure thérapeutique pour ces malades. Bien que le mécanisme exact de l'efficacité de l'enveloppement froid ne soit pas élucidé, il se montre favorable dans de nombreuses conditions. La méthode est d'un emploi facile et économique.*

Le **succinate de chloromycétine** *(succinate de chloramphénicol sodique) est une nouvelle forme parentérale de l'antibiotique, qui est douée d'une haute solubilité dans les solutions aqueuses. S. Roll et ses collaborateurs rapportent dans « Antibiotics Annual »* (1957-1958, p. 803) *que cette préparation a été administrée à la fois par voie intraveineuse et par voie intramusculaire à* 39 *nourrissons ou enfants atteints d'infections bactériennes d'intensité modérée. Ces infections comprenaient les affections suivantes: méningite à H. influenzae, septicémie à Staph. aureus, fièvre pourprée des Montagnes Rocheuses, laryngo-trachéobronchite aiguë, pneumonie bactérien-*

ne, salmonellose, shigellose et gastro-entérite à Esch. coli pathogène. Les résultats de cette étude indiquent que le succinate de chloramphénicol sodique en tant que préparation intramusculaire présente un double avantage — « il combine à la fois les avantages qu'offrent la rapidité de l'absorption et la production de concentrations sériques élevées en même temps que l'avantage manifeste de concentrations thérapeutiques persistantes durant une période relativement prolongée, ce qui lui confère des propriétés 'retard', d'où réduction de la fréquence des injections. » Dans les séries actuelles, les avantages additionnels du succinate de cloramphénicol sodique ont été la simplicité, la commodité et la facilité de son administration.

Une nouvelle découverte dans le traitement du crétinisme *peut permettre de combattre la maladie en traitant le malade en puissance dès avant la naissance. E. A. Carr et W. H. Beierwaltes, de l'University of Michigan Medical Center, signalent que la dernière phase de la grossesse est la période la plus importante pour le développement du cortex cérébral. Expérimentant sur l'animal, ces investigateurs ont découvert que lorsque des doses élevées d'extrait thyroïdien étaient données à la femelle durant la gestation, l'hormone était transmis au foetus. Ils ont également découvert que lorsqu'une femme a donné naissance à deux crétins, on peut s'attendre à ce qu'elle en ait un troisième lors d'une grossesse ultérieure. Deux femmes qui, du point de vue statistique étaient aptes à donner naissance à des crétins ont reçu des doses quotidiennes d'extrait thyroïdien sept fois plus élevées que celles qui seraient normalement prescrites à des malades à sécrétion thyroïdienne déficiente. Les enfants de ces deux femmes furent normaux, l'un des enfants qui était né sans glande thyroïde aurait sûrement été atteint de crétinisme en l'absence de ce traitement. La deuxième étape consiste à découvrir un moyen permettant de déterminer quels sont les parents susceptibles de procréer un enfant atteint de crétinisme, sans attendre la naissance du premier enfant.*

Nouvelles données contribuant à élucider les rapports entre le stress émotionnel et la maladie cardiaque. *Ces données sont rapportées par M. D. Bogdonoff et collaborateurs au meeting annuel du « American College of Physicians », à Chicago. Les résultats obtenus au laboratoire suggèrent que la tension émotionnelle aiguë, de même que le stress chronique, peut entraîner certaines substances grasses des tissus dans le courant sanguin. Ces conclusions dérivent de la détermination de la quantité de NEFA (acides gras non estérifiés) dans le sang des malades avant et après une circonstance déclenchant un stress. Il arrive qu'en quelques minutes la quantité de NEFA dans le sang circulant soit de 2 à 4 fois plus élevée que normalement.*

La réaction cutanée à la pression peut être interprétée à tort comme étant une réaction allergique, *déclarent T. G. Johnston et A. G. Cazort, dans un article paru le 3 janvier dans le « Journal of the American Medical Association » (169: 23, 1959). La plupart des enfants réagissent aux pressions exercées sur la peau par la production de papules. Il suffit d'appuyer le doigt d'une façon répétée sur la même région pour produire cette pression. Ceci explique peut-être pourquoi certains enfants soumis aux « patch tests » (timbres-tests) sont « allergiques à tout » et pourquoi certaines personnes se disant allergiques à la laine ont en réalité de la dermographie — leur peau étant irritée par les fibres rudes de la laine. Cette même irritation avec production de rougeur et de gonflement peut être produite par la pression des ceintures, corsets, bretelles, épaulettes, etc. Les auteurs insistent sur le fait que la dermographie étant un phénomène commun, ce diagnostic est à considérer chez tout malade présentant des papules d'urticaire à l'état chronique et d'origine inexpliquée.*

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

Ferroll H. MOORE, John W. HAMELIN et Stuart LINDSAY. — **Fibrose interstitielle diffuse et progressive des poumons. Syndrome de Hamman-Rich.** *(Progressive Diffuse Interstitial Fibrosis of the Lungs. Hamman-Rich Syndrome.)* "Arch. of Int. Med.", **100:** 651 (octobre) 1957.

Les trois auteurs, après avoir rappelé la description primitive de Hamman-Rich et après avoir énuméré rapidement les composants majeurs de la charpente clinico-pathologique du syndrome, à savoir: la dyspnée progressive, la cyanose, l'insuffisance cardiaque terminale, l'hyperplasie étendue du tissu conjonctif des formations pulmonaires interstitielles, l'absence d'éléments exsudatifs dans les alvéoles et l'épaississement exagéré par la prolifération fibroblastique des parois de ces derniers, tracent l'historique de l'affection et l'ébauche des diverses conceptions étiologiques émises, qui ne semblent pas avoir résisté à l'épreuve du temps.

Ensuite ils apportent leur propre contribution avec l'analyse détaillée du cas d'une malade de 42 ans qu'ils ont suivie pendant sept ans. Celle-ci présentait une fibrose interstitielle progressive des poumons accompagnée d'hyperglobulinémie et d'une extension de la fibrose sur le tissu conjonctif d'autres viscères tels que le cœur, la rate et le rein.

Après avoir éliminé, par une critique très aisée, les diagnostics qui auraient pu être soulevé devant ce tableau clinique ainsi que les hasards des coïncidences, ils arrivent à la conclusion qui semble ébranler quelque peu nos idées sur ce syndrome. En effet, à leurs yeux, d'autres confrontations tant cliniques que de laboratoire et anatomo-pathologiques, sont nécessaires pour maintenir le syndrome de Hamman-Rich comme entité solide, idiopathique. Rien ne permet de contrecarrer l'opinion de ceux qui n'y voient qu'une réaction purement locale d'une affection diffuse du tissu conjonctif dont l'étiologie demeure obscure.

M. KALUDI.

P. CROIZAT, P. PONTHUS, J. PAPILLON, L. REVOL, M. DARGENT, F. PINET, M. KUENTZ et L. LENOBLE. — **Le pronostic de la maladie de Hodgkin.** "La Presse Médicale", **66:** 1135 (25 juin) 1958.

Les auteurs ont étudié cent-dix cas de lymphogranulomatose au point de vue pronostic.

Comme dans bien d'autres maladies, ils ont constaté que le diagnostic posé assez tôt, que la quantité des ganglions affectés, que les réactions sur le système en général ont une influence sur le pronostic plus ou moins fatal de la maladie.

Ils ajoutent que d'autres signes peuvent servir à faciliter ce pronostic. Ils en énoncent plusieurs: la présence d'une hypertrophie de la rate, l'apparence macroscopique des ganglions lymphatiques périphériques et par dessus tout, ce qui offre le plus d'importance, c'est la sensibilité ou la résistance manifestée envers la radiothérapie.

Ce qui favorise un très bon moyen de pronostic, c'est la date de la première récidive après la radiothérapie. Si elle apparaît après plus de 2 ans, il y a cinquante chances sur cent que le patient survive plus que cinq ans.

On a noté que les hommes sont plus souvent atteints que les femmes. Par ailleurs, chez elles, la grossesse semble apporter une mauvaise influence pronostique.

La radiothérapie intense s'impose surtout chez ceux qui présentent une maladie à évolution lente.

Grâce à la chimiothérapie combinée à la radiothérapie, on peut assister parfois à une survie pouvant aller jusqu'à douze ans. C'est un progrès extraordinairement appréciable.

Paul-René ARCHAMBAULT.

W. H. LLOYD. — **Valeur de la voix dans le diagnostic de myxoedème chez le vieillard.** *(Value of the Voice in Diagnosis of Myxoedema in the Elderly.)* "Brit. Med. J.", **5131:** 1208 (9 mai) 1959.

Le myxœdème du vieillard serait plus fréquent qu'on ne le croit en général. Les signes classiques consistent en une augmentation du poids, de la constipation, une chute des cheveux, une sensibilité excessive au froid, une peau sèche, de la difficulté à marcher, des douleurs vagues dans les membres, une diminution de la mémoire et de la concentration, un ralentissement de la pensée et des crises d'étourdissement. L'auteur insiste également sur les variations de la voix dans cette affection. Il décrit des changements dans la qualité de la voix et dans la diction. Les changements dans la qualité sont: 1) Une portée basse. 2) Une qualité nasale ou catarrhale augmentée. 3) Une qualité voilée. 4) Enrouement. 5) Rudesse. Les troubles de la diction consistent en une difficulté à articuler les mots, certains étant bredouillés. Certains patients continuent de parler vite mais sans être capable de contrôler les silences normaux entre les mots. La parole est souvent empâtée comme chez les personnes ivres. Dans tous les cas de myxœdème on retrouve un ou plusieurs de ces changements caractéristiques.

Jean-Marc BORDELEAU.

L. VILLA, A. ROBECCHI et C. B. BALLADIO (1ère partie); S. de SEZE, A. RYCKEWAERT, J. LERNIEUX et R. MARTEAU (2ème partie). — **Physiopathologie, manifestations cliniques et traitement de la goutte.** *Physiopathology, Clinical Manifestations and Treatment of Gout.)* "Ann. of the Rheumatic Dis.", **17:** 9 (mars) 1958.

A deux équipes de chercheurs et de cliniciens a été confiée la tâche de traiter sur les bases actuelles, la question de la goutte, toujours d'actualité.

L'équipe italienne de l'école de Turin, expose les notions les mieux établies et les dernières acquisitions concernant la pathogénie et la physiopathologie de la goutte. Il ressort de leur travail quelques traits bien concrets: la quantité de l'acide urique, quantité globale (le miscible pool) en circulation est augmentée, la résorption tubulaire de l'acide urique est accrue et l'élimination uratique est diminuée. Il est bien démontré qu'il existe une augmentation de la biosynthèse de l'acide urique qui a lieu par l'intermédiaire d'un shunt métabolique, à l'étage supérieur, au niveau de l'acide inosinique. Ce dernier peut ainsi se transformer directement en hypoxanthine et partant en acide urique. Il s'ensuit que cette production supplémentaire et aberrante, jointe à la résorption tubulaire, augmente le taux du « pool » uratique. L'accumulation de l'acide urique, provoque des perturbations dont la manifestation la plus tangible, le dépôt de cristaux dans les tissus, constitue la caractéristique de la forme chronique. Bien entendu, les cristaux synoviaux ou les modifications du métabolisme des purines n'ont rien à faire dans le déterminisme immédiat de l'accès aigu qui, lui, ne fait que traduire une réaction inflammatoire de nature allergique.

L'équipe française, avec une contribution de cent cas de gouttes, suivis pendant 15 ans, expose les notions étiologiques tout en mettant l'accent sur certaines particularités symptomatologiques, radiologiques et diagnostiques (37% des malades ont eu un diagnostic erroné lors de leur première crise).

De leurs investigations thérapeutiques, à retenir les faits suivants, d'une haute portée pour le praticien:

1. La phénylbutazone donne les résultats les plus spectaculaires dans le traitement des attaques aiguës, tandis que la colchicine, efficace aussi, doit être administrée dès les premiers symptômes. Quant à la prednisone et à l'aspirine, les auteurs semblent avoir une attitude plus réservée, la première exigeant des doses élevées et la deuxième n'agissant que dans les attaques légères.

2. Le régime restrictif, si on en juge par l'expérience acquise avec les malades de la période de guerre, est d'importance capitale dans la goutte chronique.

3. Finalement, le Probenecide, qui semble agir à la fois contre la forme aiguë et contre la forme chronique, doit être employé en combinaison avec la phénylbutazone et la colchicine.

M. KALUDI.

NEURO-PSYCHIATRIE

W. B. MATTHIEWS. — **Sarcoïdose du système nerveux.** *(Sarcoidoses of the nervous system.)* "Brit. Med. J.", **132:** 267 (31 janv.) 1959.

L'auteur rapporte en détails les observations de trois malades. Dans le premier cas, on constata des signes démontrant l'atteinte de tous les nerfs crâniens, sauf les oculo-moteurs. Dans le second, il y avait une paralysie faciale bilatérale. Dans le troisième, on constata de l'anosmie, une névrite optique, une paralysie faciale, une atteinte bulbaire et une paralysie d'un sterno-cleido-mastoïdien. Dans les trois cas, se manifestaient des signes de lésions des nerfs rachidiens, principalement chez le premier malade où se trouvait une faiblesse importante rhizomélique des membres inférieurs. Chez les deux autres malades furent trouvés des aires d'hyperesthésie douloureuses ou d'anesthésie distribuées capricieusement et provoquant des zones d'anesthésie sur l'abdomen chez le premier malade et de la douleur thoracique chez le second.

L'évanescence et la variabilité des phénomènes furent assez caractéristiques surtout chez le premier des trois malades.

Il est vraisemblable que les trois cas étaient l'objet soit d'une lésion cérébrale massive, soit d'une infiltration granulomateuse méningée et extensive.

La polynévrite à sarcoïde n'est pas symétrique comme celle que l'on rencontre le plus souvent et elle est due à l'envahissement du nerf par le tissu sarcoïde lui-même.

Le système nerveux peut être touché par le processus dans presque toutes ses parties selon des modalités variées. Il peut s'agir d'une masse intra-crânienne, d'une encéphalite, d'une méningite, d'une névrite, d'une atteinte bulbaire ou médullaire combinés ou non à des lésions névritiques. A retenir l'atteinte de certains nerfs crâniens surtout le facial.

Le traitement aux corticoïdes serait d'une certaine efficacité. Dans les trois cas de l'auteur, la cortisone semble avoir arrêté le processus. Des six paralysies faciales chez les trois sujets (bilatérales pour trois malades) seules deux disparurent complètement. Les trois malades étaient des femmes. Chez la première, une aréflexie pupillaire à la lumière, avec conservation du réflexe à la convergence, associée à des pupilles irrégulières et inégales, ce qui donnait un signe d'Argyll-Robertson, demeura stable. Cette particularité devra être retenue, quand on sera en présence d'un signe d'Argyll-Robertson qui paraîtrait inexplicable.

Roma AMYOT.

J. ROUGIER, G.-E. ALLEGRE et J. WERTHEMIER. — **Les signes oculaires des méningiomes.** "J. de Médecine de Lyon", **39:** 539 (20 juin) 1958.

Il s'agit, il va sans dire, de signes plus spécifiques que la stase papillaire et certaines ophtalmoplégies dues à l'hypertension intracranienne commune à toute tumeur encéphalique.

Ces signes relèvent plutôt de certaines localisations électives du méningiome dans la fosse antérieure de la base du crâne.

Ainsi, dans la série des auteurs, 54% siégeaient à la convexité, et 33% à la base du crâne, se détaillant selon la proportion suivante: au sillon olfactif 8%, au tubercule de la selle turcique ou à la région para-sellaire, 26%, à la petite aile du sphénoïde, 15%.

1° Les méningiomes supra-sellaires insérés sur le tubercule de la selle turcique, à développement antérieur et médian donnent lieu classiquement à une atrophie optique primitive, à une hémianopsie bitemporale associés à l'aspect normal de la selle turcique. La baisse de la vision peut s'accompagner au début d'un scotome central. Le syndrome de Forster-

Kennedy peut s'observer dans 20% des cas déterminant une atrophie optique d'un côté et une stase papillaire de l'autre. Parfois, on observera une atrophie optique avec paralysie du moteur oculaire commun d'un côté.

2° Le méningiome olfactif, représentant 10% du nombre total des méningiomes, provoque de l'anosmie et un syndrome frontal par accroissement de la tumeur qui comprime et refoule le lobe frontal. Parfois, au début, scotome central; un syndrome de Forster-Kennedy est possible. L'œdème papillaire est rare, la mobilité oculaire n'est pas touchée.

3° Le méningiome de la petite aile du sphénoïde comporte trois catégories selon son implantation interne, moyen ou externe.

L'interne s'insère sur la clinoïde antérieure et le sinus caverneux, entraînant de l'atrophie optique, de l'exophtalmie par compression sur le sinus, une paralysie de la troisième paire et des phénomènes sensitifs d'hyperesthésie douloureuse ou d'hypoesthésie sus ou sous-orbitaire par compression sur le trijumeau.

Le moyen produit d'abord une atteinte de la 6e paire et plus tard des 3e, 5e et 6e paires, réalisant ainsi le syndrome de la fente sphénoïdale. Ultérieurement, baisse de la vision et atrophie optique.

Le méningiome externe, naissant du ptéryon donne peu de signes oculaires. Une paralysie du 6e nerf peut s'observer avec larmoiement par implication du nerf lacrymal et de l'exophtalmie peut être aussi constatée.

Ces méningiomes de l'étage antérieur provoquent, à mesure qu'ils grossissent et compriment la masse cérébrale sus-jacente, une symptomatologie complémentaire qui variera selon la région du cerveau qui souffre de cette compression.

4° Pour ce qui est des méningiomes orbitaires se développant sur les parois de l'orbite ou s'y propageant à partir de l'étage antérieur de la fosse crânienne, on doit signaler l'exophtalmie par exorbitisme comme symptôme précoce et la baisse de la vision comme phénomène tardif. Au contraire, le méningiome du canal optique donnera de la diminution de la vue comme symptôme révélateur. L'exploration radiographique permettra de découvrir des aspects anormaux qui aideront au diagnostic de cette localisation tumorale. La localisation orbitaire est presque toujours secondaire, alors que le méningiome primitivement orbitaire, beaucoup plus rare, se développe à partir de la gaine arachnoïdienne qui accompagne le nerf optique.

Les méningiomes de la tente du cervelet à situation supérieure sont peu fréquents, peuvent produire des hallucinations visuelles, une hémanopsie latérale homonyme, des signes pédenculaires accompagnés de parésie oculomotrice.

Les méningiomes de la convexité et de la fosse postérieure, comme il a été dit précédemment, ne provoquent qu'indirectement des signes oculaires, par hypertension intracrânienne.

L'angiographie intracrânienne permet de localiser la tumeur et même d'en exprimer la nature: le grand nombre de vaisseaux artériels au centre de la tumeur, l'imprégnation vasculaire à sa périphérie au temps veineux et la disparition radiaire des vaisseaux intra-tumoraux en sont des critères.

En fait, cet aspect caractéristique n'est pas systématique et de plus, la clinique, la radiographie simple du crâne seront les éléments les plus utiles à la formulation du diagnostic.

Roma AMYOT.

D. A. OGDEN. —**Usage de la réhabilitation chirurgicale chez les jeunes délinquants.** *(Use of Surgical Rehabilitation in Young Delinquents.)* "Brit. Med. J.", **1:** 432, 1959.

L'auteur rapporte un projet d'étude qui a été accompli entre 1951 et 1955 dans une institution pour jeunes délinquents. Lorsque des anomalies telles que strabismes, cicatrices vicieuses, troubles orthopédiques, etc... étaient notés lors de l'examen initial, le sujet était averti qu'il recevrait un traitement chirurgical avant son départ de l'institution si sa conduite était satisfaisante et si il le désirait.

Cinquante cinq délinquents ont été ainsi opérés. Deux ans après leur départ de l'insti-

tution une étude du dossier était faite pour savoir si le sujet avait été condamné à nouveau. Dans le groupe des sujets qui avaient eu une opération corrective, 30 des 55 n'avaient pas commis d'autre offense. Ceci donne une proportion de 54.5% de réhabilitation contre le pourcentage du reste de l'institution qui est de 34.5% seulement. De plus l'analyse des résultats indique que les meilleurs candidats pour la chirurgie corrective sont ceux pour lesquels on peut enlever un foyer chronique d'irritation physique mineure.

L'auteur croit qu'on pourrait utiliser ce moyen plus souvent en association avec d'autres moyens de réhabilitation.

Jean-Marc BORDELEAU.

GASTRO-ENTEROLOGIE

Yves GEFFROY, Guy ROUSSEAU, Bertrand LE CHEVREL, Pierre CARTIER et Joseph ROUSSELOT. — **Nouvelle observatioon de carcinoïdose. Données cliniques, radiologiques, histologiques et biochimiques.** "Arch. Mal. App. Dig.", **47:** 1073 (oct.) 1958.

Présentation d'une observation de carcinoïdose iléale authentifiée par l'étude anatomopathologique et biochimique. Netteté particulière de l'orage vaso-moteur avec ses accidents cutanés, sa douleur battante et une vasodilatation du fond d'œil. Modifications peu significatives de l'électro-encéphalogramme. Probabilité d'installation actuelle d'un désordre cardiaque.

HILLEMAND.

Jacques HEPP et Jean MOREAUX. — **Documents sur les pancréatites avec calcifications.** "Arch. Mal. App. Dig.", **47:** 1057 (octobre) 1958.

Ces documents sur les pancréatites avec calcifications sont tirés de l'étude de 13 observations de malades opérés. Cette affection qui touche l'homme jeune semble indépendante de la lithiase biliaire et coïncide 9 fois sur 13 avec un éthylisme chronique. L'indication opératoire repose sur la violence du syndrome douloureux. Les calcifications radiologiques permettent un diagnostic précis. La recherche d'une hypertension portale globale ou localisée dans le domaine splénique, l'étude du retentissement sur la voie biliaire principale sont des éléments indispensables pour la discussion de l'acte opératoire. Les lésions pancréatiques répondent à 3 types: atrophique, hypertrophique avec distension canalaire, cavitaire avec pseudo-kyste. La pancréatographie permet une étude précise de l'état du Wirsung et oriente dans le choix d'une intervention pancréatique. Sur ces 13 malades, 11 ont subi une intervention pancréatique et 12 une intervention biliaire. Les résultats sont discutés et l'attention est attirée sur la survenue possible d'un diabète ultérieur.

HILLEMAND.

F. J. TRAISSAC, H. LEGER, J. DABADIE et L. SEHABIAGUE. — **Carcinoïde du grêle avec métastase hépatique et rétrécissement pulmonaire.** "Arch. Mal. App. Gig.", **47:** 1084 (octobre) 1958.

Les auteurs relatent la première observation française d'un carcinoïde du grêle avec constitution progressive d'un rétrécissement pulmonaire qui s'est affirmé cliniquement en l'espace de 8 mois.

Cette femme de 52 ans, présentait, en outre, le phénomène classique du « flush » des métastases hépatiques, un excès de sérotonine (130 mg de 5-hydroxytryptamine/24 heures dans les urines).

Opérée à deux reprises, à 8 mois d'intervalle, il semble, contre toute attente, que les métastases hépatiques aient diminué en nombre.

Après exérèse de la tumeur mère, au cours de la deuxième intervention, la 5 H T urinaire n'a pas diminué; elle s'est accrue au contraire au chiffre de 165 mg/24 heures, témoignant par là du rôle essentiel des métastases hépatiques dans l'hyperproduction de sérotonine dont les décharges paraissent avoir un rôle déterminant dans la constitution de la cardiopathie droite.

HILLEMAND.

M. KAPANDJI. — **La résiduelle duodénale grimpante en radiomanométrie.** "Arch. Mal. App. Dig.", **47:** 1169 (novembre) 1958.

Chez une malade présentant une dyskinésie duodéno-biliaire douloureuse de longue date, nous avons démontré par une radiomanomé-

trie trans-hépato-vésiculaire non opératoire l'existence de résiduelles duodénales grimpantes, c'est-à-dire de reflux des liquides duodénaux et pancréatiques dans les voies biliaires, par le mécanisme de la contraction globale et tonique d'une poche duodénale comprise entre les sphincters bulbo-duodénal et de l'Ochsner, pendant que l'Oddi et le trajet intramural étaient maintenus béants.

Ce reflux, démontré sur un cholédoque abouché à la partie moyenne du 2e duodénum, par un long trajet oblique intramural, c'est-à-dire sur un cholédoque présentant les conditions les plus difficiles pour sa réalisation, est d'une importance physiopathologique considérable puisqu'il permet de concevoir la pathogénie de certaines cholécystites et de certaines hépatopathies par reflux des liquides duodénaux et pancréatiques, sans avoir besoin d'invoquer l'existence d'un commun canal entre le Wirsung et le cholédoque.

Cette observation permet, d'autre part, de poser la question de l'existence, au niveau du cholédoque terminal ou de la paroi duodénale adjacente, de fibres à action dilatatrice. La perméabilité de l'Oddi et du trajet intramural, pendant la contraction globale et tonique de la poche du 2e duodénum, montre, en effet, que leurs ouvertures peuvent ne pas être seulement le fait d'un relâchement de leurs fibres sphinctériennes, mais aussi, dans certaines conditions, celui d'une dilatation active de ces fibres.

HILLEMAND.

SOCIÉTÉS

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL

Séance conjointe de la Société Médicale de Montréal avec la Société Dentaire de Montréal,

le 17 mars 1959,

à l'Université de Montréal.
Présidence du docteur Jean-Paul Legault.

Les malformations des maxillaires.

Dr ARMAND GENEST

Se servant de nombreuses photos très illustratives, le docteur Armand Genest commente les différentes variétés de becs de lièvre, de fissures palatines et de prognatisme. Il mentionne, de plus, les différentes techniques employées pour la correction de ces malformations.

La pathologie des maxillaires.

Dr ANTOINE RAYMOND

Les maxillaires sont, en effet, le site d'une pathologie variée. Avec l'aide de photos, le docteur Antoine Raymond illustre les différentes variétés de dents incluses ainsi que les kystes des maxillaires.

Les maladies des muqueuses.

Dr GEORGES LECLERC

Se servant de photos, le docteur Georges Leclerc mentionne les différentes affections susceptibles d'être rencontrées en clinique.

Les sinusites maxillaires.

Dr FERNAND MONTREUIL

L'infection dentaire est responsable de la sinusite maxillaire dans 10% des cas environ. Comme facteurs étiologiques, le docteur Fernand Montreuil mentionne: a) Les infections nasales; b) Les maladies infectieuses systémiques; c) Les infections des alvéoles dentaires; d) Les corps étrangers; e) Les Traumatismes directs; f) Certaines infections, telles que l'ostéomyélite, la syphilis et la tuberculose.

Pour guérir la sinusite maxillaire, il faut, très souvent, faire disparaître le foyer d'infection dentaire. On se servira, de plus, des lavages des sinus et, parfois, il faudra recourir à la chirurgie avec drainage.

La gingivite et la pyorrhée.

Dr ROLAND GENDRON

Ces deux affections sont très répandues. Parmi les facteurs étiologiques, on distingue les causes qui tiennent à la fonction. Il peut s'agir d'hyperfonction ou d'hypofonction. Il y a aussi les causes qui résultent de facteurs irritants, tels que les dépôts calcaires, les zones de rétention d'aliments et l'anatomie anormale des dents. Les facteurs d'ordre général sont habituellement une nutrition inadéquate, les différentes maladies débiliantes, les dyscrasies sanguines, les allergies et les intoxications par certains métaux.

Les restaurations dentaires.

Dr GEORGES PELLETIER

A l'aide de nombreuses photos, le docteur Georges Pelletier illustre les différents appareils utilisés pour obtenir une restauration dentaire adéquate.

Prirent part à la discussion, le docteur Gérard De Montigny et le docteur Charland.

Séance tenue le 7 avril 1959,

en l'hôpital Sainte-Justine.
Présidence du Dr Jean-Paul Legault.

LE MÉDECIN AUX PRISES AVEC SES FINANCES

Les assurances et fonds de pension.

M. EMILE DAOUST.

L'assurance sur la vie est un point très important pour le médecin, car il doit protéger sa famille contre toute éventualité. Mais, par contre, l'assurance-vie est avant tout une protection et non pas un placement comme plusieurs semblent le croire. Il est toujours préférable de choisir un « assureur » qui s'occupe exclusivement d'assurance-vie.

Pour ce qui est du meilleur plan à acheter, tout dépend des circonstances. Au début de sa profession, le médecin doit viser à un maximum de protection pour un minimum de primes. Par la suite, il doit penser à sa retraite en organisant un fonds de pension, soit par la méthode d'annuités ou de rentes viagères. En effet, depuis deux ans, le fonds de pension collectif pour les médecins est possible, grâce à une nouvelle loi de l'impôt qui permet de déduire 10% du revenu à ce fonds de pension, avec un maximum de $2,500.00 par année. Ceci représente un réel avantage pour les médecins.

En guise de conclusion, Monsieur Daoust mentionne que l'on regrette souvent de ne pas avoir acheté suffisamment d'assurances, mais très rarement d'en avoir trop acheté.

La comptabilité et l'impôt sur le revenu.

M. GILLES MURRAY

Est-ce que le médecin doit avoir un système de comptabilité? Puisqu'il est soumis au fisc, il doit garder, tout au moins, le souvenir de ses revenus et de ses dépenses. En pratique, on exige du médecin un simple journal de caisse. Il est préférable que les recettes soient enregistrées au jour le jour. Pour les dépenses, il est mieux de tout payer par chèques, et de garder les pièces justificatives si nécessaire.

Il est à conseiller d'avoir un seul compte de banque pour les honoraires et les dépenses de la profession, ainsi que pour les paiements à l'impôt.

Le concours d'un comptable s'avère très utile pour la vérification du compte de banque et de la comptabilité en général, car le comptable peut donner des conseils fort utiles, surtout en ce qui concerne le rapport d'impôt.

Parmi les revenus professionnels, les comptes recevables n'entrent pas; seuls les comptes payés sont soumis à l'impôt.

En matière de dépenses, il faut retenir les deux règles suivantes: a) aucune dépense de plus d'un an n'est permise; b) il faut que la dépense soit faite en vue de retirer un revenu; cependant, les pertes, telles que les pertes de loyer, sont admises comme amortissement. Par contre, il faut retenir que chaque médecin doit savoir comment justifier le capital en mains en matière d'impôt.

Le contrat de mariage et le testament.

M. MAURICE SAVIGNAC

Dans la province de Québec, la loi décrète que deux conjoints qui se sont unis sans con-

trat sont, par le fait même, en communauté de biens. Les désavantages de la « communauté » sont que les biens de l'époux se trouvent garants du conjoint et que le mari est automatiquement chef et administrateur. De plus, seule la femme peut demander la séparation judiciaire des biens. Par contre, le contrat de mariage est irrévocable et immuable. Certaines conventions sont cependant permises.

En ce qui concerne le « testament », trois manières sont officiellement reconnues: 1) il peut être écrit par la main du testateur; 2) il peut être signé par la personne concernée; 3) il peut être notarié. Ce qui est important pour un testament, ce sont les témoins et la nécessité pour le testateur d'être en possession de toutes ses facultés intellectuelles.

Les principaux genres de placements.

M. FERNAND ROCHON

En matières de placements, le médecin doit tenir compte de son âge, car les risques ne sont permis que pour un temps. De plus, il faut tenir compte des impôts que l'on a à payer. Il faut toujours surveiller le rendement des titres, car, lorsque l'on parle d'inflation dans le public, c'est que le danger est passé.

Pour ce qui concerne les dons, en autant que le contrat de mariage le permet, $4,000.00 peuvent aller à l'épouse et $1,000.00 à chaque enfant. Cependant, l'impôt doit être payé sur ceci. Ces dons annuels permettent de diminuer les droits successoraux.

Le secrétaire des séances,
Gilles LEDUC.

NOUVELLES

PREMIÈRE ASSOCIATION D'INTERNISTE DU QUÉBEC

Les médecins spécialisés en médecine interne viennent de fonder l'Association des internistes de la province de Québec.

Ils ont élu comme président le Dr Charles-Emile Grignon et comme secrétaire le Dr Yves Piette. Les autres membres de leur bureau de direction sont les Drs Walter de M. Scriver, Paul Letendre, Martin M. Hoffman, Richard Lessard, Paul Robert, Douglas O. Cameron, Sylvio Leblond, Eustace Morin, Jacques Durivage, Jean-Marie Beauregard, Georges Hébert, Gérald W. Halpeny et Harold N. Segall.

Le terme interniste désigne tout médecin spécialisé en médecine interne. Dans la nouvelle association, ne peuvent être membres que les spécialistes reconnus par le Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec.

ÉLECTIONS ET NOMINATIONS À L'HÔPITAL NOTRE-DAME

Récemment ont eu lieu à l'Hôpital Notre-Dame les élections du bureau médical.

Les résultats des élections de l'Exécutif du bureau médical sont les suivants: Président, Docteur Jean-Louis Léger; Vice-Président, Docteur François Archambault; Secrétaire-trésorier, Docteur Georges Leclerc.

Membres de l'Exécutif: Docteurs Jean-Paul Brault, Roland Décarie, Charles-E. Grignon et Léopold Morissette.

Représentants du bureau médical au Conseil d'Administration: Docteurs Jean-Louis Léger, François Archambault, Charles-E. Grignon, Jean-Paul Brault et Léopold Morissette.

Les nominations suivantes ont été rendues publiques:

le docteur André Leduc a été nommé chargé du service de Bactériologie et d'Hématologie,

le docteur Paul Bourgeois a été élu Président de l'Association des hôpitaux du Québec,

le docteur J.-R. Boutin a été élu Président du Conseil des hôpitaux de Montréal,

le docteur J.-B. Boulanger a été réélu Président de la Société Canadienne de Psychanalyse, réélu secrétaire de la Société canadienne d'Etudes et de Recherches psychiatriques, élu membre de l'American Psychiatric Association, élu membre de la Société de Pédiatrie de Montréal et nommé membre du Comité de rédaction « International Journal of Psycho-Analysis »,

le docteur Guy Fortin a été réélu secrétaire-trésorier de la Société canadienne des anesthésistes, Division du Québec pour le terme 1959-60,

le docteur Armand Gratton a été réélu Vice-président de l'Association du diabète de la province de Québec - mars 1959,

le docteur Michel Bérard a obtenu le titre de Fellow du Montreal Obstetrical and Gynaecological Society,

le docteur Roger Lapointe a été élu membre de la Montreal Obstetrical and Gynaecological Society,

le docteur Claude Allard a été élu président de la Société de Chimie de Montréal et élu vice-président de l'Association des Chimistes Professionnels de la Province de Québec,

le docteur Marc Tardif a été nommé coordonnateur des cliniques externes.

LE DOCTEUR JEAN-PAUL BOURQUE, RAPPORTEUR AU CONGRÈS DE BRUXELLES ET AU CONGRÈS D'EDIMBOURG

Le docteur Jean-Paul Bourque, chef et directeur de la section d'urologie à l'Hôtel-Dieu de Montréal a pris part au Congrès de la Société Belge d'Urologie qui s'est tenu à Bruxelles les 25, 26, 27 et 28 juin 1957; il y a présenté les travaux suivants:

1) la chirurgie de la jonction urétéro-pyélique et

2) les colo-cysto-plasties d'agrandissement et de substitution.

Le docteur Jean-Paul Bourque prendra également part en juillet au Congrès de la Société Canadienne d'Urologie et à celui de la *British Association of Urological Surgeons,* où il sera appelé en discussion du rapport sur la chirurgie de l'hydronéphrose. Il présentera également un travail intitulé: « De l'utilisation des divers segments intestinaux dans la chirurgie d'agrandissement et de substitution vésicale ».

LAVAL REND HOMMAGE À UN ÉMINENT MÉDECIN TORONTOIS

Son Exc. Mgr Maurice Roy, chancelier de l'Université Laval, a remis récemment un doctorat « honoris causa » en médecine au Dr Ray Fletcher Farquharson, chef du département de médecine à l'Université de Toronto et médecin-en-chef du Toronto General Hospital, « un homme dont la brillante carrière est un motif de fierté pour sa province et son pays », a dit le recteur de Laval, Mgr Alphonse-Marie Parent.

Dans son allocution de remerciements, le Dr Farquharson a fait l'éloge des diplômés de Laval qui ont poursuivi leurs études à l'Université de Toronto, déclarant notamment: « Nous les admirons pour leur culture, pour leur goût de l'étude, pour la logique de leur intelligence, pour leur affabilité et pour leur grande courtoisie... L'avenir d'une université se mesure à la qualité de ses gradués. Laval a raison d'augurer bien de demain. »

CONGRÈS D'HYGIÈNE PUBLIQUE À MONTRÉAL

Sous la présidence du docteur Jules Gilbert s'est tenu à Montréal à l'Hôtel Mont-Royal Sheraton les 1 et 2 juin 1959 le Congrès Annuel de l'Association Canadienne d'Hygiène publique qui compte 50 ans d'existence.

Au cours de la première séance, le docteur Jules Gilbert a prononcé un discours d'ouverture remarquable par sa sincérité, par son réalisme et par sa forme littéraire. Les docteurs Adélard Groulx et Napoléon Tremblay souhaitèrent ensuite la bienvenue aux congressistes au nom du Maire de Montréal et du ministre de la Santé de la Province de Québec.

Les docteurs Robert Defoies et K. C. Charron parlèrent ensuite le premier du Journal de l'Association et le second du rôle actuel et futur de celle-ci.

ÉLECTIONS À L'ASSOCIATION DES PÉDIATRES

Le docteur de la Broquerie Fortier, de la Vieille Capitale, a été nommé président de l'Association des pédiatres de la province pour l'année 1959-1960; il succède au Dr Roland Thibaudeau, de Québec.

Le nouveau comité directeur du groupement des spécialistes pour enfants se compose également de: premier vice-président, Dr Jessie Boyt-Scriber, de Montréal; deuxième vice-président, Dr Albert Royer, de la métropole; secrétaire, Dr Robert Gourdeau, un autre montréalais; trésorier, Dr Mimi-M. Belmonte, aussi de la métropole ainsi que le Dr Euclide DesChênes, de la Vieille Capitale, le Dr Victor Goldbloom, de Montréal, le Dr Gilles St-Onge, de Drummondville, et le Dr Edmond Baril, de la métropole.

Les pédiatres s'étaient réunis au Château Frontenac pour fêter le dixième anniversaire de la fondation de leur association dont le Dr Paul Letondal, de Montréal, a rappelé l'histoire et mis en relief l'œuvre féconde.

A cette occasion, le Dr Renaud Lemieux, président de l'« Association médicale mondiale », a fait une conférence sur les moyens à prendre pour protéger l'enfance contre les accidents et sur les responsabilités des parents à ce sujet.

HONNEUR CONFÉRÉ AU DOCTEUR LÉONARD BÉLANGER

Le docteur Léonard Bélanger, professeur d'histologie et d'embryologie à la faculté de Médecine de l'Université d'Ottawa, vient d'être élu conseiller de l'Histochemical Society. Son mandat sera de quatre ans.

LE DOCTEUR PAUL DAVID RÉÉLU PRÉSIDENT

Le Dr Paul David, directeur de l'Institut de cardiologie de Montréal, a été réélu récemment président de la Fondation nationale des maladies du cœur, lors de l'assemblée annuelle tenue par l'exécutif de cet organisme.

Egalement réélus: le Dr W. Ford Connell, de Kingston, Ont., au poste de vice-président, et le Dr W. Fraser, d'Edmonton, à celui de secrétaire-trésorier. Le Dr S. L. Matheson, de Winnipeg, a réintégré le comité exécutif à titre d'ancien président.

Dix conseillers ont été choisis, dont deux nouveaux, le Dr Neil Duncan, d'Edmonton, et le Dr Donald S. Munroe, de Vancouver. Les anciens qui demeurent en fonction: les Drs Irwin Hilliard (Saskatoon); J.-A. Gravel (Québec); W.-F. Greenwood (Toronto); H. H. MacKinnon (Fredericton); R. E. Beamish (Winnipeg); H. Garfield Kelly (Kingston); Pierre Marion (Montréal); et G. W. Manning (London).

JOURNÉE CLINIQUE À L'HÔPITAL SAINT-VINCENT-DE-PAUL DE SHERBROOKE

Une journée clinique a été tenue samedi le 30 mai 1959, à l'Hôpital Général St-Vincent-de-Paul, de Sherbrooke. Le programme était ainsi rédigé:

Session du matin

Présidence du docteur G. Larouche, FRCP (C), Chef du Service de Médecine, à l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke.

10:00 a.m.: Docteur Marcel Cloutier. Bienvenue du Président du Bureau Médical. — Inscription.

10:15 a.m.: Docteur Marcel Drolet. Service de Médecine, Hôpital St-Vincent-de-Paul.

Dr Philippe Dionne. Service de Chirurgie, Hôpital St-Vincent-de-Paul. « Diagnostic différentiel des Ictères ».

10:45 a.m.: Docteur J.-Henri Charbonneau. Chef du Service de Pédiatrie, Hôpital Pasteur; Professeur de Pédiatrie à l'Université de Montréal. « Le lupus chez l'enfant ».

11:30 a.m.: Revue des cas de cancer du sein, 1949-1953, avec follow-up de 5 ans, Clinique Anti-Cancéreuse, Hôpital St-Vincent-de-Paul.

A - Etude Statistique et facteurs de pronostic.

Docteur J.-P. Tremblay, Pathologiste. Directeur des Laboratoires, Hôpital St-Vincent-de-Paul.

Docteur Jacques Sylvestre, Radiologiste. Hôpital St-Vincent-de-Paul.

B - Rationale of Treatment in Cancer of the breast.

Docteur H. A. McDougall, FACS, Chef du Service de Chirurgie, Hôpital St-Vincent-de-Paul. Surgeon, The Sherbrooke Hospital.

C - Discussion.

12:15 a.m.: Dr Gilles Bertrand, FRCS (C), Neuro-Chirurgien, Institut Neurologie, Montréal. « Le traitement de la douleur chez les cancéreux ».

12:45 a.m.: Lunch. (Présenté par l'administration de l'Hôpital St-Vincent-de-Paul.)

Session de l'après-midi

Présidence du Dr Conrad St-Jean, Chirurgien de l'Hôpital St-Joseph de Granby.

2:00 p.m.: Docteur Eucharist Samson, FACS, Professeur agrégé de Chirurgie à l'Université Laval. Chef de Clinique Chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, Québec. « Lymphomes malins de l'intestin grêle ».

2:30 p.m.: Docteur Edward Tabah, FRCS (C), Surgical Staff, Royal Victoria Hospital. « Cancer of the Oral Cavity ».

3:30 p.m.: Docteur Albert Jutras, FRCP (C), Professeur de Radiologie, Université de Montréal. Directeur des Services de Radiologie, Hôtel-Dieu, Montréal. « Les lésions hyperplasiques bénignes de la vésicule biliaire... aspects radiologiques et pathologiques ».

4.00 p.m.: Symposium: L'Obstruction Intestinale. Président: Docteur Eucharist Samson, FACS.

Participants: Docteur R. L. DuBerger, Radiologiste en chef, Hôpital St-Vincent-de-Paul; Docteur Gaston Masson, Chef du Service de Médecine, Hôpital St-Vincent-de-Paul; Docteur Paul Chevalier, Service de Chirurgie, Hôpital St-Vincent-de-Paul.

Cette Journée scientifique était sous le patronage de l'Association Médicale Canadienne, Division du Québec (C.M.A., Quebec Division) et du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec.

ÉLECTIONS DES OFFICIERS DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE CHICOUTIMI-LAPOINTE

Réunis à l'Hôtel-Dieu St-Vallier de Chicoutimi, les membres de la *Société médicale Chicoutimi-Lapointe* ont procédé à l'élection de leurs officiers pour l'année 1959. Ont été élus: M. Gérard Boudreault, président; M. Benoît Fortin, vice-président; M. Dollard Larouche, secrétaire et M. Marcel Thivierge, trésorier.

PARTICIPATION DU PERSONNEL MÉDICAL DE L'HÔPITAL NOTRE-DAME DE MONTRÉAL AUX PROGRAMMES SCIENTIFIQUES DE CONGRÈS OU DE RÉUNIONS DE SOCIÉTÉS

Le docteur Paul Bourgeois a présenté un travail sur: a) Le problème de la construction d'hôpitaux, b) Le financement des soins hospitaliers dans le Québec. — Congrès de l'Ass. des hôpitaux du Québec, 4-5-6 mars 1959;

le docteur J.-R. Boutin a présenté un travail sur le « Contrôle de la qualité des soins médicaux » au Congrès de l'Association des hôpitaux du Québec, les 4, 5 et 6 mars 1959;

le docteur E.-D. Gagnon a assisté à une réunion de la Central Surgical Association « Recognition & Management of Ruptures of the Trachea & Bronchi »;

a assisté au Congrès de « American College of Surgeons - Sectional Meeting » et a participé au symposium « Problèmes et contrôle des infections à staphylocoques » (Pour les infirmières). Hôtel Mont-Royal, 9 avril 1959;

a présidé la réunion générale de l'Association des hôpitaux du Québec en date du 4 mars 1959 à Montréal;

le docteur André Leduc et Sœur Annette Rose ont participé au symposium « Problèmes et contrôle des infections à staphylocoques » - Congrès de « American College of Surgeons » - Programme des infirmières. Hôtel Mont-Royal, 9 avril 1959;

le docteur Paul Brunelle a donné une communication au Congrès de l'American College of Surgeons - Montréal, le 7 avril 1959;

le docteur J.-B. Boulanger, à l'assemblée annuelle du Collège des Médecins du Canada, à Vancouver le 24 janvier 1959, a présenté une communication: « Psychotherapy and Psychoanalysis »;

a présidé les débats à la séance commune de la Société canadienne de Psychanalyse, de la Société canadienne d'Etudes et de recherches psychiatriques et de la Montreal Medico-Chirurgical Society (Section of Psychiatry) à l'Université de Montréal, le 26 février 1959, sur « Pregnancy and Parturition - Grossesse et accouchement »;

a participé à la Research Conference on « Therapeutic Community », Manhattan State Hospital, N.Y. 13-15 mars 1959 et il a présenté à la Société de Pédiatrie de Montréal, le 28 avril 1959, une communication sur « L'enfant qui suce son pouce » dans le cadre d'un symposium consacré à la dentisterie pédiatrique;

le docteur Guy Fortin a participé à la réunion du Conseil national de la Société canadienne des anesthésistes, Toronto, 7-8 février 1959;

le docteur André Lanthier a obtenu un octroi du Conseil national des recherches pour poursuivre le projet suivant: « Etude clinique et biochimique de la fonction du cortex surrénal dans le virilisme et l'hirsutisme, en particulier dans le syndrome de Stein-Leventhal »;

le docteur Jules Brahy a présidé l'assemblée annuelle de la Montreal Medico-Chirurgical Society - Section of Otolaryngology - 10 avril 1959, au Montreal General Hospital, re: Herbert Birkett Memorial Lecture;

le docteur Maurice Parent a présenté un travail à l'assemblée de l'American College of Surgeons réunie à l'Hôpital Notre-Dame et intitulé « Non penetrating traumatic rupture of the duodenum », avril 1959.

le docteur J.-P.-M. Ricard a présenté un travail intitulé « Traumatic hemorragic pancreatitis » à l'assemblée de l'American College of Surgeons à l'Hôpital Notre-Dame - avril 1959;

le docteur Yves Chaput a donné une conférence à l'Hôpital Youville à Noranda, sous les auspices du District Nord ouest du Québec de l'Association médicale canadienne: « Traitement médical de l'ulcère peptique », 11 avril 1959;

le docteur charles-E. Hébert a participé à titre de Vice-président à l'assemblée de l'American College of Surgeons - Sectional meeting, Montréal, avril 1959,

a participé, à titre de Président, au symposium sur le Cancer à l'assemblée de l'American College of Surgeons du 6 au 9 avril 1959 à l'Hôtel Queen Elizabeth;

le docteur Louis Lamoureux a présidé un « panel » re: Anesthésie, à l'assemblée de l'American College of Surgeons - 6 avril 1959;

le docteur Roland Cloutier a donné une communication intitulée: « Cataract Extraction with the use of Alpha-chymo-trypsin » à l'assemblée de l'American College of Surgeons - 6 avril 1959;

le docteur Jules Brault a présidé un symposium sur la chirurgie ophtalmique à l'assemblée de l'American College of Surgeons - 7 avril 1959;

le docteur Geo. E. Cloutier a présenté une communication sur le « Traumatisme », au cours de l'assemblée de l'American College of Surgeons - 8 avril 1959;

les docteurs Charles-E. Grignon et Guy Germain ont organisé des conférences sur « Les maladies du collagène », à l'Ecole des Infirmières de l'Hôpital Notre-Dame du 17 mars au 28 avril 1959, où plusieurs médecins d'hôpitaux canadiens et américains ont été invités: Dr Henry Z. Movat - Université de Toronto, Dr J. A. Blais - Hôpital Hôtel-Dieu, Dr J. Durivage - Hôpital Hôtel-Dieu, Dr L. Johnson - Hôpital Royal Victoria, Dr Bernard Rogoff - New York Hospital, Dr Bram Rose - Royal Victoria, Dr Metro Ogryzlo - Hôpital Sunnybrook à Toronto, Dr Ri-

chard H. Freyberg - New York Hospital, Dr May G. Wilson - New York Hospital;

le docteur Laurent Archambault et Mlle Jeannine Béland, I.L. ont participé à un symposium sur « Le malade en chirurgie » - Congrès de l'American College of Surgeons, Programme des infirmières, Hôtel Mont-Royal, 6 avril 1959;

Mlle Colette Tardif, I.L. a participé à un symposium intitulé « Echelons de compétence en nursing chirurgical » - Congrès de l'American College of Surgeons - Programme des infirmières, 7 avril 1959;

Mlle Claire Brault, I.L. a participé à un forum sur « Les Relations humaines » au Congrès de l'American College of Surgeons - Programme des infirmières, 8 avril 1959;

le docteur Roger Dufresne a présenté un travail intitulé « Les infections du tube digestif » au programme de la Journée Médicale 1959 - 2 mai 1959;

le docteur André Leduc a présenté un travail intitulé « Traitement des infections: les antibiotiques » au programme de la Journée Médicale 1959 - 2 mai 1959;

le docteur J. Lafontaine a présenté une communication intitulée « Electron Microscopy of the Mitotic Nucleus », devant le « Cancer Club of Montreal », 17 décembre 1958;

le docteur Roger Daoust a donné une conférence intitulée « The histochemical localization of enzyme activities by the substrate film method » - devant le « Biochemical Circle » de Montréal, le 4 février 1959;

le docteur Claude Allard a présenté une communication intitulée « A method for isolating liver parenchymal cells » devant le « Montreal Physiological Society », le 6 mars 1959;

le docteur Claude Allard a présenté une communication intitulée : « Behavior of enzymes in liver carcinogenesis - Glutamic dehydrogenase, glutamic-oxaloacetic transaminase and glutamic-pyruvic transaminase » au « Fiftieth Annual Meeting of the American Association for Cancer Research » tenu à Atlantic City, du 10 au 12 avril 1959;

le docteur Roger Daoust a présenté un travail intitulé: « The substrate film method in enzyme histochemistry » au « Symposium on the Cytochemistry of Enzymes and Antigens » tenu à Copenhague - Danemark, du 1er au 3 avril 1959;

le docteur G. de Lamirande a présenté une communication intitulée: « Purine metabolizing enzymes in normal and neoplastic rat liver. Studies on preneoplastic livers and primary liver tumors » au « Fiftieth Annual Meeting of the American Association for Cancer Research » tenu à Atlantic City du 10 au 12 avril 1959;

les docteurs G. Weber et Antonio Cantero ont présenté une communication intitulée: « Lactic dehydrogenase studies in hepatoma and in human and animal control tissues » au « Fiftieth Annual Meeting of the American Association for Cancer Research » tenu à Atlantic City du 10 au 12 avril 1959; et

le docteur Jean Zytko a présenté une communication intitulée: « Ribonuclease activity of human serum » devant le « Cancer Club of Montreal », 29 avril 1959.

LA SOCIÉTÉ CANADIENNE-FRANÇAISE D'ÉLECTRO-RADIOLOGIE MÉDICALE

Une réunion de la Société Canadienne-Française d'Electro-Radiologie Médicale a eu lieu au Département de Radiologie, de l'Hôpital Notre-Dame, de Montréal, à la date du samedi le 30 mai 59 à 2.30 heures p.m.

L'ordre du jour se lisait: Procès-verbal, Correspondance et Affaires nouvelles: Visite du nouveau département de Radiologie de l'Hôpital Notre-Dame et présentation de Travaux scientifiques:

1) Docteur M. Dufresne: Hystérosalpingographie.

2) Docteur A. Trépanier: Lésions gastro-intestinales révélées par la rétention de Télépaque.

3) Docteur R. Mathieu, Ph.D.: L'utilisation de la cyclo-cobalthérapie bi-axiale; principes physiques et applications aux traitements du cancer du col de l'utérus.

4) Docteur I. Méthot et R. Maltais: Emploi du Cobalt 58 dans le diagnostic de l'anémie pernicieuse.

CONFÉRENCIER MERCK À L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Une « Conférence Merck » de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal a été donnée par le docteur Bernard N. Halpern, M.D., Ph.D., Directeur de recherche médicale au Centre National de la Recherche Scientifique, directeur du Centre d'Allergie de l'Association Claude Bernard, à l'Hôpital Broussais de Paris, président de l'Association Internationale d'allergologie, sur « Le rôle du système réticulo-endothélial dans les processus immunologiques », vendredi, le 8 mai, à 5 heures de l'après-midi dans la salle D'515 à l'Université de Montréal.

LE "NEUROLOGICAL TRAVEL CLUB" EN SÉANCE D'ÉTUDE À L'HÔPITAL NOTRE-DAME

Pour la première fois depuis sa fondation, le Neurosurgical Travel Club, — l'un des groupements les plus prestigieux qui soient, puisqu'il se compose de neurochirurgiens américains de grande réputation, — a choisi la ville de Montréal comme but de son voyage d'étude annuel, qui a débuté le 3 juin.

Le seul Canadien à faire partie de ce club, le Dr Claude Bertrand, directeur du service de neuro-chi-

rurgie à l'hôpital Notre-Dame, est leur hôte pendant leur court séjour dans la métropole et il a préparé à leur intention un programme très substantiel.

ÉLECTIONS DES OFFICIERS DE LA DIVISION DU QUÉBEC DU COLLÈGE DE PRATIQUE GÉNÉRALE DU CANADA

A une réunion récente, l'exécutif de la division du Québec du Collège de Pratique Générale du Canada a été choisi comme suit: président, le docteur C.-P. Gendron; vice-président, le docteur S. H. Knox; trésorier, le docteur Jean Mailloux et secrétaire, le docteur J.-G. Bonnier.

INSTITUT ALBERT PRÉVOST

L'Institut Albert Prévost vient d'obtenir un octroi de recherche dans le cadre du programme de subventions fédérales-provinciales à la santé mentale. Le travail de recherche, qui doit se continuer durant trois ou quatre ans, portera sur « L'influence des hormones de l'Adrénohypophyse sur la phosphaturie provoquée chez les schizophrènes ». Hoagland, Rinkel, Hyde et al. avaient étudié la réponse phosphaturique des normaux et des schizophrènes recevant 25 mg. d'ACTH. Les résultats obtenus pendant une période de plusieurs années ont indiqué que les schizophrènes réagissent par une excrétion accrue des phosphates tandis que les normaux ne réagissent pas ainsi. L'étude de ce phénomène pourra conduire à l'établissement d'une épreuve fonctionnelle, capable de dépister bio-chimiquement la schizophrénie ou la tendance à cette maladie. Après une analyse qualitative des données recueillies, on tentera d'établir une relation quantitative entre la gravité de la maladie et l'importance de la phosphaturie obtenue. Ce travail de recherche sera sous la direction du docteur Camille Laurin, directeur scientifique de l'Institut, et du docteur Paul Koch, Ph.D., bio-chimiste.

Le docteur Jean-Marc Bordeleau a participé, les 5 et 6 juin 1959, à un symposium organisé par l'*American Phychiatric Association* sur les recherches récentes dans le domaine de la maladie mentale. Une quarantaine de chercheurs y ont fait le point de leurs travaux. Les aspects métaboliques, neurophysiologiques, bio-chimiques, électroencéphalographiques, psychopharmacologiques ont tour à tour été étudiés. Quelques travaux ont porté enfin sur les névroses expérimentales, sur les troubles du sommeil et les perturbations de la conscience vigile.

Le 6 juin dernier, le docteur Roger-R. Lemieux a présenté une communication au congrès annuel de l'Association Psychiatrique Canadienne sur « Relationships with Patients' Relatives during Brief Psychotherapy ».

Mlle Monique Meloche, directrice du Service Social, a participé au congrès de Caritas Canada qui s'est tenu à Chicoutimi, les 20, 21, 22 et 23 mai. Elle y a présenté une communication sur « L'assistance hospitalière: les avantages et inconvénients vus par le patient ».

JOURNÉE MÉDICALE À L'HÔPITAL GÉNÉRAL DE SAINT-VINCENT-DE-PAUL DE SHERBROOKE

Le Bureau médical de l'Hôpital Général Saint-Vincent-de-Paul de Sherbrooke a organisé une Journée Clinique à l'occasion du dixième anniversaire de fondation de la Clinique Anti-Cancéreuse. Tous les médecins des Cantons de l'Est ont été invités.

Les travaux scientifiques ont été présentés par des membres du personnel médical de l'hôpital et par plusieurs conférenciers invités. Le docteur Marcel Drolet, du Service de médecine, et le docteur Philippe Dionne, du Service de chirurgie, ont traité du diagnostic différentiel des ictères. Le docteur Jean-Pierre Tremblay, pathologiste, le docteur Jacques Sylvestre, radiologiste, et le docteur H. A. McDougall, chef du Service de chirurgie, ont fait la revue statistique des cas de cancer du sein traités à la Clinique, et ont présenté les facteurs de pronostic et le traitement du cancer du sein.

Le docteur J.-Henri Charbonneau, de l'hôpital Pasteur de Montréal, a présenté 30 cas du syndrome Stevens-Johnson.

Le docteur Edward Tabah, chirurgien de l'hôpital Royal Victoria de Montréal, a parlé des tumeurs de la cavité buccale et du cou. Le docteur Albert Jutras, radiologiste de l'Hôtel-Dieu de Montréal, a donné les conceptions récentes des maladies de la vésicule biliaire. Le docteur Gilles Bertrand, neuro-chirurgien de l'Institut Neurologique de Montréal, traita du traitement de la douleur chez les cancéreux. Le docteur Eucharist Samson, professeur agrégé de chirurgie à l'Université Laval, a rapporté une série de lymphomes malins de l'intestin grêle.

La partie scientifique s'est terminée par un panel sur l'obstruction intestinale présidé par le docteur Eucharist Samson. Les panellistes étaient des membres du Bureau médical de l'Hôpital Général Saint-Vincent-de-Paul, les docteurs R.-L. DuBerger, radiologiste en chef; Gaston Masson, chef du Service de médecine, et Paul Chevalier, du Service de chirurgie.

Le programme était sous le patronage de l'Association Médicale Canadienne, division du Québec, et du Collège des Médecins et Chirurgiens de la P. de Québec. Le Collège de Pratique Générale du Canada a accordé vingt heures de crédit aux membres participants.

POLIOMYÉLITE PARALYTIQUE

Canada — 1949 à 1958 (cas signalés)

Période pré-vaccinatoire: 1949, 1,174; 1950, 284; 1951, 1,148; 1952, 1,442; 1953, 3,691; 1954, 1,163.

Période vaccinatoire: 1955, 551; 1956, 369; 1957, 177; 1958, 224.

Canada — 1958

(cas, décès et nombre de vaccinés parmi ceux-ci)

Groupes d'âge	0-4	5-19	20-39	40+	*Total*
Cas	89	62	67	6	224
Vaccinés — 1 ou plusieurs doses	19	22	9	néant	50
Décès	4	4	13	2	23
Vaccinés — 1 ou plusieurs doses	1	2	1	néant	4

Isolements du virus de la poliomyélite, Canada — 1958.

Type I: 96 cas; type II: 2 cas; type III: 2 cas.

Canada — 1959

De sources provinciales on a signalé cette année 10 cas de poliomyélite paralytique par comparaison à 12 pour la même période l'an dernier.

En outre, 9 cas ont été rapportés cette année parmi les Esquimaux du Nord-Est. Cette éclosion d'infections manifestées par un mal de tête, des douleurs dans le cou avec raideurs parfois, des vomissements quelquefois, des douleurs dans les membres et les muscles du dos est survenue dans un certain nombre d'endroits de l'Arctique oriental au cours de février et au début de mars, et elle a atteint un grand nombre d'Esquimaux et aussi de nombreuses personnes parmi les Blancs. Neuf Esquimaux malades à quatre endroits différents souffrant d'à peu près les mêmes symptômes ont contracté une paralysie; le premier cas est mort dans un avion en route pour Montréal, et l'analyse de laboratoire a révélé qu'il s'agissait de poliomyélite paralytique (virus du type I). On compte quatre décès parmi les neuf cas signalés.

Au cours des quatre dernières années, environ 90 pour cent de la population esquimaude d'environ 5,000 âmes, de l'Arctique oriental, a reçu trois doses ou plus de vaccin Salk.

Etats-Unis — 1959.

Cette année, on a rapporté 243 cas de poliomyélite paralytique par comparaison à 133 pour la même période de l'an dernier.

NOUVELLE REVUE DE L'ASSOCIATION DU DIABÈTE DE LA PROVINCE DE QUÉBEC, INC.

Portant le titre de *Survivre*, le numéro 1 du volume 1 de la revue trimestrielle de l'Association du Diabète de la Province de Québec, Inc. a été publié pour les mois de janvier-février et mars 1959. Cette revue s'adresse surtout aux diabétiques et est destinée à faire connaître la maladie, ses causes, ses conséquences, les moyens de la soulager et même de la prévenir. Les médecins et leurs patients diabétiques ont intérêt à connaître et lire cette revue. Sur le Comité de Rédaction on retrouve les noms suivants: Directeur et Rédacteur en chef: le docteur Rosario Robillard; secrétaires à la Rédaction: MM. Camille Duquette et Claude A. Bourgeois; administration et publicité: le docteur Armand Gratton.

Tous les médecins peuvent recevoir gratuitement la revue *Survivre* en inscrivant leur nom à l'Association du Diabète de la P. de Québec, Inc., 100 est, rue Notre-Dame, Montréal.

REVUE DES LIVRES

Psycho-affectivité des premiers mois du nourrisson. — Par André THOMAS et S. AUTGAEREDN. Un vol. de 248 pages. Masson et Cie, édit., Paris, 1958.

Je crois que nul médecin, nul neurologiste connaisse mieux la physiologie nerveuse du nourrisson que André Thomas. En 1952, il livra à la publication un premier ouvrage qui était « Etudes neurologiques sur le nouveau-né et le jeune nourrisson ». Dans cette riche monographie, tout de la vie réflexe, automatique et instinctuel du nouveau-né était étudié, médité et exposé avec une merveilleuse méticulosité, avec une finesse d'investigation qui étonne le lecteur, et qui l'instruit dans un domaine des connaissances presque là pratiquement inexploré. On peut affirmer que l'œuvre neurologique de André Thomas aura été celle d'un pionnier dans ce champ complexe et difficilement pénétrable de la première année de vie de l'être humain.

Cette fois, André Thomas synthétise et résume ce qu'il avait déjà exposé. Il nous enseigne ce que ses longues et patientes recherches cliniques lui ont permis de découvrir dans les différentes modalités de la motricité du nourrisson.

Les réflexes, les automatismes, les réactions aux stimuli, le tonus, la coordination de la marche automatique dirigée des premières semaines qui se perd dans l'astasie-abasie et qui se recrée progressivement dans la déambulation définitive, les déviations pathologiques à ces modes réactionnelles stéréotypées, tout cela est observé, jugé et offert au lecteur comme une sémiologie éminemment utile au pédiatre, au neurologiste et au médecin praticien qui peut être occasionnellement l'un et l'autre. En plus, dans cette seconde publication, l'auteur dont je conserve le souvenir le plus admiratif et le plus respectueux, aborde certains aspects de la pathologie neurologique du nourrisson.

Des affections et des syndromes qui troublent son tonus, qui compromettent la statique, qui modifient l'extensibilité musculaire, qui entravent la transformation normale du clavier des réactions automatiques et réflexes du nourrisson, sont intégrés dans le contexte et font ainsi ressortir plus clairement l'ensemble de la physiologie normalement stéréotypée. Enfin, ce qui motive et fait le fond principal de l'ouvrage actuel se trouve dans l'affect qui accompagne les principales manifestations instinctives du nourrisson. La recherche de la lumière à mesure que la vision se développe, l'identification précoce de la mère, les premiers gestes d'attirance vers la nourriture et de répulsion à l'égard de l'agent nocif ou irritant, le cri, l'agitation, le calme rétabli, l'expression mimique avec les pleurs et le sourire ébauché, les modifications de tonus, les déplacements des membres et même du tronc selon les afférences agréables ou désagréables, tout cela figure très tôt l'affect qui sous-tend et accompagne une psycho-motricité a priori exclusivement automatique. Tout cela également est inclus dans l'innéité de la psychophysiologie du nourrisson et passera graduellement, à mesure que se développe son cortex, vers un fonctionnement mieux coordonné et vers une affectivité consciente et infiniment plus nuancée.

L'œuvre d'André Thomas en physiologie nerveuse du nourrisson construite par observation directe, exceptionnelle et indéfectiblement attentive, constitue un monument qui restera.

Nous ne pouvons mieux faire qu'en rendre hommage à son auteur et lui témoigner notre gratitude pour l'apport qu'il ajoute à la science de la neurologie.

Roma AMYOT.

Insulin Treatment in Psychiatry. Edited by Max RINKEL, M.D., and Harold S. HIMWICH, M.D. — Philosophical Library, Inc., New York, 1959.

Cet ouvrage contient les comptes rendus détaillés d'une conférence internationale sur

le traitement insulinique en psychiatrie, tenue à l'Académie de médecine de New York en octobre 1958. La documentation est riche et variée. De nombreux psychiatres de prestige international y ont pris part soit en présentant des rapports très substantiels, soit en prenant part à des discussions abondantes qui suivirent chacun des groupes de rapporteurs dont les contributions forment une partie distincte. Il est inutile d'ajouter que l'usage de l'insuline à dose comateuse, ou à portée plus légère et à effet de somnolence ou de précoma, fut considéré presque exclusivement à l'égard de la schizophrénie.

Une première partie concerne des aperçus historiques. Elle est traitée par Hans Hoff et Joseph Wortis. Elle fournit des renseignements utiles à connaître sur l'évolution des mesures thérapeutiques et de l'attitude médicale et sociale vis-à-vis les maladies mentales à travers les âges.

Une seconde partie a trait aux modifications physio et bio-chimiques que l'insulinothérapie détermine dans les principaux secteurs de l'organisme, surtout le cerveau, les endocrines et le sang. Ces deux volumineux rapports sont traités par Ivan F. Bennett et Charles H. Sawyer.

Enfin un troisième chapitre contient diverses présentations de différents psychiatres qui apportent leur opinion et leurs expériences personnelles de l'emploi de l'insuline en psychiatrie, soit presque exclusivement dans la cure de la schizophrénie.

Sans doute, cet ouvrage fait le point, apporte l'opinion actuelle des psychiatres sur l'efficacité de l'insulinothérapie en schizophrénie.

On croirait que ce mode thérapeutique a passé, qu'il n'est plus considéré comme une méthode de traitement valable et qu'il n'a pas apporté les résultats que l'enthousiasme des premières expériences avait promis. En fait, il est beaucoup moins employé; il n'a sûrement pas la faveur dont il jouissait parmi les psychiatres il y a 10 ou 15 ans.

Mais doit-il être abandonné?

Ce n'est pas ce qui découle des travaux de cette conférence de New York.

Doit-il être considéré comme un traitement spécifique de la schizophrénie? Ce n'est sûrement pas ce que l'on croit actuellement, mais on peut affirmer, en compilant les faits et les avis apportés à cette conférence, que l'insulinothérapie doit encore servir dans la cure de la schizophrénie, en conjonction avec l'électrochocthérapie, l'emploi des drogues tranquillisantes et psycholeptiques, la psychothérapie, la thérapie d'occupation et la sociothérapie. Cette batterie de mesures thérapeutiques doit être mobilisée en schizophrénie tant et aussi longtemps qu'un traitement plus spécifique n'aura pas prouvé une réelle efficacité contre cette affection. C'est la conclusion la plus pratique qui découle de cette conférence, parmi de nombreuses autres d'importance indiscutable que ce *très intéressant* ouvrage apportera à la connaissance de ceux qui auront la curiosité de lire et consulter.

Roma AMYOT.

LIVRES REÇUS

Le coeur, Tome II. Par le Prof. LIAN et ses élèves. — **Les maladies organiques du coeur (péricardites, endocardites, myocardites, malformations cardiaques. Le coeur dans les maladies congénitales.)** Un vol. de 278 pages, 19 figures. Broché: 2.000 fr. — L'Expansion, édit., Paris, 1959.

Les cardiopathies organiques sont constatées dans trois séries de circonstances:

a) chez un malade se plaignant de douleurs précordiales, de dyspnée, de palpitations, de malaises syncopaux;

b) au cours d'une maladie dont on est amené à rechercher la répercussion sur le cœur;

c) au cours d'un examen de médecine préventive.

Dans ces trois éventualités, c'est souvent l'auscultation qui oriente le diagnostic: les frottements précordiaux vers les péricardites, les souffles vers les endocardites, l'absence de frottements ou de souffles vers les myocardites; la cyanose ou les souffles vers les malformations congénitales.

Pour chaque cas, le livre entre de plain-pied dans le diagnostic mentionnant les moyens d'exploration, les symptômes qui conduisent à la découverte de la maladie. Ainsi le médecin praticien trouve une route à suivre, jalonnée d'indications à chaque bifurcation et il arrive sans difficulté au diagnostic tel l'automobiliste atteignant le but de son voyage grâce au secours d'un bon itinéraire.

Puis une fois le diagnostic porté, sont indiquées les bases du pronostic. Enfin, le traitement est envisagé, avec tous les détails nécessaires pour la rédaction d'une ordonnance appropriée.

Ainsi il ne s'agit pas d'un traité surchargé de considérations physiopathologiques et anatomo-pathologiques, mais d'un ouvrage clinique orienté sur les trois axes pratiques fondamentaux du diagnostic, du pronostic et du traitement.

Après l'étude des maladies organiques du cœur, sont passées en revue à propos de chaque groupe de maladies les complications cardiaques susceptibles d'y être observées. Ainsi, aux prises avec chaque groupe de maladies, le médecin traitant est mis au courant de toutes les manifestations cardiaques qu'il y a lieu de redouter, et des signes qu'il lui faut rechercher pour découvrir ces complications et ensuite les soigner. Ainsi sont exposés les troubles cardiaques dans les maladies (respiratoires, rénales, infectieuses, toxiques, endocriniennes, hématologiques, neuro-psychiatriques, etc., etc...)

Ce second volume sur le cœur, ainsi que le premier qui l'a précédé, et le troisième qui portera sur les maladies des vaisseaux, constitueront sur l'appareil cardio-vasculaire un ensemble clinique présentant une grande unité, car chaque chapitre est décrit par le Professeur Lian, avec un de ses élèves. Si l'on ajoute que l'école Lian est universellement appréciée pour sa clarté, son amour de la clinique, son souci de la thérapeutique, on conçoit que ces trois volumes seront bien fidèles à la ligne directrice générale bien synthétisée par les trois mots: diagnostic, pronostic, traitement.

Les élèves du Professeur Lian qui ont collaboré avec lui à la rédaction de ce deuxième volume sur le cœur sont:

a) pour les cardiopathies organiques acquises et les malformations congénitales: les Docteurs Siguier et J. J. Welti, médecins de l'Hôpital Tenon; les Docteurs Abaza, Alhomme, Coblentz, Pautrat, Sarrazin, anciens internes des hôpitaux de Paris, anciens chefs de clinique; les Docteurs Hébert et Roger, cardiologues qualifiés;

b) pour le cœur dans les maladies: les Professeurs Gilbert-Dreyfus et Léon Michaux; les Docteurs Alhomme, Pierre Aubert, Crosnier, Leménager, Lumbroso, Périer et Nedey, anciens internes des hôpitaux de Paris, anciens chefs de clinique.

Aux trois volumes consacrés à l'appareil cardio-vasculaire s'ajouteront de nombreux autres volumes, écrits dans le même esprit, chacun par un éminent spécialiste de la Faculté de Médecine, ou des hôpitaux de Paris.

Ainsi cette magnifique collection fera honneur à la Clinique française et constituera un guide précieux pour la pratique médicale.

Les nouveaux termes anatomiques — Lexique conforme à la nomenclature internationale (P.N.A.). Par le Prof. agrégé Georges OLIVIER, de la Faculté de Médecine de Paris. Préface du Prof. DELMAS. Un vol. de 148 page, 800 francs. — Vigot Frères, édit., Paris, 1959.

Pourquoi de nouveaux termes anatomiques?

Parce qu'un Congrès International, tenu à Paris en 1955, a admis une terminologie unique pour tous les pays du monde, afin qu'en quelque sorte, on parle partout la même langue. C'est la *Nomenclature de Paris* (P.N.A.). Elle est rédigée en latin et comporte des changements notables parfois: ainsi l'oreillette devient l'atrium; le cubitus, l'ulna; le nerf crural s'appelle nerf fémoral; de nombreuses autres modifications sont empreintes du souci de précision logique et de *simplification*. Le même terme ne s'applique plus à deux formations anatomiques différentes, comme c'était souvent le cas (par exemple:

n. musculo-cutané). Enfin, *tous les noms propres disparaissent,* il n'y a plus de trous innominés portant cependant un nom (seul fait exception le tendon d'Achille). Dorénavant, on ne pourra plus donner n'importe quel nom à n'importe quoi.

Comment faire passer ces termes nouveaux dans l'usage courant?

Naturellement, en connaissant cette nouvelle Nomenclature et en l'employant. Bien sûr, pendant des années, il faudra employer concurremment les deux nomenclatures, l'ancienne et la nouvelle. De plus, il est préférable d'utiliser la traduction en français du terme latin. *Quiconque publie* et veut être compris à l'étranger, doit utiliser la nouvelle nomenclature; car tout le monde, Français compris, s'est engagé à l'employer. Déjà les Anglais l'ont introduit dans leurs Traités.

Qu'est-ce que ce lexique?

C'est un *outil de travail,* nécessaire pour passer commodément de l'ancienne à la nouvelle Nomenclature. Dans une première colonne, on trouvera les termes anatomiques français usuels. En regard, est indiqué le terme international, en latin. Enfin, en troisième, est proposée une traduction libre du latin: libre pour rester le plus près possible de l'usage du français, sans toutefois faire de contresens. Ce lexique est donc fait pour tous, Médecins, Chirurgiens et Spécialistes. C'est: *Un outil de travail pour quiconque publie.*

L'acupuncture devant le bon sens et la physiologie des points cutanés sensibles couplés. Par Jean-Philippe CROUZET. Un vol. de 140 pages, avec 2 photos, 12 diagrammes et 2 planches hors-texte en couleurs. 1300 fr. — Vigot Frères, édit., Paris, 1959.

Dans les temps anciens, il n'y avait pas *une* médecine mondiale, mais seulement *diverses doctrines.* La Médecine d'aujourd'hui, devenue une vaste Science, nous a permis d'apprécier à leur valeur exacte la plupart des doctrines anciennes; de voir ce qu'elles avaient, dans leurs postulats, de faux et de vrai.

Mais l'acupuncture, jusqu'à il y a peu de temps, restait *un mystère*: Comment les Chinois avaient-ils pu avoir l'idée de points cutanés spéciaux et symétriques, réunis ensemble par des nerfs superficiels, points les uns déprimants, les autres excitants, agissant à distance sur les organes internes contre toutes les maladies?

Dans ce livre, le Docteur J.-Ph. Crouzet montre que des découvertes de neuro-physiologie cutanée, qu'il a réalisées d'abord seul puis avec l'aide de deux Professeurs du Centre National de la Recherche Scientifique, de la Faculté des Sciences et de la Faculté de Médecine, révèlent l'origine réelle vraisemblable de la doctrine des points chinois, sinon des premières tentatives thérapeutiques par l'aiguille sèche.

Des points cutanés spéciaux existent effectivement aux endroits désignés par les acupuncteurs, mais ces points sont les « points couplés » d'une forme inhabituelle de la sensibilité cutanée.

L'auteur décrit d'abord le fonctionnement physiologique des « points couplés » et des sensations couplées, parfaitement individualisés par des expériences pharmacologiques et des mesures électriques, et il explique comment les points couplés, à rôle physiologique, ont engendré l'acupuncture, à but thérapeutique, ou bien lui furent incorporés.

Il conclut que même si l'acupuncture arrive dans certains cas (énurésie, asthme) à des bons résultats thérapeutiques parce qu'elle excite le système nerveux central, les « points chinois » n'ont certainement pas une valeur thérapeutique *intrinsèque* (une piqûre à n'importe quel point de la peau déclencherait les mêmes résultats).

Si vous lisez cet ouvrage, vous connaîtrez à fond les principes curieux et les limites du dogme chinois, que certains voudraient voir pratiquer par tous les médecins, et vous aurez lu quelques chapitres nouveaux intéressants de neuro-physiologie cutanée.

Les douleurs thoraciques. Par le Dr Henri VANNIER. Un vol. de 158 pages: 1.000 fr. — G. Doin et Cie, édit., Paris, 1959.

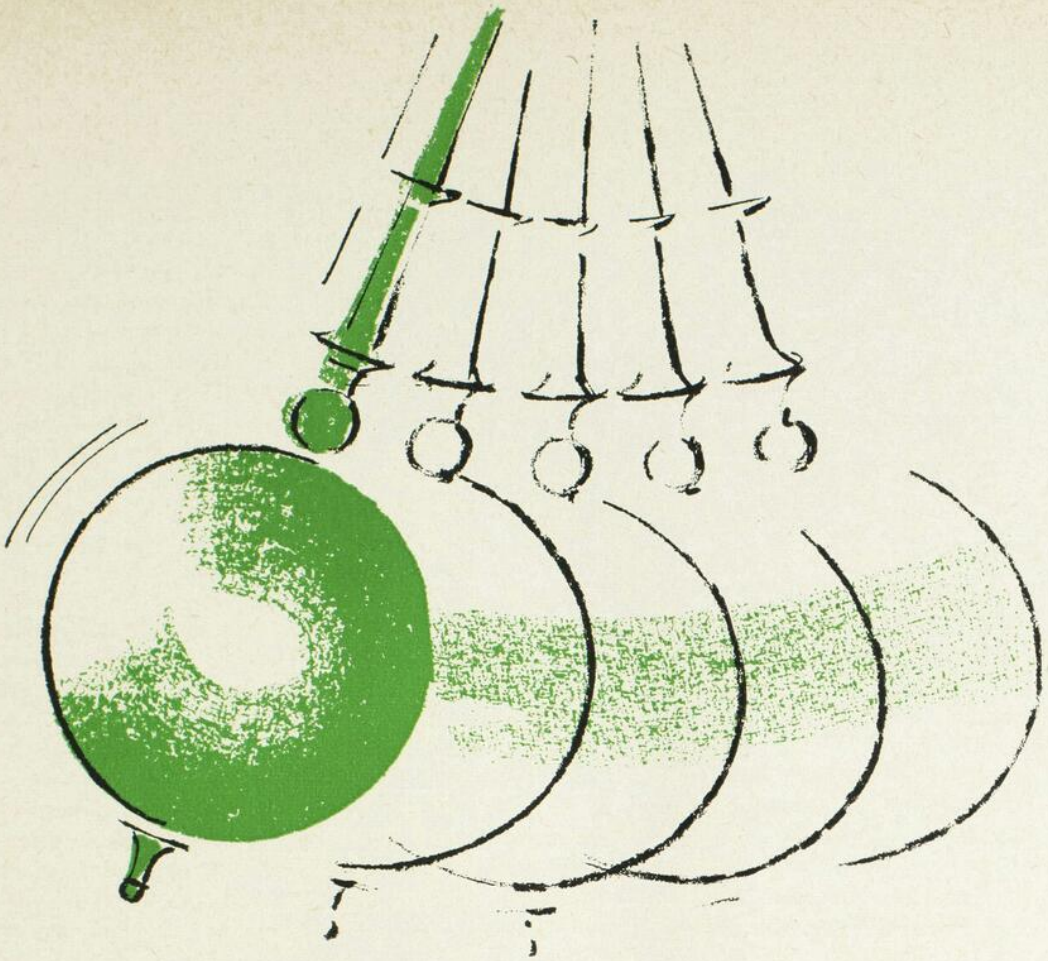
Du fait de la multiplicité de leurs aspects cliniques, les douleurs thoraciques sont analysées à la fois suivant leur cause et leur siège en s'attachant à l'origine et à la topographie des organes lésés.

L'ouvrage est divisé en six parties:

La première partie traite d'abord des douleurs provenant de la cage thoracique avec la description des remèdes de névralgies intercostales et du zona; les traumatismes thoraciques constituent le chapitre suivant, où sont décrits les contusions, les fractures de côtes, l'hémothorax, sans omettre les indurations mammaires post-traumatiques. Une mention spéciale est faite aux déplacements vertébraux si fréquents chez les traumatisés du thorax. Cette première partie se termine par l'étude de la cellulite avec sa topographie très particulière et par celle des mastodynies comprenant les mammites congestives, les indurations du sein et le cancer du sein.

La deuxième partie aborde les douleurs d'origine pleurale et, avant tout, les pleurites, les pleurésies avec épanchement, les pleurodynies et les pleurésies rhumatismales. Le rôle des remèdes symptomatiques dans les séquelles pleurales, autant que leurs remèdes de fond avec les tuberculines ou les biothérapiques, expliquent l'importance du facteur toxinique.

Une mention est faite aux douleurs rétrosternales accompagnant l'évolution des ectasies aortiques.



APRÈS DIX ANS...

toujours le préféré du médecin et du patient

Chlor-*Tripolon*

Depuis longtemps le médicament de choix dans
les allergies justiciables de l'antihistaminothérapie

TROIS FORMES ORALES

Comprimés Chlor-Tripolon, 4 mg.
Répétabs* Chlor-Tripolon, 8 mg et 12 mg.
Sirop Chlor-Tripolon, 2 mg. par 5 cc.

Maléate de CHLOR-TRIPOLON, maléate de chloroprophènepyridamine, Schering

*RÉPÉTABS, comprimés à action répétée

Schering
CORPORATION LIMITED

SCHERING
MONTREAL

La troisième partie concerne les douleurs d'origine bronchique et pulmonaire et le chapitre particulièrement intéressant de la thérapeutique des points de côté des affections pulmonaires: l'auteur s'est donné comme but de localiser, selon le lieu d'élection de la douleur, les remèdes correspondants avec les caractères de la douleur pour chaque tableau clinique.

C'est l'appareil cardiovasculaire qui fait l'objet de la quatrième partie, où sont analysés les divers signes cliniques des angines de poitrine, qu'il s'agisse d'angor pur coronarien, de l'angor des aortiques ou des hypertendus ou, enfin, des angor fonctionnels toxiques ou médicamenteux.

Les deux dernières parties sont consacrées: 1° aux douleurs d'origine œsophagienne, avec la description des remèdes de la dysphagie, qu'il s'agisse de rétrécissement néoplasique de l'œsophage, d'œsophagite aiguë au cours de maladies infectieuses graves ou, enfin, de cardiospasme et de rétrécissement spasmodique de l'œsophage; 2° aux douleurs d'origine abdominale avec la nomenclature des remèdes d'aérophagie si intéressants par leur réaction du voisinage sur la cage thoracique et par ailleurs la description des douleurs dont le siège est habituellement épigastrique et qui ont pour étiologie des affections hépatovésiculaires.

Quelques observations constituent un court chapitre terminant cet ouvrage et illustrant la description des tableaux cliniques des douleurs thoraciques.

Ainsi, l'analyse successive des douleurs de la cage thoracique et des organes voisins qui peuvent influencer ces douleurs permettra au lecteur la confrontation des aspects cliniques dans les différentes variétés de ces douleurs avec la thérapeutique homéopathique basée sur l'interrogatoire et la description minutieuse aussi bien des troubles subjectifs ressentis par le malade que les symptômes constatés au cours de l'examen clinique.

Les plaies de la main. Par R. SOUQUET et A. R. CHANCHOLLE. Préface de Sterling Bunnell. Un vol. de 296 pages avec 131 figures en noir dans le texte et 49 figures en couleurs hors-texte. 3.600 fr. — G. Doin et Cie, édit., Paris, 1959.

Les auteurs présentent dans cet ouvrage la mise au point actuelle d'un problème de pratique quotidienne, qui ne reçoit pas toujours la solution la mieux adaptée.

Les blessures de la main constituent un accident de travail sur quatre. Leur traitement et l'indemnisation de leurs séquelles ont grevé le budget de la Sécurité Sociale de trois milliards de francs en 1953. C'est dire la fréquence de ces lésions et l'importance d'un traitement correctement conduit.

Les auteurs ont voulu sérier les difficultés, de manière à ce que le chirurgien non spécialisé trouve rapidement le point de technique ou d'indication oublié; de manière aussi à ce que le praticien soit à l'abri de l'erreur thérapeutique initiale et sache ce qu'il peut espérer d'un traitement chirurgical rationnel.

C'est dans cet état d'esprit qu'avant tout exposé de technique chirurgicale sont décrits, en détail, les principes généraux du traitement, le conduite à tenir sur les lieux de l'accident, la préparation du champ opératoire, de même que l'instrumentation et la technique des pansements.

Une large place est faite aux lésions cutanées et à leur traitement, dont la perfection est une condition nécessaire au succès de la chirurgie profonde. Les indications respectives des différents procédés de suture, de greffes et de plasties, ainsi que leurs techniques sont minutieusement détaillées et abondamment illustrées.

Les lésions nerveuses, souvent méconnues ou délaissées, font l'objet d'un chapitre spécial, cherchant à préciser pour chaque cas les éléments d'un diagnostic précis et d'une thérapeutique efficace.

La conduite à tenir devant les atteintes tendineuses occupe 61 pages, au long desquelles sont exposées les différentes techniques de suture et leurs indications suivant la nature de la blessure, sa localisation anatomique et son ancienneté.

L'ouvrage se termine par un chapitre de physiothérapie rééducative, dans lequel sont tracées les grandes lignes de la marche à suivre pour accélérer le retour des blessés à leur fonction proche de la normale.

Les vitamines — Le dépistage de leur carence et leurs indications thérapeutiques. Par Raoul LECOQ. Un vol. de 346 pages, avec 2 figures, 9 tableaux et un chapitre synoptique résumant sur 8 colonnes les connaissances essentielles concernant toutes les vitamines. 4.600 fr. — G. Doin et Cie, édit., Paris, 1959.

La découverte des vitamines ne compte pas encore tout à fait cinquante années. Mais pendant ce temps quelle rapide évolution ont connue ces mystérieuses substances, qui furent peu à peu chimiquement définies, puis synthéthisées.

On en compte aujourd'hui plus d'une vingtaine et, dans ce dédale, peu nombreux sont ceux qui trouvent le fil d'Ariane qui leur évite de s'égarer.

L'auteur, qui a suivi le développement de cette question depuis 1918 était, pour nous l'exposer, un des plus qualifiés. Parce qu'il a étudié, sur l'animal, la plupart des carences et l'action spécifique et pharmacodynamique des diverses vitamines, dont il contrôla ensuite, dans les services du Centre hospitalier de Saint-Germain-en-Laye, l'activité thérapeutique.

Sans doute, les vitamines ont-elles acquis déjà dans la thérapeutique une large place; mais on peut en attendre de meilleurs résultats.

HYPER-PROSTAL



PROSTATISME



NOUVELLE FORMULE

AMÉLIORÉE

et plus CONCENTRÉE

EXTRAIT HYDRO-GLYCÉRINÉ ORCHITIQUE (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

AMPOULES BUVABLES, 5 c. c.

SUPPOSITOIRES

Documentation et échantillon à Messieurs les médecins sur demande.

Représentants exclusifs au Canada

Herdt & Charton Inc.
2245, RUE VIAU — MONTRÉAL

Hormonovitamines et Enzymovitamines sont, en effet, des auxiliaires précieux pour qui sait les choisir, les manier aux doses utiles, les associer aux substances synergiques, et, à l'opposé, qui sait en écarter les substances antagonistes.

Le rôle en particulier que jouent vitamines et hormones dans le maintien de l'équilibre acido-basique de l'organisme apparaît à l'auteur primordial et il montre comment, par la mesure des chronaxies par le Faraximètre au lit même du malade, il devient possible de poser les bases d'une thérapeutique et d'en contrôler ensuite les effets.

Toutes les vitamines sont ici étudiées, même les plus récentes. A chacune d'elles est consacré un chapitre particulier, dont les paragraphes sont: *Historique, Chimie, Propriétés physico-chimiques, Méthodes de dosage, Rôle de la vitamine dans le métabolisme, Symptômes de l'avitaminose, Antivitamines correspondantes, Tests de dépistage de la carence, Manifestations de l'hypervitaminose, Place de la vitamine dans la thérapeutique.*

Ces connaissances très diverses sont exposées simplement, clairement, et aussi de façon très complète. Un index alphabétique permet de retrouver rapidement la solution du problème posé.

A l'heure actuelle, cet ouvrage original ne peut être remplacé par aucun autre. Il donne une vue très juste, dans l'ensemble et le détail, du sujet traité. Aussi convient-il également au médecin, au spécialiste de la nutrition et au diététicien, au biologiste, au physiologiste, au pharmacologue, aux étudiants en médecine et en pharmacie, et plus largement à tous ceux qu'intéressent les problèmes alimentaires, pharmacodynamiques et thérapeutiques.

Chirurgie de tous les jours. Par Pierre JOURDAN. Un vol. de 202 pages: 1.500 fr. — G. Doin et Cie, édit., Paris, 1959.

Dans ce livre, qu'il destine aux internes, aux jeunes chirurgiens, Pierre Jourdan a voulu condenser l'essentiel de sa pensée sur la « chirurgie de tous les jours ».

Au-delà des considérations générales, il a respecté la hiérarchie traditionnelle de l'apprentissage: appendicites, hernies, hystérectomies, estomac, voies biliaires, colons, rectum...

Fidèle à l'esprit de son ouvrage sur les « Sutures digestives » — chirurgie sans images — il a refusé toute illustration et visiblement cherché, par la rigueur et la souplesse du langage, à exprimer ce que l'image ne peut rendre, ce dont à son avis l'image éloigne trop souvent, c'est-à-dire la diversité, la nuance, les facettes multiples de la réalité.

On peut discuter son point de vue. On ne peut nier qu'il corresponde à une part de vrai. Et, sur ce plan, sa tentative apparaît comme une réussite.

Formuler en deux cents pages les données principales de la chirurgie courante, c'est évidemment une gageure. Il est facile de reprocher à ce texte d'être partiel, approximatif. N'empêche qu'il contient vraiment l'essentiel et qu'il le traduit de façon vigoureuse, subtile et, au meilleur sens du mot, originale.

On pourra dire aussi que l'écrit manque d'unité dans l'intention, qu'à partir du souci technique, artisanal, sur lequel il se fonde au départ, il tend maintes fois à s'évader vers des litiges et des appréciations d'ordre philosophique. Cette évasion est nette en particulier dans les derniers chapitres (sein, thyroïde...) où l'auteur abandonne délibérément la pratique, au sens étroit du mot, pour se hausser aux interrogations majeures de l'esprit thérapeutique.

On a quelquefois l'impression que Pierre Jourdan n'a pas voulu se limiter au thème qu'il s'était fixé. Mais, ce faisant, il ne cesse d'entraîner et souvent de convaincre.

Un livre pas comme les autres — qui ne s'apparente en rien aux habituels traités de technique ou de thérapeutique chirurgicales. Les jeunes y trouveront, sans aucun doute, un aliment substantiel. Les plus âgés y découvriront probablement des occasions nombreuses de réviser leur pensée ou de remettre en cause la matière de leurs routines.

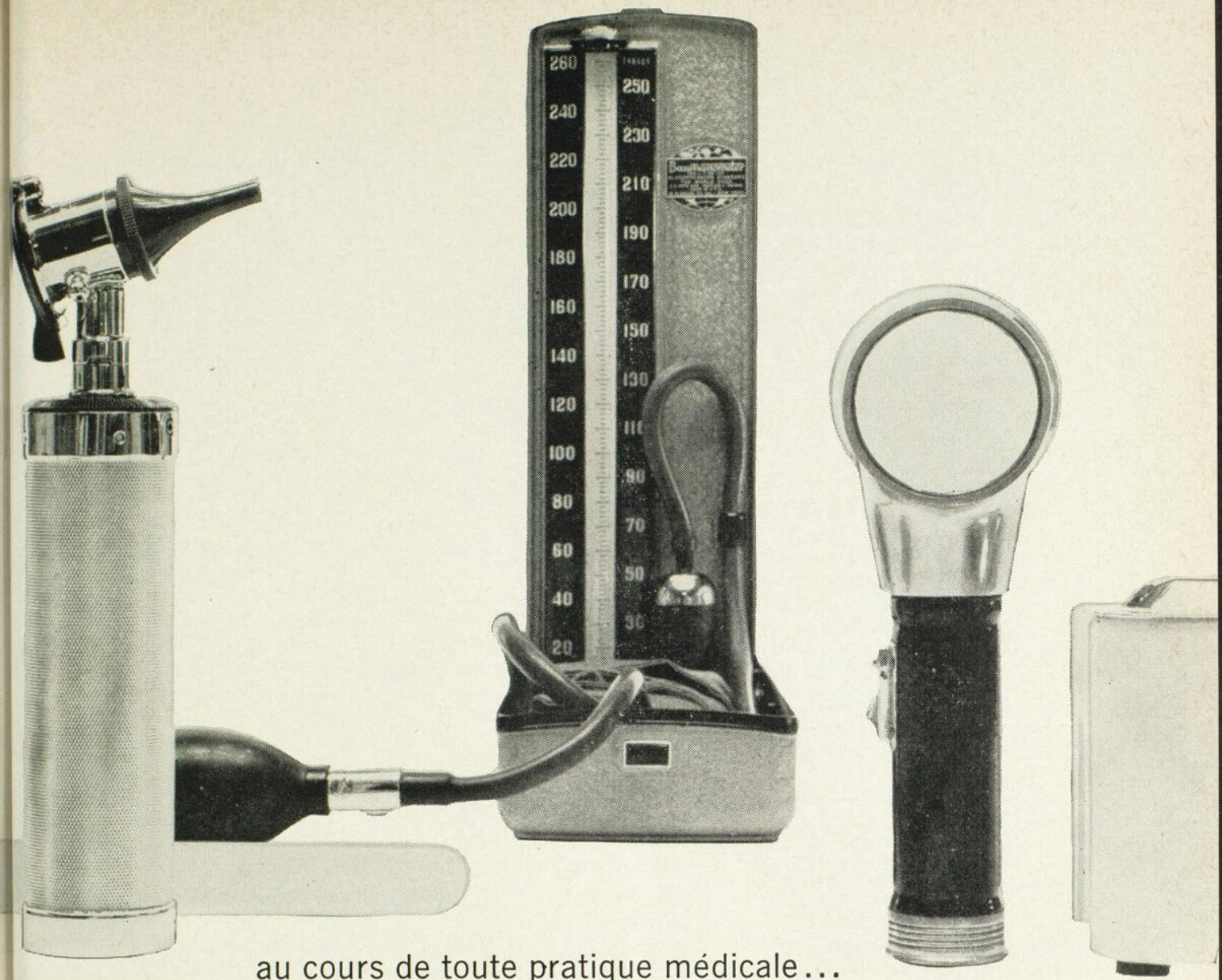
Ophtalmologie — Directives thérapeutiques médico-chirurgicales. Par G. OFFRET et G. LOMBARD. Un vol. de 370 pages. 3.750 fr. — G. Doin et Cie, édit., Paris, 1959.

Les auteurs traitent d'abord des *Directives thérapeutiques en fonction des symptômes* (larmoiement, photophobie, douleur, baisse de la vision, troubles de l'adaptation à l'obscurité, fatigue, etc.). Puis ils étudient, les *Agents et les modes thérapeutiques* (anesthésiques, mydriatiques, myotiques, antiseptiques, antibiotiques, enzymes et inhibiteurs d'enzymes, antihémorragiques, anticoagulants, anti-vaso-constricteurs, vaso-dilatateurs, hormones, thérapeutiques tissulaires, indications anti-allergiques, rééducation fonctionnelle, etc.).

Dans la 3e partie, est abordé *le traitement des maladies oculaires en fonction du siège*. Enfin sont données les *Directives thérapeutiques au cours des principales affections oculaires* (y compris les tumeurs).

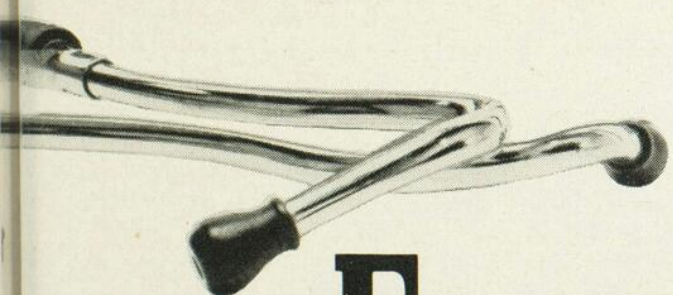
Ainsi en 370 pages se trouve condensée de façon claire et pratique la thérapeutique médico-chirurgicale en ophtalmologie par des auteurs hautement qualifiés.

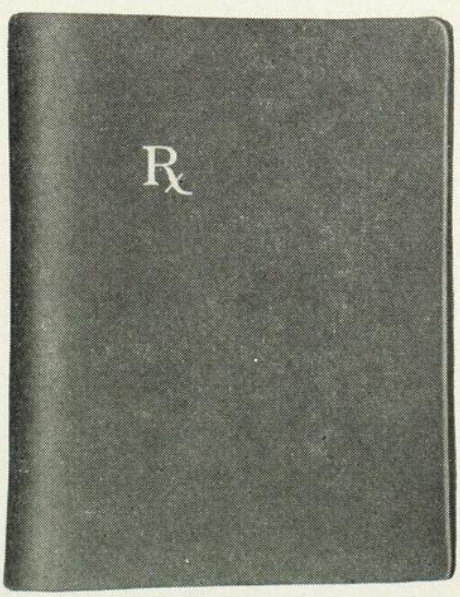
Aux praticiens, ce livre apportera l'essentiel de ce qu'il faut savoir en thérapeutique ophtalmologique. Pour le spécialiste, il demeurera un aide-mémoire qui sera toujours consulté avec fruit.



au cours de toute pratique médicale...

anxiété soit isolée, soit comme complication de la maladie





Equanil*

Wyeth

MARQUE DÉPOSÉE

WALKERVILLE, ONTARIO

*Marque déposée

Présentation: Equanil à 400 mg., comprimé sécable blanc, en flacons de 50 et de 500.

Autres formes: Wyseals Equanil—à 400 mg., comprimé enrobé jaune; à 200 mg., comprimé enrobé rose—en flacons de 50 et de 500.

Méprobamate, Wyeth

atténue la tension—mentale et musculaire

Nouvelle pratique chirurgicale illustrée — Fascicule XIII. Jean QUENU, directeur. Un vol. de 276 pages avec 235 figures dessinées d'après nature, par P. Rivallain. 3.350 fr. — G. Doin et Cie, édit., Paris, 1959.

Sommaire du fascicule XIII:

Ligatures extra et intra-œsophagiennes de varices (Georges Thomeret). — *Lobectomie supérieure droite élargie pour cancer* (Claude Dubost). — *Splénectomie suivie d'anastomose spléno-rénale* (Claude Dubost). — *Uretérectomie terminale immédiatement réparée par plastie vésicale tubulée* (Louis Quénu). — *Enclouage centro-médullaire d'une fracture transversale du tibia* (Pierre Dupoux). — *Réparation du tendon d'Achille rompu, au moyen du plantaire grêle* (Jean Mathieu).

Répertoire mondial des écoles de médecine, deuxième édition (revue et augmentée), 1958. Organisation Mondiale de la Santé, Genève; 328 pages. Prix: 12 Fr. suisses ou $4.00. Publié également en anglais.

Des professeurs de médecine de toutes les parties du monde ont participé à la rédaction du *Répertoire mondial des écoles de médecine*. La présente édition, comme la précédente publiée en 1953, énumère les établissements d'enseignement médical de plus de 80 pays en donnant, pour chacun d'eux, un certain nombre de renseignements utiles. Cependant, la portée de l'ouvrage a été considérablement élargie puisqu'on y a ajouté, pour chaque pays, un aperçu de l'organisation générale de l'enseignement et un exposé des principales caractéristiques de la formation médicale des étudiants. En tête de chaque chapitre sont rassemblées quelques données statistiques importantes: population, nombre d'écoles de médecine et de médecins, divers taux par rapport à la population, etc. Une série d'annexes groupent ces chiffres par continent et pour l'ensemble du monde. L'ouvrage contient aussi une carte indiquant le nombre d'habitants par médecin dans le monde. La division de l'enseignement médical en études prémédicales, études précliniques et cliniques et période d'internat variant considérablement d'un pays à l'autre, le Répertoire comprend, en vue de faciliter les comparaisons, un tableau montrant pour chaque pays la durée attribuée à chacune de ces phases.

Le Répertoire renseignera le lecteur sur le système des études médicales dans chaque pays, le documentera sur les établissements d'enseignement existants et lui permettra de faire lui-même une analyse de la formation médicale dans le monde entier.

LIVRES RECUES DEPUIS LE PREMIER JUIN 1959

Insulin Treatment in Psychiatry. Par Dr Max RINKEL et le Dr Harold E. HIMWICH. Philosophical Library Inc., édit., New-York, 1959.

Nouvelle pratique chirurgicale illustrée. Par Jean QUENU. G. Doin et Cie, édit., Paris, 1959.

Chirurgie de tous les jours. Par Pierre JOURDAN. G. Doin et Cie, édit., Paris, 1959.

Les vitamines. Par Raoul LECOQ. G. Doin et Cie, édit., Paris, 1959.

Ophtalmologie — Directives thérapeutiques médico-chirurgicales. Par G. OFFRET et G. LOMBARD. G. Doin et Cie, édit., Paris, 1959.

Speech and Brain-Mechanisms. Par Wilder PENFIELD et Lamar ROBERTS. Princeton University Press, édit., Princetown, 1959.

L'auto-immunisation en pathologie. Par Simone STADTSBAEDER. Editions Arscia, édit., Bruxelles, 1959.

Neuro-ophtalmologie, en 2 volumes. Par L. GUILLAUMAT,P.-V. MORAX et G. OFFRET. Masson et Cie, édit., Paris, 1959.

Bilharziose — Activités internationales: 1948-1958. Organisation Mondiale de la Santé, édit., Genève, 1959.

Les laboratoires d'hôpitaux, 2e rapport du Comité d'experts des Méthodes des Laboratoires de Santé publique. Organisation Mondiale de la Santé, édit., Genève, 1959.

Comité d'experts du paludisme, 7e rapport. Organisation Mondiale de la Santé, édit., Genève, 1959.

Comité d'experts de la peste, 3e rapport. Organisation Mondiale de la Santé, édit., Genève, 1959.

Education sanitaire — Théorie et pratique. Par Dr Jules GILBERT. Masson et Cie, édit., Paris, 1959.

Adénomectomie endo-urétrale de l'adénome prostatique et traitement du cancer de la prostate. Par Dr Raymond DENIS. Masson et Cie, édit., Paris, 1959.

Les cavités cardiaques — Introduction anatomique à la chirurgie intracardiaque. Par E. HENRY, R. COURBIER et P. ROCHU. Masson et Cie, édit., Paris, 1959.

Dégénérescence hépato-lenticulaire. Par G. BOUDIN et B. PEPIN. Masson et Cie, édit., Paris, 1959.

Angiocardiopneumographie élargie — Méthode d'opacification vasculaire générale par voie veineuse. Par P. VIALLET, L. SENDRA, L. CHEVROT, P. AUBRY et P. COMBE. Masson et Cie, édit., Paris, 1959.



Troubles de la circulation veineuse

CRISES HÉMORROÏDAIRES AIGUËS • TRAITEMENT D'ENTRETIEN • VARICES • PHLÉBITES
FRAGILITÉ CAPILLAIRE • ENGELURES

Présentation : **Solution :** Flacons de 1 oz. et 4 oz.
Pommade : Tubes de 40 grammes avec canule spéciale.
Suppositoires : Boîte de 10 suppositoires.

La préparation la plus riche en vitamines "P" native **11,000 γ** de vitamine **P** par cc.

marro·dausse

(Intrait de Marron d'Inde et Vitamine P)

Echantillon et documentation sur demande.

Préparé par les LABORATOIRES DAUSSE, Paris, France

Représentants exclusifs au Canada :

Herdt & Charton Inc.

2245, RUE VIAU — MONTRÉAL

COMMUNIQUÉS

CONGRÈS ANNUEL DE "AMERICAN RHINOLOGIC SOCIETY"

La cinquième réunion sera tenue au « Belmont Hotel », Chicago, le 10 octobre 1959. Sujets traités:

Symposium sur les tests objectifs de la fonction nasale;

Extirpation transseptale de la pituitaire;

Choix du rhinologiste dans les vues et approches du sac lacrymal;

Chirurgie des tumeurs malignes du nez;

Réactions tissulaires aux greffes nasales;

Immunologie de base des greffes osseuses.

Pour renseignements, communiquer avec le docteur Robert M. Hansen, secrétaire, 1735 N. Wheeler Ave., Portland (12), Oregon, U.S.A.

CONGRÈS DE LA FÉDÉRATION NORD-AMÉRICAINE DE L' "INTERNATIONAL FEDERATION OF SURGEONS"

Le vingt-neuvième congrès de cette Association aura lieu du 13 au 17 septembre 1959, au « Palmer House » de Chicago.

Les chirurgiens qui désireraient y présenter une communication sont priés de s'adresser au docteur Peter A. Rosi, International College of Surgeons, 1516 Lake Shore Drive, Chicago (10).

Pour réserver son hôtel, écrire au secrétaire de la réservation, aux soins du Collège.

Pas de frais d'inscription.

4ème COURS INTERNATIONAL DE STRATIGRAPHIE

Gênes, 28 septembre — 3 octobre 1959.

PROGRAMME PRELIMINAIRE

Le Cours aura lieu du 28 septembre au 3 octobre 1959, à l'Institut de Radiologie de l'Université de Gênes, sous la direction du Prof. Alessandro Vallebona.

Les divers chapitres de la stratigraphie seront développés dans des Conférences, leçons et communications.

Les leçons, lues dans la langue de l'Orateur, seront développées dans des Conférences, leçons et communications.

Les leçons, lues dans la langue de l'Orateur, seront traduites simultanément en Italien, Français, Allemand, Anglais.

Les leçons seront données au Château Simone Boccanegra, dans la salle du Théâtre, le château ayant été gracieusement mis à notre disposition par l'Administration des Hôpitaux Civils (Hôpital S. Martino).

Le programme scientifique est, en principe, le suivant:

L'argument y sera traité dans ses différents aspects: théorie et étude géométriques — technique et instrumentation stratigraphique — applications de la stratigraphie dans l'exploration des divers organes et appareils, dans le normal et le pathologique — applications techniques et cliniques de la méthode stratigraphique. Ce chapitre fera l'objet d'une étude toute particulière.

Messieurs les participants sont en outre invités à présenter des communications scientifiques.

Une exposition scientifique est mise à la disposition de Messieurs les participants qui désirent exposer des pellicules radiographiques. Des films seront projetés sur l'argument.

Une exposition technique des appareils les plus modernes est prévue.

Des exercices pratiques réalisés par le personnel de l'Institut même auront lieu à l'Institut de Radiologie.

Une attestation de présence sera remise à tous les inscrits à la fin du cours.

Les droits d'inscription au cours sont fixés à: Lires 15.000 pour les membres ordinaires; Lires 10.000 pour les membres juniors (qui n'ont pas dépassé les trente ans) et Lire 5.000 pour les membres adhérents et les familles.

Les inscriptions et, éventuellement, les titres des communications doivent parvenir au secrétariat du Cours le 30 juin au plus tard; il faut demander au secrétaire du Cours le module exprès.

Les quotes-parts d'inscription doivent être adressées au secrétaire général du Cours: Prof. Neopolo Macarini (*Instituto di Radiologia, Ospedale S. Martino, Genova),* ou remises par l'intermédiaire des Agences des Wagons-Litts Cooks, Agent Général de Voyages pour le Cours de Stratigraphie. Les participants pourront s'adresser aux mêmes Agences pour obtenir tous les détails sur le voyage et prénotations hôtelières.

Un programme de visites et de divertissements sera prédisposé pour les participants et leur compagnie; un Comité de Dames sera à la disposition des femmes des inscrits au Cours.



utile dans la pratique générale...

votre allié naturel pour soulager l'anxiété et la tension

Trilafon®

(PERPHÉNAZINE)

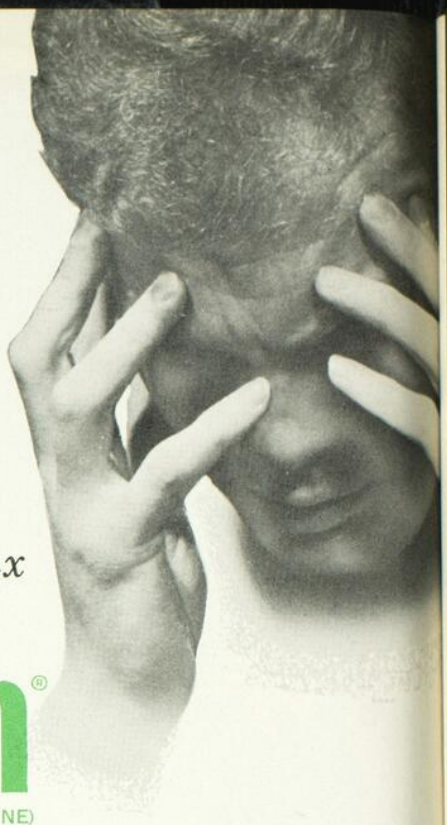
"diminution considérable ou disparition de l'anxiété, de l'agitation, de la tension..."[1]

- agit sans causer de somnolence
- permet au patient de poursuivre ses activités normales

Trilafon—la posologie la plus faible dans les états d'anxiété et de tension—4 mg. t.i.d. ou q.i.d.

1. Browne, Mason, N. L., et Borthwick, J. W. (Vancouver): Diseases of the Nervous System, *18*:8, 1957.

Schering CORPORATION LIMITED MONTREAL



utile dans les spécialités...

facilite le traitement des troubles psychiques modérés et sérieux

Trilafon®

(PERPHÉNAZINE)

tranquillisant aux usages multiples et antiémétique de grande classe

- Agit à 1/5 ou moins des doses requises des phénothiazines plus anciennes
- Indice thérapeutique sensiblement plus élevé

CHEZ LES PSYCHONÉVROSÉS AMBULANTS
"caractéristique la plus frappante . . . l'absence relative d'effets secondaires."[1]

CHEZ LES PSYCHOSÉS HOSPITALISÉS
"très efficace dans le traitement de la schizophrénie chronique."[2]

INSURPASSÉ COMME PUISSANT ANTIÉMÉTIQUE
contre les nausées et vomissements d'étiologies très variées.

UNE FORME POSOLOGIQUE POUR CONVENIR À CHAQUE PATIENT ET À CHAQUE SITUATION

REPETABS TRILAFON, 4 mg. dans la couche extérieure et 4 mg. dans le noyau à dégagement retard. Flacons de 30 et de 100.
TRILAFON INJECTABLE, 5 mg./cc., ampoule de 1 cc.; fiole de 10 cc. Boîtes de 6 et de 100.
SIROP TRILAFON, 2 mg. par 5 cc. Flacons de 4 onces.
SUPPOSITOIRES TRILAFON, 4 et 8 mg. Boîtes de 6.
COMPRIMÉS TRILAFON, 2, 4 et 8 mg., flacons de 50 et de 500; 16 mg., flacons de 500.
TRILAFON, perphénazine, Schering.



1. O'Reilly, P. O.; Wojcicki, H. M.; Hrychuk, W., et Keogh, R. P.: C.M.A.J., 77:952, 1957. 2. Irwin, S.; Bruckman, N.; Radinger, N.; Bailey, S. A.; Saunders, J. C., et Kline, N. S.: Évaluation au laboratoire et clinique de la perphénazine (Trilafon): pièce exposée au Congrès Annuel de l'A.M.A., New-York, 3-7 juin 1957.

Schering
CORPORATION LIMITED
MONTREAL

Métanium

dans toutes espèces
de dermatoses simples

Métanium

renfermant 4 sels
de titane

Métanium

dans une base de
lécithine synthétique

Métanium

"d'une innocuité absolue,
et sûrement efficace".

Poirier, P., et Baillargeon, Y.:
L'Union Méd. Canada, **85**: 4, 1956.

LEEMING MILES PHARMACEUTICALS INC., Montréal 28, Québec

PREMIER SYMPOSIUM INTERNATIONAL DE CHIMIOTHÉRAPIE ANTI-INFECTIEUSE ET ANTIMITOTIQUE

Genève, 12 - 13 septembre 1959.

Samedi, 12 septembre

I. — SULFAMIDES RETARD.

1.—*La sulfamethoxypyridazine* — Dr J. T. Litchfield, Jr. (U.S.A.).

2.—*Le sulfophénylpyrazol* — Dr J. Tripod (Suisse).

3.—*La sulfadimethoxine* — Drs B. Fust, E. Boehni, R. J. Schnitzer et J. Rieder (U.S.A.-Suisse).

4.—*Les sulfamidés-retard (laboratoire)* — Dr A. M. Walter (Allemagne).

5.—*Les sulfamidés-retard (clinique)* — Prof. R. Hegglin et Dr W. Siegenthaler (Suisse).

Panel dicussion: La place des sulfamidés dans la chimiothérapie anti-infectieuse.

II. — ANTIBIOTIQUES.

1.—*Les associations d'antibiotiques: point de vue favorable* — Dr R. M. McCune (U.S.A.)

2.—*Les associations d'antibiotiques: point de vue défavorable* — Prof. H. F. Dowling (U.S.A.).

3.—*Les infections staphylococciques dans les hôpitaux (épidémiologie).* — Dr H. R. P. Seeliger (Allemagne).

Panel discussion: *Les staphylocoques résistants.*

Panel discussion: *Les corticostéroïdes dans le traitement des maladies infectieuses.*

Dimanche, 13 septembre

III. — ANTIMITOTIQUES.

1.—*Synthèse des travaux expérimentaux: chimiothérapie antimitotique* — Prof. H. Lettre (Allemagne).

2.—*Synthèse des travaux cliniques: chimiothérapie des affections malignes (sauf maladies sanguines)* — Prof. D. A. Karnofsky (U.S.A.).

3.—*Clinique. Chimiothérapie des affections cancéreuses sanguines.* — Prof. J. Bernard (France).

4.—*Les antibiotiques antimitotiques en U.R.S.S.* — Prof. G. F. Gause (Moscou).

Panel discussion: *La chimiothérapie des affections cancéreuses.*

Panel discussion: *Les essais de greffe de moelle chez l'homme.*

TROIS SUBVENTIONS FÉDÉRALES À L'UNIVERSITÉ McGILL

Le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social annonce que l'Université McGill, à Montréal, recevra trois subventions à l'hygiène mentale, d'un montant total de $48,840, pour la poursuite des travaux de recherche.

Une subvention de $13,725 permettra de poursuivre des recherches sur les conséquences, pour les membres de la famille, de la maladie grave et prolongée d'un enfant. Cette recherche s'exécutera sous la direction du docteur E. D. Wittkower, professeur adjoint de psychiatrie à l'Université McGill, et étudiera les effets de la maladie sur l'enfant et sur son attitude envers sa famille, sur les effets de cette même maladie sur les rapports entre les membres de la famille ainsi que sur le statut social et culturel de la famille. Cette étude échantillon s'en tiendra à l'étude de familles anglo-canadiennes. Plus tard, des études comparatives seront faites dans des familles canadiennes-françaises, canado-juives et canado-indiennes. On espère ainsi, au point de vue du bien-être public, obtenir des données qui aideront les agences sociales, les éducateurs, les médecins et les psychiatres.

Une deuxième étude recevra une subvention fédérale de $12,800 et sera placée sous la direction du docteur D. Ewen Cameron, directeur de l'Institut de Psychiatrie *Allan Memorial*, à l'Université McGill, Montréal. On étudiera les effets des acides nucléiques sur l'affaiblissement de la mémoire (rétention) chez les personnes âgées, études entreprises il y a deux ans. Cette étude offre un intérêt spécial dans le domaine de la santé, car l'affaiblissement de la mémoire est l'un des aspects les plus importants du déclin progressif des personnes âgées.

Une troisième subvention à l'hygiène mentale, d'un montant de $22,315, aidera à recueillir, à ordonner et à évaluer des données sur la fréquence, la nature et la gravité des troubles émotifs chez les étudiants en médecine qui fréquentent l'Université McGill. On s'attend que cette étude aura d'utiles résultats en ce qui regarde le choix des étudiants, l'agencement du programme d'études, les méthodes d'enseignement et l'amélioration de l'hygiène mentale dans les facultés de médecine. Ce projet sera placé sous la direction du docteur R.C.A. Hunter, chargé de cours sur la psychiatrie, et du docteur R. A. Cleghorn, professeur adjoint de psychiatrie, tous les deux attachés à l'Institut de psychiatrie *Allan Memorial* de l'Université McGill.

TOURNÉE DE CONFÉRENCES POST-SCOLAIRES EN EUROPE ORGANISÉE PAR L'"INTERNATIONAL COLLEGE OF SURGEONS"

Le docteur Ross T. McIntire en sera le coordonnateur. Les pays visités seront la Hollande, le Danemark, la Norvège, la Suède, la Finlande, la Russie, l'Autriche, l'Allemagne et la France. Les départs se feront de New-York le 17 juillet sur le Nieuw Armsterdam, et le 24 juillet par avion.

Nouvelle forme
Dragées
sans goût, sans odeur



SULFARLEM-CHOLINE

CHOLÉRÉTIQUE - LIPOTROPE

SOUFRÉ

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.

Boite de 60

LATÉMA
LABORATOIRES DE THÉRAPEUTIQUE MODERNE
31, RUE DE LISBONNE, PARIS 8e

Herdt & Charton Inc.
2245, RUE VIAU, MONTRÉAL

La réunion d'Amsterdam aura lieu les 25 et 26 juillet; celle de Helsinki les 8 et 9 août. On passera trois jours à Leningrade (11-13 août), 3 jours à Moscou (15-17 août) et on reviendra à Vienne pour les 19 et 20 août. Les voyageurs par avion seront à New-York le 27 août, par bateau y arriveront le 2 septembre.

Pour plus amples informations, écrire au Docteur Ross T. McIntire, directeur de *International College of Surgeons*, 1516 Lake Shore Drive, Chicago (10).

PREMIÈRE RÉUNION MÉDICALE INTERNATIONALE SUR L'ARRIÉRATION MENTALE

Portland, Maine, 27 au 31 juillet 1959

Cette importante conférence sur un sujet qui comporte des étiologies diverses et à propos duquel beaucoup d'imprécis et d'inconnu existe encore, offrira un programme de communications vaste, varié et d'application très précise.

Voici l'énumération des titres de ces rapports:

Anatomie du cerveau et arriération mentale
La régulation neuro-végétative et l'activité du du cerveau
L'enzymologie et l'arriération mentale
Anomalies cranio-vertébrales
Le système réticulaire ascendant et l'activité du cerveau
Le métabolisme du cerveau avant et après la naissance
Le métabolisme des acides aminés et l'arriération mentale
Le métabolisme des lipides et des glucides
Le métabolisme du cuivre et du fer en rapport avec l'activité du cerveau
La phényl-cétonurie (3 communications)
Le traumatisme à la naissance
L'asphyxie du nouveau-né
Production expérimentale d'anomalies congénitales du système nerveux central
Les infections et l'arriération mentale
Les infections pré-natales
Les complications de la grossesse et l'arriération mentale
Diagnostic précoce des traumatismes de la naissance
Les connaissances actuelles sur la physiologie et la pathologie du mongolisme
L'érythroblastose et l'arriération mentale
La thérapie médicale de l'arriération mentale
Le traitement chirurgical de l'arriération mentale
Remarques sur le mongolisme
Le kernictérus
Le diagnostic et l'efficacité thérapeutique de la schizophrénie infantile
Le diagnostic différentiel de l'autisme, de la schizophrénie infantile et la maladie de Heller
L'étiologie et le traitement des psychoses de l'enfance
L'arriération mentale intégrée dans le programme de réhabilitation en psychiatrie infantile
Les problèmes du comportement chez les enfants à pathologie cérébrale

On envisage une traduction simultanée de ces communications à d'autres langues que l'anglais.

Frais d'inscription: $10.00. Renseignements obtenus de Conference Secretary, International Medical Conference on Mental Retardation, au soin: Division of Maternal and Child Health State House, Augusta, Maine, U.S.A.

L'Union Médicale du Canada en 1890

REVUE ANNUELLE D'OTOLOGIE ET DE RHINOLOGIE PRATIQUES

par A. A. Foucher, M.D.,
Professeur à l'Université Laval, Montréal,
Chirurgien de l'hôpital Notre-Dame.

Juillet 1890.

La résorcine dans les affections de l'oreille.

D'après une étude clinique des propriétés de ce médicament, le docteur Stein affirme que son usage rend des services signalés comme caustique, astringent, anesthésique et antiseptique. Employé en solution faible, il aide à la régénération de l'épithélium du tympan, de plus, il coagule l'albumine et son action anesthésique sur les nerfs périphériques en fait un bon remède antiphlogistique.

Otite moyenne catarrhale chronique.

Buck émet l'opinion que la plupart de ces affections reconnaissent pour cause un état analogue du naso-pharynx et que par conséquent le traitement dirigé sur ces parties produira de meilleurs résultats que s'il était destiné uniquement à l'oreille. Cette manière de voir est conforme aux faits observés:



Lorsque l'anxiété doit être soulagée,
la 'Stelazine' agit rapidement.

Peu de temps après le début du traitement, la plupart des malades constatent une diminution de leur anxiété et de leur tension. L'amélioration progresse, les résultats optimum étant généralement atteints dans les 3 à 5 jours. Les malades deviennent calmes, tout en conservant l'esprit alerte.

STELAZINE*

le tranquillisant sûr et efficace, en faibles doses

Présentation :

Comprimés:	dosés à 1 et 2 mg.
Solution—ampoules:	ampoules de 1 cc. (1 mg./cc.)
Solution stérile:	ampoules de 10 cc., à doses multiples (2 mg./cc.)

SMITH KLINE & FRENCH · MONTRÉAL 9

*Marque déposée au Canada pour la trifluopérazine, S.K.F.

Premièrement. Les otites moyennes sont rarement sinon jamais primitives: un coryza se déclare, suivi bientôt d'une rhino-pharyngite catarrhale, à ce moment les bourdonnements d'oreilles apparaissent en même temps qu'une surdité d'intensité variable, les patients n'y prêtent guère attention, excepté lorsque la surdité devient très prononcée, que les bourdonnements augmentent ou que les douleurs éveillent leurs craintes. Le coryza a pu disparaître, mais l'inflammation catarrhale persiste encore dans le pharynx et s'est frayé une route à travers les trompes, vers la caisse du tympan. Pourquoi les affections de la caisse sont-elles si communes au cours de la rougeole, de la scarlatine et autres fièvres éruptives, sinon parce que la muqueuse naso-pharyngienne est alors le siège d'une vive inflammation; pourquoi les tumeurs adénoïde du pharynx sont-elles une cause si commune de surdité chez les jeunes sujets, sinon parce qu'elles obstruent les trompes d'Eustache et entretiennent un état catarrhale de la caisse?

Deuxièmement. Pour obtenir une guérison radicale et rapide, il faut d'abord traiter et guérir les maladies du naso-pharynx.

Si l'inflammation catarrhale du naso-pharynx entretient un engouement des tempes et produit une raréfaction d'air dans la caisse, à quoi serviront les douches d'air de Politzer, renouvelées même souvent, aussi longtemps que la cause de ces troubles n'est pas enlevée. Conclusion: dans toute otite moyenne il faut examiner soigneusement l'état du nez et de la gorge, et diriger de ce côté un traitement approprié.

Tintement d'oreilles.

Lautenbach, de Philadelphie, préconise l'emploi de la nitro-glycérine dans le traitement des bourdonnements d'oreilles.

Il l'emploie sous forme de pilules à la dose de 1 centième de grain, une fois par jour, le matin, augmentant graduellement jusqu'à 6 par jour. Il y a eu amélioration dans quelques cas dès les premiers jours. Il croit que la nitro-glycérine rendra des services surtout dans les cas de tintements d'oreilles dus à une lésion cardiaque et lorsque l'acuité auditive est bonne ou peu diminuée.

Influence du téléphone sur les fonctions auditives.

Blake et Jaques sont d'opinion que l'usage de plus en plus répandu du téléphone expose l'oreille à certains dangers qu'il est à propos de faire connaître et éviter. Sous l'influence de la fatigue et de causes variées, l'oreille se montre très susceptible au choc déterminé par le bruit métallique aigu, irritant, qui résulte de l'ouverture ou de la fermeture du circuit. Ces chocs sont encore plus préjudiciables à ceux qui souffrent déjà d'affaiblissement de l'ouïe. Pour éviter ces inconvénients, il faut avoir la précaution de ne pas tenir le receveur appliqué hermétiquement sur le pavillon de l'oreille, mais plutôt à une faible distance de ce dernier, ou encore mieux à un angle d'à peu près 45 degrés en avant de l'oreille.

Inflammation des cellules mastoïdiennes.

L'inflammation aiguë primitive des cellules mastoïdiennes est extrêmement rare et généralement mal interprétée. Fulton, du Minnesota, signale un symptôme très caractéristique de cette affection, c'est une sensation de plénitude, de compression au niveau de la région mastoïdienne. Les patients portent leur main en cet endroit pour y exercer une pression qui les soulage. En apportant toute l'attention possible au diagnostic, il arrive néanmoins de faire erreur. La maladie est confondue avec une névralgie, traitée comme telle, et le patient souffre pendant des mois en attendant que la nature vienne le soulager par une ouverture spontanée de l'abcès à travers l'enveloppe externe de l'apophyse mastoïde.

Rhinite catarrhale aiguë.

Le coryza des enfants, qui cause tant de troubles pour l'allaitement et entraîne si souvent des inflammations de l'oreille moyenne, a été étudié tout spécialement par P. Legendre et Corriveau. Le premier rapporte le cas d'un enfant qui, au cours d'un coryza, a été atteint d'une dyspnée accompagnée de cyanose et de suffocation simulant un cas de croup. Au moment de l'allaitement, les voies respiratoires se trouvaient fermées de toutes parts.

Le cas de Corriveau se rapporte à un enfant âgé d'un mois, qui au cours d'un coryza aigu, a été atteint d'une attaque de chorée; cette dernière a disparu immédiatement après la guérison du coryza.

Contre le coryza infantile.

Sajovs recommande d'employer le papier buvard pour enlever les mucosités contenues dans les fosses nasales; ce papier, en outre qu'il absorbe l'humidité, détermine des éternuements qui débarrassent le nez. Les injections nasales chez les jeunes enfants exposent à des accès de suffocation et à des otites moyennes; il suffit que le liquide tombe dans le larynx ou passe à travers les trompes d'Eustache.

Ozène.

Richardson, de Londres, recommande l'emploi du coton à l'acide tannique pour combattre l'ozène et toute affection accompagnée d'odeurs fétides. Il fait la préparation de la façon suivante: il met du coton absorbant purifié dans une solution saturée de tannin à 140 degrés F., jusqu'à ce que le liquide soit complètement absorbé; il le fait alors sécher lentement à découvert et le conserve ensuite dans une bouteille bouchée à l'émeri jusqu'au moment de son emploi. Ce mode de traitement est très judicieux et donne



contrôle antibiotique
sous
contrôle du médecin

UN SEUL ANTIBIOTIQUE . . . permettant l'ajustement avec souplesse de la dose . . . sans les restrictions imposées par une association fixe . . . pour obtenir des taux optimums de tétracycline . . . efficacité insurpassée portant sur au moins 90 pour cent† des infections antibiotico-sensibles rencontrées dans la pratique générale.

Présentation: Capsules de 250 mg. avec 250 mg. d'acide citrique et de 100 mg. avec 100 mg. d'acide citrique.

Capsules d'Achromycine* V

Tétracycline avec Acide Citrique **Lederle**

* Marque Déposée

†Basé sur un relevé d'un an aurpès des médecins à l'échelle nationale

DÉPARTEMENT DES PRODUITS MÉDICAUX Lederle CANADA CYANAMID OF CANADA LIMITED
MONTRÉAL, QUÉBEC

de bons résultats, sinon pour guérir la rhinite, du moins pour faire disparaître l'odeur désagréable.

La spirométrie en rhinologie.

Le docteur Joal a consacré un long travail pour établir les bons résultats que l'on peut obtenir de la spirométrie pour constater l'influence des affections nasales sur l'activité fonctionnelle des poumons.

L'auteur, après avoir fait l'historique de la spirométrie et des spiromètres, qui remonte à Hutchison en 1846, en arrive à conclure avec Lasègue et autres que les lois fondamentales de la spirométrie n'ont pas encore été formulées et que nous ne sommes pas encore en possession de données scientifiques sur lesquelles on puisse s'appuyer pour affirmer qu'à l'état de santé un individu doit expirer tel volume d'air. Ces données sont relatives, la capacité pulmonaire varie avec le sujet, le diamètre de la poitrine n'est pas en rapport avec la capacité vitale. Il en est de même du poids du corps, de la hauteur du tronc et de la force musculaire. Par contre, le sexe et la taille de l'individu paraissent influencer la quantité d'air qu'il respire. Ainsi, pour tirer quelque profit de la spirométrie, il faudrait connaître l'amplitude respiratoire de chaque individu à l'état sain pour pouvoir en tirer des conclusions dans l'état pathologique. En ce qui regarde le travail du docteur Joal, ces conditions ont été remplies, c'est-à-dire que ses observations reposent sur des sujets sur lesquels il a pu évaluer la capacité vitale du poumon pendant et après la maladie à des époques différentes. Ces examens ont été faites de manière à être en tout point comparables entre eux, ainsi tous les patients ont été examinés dans la station verticale, l'estomac en état de vacuité. De plus, l'éducation du malade a été faite soigneusement sur la manière de respirer.

L'auteur cite 13 observations qui prouvent clairement que dans certains cas d'effections nasales, même légères, la capacité du poumon diminue. Ainsi, sans gêne respiratoire apparente, le poumon peut être entravé dans son travail d'expansion. On connaissait déjà les mauvais effets d'une respiration difficile sur le développement du poumon et de la cage thoracique, on devra maintenant pousser l'examen plus loin et faire disparaître tout ce qui de près ou de loin pourrait entraver la respiration nasale et buccale.

Au cours de certaines affections nasales ou pharyngiennes, coryza chronique, polypes nasaux, rhinites hypertrophiques, tumeurs adénoïdes, hypertrophie des amygdales, etc., différents auteurs ont tour à tour signalé une configuration particulière de thorax. Robert dit de ceux qui respirent par la bouche que « la poitrine au lieu d'offrir sur ses parties latérales une surface régulière et arrondie, est au contraire déprimée, plane et même quelquefois concave, comme si à l'époque où les côtes étaient molles et flexibes, on les avaient comprimées d'un côté vers l'autre ».

Les tumeurs adénoïdes du pharynx étaient alors inconnues, cependant, c'est à elles qu'il faùt attribuer en grande partie ce défaut qui consiste à dormir habitutellement la bouche ouverte. Ces tumeurs obstruent les narines, l'air est inspiré difficilement, le poumon cesse d'avoir son libre jeu et il se produit un tirage chronique que Chatellier a caractérisé de la façon suivante: Les sujets qui ont perdu complètement la respiration nasale et qui respirent uniquement par la bouche, ont une insuffisance du courant inspiratoire au moins pendant le sommeil, car le voile du palais retombe inerte sur la base de la langue, opposant ainsi un obstacle à l'entrée de l'air. Ces malades luttent pour respirer; aussi les voit-on essouflés pendant la veille, incapables de se livrer à un exercice musculaire quelque peu violent, et, pendant le sommeil, sujets à des réveils en sursaut au milieu des sueurs.

A part les accidents respiratoires d'ordre purement mécanique, Joal attire l'attention sur les maladies du nez susceptibles de provoquer du côté de la poitrine une autre série de phénomènes qui sont d'ordre réflexe: l'asthme et les polypes muqueux du nez. Il est en effet bien démontré que certains asthmes ont une origine nasale.

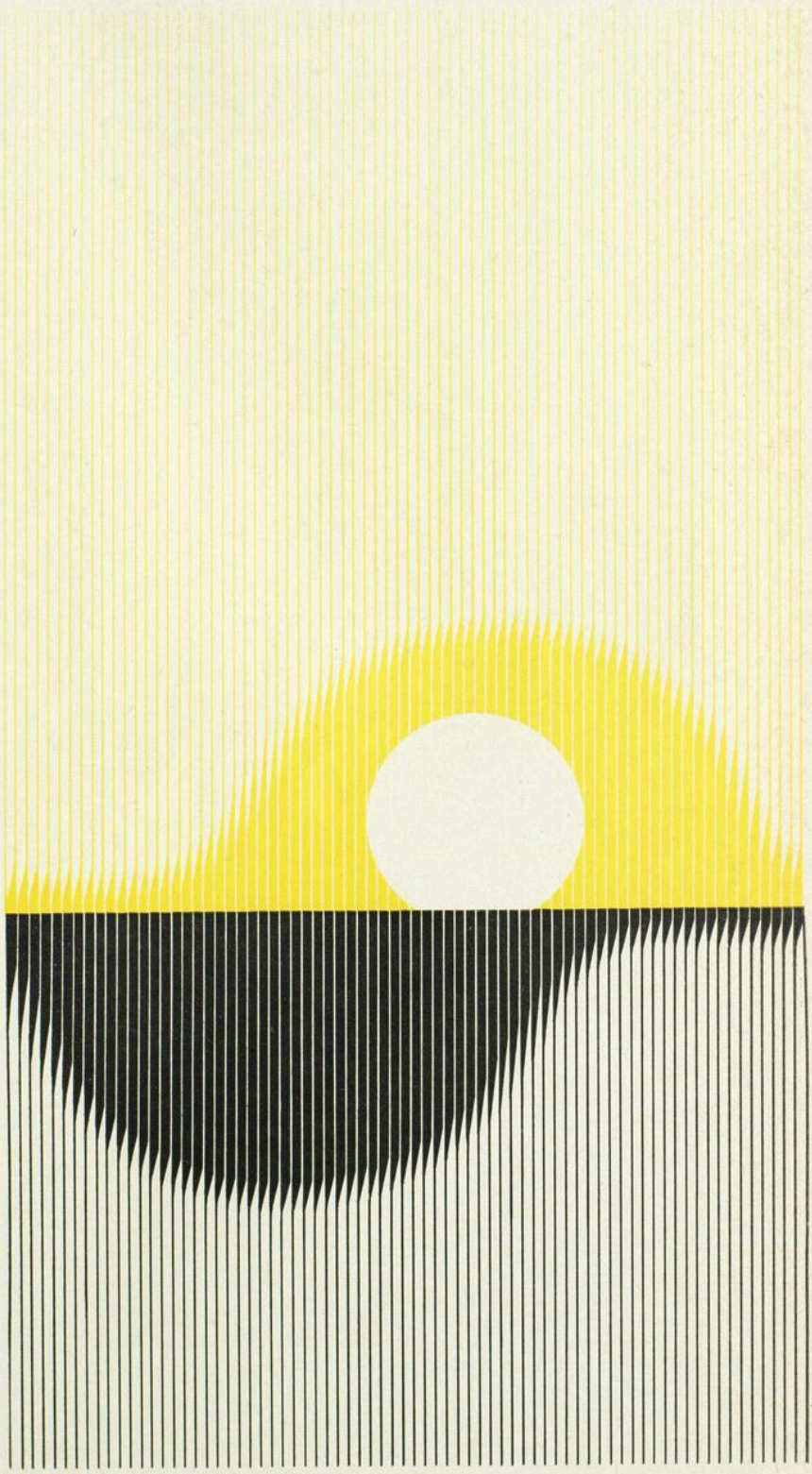
L'auteur termine son intéressante étude en signalant l'utilité de la spirométrie pour connaître la puissance respiratoire d'un chanteur, et en démontrant par des faits cliniques que certains troubles vocaux ont pour point de départ une affection du nez qui agit en diminuant le volume d'air expiré.

L'aube d'une nouvelle époque

Tofrānil®

Thymoleptique

Dans le traitement des états dépressifs



U composé entièrement nouveau issu des laboratoires de recherches Geigy.

Spécifique pour le traitement de la dépression.[1-10]

Efficace dans 70-85% des cas[2,4,7]

Résultats heureux même dans les cas les plus graves et chroniques[2,4,7]

Virtuellement dépourvu de réactions secondaires sérieuses[2,5,7]

Réduit au minimum le besoin de thérapie électroconvulsive[2,5,6]

Peut être administré soit par voie orale ou intramusculaire

Les indications de TOFRĀNIL comprennent:

Dépression endogène	Dépression réactive
Mélancolie involutionnelle	Dépression sénile

Dépression associée aux syndromes organiques et psychiatriques.

Posologie: Le traitement doit être commencé avec 75 mg. par jour (3 dragées), en doses divisées, et si nécessaire augmenté à 250-300 mg. (pour les malades hospitalisés) ou 200 mg. par jour (pour les cas de clinique et pour les malades hospitalisés de plus de 65 ans).

Les propriétés de Tofrānil, que l'on peut le plus exactement qualifier de thymoleptiques (θυμος, âme; λεπτος, changement ou disposition) ou encore de "régulatrices du comportement", le placent dans une catégorie nouvelle de produits psychothérapeutiques. Il constitue un progrès réel dans le traitement des états de dépression.

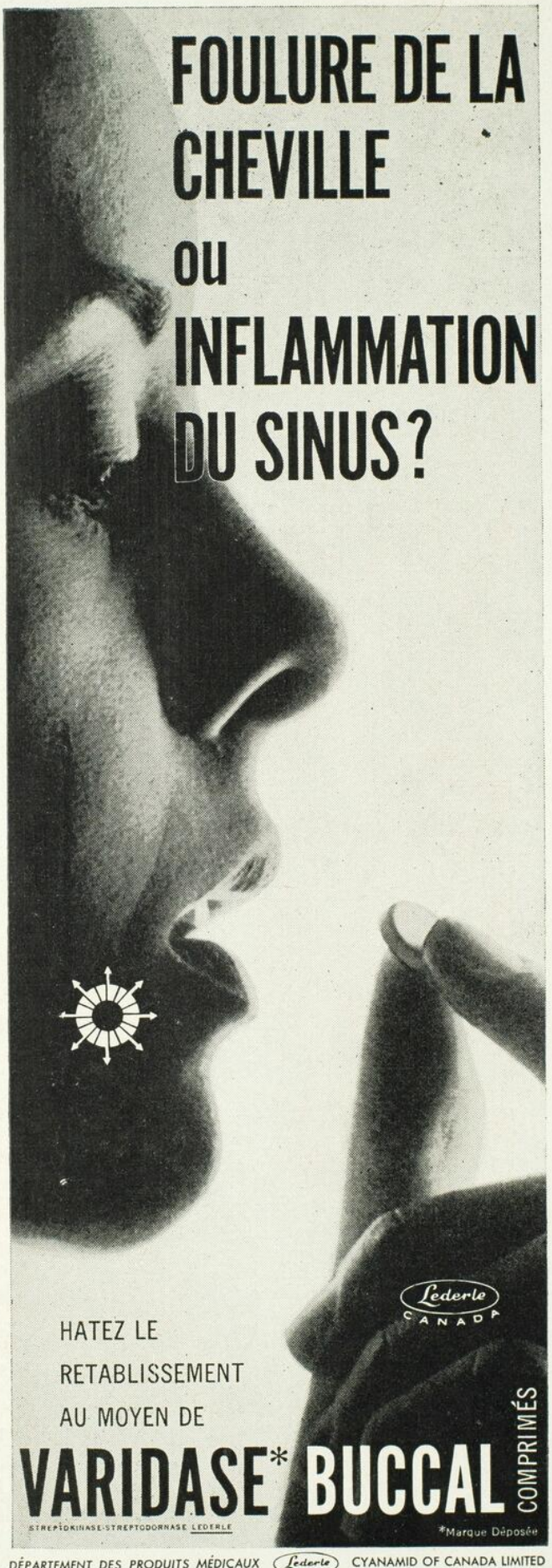
Disponibilité: Tofrānil (chlorhydrate d'imipramine) est disponible sous forme de dragées à enrobage entérique de 25 mg. en flacons de 100 et de 1000; et sous forme d'ampoules de 25 mg./2 ml. en boîtes de 10 et de 50.

BIBLIOGRAPHIE:

1. Azima, H.: C.M.A.J., avril 1959.
2. Azima, H., et Vispo, R. H.: Am. J. Psychiat. **115**:245, septembre 1958.
3. Azima, H., et Vispo, R. H.: Arch. Neurol. & Psychiat. (sous presse)
4. Freyhan, F. A.: Présenté au Premier Congrès International de Neuro-psycho-pharmacologie à Rome, 12 septembre 1958.
5. Kielholz, P., et Battegay, R.: Schweiz. Med. Wchnschr. **88**:763, 2 août 1958.
6. Kuhn, R.: Am. J. Psychiat. **115**:459, novembre 1958.
7. Lehmann, H. E.; Cahn, C. H. et de Verteuil, R. L.: C.P.A.J., 1958.
8. Mann, A. M., et MacPherson, A. S.: C.P.A.J., **4**, 38-47, 1959.
9. Sloane, R. Bruce, Habib, A., et Batt, U. E.: Rapport préliminaire, C.M.A.J., avril 1959.
10. Straker, M.: C.M.A.J., avril 1959.

Geigy

PRODUITS PHARMACEUTIQUES
Division de Geigy (Canada) Limited,
2626 Bates Road, MONTRÉAL 26, Canada.



NOUVELLES PHARMACEUTIQUES

FUNGIZONE DANS LES MYCOSES

La maison Squibb vient d'annoncer la création d'un dépôt d'urgence à Montréal où l'on peut se procurer, à bref délai, un nouvel antibiotique dont l'efficacité clinique s'est avérée dans le traitement de plusieurs mycoses aussi bien superficielles que généralisées. Squibb a ouvert de semblables dépôts d'urgence à travers le monde, dans 22 pays.

Cet antibiotique — appelé Fungizone (amphotéricine B) — s'est révélé efficace, d'après les investigateurs, contre les maladies mycosiques généralisées ci-après dont plusieurs ont eu des suites mortelles avant la découverte de cette préparation: la cryptococcose (torulose); la coccydioïdomycose; l'histoplasmose; la blastomycose nord et sud-américaine; l'aspergillose; la leishmaniose sud-américaine et la moniliase généralisée. On nota que plusieurs médecins obtinrent d'heureux résultats avec la Fungizone pour le traitement de la méningite à cryptocoque. L'an dernier, au Canada, on envoya de la Fungizone par avion ou autrement à plus de 20 cliniciens.

La Fungizone — ou amphotéricine B — provient d'une espèce encore non étudiée de Streptomyces qui fut isolée, par les travailleurs scientifiques de l'Institut Squibb de la Recherche médicale du Nouveau-Brunswick (U.S.A.), sur des prélèvements de sol recueillis sur les berges de l'Orénoque, au Vénézuéla.

Les cliniciens qui employent la Fungizone rapportèrent une amélioration passable marquée chez un nombre appréciable de sujets. Les résultats furent négatifs dans certains cas, ou le traitement dut être interrompu à cause des effets toxiques. On a signalé que les frissons, la fièvre, la nausée et le mal de tête étaient des effets secondaires souvent constatés. Dans certains cas, on eut raison de ces réactions ou on put les atténuer avec des fébrifuges ou des antihistaminiques, en cessant le traitement ou en diminuant le dosage.

La Fungizone s'administre généralement par injection intraveineuse lente. D'après les investigateurs, on peut également recourir à d'autres voies parentérales. La Fungizone est offerte sous forme de poudre stérile, en flacons de 50 milligrammes d'amphotéricine B activité; cette poudre doit être mélangée à une solution de dextrose. Le fabricant déconseille l'emploi de solution saline.

TRILAFON CONCENTRÉ

Schering annonce l'introduction de Trilafon Concentré, un liquide à concentration élevée, spéciale-

ment préparé pour surmonter les difficultés d'administration de médicaments fréquemment rencontrés chez les psychotiques hospitalisés c'est-à-dire lorsque les patients dissimulent les comprimés et en simulent l'ingestion ou encore résistent à la prise de médicaments en général.

La grande variété de liquides dans lesquels Trilafon Concentré peut être dilué en fait la présentation idéale pour les patients incapables d'avaler des comprimés, pour ceux qui préfèrent une médication liquide ou lorsqu'il est nécessaire d'en dissimuler l'identité au patient. Des jus de fruits, du lait, du café, des breuvages gazeux ou tout autre liquide peut être employé pour la dilution de Trilafon Concentré. Le thé n'est pas recommandé.

Trilafon Concentré renferme 16 mg. de perphénazine par 5 cc., un tranquillisant très puissant à action ataractique étendue. Il est très eficace pour soulager l'anxiété, la tension, l'hyperactivité psychomotrice ainsi que les autres manifestations du stress émotionnel. Trilafon Concentré est aussi un antiémétique puissant remarquablement efficace pour contrôler les nausées et vomissements causés par une grande variété de causes.

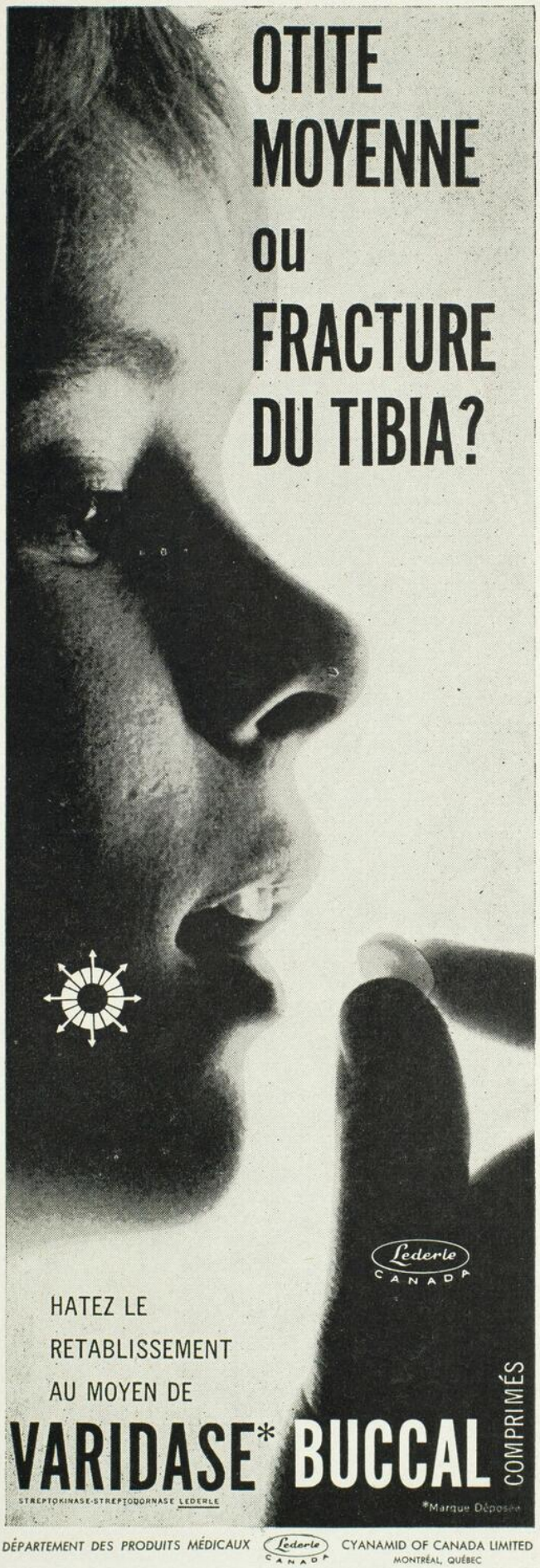
Trilafon Concentré est un produit de recherche de Schering. Il est fourni en flacon de 4 oz. avec compte-gouttes gradué. Vos commandes devront être envoyées directement à Schering Corp. Ltd., à Montréal, tout en indiquant par l'entremise de quel grossiste votre commande devra vous être chargée.

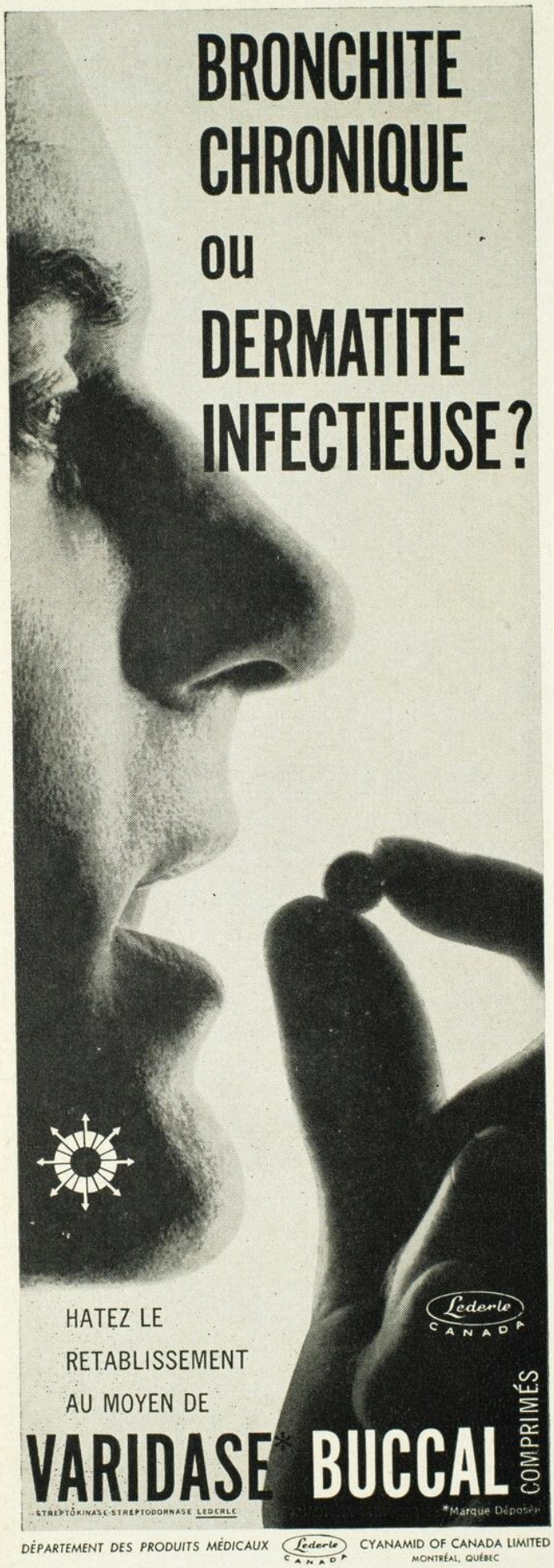
P. S. — Trilafon Concentré est photo-sensible et devrait être distribué dans des flacons ambre. Il devrait être gardé à l'abri de la lumière dans un endroit frais.

CENTRE DE RECHERCHES PHARMACEUTIQUES À AYERST, McKENNA & HARRISON

A Ville St-Laurent, près de Montréal, vient de commencer l'érection d'un nouveau centre de recherches dans le domaine des produits pharmaceutiques et à son parachèvement, il sera le plus vaste au Canada.

Ayerst, McKenna & Harrison Ltd., fabricants de produits pharmaceutiques, consacreront plus d'un million et demi pour ces laboratoires destinés exclusivement aux recherches sur le plan médical et pharmaceutique, aux essais avec les produits nouveaux et à leurs dérivés, ainsi qu'à la création de nouvelles drogues.





Ces laboratoires de recherches sont à la disposition de toute l'organisation Ayerst, qui jouit d'une excellente représentation dans plus de 32 pays à travers le monde.

Afin de répondre aux exigences provoquées par l'agrandissement nécessaire aux laboratoires actuels, et pour faciliter les travaux dans les nouveaux domaines de la recherche et dans la création de nouveaux produits pharmaceutiques, on a prévu ce nouveau centre qui se compose de deux bâtisses offrant une surface totale de plus de 50,000 pi. ca.

La superficie totale des laboratoires d'Ayerst, McKenna & Harrison Ltd. à Ville St-Laurent, en y ajoutant les deux nouveaux immeubles, s'élèvera à 200,000 pi. ca. Et pour effectuer cette expansion, ce sont les quatrième et cinquième édifices à être construits depuis 1944.

Ces nouveaux laboratoires sont sous l'habile direction du Dr Roger Gaudry qui est responsable de la mise à exécution de tous les projets de recherches de l'organisation.

Le Dr Gaudry est diplômé de l'université de Laval, à Québec, et a fait des études post-scolaires à l'université d'Oxford à titre de boursier de la fondation Cecil Rhodes. Il fut ainsi le récipiendaire de la médaille Pariseau pour ses recherches sur les amino-acides.

NOMINATION DU DOCTEUR R. G. WARMINTON



La nomination du docteur R. G. Warminton, de Niagara Falls, Ontario, au poste nouvellement créé de directeur médical du Département des Produits médicaux de la Cyanamid of Canada Limited, vient d'être annoncée par Monsieur J. R. Brown, Jr., gérant du Département. Cette nomination est effective à dater du 1er juin.

Membre de l'American Board of Preventive Medicine et Fellow de l'Association Médicale Industrielle, le docteur Warminton a occupé le poste d'officier médical aux usines de la Cyanamid à Niagara pendant les onze dernières années.

Diplômé de l'Ecole de Médecine de l'Université de Toronto en 1936, il exerça d'abord la médecine à Toronto, puis, en 1942, entra dans le Corps d'Aviation Royal Canadien comme médecin militaire avec le grade de capitaine aviateur. Durant son temps de service, il occupa différents postes, et en particulier celui de médecin consultant au Christie Street Hospital, à Toronto, sous les ordres du docteur G. C. Anglin, et celui de consultant pour les trois armées et pour le ministère des Affaires des Anciens Combattants.

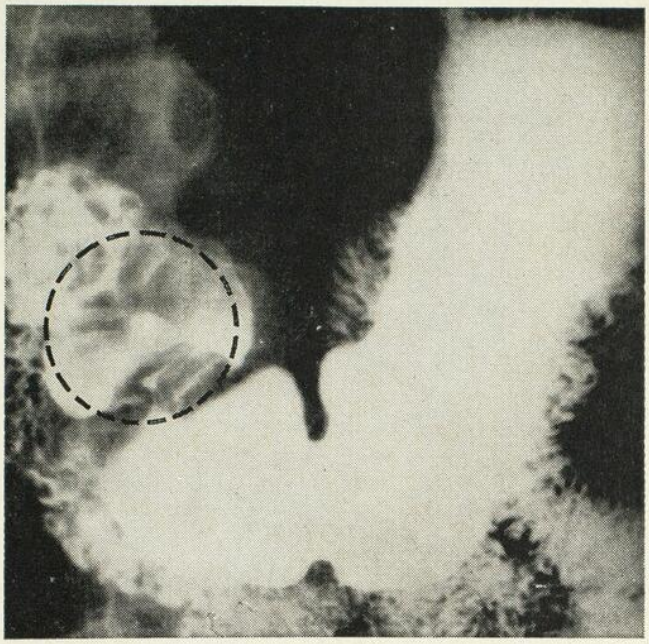
Après sa démobilisation, il reprit son bureau de médecin à Toronto, d'abord comme chirurgien, puis comme spécialiste en médecine interne. En 1947, il accepta le poste d'officier médical à l'Aéroport de Dorval, pour la TCA et la BOAC, avant d'entrer à la Cyanamid en 1948.

Le docteur Warminton s'est toujours occupé activement des problèmes de santé, dans le domaine industriel en particulier. Il est président du Comité de la médecine industrielle de l'Association Médicale Canadienne, président et directeur du Comité industriel de la Ligue de Santé du Canada, conseiller de l'Association Médicale Industrielle pour le Canada central. Par ailleurs, il a été président de l'Association Médical du Greater Niagara et chef du personnel du Greater Niagara General Hospital.

Le docteur Warminton occupera ses nouvelles fonctions au bureau chef de la compagnie à Montréal.

Le docteur et Madame Warminton s'installeront très prochainement à Montréal.

dans le traitement de l'ulcère duodénal



contrôle sûr et efficace de l'acidité

Dans le traitement de l'ulcère duodénal, le Gelusil contrôle l'acidité avec sûreté — en maintenant le pH gastrique à un niveau normal (3.5 à 5). Son action émolliente facilite la cicatrisation des tissus lésés. Le Gelusil ne constipe pas, n'est pas un laxatif — un fait d'une importance particulière dans le traitement de l'ulcère.

COMPRIMÉS
GELUSIL

LIQUIDE
GELUSIL

Deux comprimés (ou deux cuillerées à thé de Liquide Gelusil) deux heures après les repas ou selon les besoins.

WARNER-CHILCOTT
Laboratories CO. LIMITED. TORONTO. CANADA

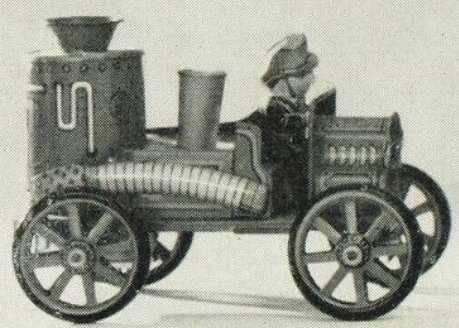
suppression
inflammatoire

correction
inflammatoire

antiallergique

antirhumatismal

nouveau, exclusif



Prednis-CVP

double action
anti-inflammatoire

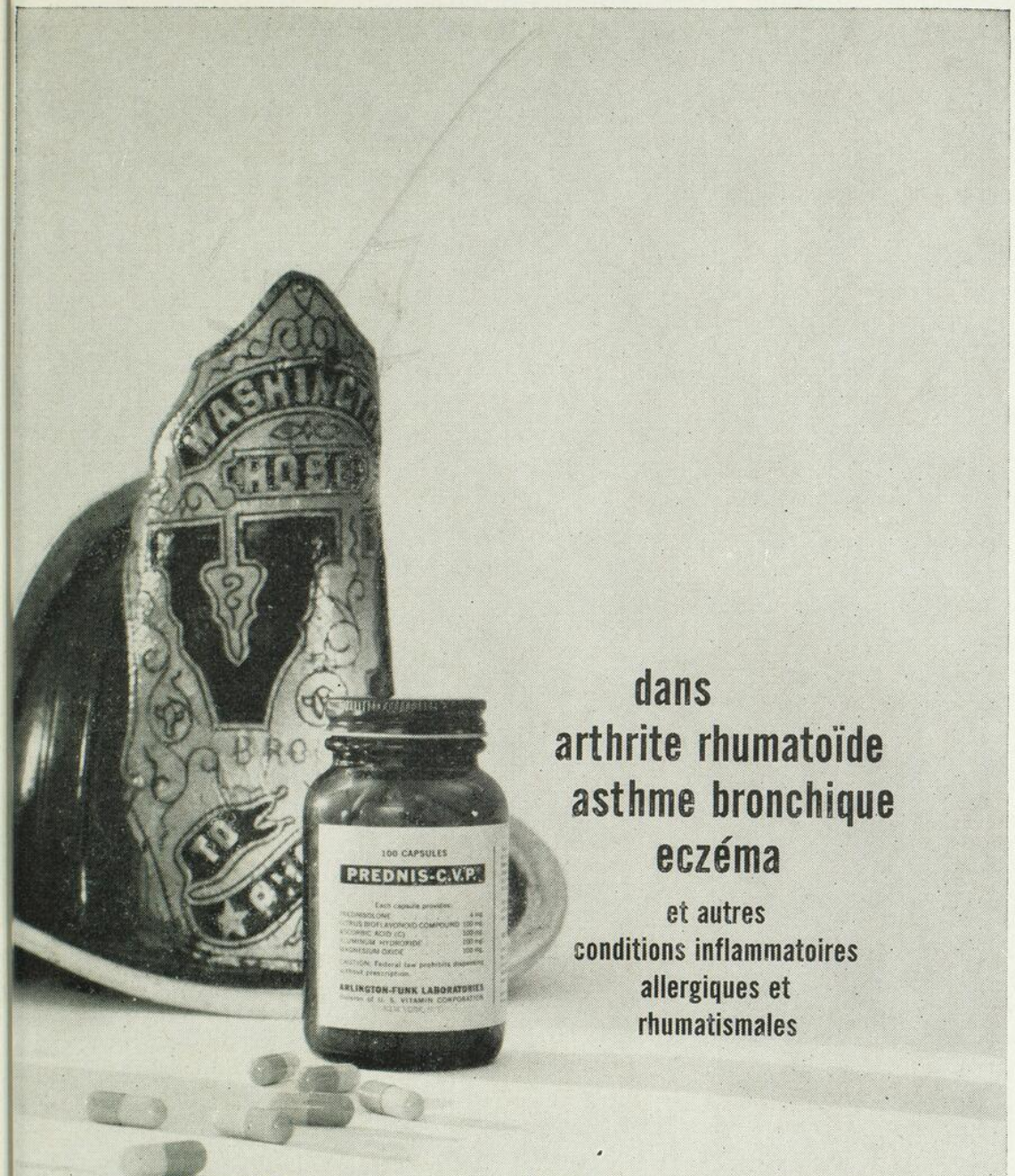
suppression inflammatoire . . .
action puissante, rapide et soutenue avec prednisolone

correction inflammatoire . . .
réduction de la perméabilité capillaire anormale avec les bioflavonoïdes d'agrumes

facteurs de sécurité
"built-in"

avec les bioflavonoïdes d'agrumes . . .
contre ecchymoses, purpura, hémorragie gastrique et autres hémorragies capillaires causées par les stéroïdes

avec antacides . . .
contre les douleurs gastriques troubles digestifs, nausées



dans
arthrite rhumatoïde
asthme bronchique
eczéma

et autres
conditions inflammatoires
allergiques et
rhumatismales

posologie suggérée:
Dosage initial moyen
2 à 5 capsules par jour
en doses fractionnées;
dans les cas graves,
6 à 10 capsules par jour.
Réduire le dosage graduellement
pour obtenir un niveau de
maintien effectif.
Bouteilles de 30, 100 et 500 capsules

Chaque capsule PREDNIS-C.V.P. fournit:

PREDNISOLONE	4 mg.
COMPOSE BIOFLAVONOÏDE d'AGRUMES	100 mg.
ACIDE ASCORBIQUE (C)	100 mg.
HYDROXIDE d'ALUMINIUM	100 mg.
OXIDE DE MAGNÉSIUM	100 mg.

Échantillons et littérature peuvent être obtenus de

arlington-funk laboratories, division
u. s. vitamin corporation of canada, ltd. • 1452 Drummond St., Montreal

Conçu pour répondre à vos standards–

Le Lait Morning

le lait semi-écrémé garanti par Carnation



Votre recommandation du Lait Morning semi-écrémé est justifiée par cette qualité contrôlée, longuement éprouvée, qui a fait du Lait Carnation le lait accepté pour l'alimentation des nourrissons qui exige une forte teneur en gras.

NOURRISSANT ET DIGESTIBLE : On a uniformisé la production pour avoir les proportions précises de la vitamine D et de la teneur en gras.

UNIFORME: On maintient une haute qualité uniforme dans chaque boîte, grâce à une surveillance constante au laboratoire.

SÛR: On accepte seulement le meilleur lait qui a passé l'inspection et on vérifie chaque étape de la production. Et le Lait Morning est protégé par la boîte spéciale de Lait Evaporé Carnation.



UN AUTRE PRODUIT DE QUALITÉ CARNATION

Atarax et Anxiété

HCL d'HYDROXYZINE

Névrose d'angoisse

Son origine

1) Etat de dépendance:

Le fait de dépendre d'une personne dont l'abandon est redouté, à tort ou à raison, peut souvent contribuer à déclencher une névrose d'angoisse. On en trouve fréquemment la cause immédiate dans des relations qui laissent à désirer entre:

1. enfant et parents
2. patron et employé
3. maître et serviteur
4. conjoints, au point de vue sexuel

2) Respectabilité:

Un sujet, dont le comportement émotif normal ne dépend que du maintien d'une respectabilité apparente dans la société, risque, s'il la sent menacée dans son intégrité, de contracter une névrose d'angoisse. Dans ce domaine, le côté anormal des relations précitées peut représenter pareille menace.

Ses signes somatiques:

L'anxiété se compose d'un élément de perception psychique et se traduit par des modifications physiologiques. L'expression somatique de la névrose d'angoisse se manifeste couramment par: vertige, tremblements, sueurs, dyspnée, palpitation, état billieux, nausée, diarrhée, paresthésies.

Son traitement:

L'hypothalamus est le principal centre régulateur des mécanismes autonomes qui donnent naissance aux signes physiques de l'angoisse. L'Atarax, par son action sur l'hypothalamus, règle l'activité de ce centre et, partant, prévient l'apparition des troubles fâcheux qui viennent d'être décrits dans le paragraphe: signes somatiques.

Le rôle régulateur exercé par l'Atarax n'entraîne pas cependant une dépression corticale indue et permet au malade de saisir pleinement le rapport existant entre ses troubles somatiques et leur composante psychique. A l'encontre d'autres médications, l'Atarax n'a pas tendance à faire perdre de vue au malade l'existence et l'importance de ses difficultés conflictuelles, mais il le met dans une position bien meilleure pour les résoudre efficacement.

Réactions toxiques:

Durant les trois années d'expérience clinique de l'Atarax, on n'a jamais rapporté que son emploi ait donné lieu à des réactions toxiques graves. On n'a notamment observé ni dyscrasie sanguine, ni troubles mentaux ou neurologiques graves, ni lésion hépatique. On n'a pas noté non plus de dermatite.

Les malades traités ont cependant présenté des effets secondaires bénins : somnolence, sécheresse de la bouche et céphalées se produisent au début du traitement, pour disparaître par la suite.

PRÉSENTATION: comprimés à 10 mg (orange) et à 25 mg (vert), en flacons de 24, 100 et 500, comprimés à 50 mg (rouge), en flacons de 24 et 100. Sirop dosé à 10 mg/5 cc, en flacons de 4 et 16 onces.

Pfizer

La Science pour le Bien-Etre Universel

PFIZER CANADA,
Division de Pfizer Corp.,
5330, avenue Royalmount,
Montréal 9, P. Q.

DU NOUVEAU! Les Dîners Equilibrés à la Viande Swift's—DANS DU VERRE



Si purs, si frais dans des bocaux en verre étincelant, les nouveaux Dîners à la Viande Swift's pour Bébés sont un mélange soigneusement équilibré de viande 100% Swift's maigre, de légumes, et d'un peu de céréales. Comme les Viandes 100% Swift's bien connues pour Bébés, ils sont préparés seulement avec les meilleurs ingrédients qui soient. Les viandes les plus maigres et les plus fraîches . . . les légumes les plus tendres et les plus frais—le tout paré, cuit et réduit en purée avec le plus grand soin—voilà ce qui rend les Dîners à la Viande Swift's nourrissants et faciles à digérer.

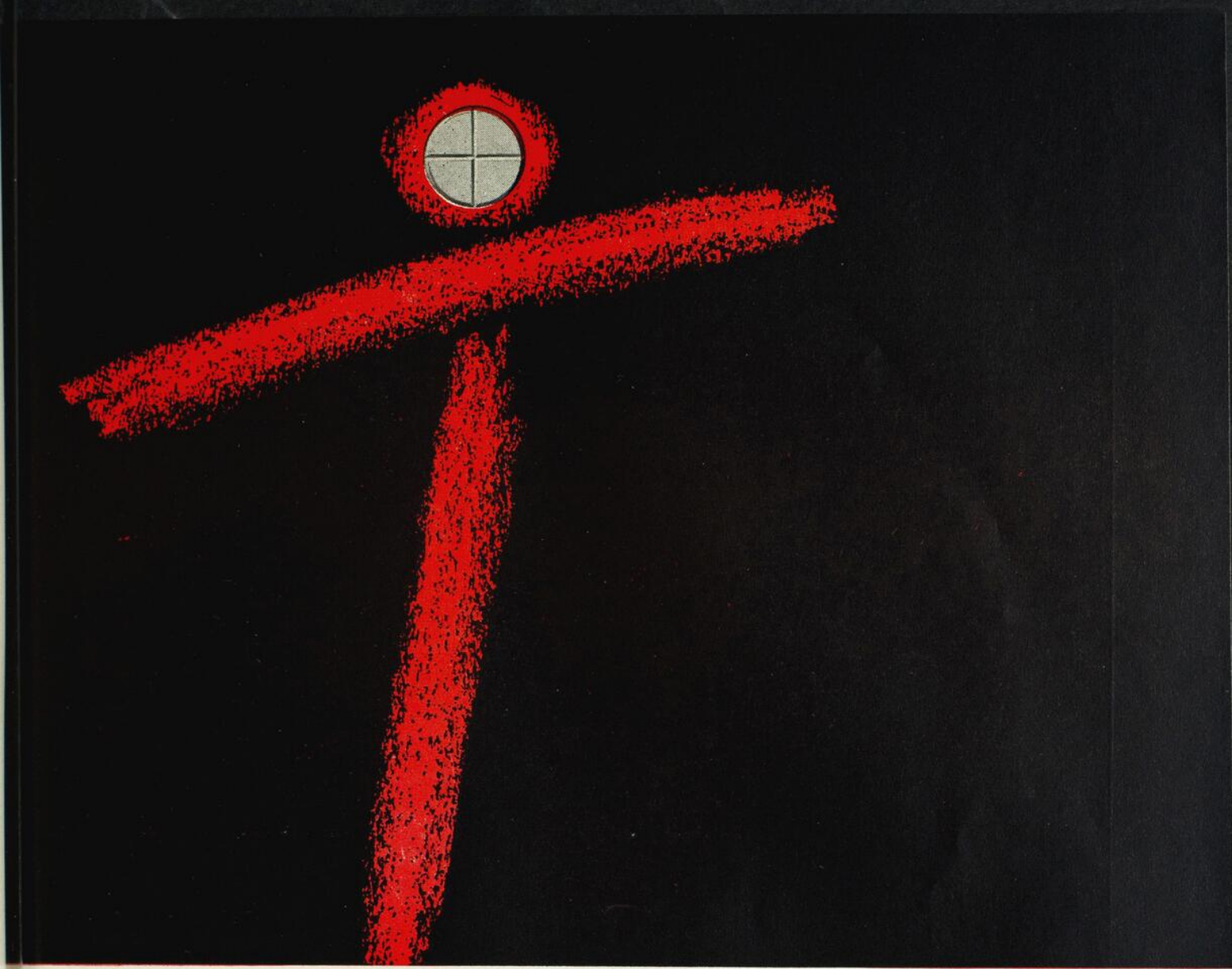
Les nouveaux Dîners à la Viande Swift's offrent un autre moyen excellent d'inclure les importantes valeurs nutritives de la viande dans le régime des nourrissons. Vous pouvez recommander les Dîners à la Viande Swift's pour Bébés en toute confiance. 5 variétés: Boeuf, Poulet, Jambon, Veau et Agneau. (La plupart sont également disponibles sous forme hachée pour Enfants.)

AUTRES VIANDES POUR BÉBÉS DE SWIFT . . .

Boeuf • Agneau • Porc • Veau • Poulet • Poulet et Veau • Jambon • Foie • Foie et Bacon • Coeur de Boeuf • Porc avec Compote de Pommes • Jambon avec Sauce aux Raisins • Agneau avec Arôme de Menthe • Jaunes d'Oeufs • Jaunes d'Oeufs et Bacon.

Swift

Pour mieux servir votre famille



SEULEMENT 1 COMPRIMÉ

CÔNTROLE ET SÉCURITÉ
ULFAMIDÉS INSURPASSÉS

KYNEX*

Sulfaméthoxypyridazine Lederle

donne des taux thérapeutiques de sulfamide pendant 24 heures . . . Très soluble . . . s'absorbe rapidement . . . produit rapidement des concentrations plasmatiques-tissulaires soutenues. Dose quotidienne simple et facile à retenir: 0.5 gramme. Pas de cristallurie.

la fréquence des réactions de sensibilité au KYNEX est faible . . . son potentiel toxique est bas.[2,3] Les réactions cutanées et autres réactions objectives de sensibilité sont rares, comme l'a démontré une évaluation en grand de la toxicité clinique.[2] Les petites réactions subjectives sont également moins sujettes à se produire aux doses recommandées.[2]

Comprimés, 0.5 g., flacons de 24 et de 100. Nouvelle SUSPENSION PÉDIATRIQUE ACÉTYLÉE, aromatisée à la cerise, activité correspondant à 250 mg. de sulfaméthoxypyridazine par cuillerée à thé (5 cc.), flacons de 4 et de 16 onces.

1. Editorial: New England J. Med. 258:48, 1958.
2. Vinnicombe, J.: Antibiotic Med. & Clin. Thera 5:474, 1958.
3. Sheth, U.K., et coll.: Ibid p. 604, 1958.

ÉPARTEMENT DES PRODUITS MÉDICAUX

*arque Déposée

Lederle CANADA

CYANAMID OF CANADA LIMITED
MONTRÉAL, QUÉBEC

DEPUIS PRÈS D'UN DEMI-SIÈCLE

Toujours le même but:

RÉDUIRE LE TAUX DE LA MORTALITÉ INFANTILE

Par la Qualité de nos Produits

BUREAU CHEF:
LA. 3-3121

SUCC. N.-D.-DE-GRÂCES:
HU. 4-3561

J. J. Joubert LIMITÉE

PAVERAL

reste toujours un médicament de choix pour le traitement scientifique de la

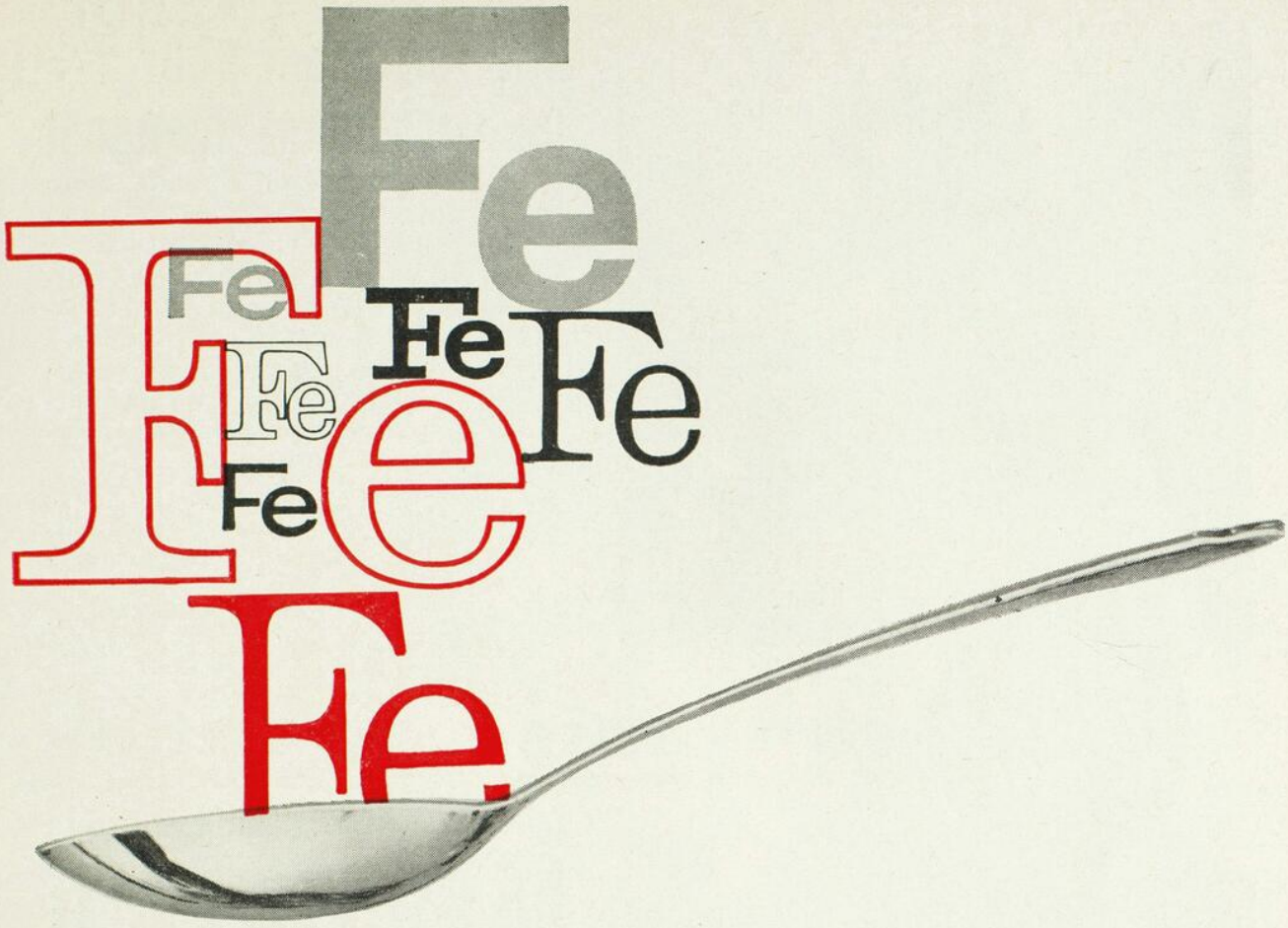
• • COQUELUCHE • •

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



ASSIMILATION CERTAINE DE FER

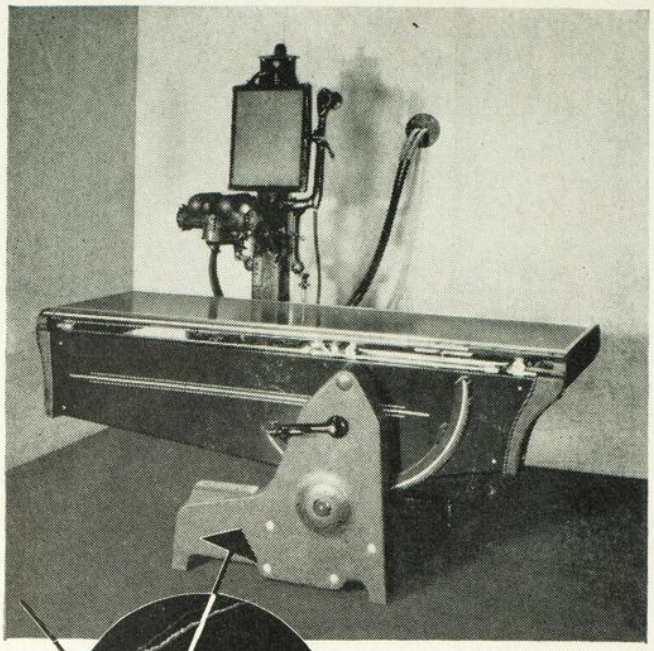
La formule exclusive qui préside à la préparation des céréales Gerber comporte un sel de fer (pyrophosphate de fer) spécialement choisi en raison de son absorption facile par les nourrissons. L'assimilation s'opère aussi facilement et au même degré que celle du fer présent dans les sources alimentaires naturelles. (Une étude clinique* sur les céréales Gerber corrobore ce point.) En outre, en vue d'assurer une utilisation maximum du fer, on utilise des céréales reconnues comme une bonne source de cuivre présent à l'état naturel.

Les travaux expérimentaux qui ont présidé au choix de la formule des Céréales Gerber sont un exemple probant des recherches continuelles entreprises par Gerber dans l'intérêt d'une meilleure nutrition infantile.

Aliments Gerber pour Bébés

NIAGARA FALLS, CANADA

*A. M. A. JOURNAL OF DISEASES OF CHILDREN, 95: 109 - 119, 1958

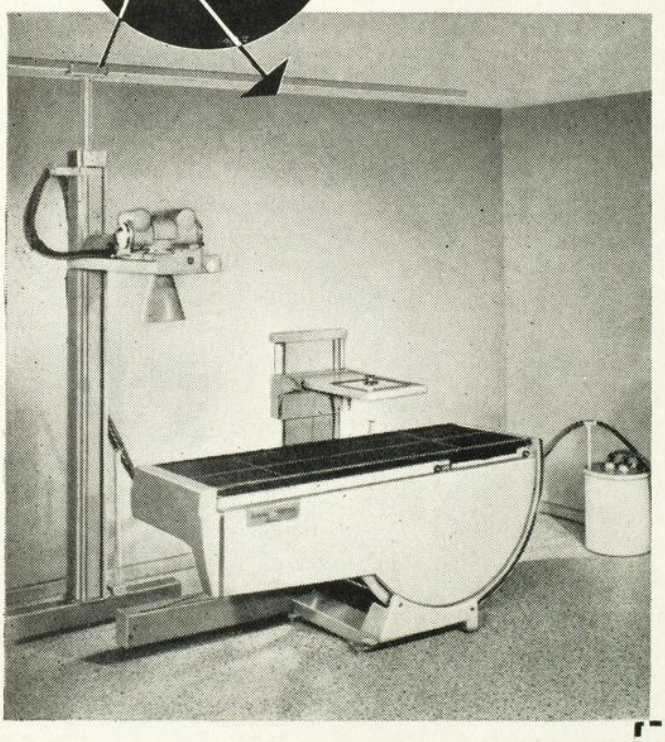


Tout ceci pour un versement mensuel

- √ L'avantage d'un équipement de rayons X des plus modernes . . . pas de pertes causées par un appareil désuet
- √ Pas de "suppléments" surprise — inspection périodique, entretien, remplacement des lampes et des pièces
- √ Facilité de remplacer des pièces ou d'en ajouter, à mesure qu'apparaissent de nouvelles améliorations apportées par le progrès
- √ G.E. paie les assurances . . . se charge du problème de percevoir les montants dus, le cas échéant de dommages à l'appareil
- √ G.E. paie les taxes locales pour propriété de l'appareil

From This to This

sans mise de fonds



la différence réside dans le

Maxiservice®

service de location

Voici la solution parfaite au problème de l'installation économique d'un appareil à rayons X, avec facilité de profiter au jour le jour des progrès de l'industrie. Le Maxiservice G.E. n'entame *aucunement* votre capital... il supprime les pertes occasionnées par la reprise d'un ancien appareil — c'est le progrès et non pas l'état de vos finances qui détermine le moment de changer votre appareil. En effet, dans votre contrat il est question non seulement d'équipement, mais de *service*, de *commodités*, et de *facilités de changement*.

Pour de plus amples renseignements, voyez votre représentant d'appareils à rayons X G.E. ou envoyez-nous le coupon ci-dessous pour obtenir un exemplaire de notre nouvelle plaquette Maxiservice.



Le Progrès est le plus Important de nos Produits

GENERAL ELECTRIC

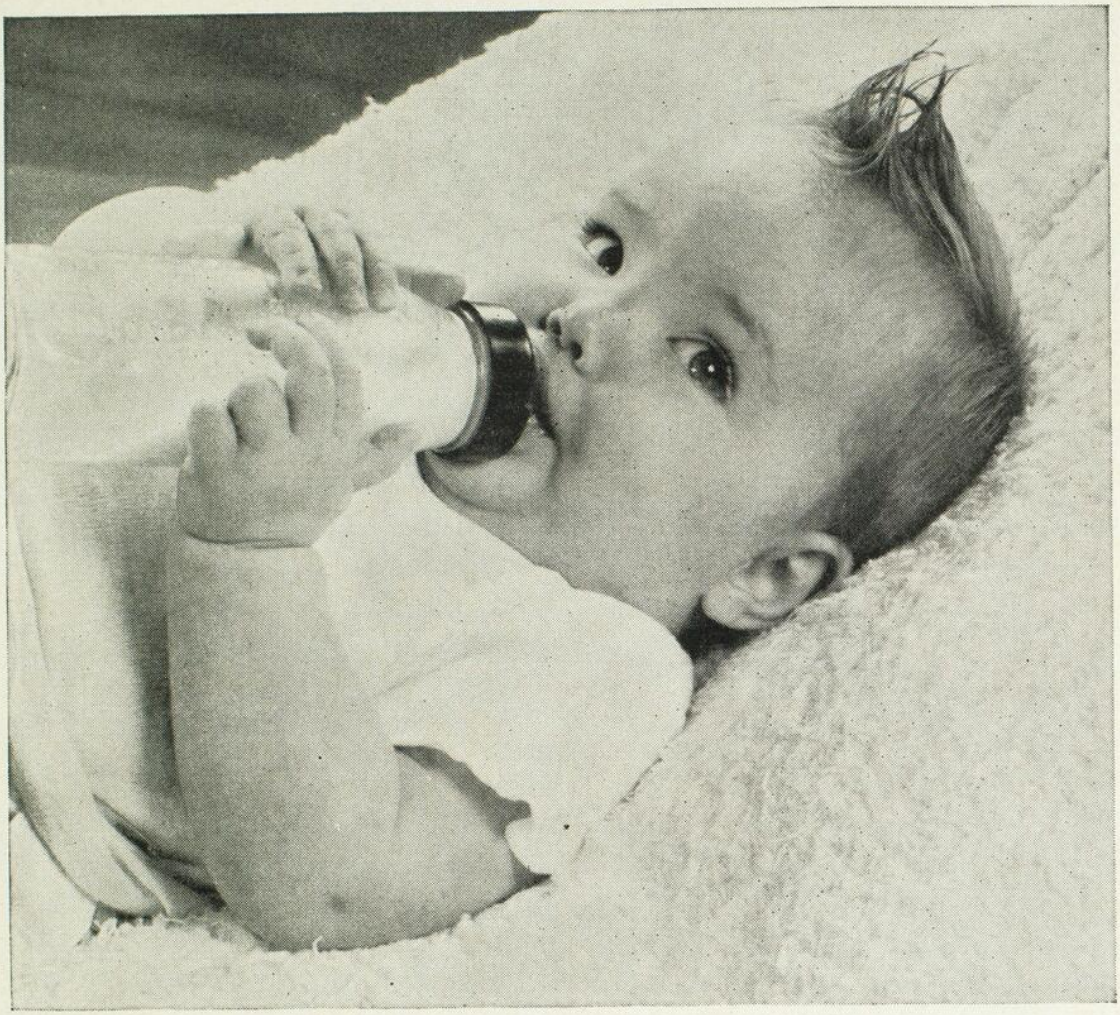
X-RAY DEPARTMENT
GENERAL ELECTRIC CO.
Milwaukee 1, Wis., Room FF-17

S.V.P. m'envoyer votre plaquette de 12 pages MAXISERVICE.

Nom .....

Adresse .....

Il est heureux!... puisqu'il est au S-M-A!



Le S-M-A représente, pour le nourrisson, une alimentation saine

Le protéine du S-M-A y est présente dans une proportion physiologique. Le bébé nourri au S-M-A reçoit une ration quotidienne de protéine qui se compare à celle du nourrisson allaité par la mère.

Le lipide du S-M-A est riche en acides gras essentiels. Le S-M-A apporte 20 calories à l'once, soit la même ration calorique que le lait maternel.

Le S-M-A renferme des hydrates de carbone *physiologiques*, sous forme de lactose et dans une proportion (7%) qui se rapproche étroitement de celle du lait maternel.

Le S-M-A apporte des vitamines et des minéraux, à doses suffisantes pour couvrir les besoins organiques nécessaires à la santé et à la croissance.

Revient à moins d'un sou l'once

Wyeth

MARQUE DÉPOSÉE
WALKERVILLE, ONTARIO

S-M-A

en boites de 16 onces

TABLE DES ANNONCEURS

Pages

Abbott Laboratories (Iberol - Pentothal) ..... XLIX - L

Austin Laboratories (Tricofuron) XLIII

Ayerst, McKenna & Harrison (Miltown - Hylenta - Dr) ..... XXVII - XXVIII

Bard-Parker Co. Inc. (Lames Rib-Back) XL

Bell-Craig Limited (Alubarb-Plus-Probese) XXXVIII

British Drug Houses (Barrière-HC) XXXIV

Burroughs Wellcome (Pipadone) XIX

Canada Drug Limitée (Somenal - Betagène - Lacto-Cal - Arteryl) XIV

Canada Drug Limitée (Paveral) LXXII

Carnation Milk (Lait) LXVIII

Ciba Limitée (Gammacorten) ..... Deuxième page de la couv.

Ciba Limitée (Gammacorten) I

Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada (Examens) VI

Crookes-Barnes Canada Ltd. (Argyrol SS) XXXII

Dohow Chemical Co. Mfg. Ltd., The (Auralgan - O-Tos - Mo-San - Rhinalgan - Larylgan) XXIV

Eddé J., Limitée (Cystocone) XXX

Frosst, Chas. E. & Company (Alamino composé) IV

Frosst, Chas. E. & Company (Aquarius) ..... VIII - IX

Geigy Pharmaceuticals (Dulcolax) XXV

Geigy Pharmaceuticals (Preludine) XLV

Geigy Pharmaceuticals (Tofranil) LXI

General Electric X-Ray (Maxiservice) LXXIV

Gerber Products of Canada Limited (Aliments pour bébés) LXXIII

Herdt & Charton Inc. (Vichy Célestins) II

Herdt & Charton Inc. (Hyper-Prostal) LII

Herdt & Charton Inc. (Marro-Dausse) LIV

Herdt & Charton Inc. (Sulfarlem-Choline) LVI

Hoechst Pharmaceuticals (Orinase) XXXVII

Johnson & Johnson Limited (Atraloc - Ethicon) XXI

Joubert, J. J. (Produits) LXXII

Laboratoires DesBergers (Synestral - B-Totum concentré) ..... Quatrième page de la couv.

Lederle Laboratories (Diamox) XIII

Lederle Laboratories (Aristogésic) ..... XLVI - XLVII

Lederle Laboratories (Achromycine V) LVIII

Lederle Laboratories (Varidas Sinus) LXII

Pages

Lederle Laboratories (Varidas Otite) LXIII

Lederle Laboratories (Varidas Bronchite) LXIV

Lederle Laboratories (Kynex) LXXI

Leeming Miles Co. (Métanium) LV

Le Ministère de la Santé de la Province de Québec (Faites immuniser...) XLII

Le Ministère de la Santé de la Province de Québec (L'Hygiène) XLIV

Mead Johnson (Vasodilan) XXXIX

Merck, Sharp & Dohme (Decadron) VII

Merck, Sharp & Dohme (Hydro Diuril) ..... XXII - XXIII

Millet, Roux & Cie Limitée (Opavital, B_{12}) III

Organon Laboratories (Stenisone) XII

Organon Laboratories (Cortrophin-Zinc) XXVI

Parke, Davis & Company (Chloromycetin Succinate) XXXIII

Pfizer Canada Limited (Atarax) LXIX

Pitman-Moore of Canada Ltd., E. B. Shuttleworth division (Novahistine) V

Pitman-Moore of Canada Ltd., E. B. Shuttleworth division (Neo-Polycin) XLI

Poulenc Limitée (Largactil) ..... XVII - XVIII

Robins of Canada Ltd. (Robaxin) XXIX

Rougier Inc. (Corticrème) ..... Première page de la couv.

Rougier Inc. (Herisan Antibiotique) ..... Troisième page de la couv.

Schering Corp. Limited (Metreton) XI

Schering Corp. Limited (Gouttes Coricidin-Pédiatrique) XXXV

Schering Corp. Limited (Chlor-Tripolon) LI

Schering Corp. Limited (Trilafon) ..... LIX - LX

Searle Co. of Canada Ltd. (Mornidine) XVI

Sherman Laboratories (Elixophyllin) XXXVI

Smith, Kline & French Inter-American Corp. (Stelazine) LVII

Swift Canada Co. (Viandes pour bébés) LXX

Upjohn Company Limited (Kaomycin) XXXI

U. S. Vitamin Corp. (Prednis-CVP) ..... LXVI - LXVII

Warner-Chilcott Laboratories (Tedral) XV

Warner-Chilcott Laboratories (Gelusil) LXV

Winthrop Laboratories of Canada (Trancopal) XX

Wyeth & Bros. (Canada) Limited, John (Purodigin - Thiomerin) XLVIII

Wyeth & Bros. (Canada) Limited, John (Equanil) LIII

Wyeth & Bros. (Canada) Limited, John (S-M-A) LXXV

IMPRIMÉ AU CANADA — PRINTED IN CANADA

Imprimée dans les Ateliers de la
Librairie Beauchemin Limitée, Montréal.

LE NOUVEL ONGUENT

HERISAN ANTIBIOTIQUE

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



Bacitracine - Tyrothricine - Néomycine

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

avec Herisan

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

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

Laboratoires Bougier Limitée

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

HORMONES OESTROGÉNIQUES — DRAGÉES À RELAIS

SYNESTRAL

Maintient une action oestrogénique constante, uniforme, sans pointe, tout le long du jour et de la nuit, à raison d'une dragée le matin et une dragée le soir.

Formule Simple:

Chaque dragée contient:

Estradiol (Ethinyl)	0.065 mgm.
Estrone	0.015 mgm.
Estriol	0.010 mgm.
Prégnénolone	0.015 mgm.

Formule avec Phénobarbital:

Chaque dragée contient:

Estradiol (Ethinyl)	0.065 mgm.
Estrone	0.015 mgm.
Estriol	0.010 mgm.
Prégnénolone	0.015 mgm.
Phénobarbital	45 mgm.

INDICATIONS: Troubles de la ménopause; Aménorrhée; Hypogénitalisme de la jeune fille; Kraurose; Insuffisance ovarienne.

PRÉSENTATION: Flacons de 25 et 100 dragées.

"UN NOUVEAU PRODUIT DESBERGERS"

DESBERGERS LIMITÉE

Biologistes • Chimistes • Pharmaciens

MONTRÉAL **CANADA**

B-TOTUM CONCENTRÉ

PLUS 160 MGM DE VITAMINE "C" PAR DRAGEE

Indiqué dans toutes les manifestations nerveuses, digestives, névrites, perte d'appétit, perte de poids, gingivite, etc., imputables directement ou indirectement à une déficience des vitamines B et C. Aussi dans les cas où il y a perte de vitamines hydrosolubles par transpirations profuses, diarrhées, états fébriles, etc.

Chaque dragée contient:

Mononitrate de Thiamine	7.5 mgm.
Riboflavine (Vitamine B_2)	7.5 mgm.
Niacinamide	20. mgm.
Chlorure de Pyridoxine	0.5 mgm.
d-Pantothénate de Calcium	2.0 mgm.
ACIDE ASCORBIQUE (VITAMINE C)	160.0 mgm.

POSOLOGIE:

1 - 3 dragées par jour selon le cas.

CONDITIONNEMENT:

Flacons de 50 dragées.

DESBERGERS