

# L'UNION MÉDICALE DU CANADA

1872 - 1962



Fondée à Québec en 1902

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

<b>BULLETIN</b>	<b>ÉDITORIAL</b>
LA RECHERCHE CLINIQUE ET LE QUÉBEC ..... 713 <i>Charles Lépine</i>	RADIOTHEPARIE ET RADIOBIOLOGIE ..... 759 <i>G. Pinsonneault</i>
PUR LES ELECTIONS PROCHAINES DES GOUVERNEURS AU BUREAU PROVINCIAL DU COLLEGE ..... 715 <i>Roma Amyot</i>	<b>VARIÉTÉS</b>
LE XXXIIe CONGRES SE DESSINE A L'HORIZON ..... 717 <i>Edouard Desjardins</i>	LA LANGUE MEDICALE ET SES TRAVERS ..... 763 <i>Marcel Monnerot-Dumaine</i>
• • •	LE ROLE DU BUREAU MEDICAL DANS L'HOPITAL ..... 767 <i>Jacques Léger</i>
LE BUREAU DE L'ASSOCIATION DES MEDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DU CANADA ..... 719 <i>Pierre Smith</i>	<b>MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES</b>
<b>TRAVAUX ORIGINAUX</b>	LA CLINIQUE EXTERNE DE PSYCHIATRIE ..... 771 <i>Maurice Brosseau</i>
L'HYPERTONIE ARTERIELLE ET LES EFFETS DE LA SYMPATHEC- TOMIE DEMONTRES PAR L'ANGIOGRAPHIE A TRES LARGE CHAMP ..... 720 <i>Paul Roy</i>	L'OPHTHALMOLOGIE, ET LA PRATIQUE GENERALE ..... 775 <i>Laurent Lamer et Claude Michaud</i>
LES MALADIES URINAIRES CHEZ L'ENFANT ..... 733 <i>André Soucy</i>	<b>CORRESPONDANCE</b>
THYROTOXICOSE ET ELECTROCARDIOGRAMME: ASPECT SPECIAL? .. 740 <i>Yvan Rouleau et Gisèle Fournier</i>	LETTRE DE PARIS ..... 779 • • •
<b>RECUEIL DE FAITS</b>	ANALYSES ..... 781
HYPEREMIES D'ORIGINE INDETERMINEE, CLASSIFICATION ETIOLOGIQUE, MOYENS DIAGNOSTIQUES ..... 745 <i>Paul Desjardins et Gilles Gosselin</i>	SOCIÉTÉS ..... 790
HEMANGIOBLASTOME DU CERVELET ACCOMPAGNE D'UNE POLYCYTHEMIE ..... 749 <i>Pierre-Paul Julien</i>	NECROLOGIE ..... 792
<b>REVUE GÉNÉRALE</b>	NOUVELLES ..... 794
REACTIONS TRANSFUSIONNELLES ET CERTAINES COMPLICA- TIONS PROVOQUEES PAR L'ADMINISTRATION DE SANG HUMAIN ..... 753 <i>P.-A. Deslippe</i>	REVUE DES LIVRES ..... 799
	COMMUNIQUES ..... 800
	LIVRES REÇUS ..... 804
	L'UNION MEDICAL DU CANADA EN 1893 ..... 810
	NOUVELLES PHARMACEUTIQUES ..... 814



## FERMALAC\*

cultures mixtes de trois ferments lactiques lyophilisés

Rétablit l'ÉQUILIBRE NATUREL de la flore intestinale

**DIARRHÉES** (saisonnnières ou non)  
(nourrissons — enfants — adultes)  
**Entérocolites — Flatulence**  
**Accidents intestinaux et**  
**muqueux**  
**consécutifs à l'antibiothérapie.**

Flacons scellés de 10 et 40 capsules.

\* Le SEUL produit de bacilles  
actifs vivants provenant de  
souches CANADIENNES sé-  
lectionnées et cultivées rigou-  
reusement sous contrôle de  
bactériologistes spécialisés  
de l'Institut ROSELL.

**Rougier**  
MONTRÉAL

# Quels avantages offre Danabol®

chez le  
patient  
amaigri



il régénère  
les forces,  
la vitalité

il stimule  
le gain pondéral

il améliore  
le moral

chez le  
convalescent



il accélère la  
convalescence

il favorise  
la réparation  
des tissus

il neutralise  
le catabolisme

chez  
l'arthritique



il améliore  
l'état général

il accentue  
les effets  
d'autres thérapies

il neutralise  
l'effet catabolisant de  
la corticothérapie

chez le  
patient  
ostéoporotique



il soulage  
la douleur

il renforce  
la structure  
osseuse

il augmente  
la motilité

...et dans toutes les indications, Danabol procure  
"une sensation de bien-être"

Danabol® est la méthandrosténolone CIBA; il est présenté en comprimés à 5 mg. (roses, sécables), flacons de 100 ou 500. Pour tous renseignements détaillés sur Danabol, prière d'écrire à CIBA COMPANY LIMITED, Dorval, Québec.

DANABOL — agent anabolique oral, de coût modique

2214

C I B A

OÙ LA RECHERCHE EST DE TRADITION

DEPARTEMENT DES SERVICES PROFESSIONNELS

*Cette étude sur l'emploi de l'Aristocort dans l'allergie devrait intéresser la plupart des médecins canadiens*



CYANAMID OF CANADA LIMITED, Montreal

Résultats

- 94% de 550 malades sont devenus asymptomatiques pendant le traitement à la Triamcinolone.
- chez 6% la réponse a été assez bonne, c'est-à-dire qu'ils ont éprouvé un soulagement subjectif environ 50% du temps.

Tableau I  
Réponse Symptomatique de 550 Malades Souffrant de Troubles Allergiques au Traitement Oral Prolongé par la Triamcinolone\*

Diagnostic Clinique	Nombre de cas	Traitement				Résultats	
		Dose d'entretien		Durée		Bons	Assez bons
		Min.-Max. (mg./j)	Moyenne (mg./j)	Min.-Max. (sem)	Moyenne (sem)		
Asthme	248	2-16	4	4-260	69	236	12
Dermatoses Allergiques							
Urticaire	35	2-16	5	1-64	27	33	2
Eczéma	39	2-16	4	4-156	59	36	3
Réactions bactériennes à distance	20	2-10	3	3-106	39	18	2
Réactions fongiques à distance	1	2-6	4	40	-	1	-
Dermatites de Contact	6	2-16	8	2-6	4	6	-
Eruptions dues au médicament	10	2-16	4	3-4	3.5	10	-
Rhinite Allergique							
Saisonnière	125	2-10+	4	2-18	6	118	7
Aperiodique	66	2-8	3	1-200	27	56	10
Résumé	550	2-16	3.9	1-260	43	514	36

\* Aristocort Lederle

+ Seuls les malades ne tolérant pas les antihistaminiques ont reçu des doses d'entretien excédant 4 mg./jour.

Effets secondaires

- A peu d'exceptions près, les effets secondaires étaient généralement légers et ne causaient aucun ennui.
- 55 malades (10% du nombre traité) ont signalé 80 effets secondaires.
- Il n'a été nécessaire de discontinuer la médication que de 2 malades (moins de 1% des malades traités).

Extrait de l "Evaluation of Long-Term Triamcinolone Therapy in Allergic Disease" par Sherwood, H.; Epstein, J.I.; et Kaplan, H.; Institute of Allergy, Roosevelt Hospital, New York, N.Y., 1962.

*Noter à ce sujet la durée moyenne du traitement est de 43 semaines*

*Seulement un comp. par jour*

*Pas d'échecs*

# L'Union Médicale

du Canada

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

## DIRECTION SCIENTIFIQUE

### MEMBRES D'HONNEUR

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

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

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

### BUREAU DE REDACTION

Rédacteur en chef: Roma AMYOT

Assistant-rédacteur en chef:  
Edouard Desjardins

Secrétaire de la Rédaction:  
Jean-Marc Bordeleau

### BUREAU DE COLLABORATION

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

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

### CORRESPONDANTS

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

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

## INDICATIONS:

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

**Indispensable dans les convalescences post-opératoires.**

# VICHY CÉLESTINS

EAU MINÉRALE ALCALINE NATURELLE PROPRIÉTÉ DE L'ÉTAT FRANÇAIS

*l'eau qui fait... du bien!*

RECOMMANDÉE ET PRESCRITE PAR LE CORPS MÉDICAL DANS LE MONDE ENTIER

**Formule naturelle I-NI-MI-TABLE!**

**Méfiez-vous des substitutions, prescrivez toujours CÉLESTINS**

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

**NOUVEAU**

# AquaMEPHYTON\*

(Solution colloïdale aqueuse de MEPHYTON\*, vitamine K<sub>1</sub>)

injectable

## accroît l'utilité de la thérapie par la vitamine K<sub>1</sub>...

*En effet, la vitamine K<sub>1</sub> "exerce une action à la fois plus rapide, plus puissante et plus prolongée que celle de tout analogue de la vitamine K".†*

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

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

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

AquaMEPHYTON (pour administration par voie intramusculaire, intraveineuse ou sous-cutanée). Ampoules de 1 cc. (N° 7780) et fioles de 5 cc. (N° 7782) renfermant 10 mg. de vitamine K<sub>1</sub> par cc.

Comprimés MEPHYTON à 5 mg. Flacons de 50.

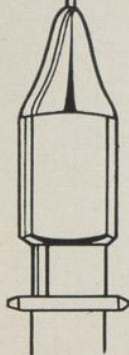
Émulsion MEPHYTON (pour administration intraveineuse seulement). Ampoules de 1 cc. contenant 50 mg./cc.

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



MERCK SHARP & DOHME  
OF CANADA LIMITED  
MONTREAL 90, QUE.

\*Marques de commerce



# L'Union Médicale

du Canada

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

## ADMINISTRATION

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

## COMITÉ EXÉCUTIF ET DE PUBLICITÉ

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

## BUREAU DE DIRECTION

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

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

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

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

Effet à  
4 dimensions  
immédiat  
et prolongé

# NALDEGOL

(COMPRIMÉS À DEUX COUCHES ACTIVES)

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

LES 4 DIMENSIONS FOURNIES PAR :

**2 ANTIHISTAMINIQUES**  
DE CHOIX  
la Bristamine\* et la carbinoxamine;

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

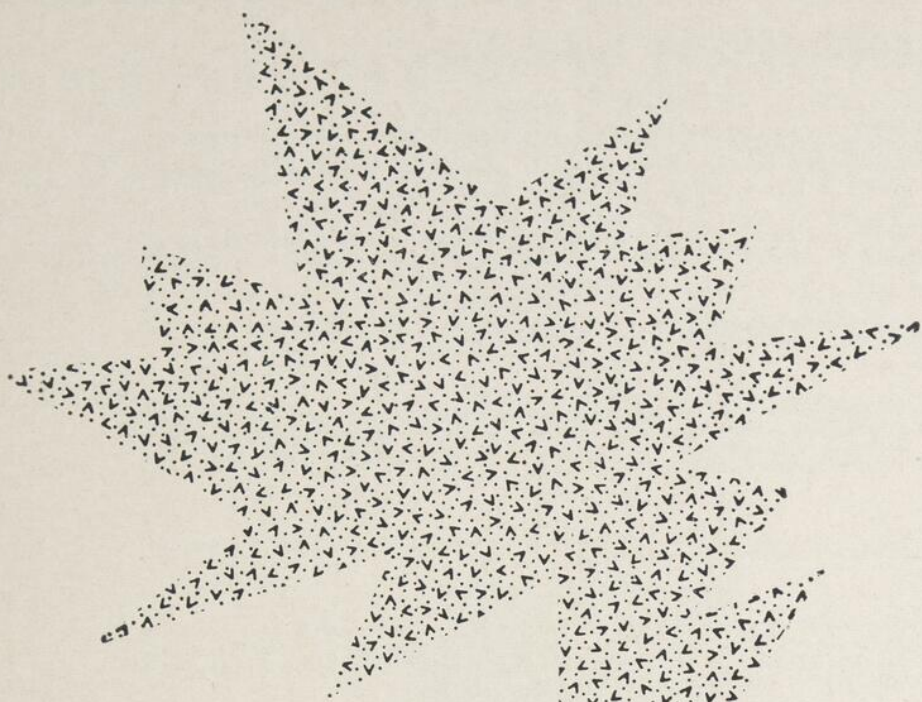
en un **COMPRIMÉ À DEUX TEMPS**  
qui procure un soulagement soutenu pendant  
8 heures tout en assurant une tolérance maximum.

Un autre produit



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

\*Marque déposée par Bristol pour le citrate de phényltoloxamine.



POUR  
SOULAGER  
LE  
**PRURIT**

QUELLE QU'EN SOIT LA CAUSE

**panectyl**  
triméprazine

- COMPRIMÉS à 2.5, 5, et 10 mg.;
- LIQUIDE à 2.5 mg. par 5 ml. (c. à thé)
- AMPOULES de 5 ml. et
- MULTIDOSES de 10 mg. à 5 mg. par ml. pour injection IM



**POULENC** LIMITÉE  
8580 ESPLANADE, MONTRÉAL

## CONDITIONS DE PUBLICATION

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

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

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

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

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

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

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

**Publicité:** Le texte des annonces doit aller sous presse quinze jours avant la date de publication. Le barème des annonces est fourni sur demande à Jacques-D. Clerk, publiciste, 5064, avenue du Parc. Téléphone: 273 - 3065.

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

Tout ce qui regarde la rédaction et l'administration doit être adressé franco aux bureaux de "L'Union Médicale du Canada", 5064, avenue du Parc. — Téléphone: 273 - 3065.

## TRAITEMENT INTERNE ET EXTERNE

# DE L'OEIL MALADE

## SULAMYD SODIQUE

Pour la prévention et le traitement des infections oculaires

<b>SOLUTION OPHTALMIQUE</b> .....	30%
<b>SOLUTION OPHTALMIQUE</b> .....	10%
avec méthylcellulose.....	0.5%
<b>ONGUENT OPHTALMIQUE</b> .....	10%

## METIMYD

Association d'antibiothérapie à large spectre et de corticothérapie. La **SOLUTION OPHTALMIQUE** associe l'acétate de Meticortelone (acétate de prednisolone U.S.P.) au *Sulamyd Sodique* (sulfacétamide sodique U.S.P.) pour obtenir un traitement antibactérien à large spectre.

**L'ONGUENT OPHTALMIQUE AVEC NÉOMYCINE** associe le Meticortelone au *Sulamyd Sodique* et au *sulfate de néomycine* pour assurer une action thérapeutique prolongée.

*Schering*  
CORPORATION LIMITED MONTREAL

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

# Erythrocin\*

Erythromycine Abbott

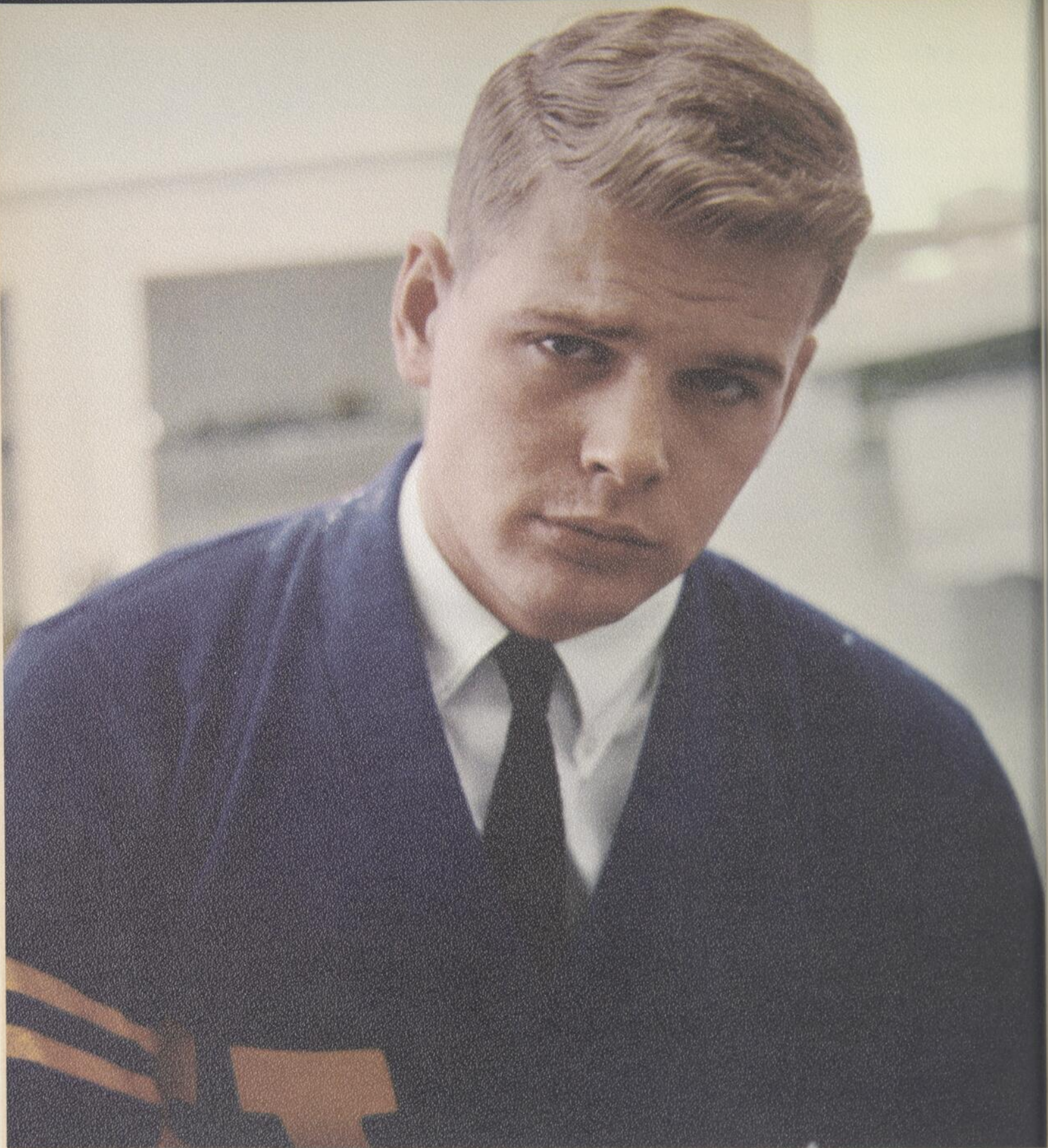
Quelle largeur de "spectre" faut-il pour le traitement d'une infection? On demande le maximum d'activité contre le micro-organisme causal, *mais aussi le maximum de passivité à l'endroit de la flore non pathogénique de l'appareil digestif.*

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

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

M DÉPOSÉ





## IL PORTE SUR SES ÉPAULES PLUS QUE LE POIDS DU MONDE ENTIER

La maturation peut être une époque pénible pour les jeunes gens (et les jeunes filles aussi, quant à ça). Ils peuvent même en arriver à considérer une chose aussi banale que de simples pellicules comme un véritable handicap du point de vue social. Mais il leur viendra rarement à l'esprit, ou peut-être même jamais, que les pellicules sont un problème médical. C'est pourquoi quelques conseils judicieux, et une ordonnance pour du Selsun, seront un "boni" qu'ils apprécieront longtemps après leur visite chez vous. (Le Selsun a enrayé les pellicules dans 92 à 95%<sup>1</sup> de tous les cas.)

Silinger, W. N., et Hubbard, D. M., Traitement de la Dermatite Séborrhéique avec un Shampoing Renfermant du Disulfure de Sélénium, Arch. Dermat. & Syph., 64:41, 1951

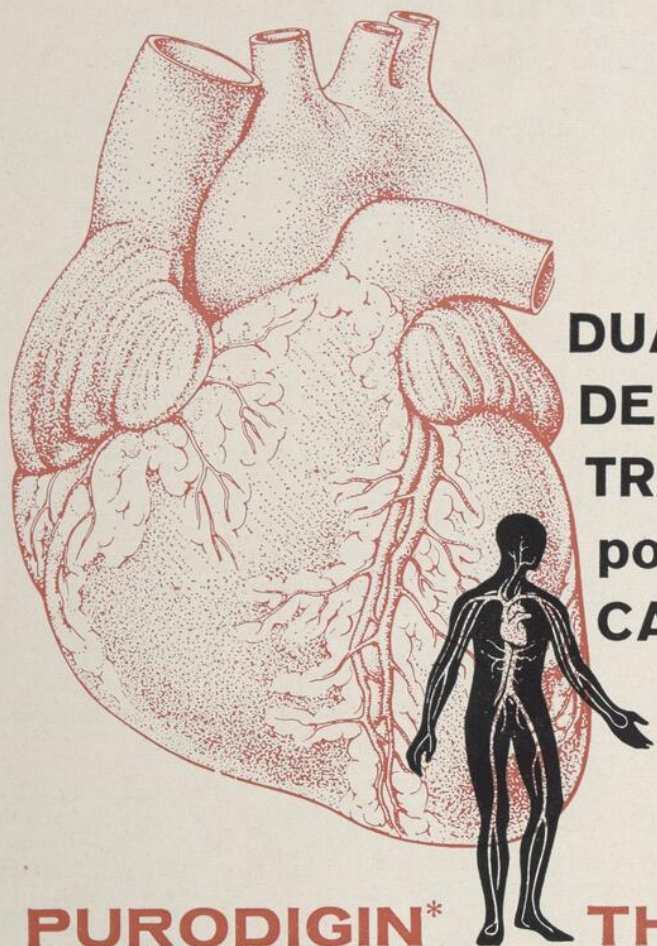
Marque Déposée

**SUSPENSION DE  
SELSUN\***

**une réponse médicale  
à un problème médical**



SELSUN-DISULFURE  
DE SÉLÉNIUM, ABBOTT



## DUALITÉ DE TRAITEMENT pour le CARDIAQUE

### PURODIGIN\*

Digitoxine cristallisée, Wyeth

*pour réaliser une digitalisation uniforme dans l'insuffisance cardiaque*

D'une activité uniforme, d'une stabilité sûre, entièrement absorbée par voie buccale, la PURODIGIN permet une digitalisation régulière répondant aux besoins de chaque malade. La possibilité qu'a le médecin de faire varier à son gré la dose de cardiotonique réduit au minimum les risques de réactions secondaires. Lentement éliminée, la PURODIGIN permet d'assurer un traitement d'entretien avec une seule dose quotidienne. En présence d'une décompensation grave, on peut amorcer le traitement au moyen de la PURODIGIN par voie intra-veineuse.

Présentation: PURODIGIN en COMPRIMÉS: à 0.2 mg., en flacons de 30, de 100 et de 500 comprimés; à 0.15 mg. et à 0.1 mg., en flacons de 100 et de 500 comprimés.

PURODIGIN en AMPOULES: à 0.2 mg., par boîte de 6 ampoules.

### THIOMERIN\*

Mercaptomérine sodique, Wyeth

*pour réaliser une diurèse rapide et sûre dans l'oedème cardiaque*

La THIOMERIN parentérale permet de réaliser rapidement une diurèse douce et prévisible, en présence d'oedèmes graves, comme l'oedème cardiaque (périphérique ou pulmonaire), l'oedème néphrotique, l'ascite des maladies hépatiques. L'absence virtuelle d'irritation locale permet de l'employer par voie sous-cutanée aussi bien que par voie I.M. ou I.V. La toxicité générale et la toxicité cardiaque du produit sont extrêmement faibles.

Présentation: THIOMERIN en SOLUTION — prêt à être injectée, en flacons-ampoules de 2 cc. et de 10 cc.

THIOMERIN LYOPHILISÉ — en flacons — ampoules de 10 cc. et de 30 cc.



\* Reg. Trade Mark  
WINDSOR, ONTARIO

# L'Association des Médecins de Langue Française du Canada

Fondée à Québec en 1902

## DIRECTEURS GÉNÉRAUX HONORAIRES

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

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

## SECRÉTAIRE GÉNÉRAL HONORAIRE

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

## OFFICIERS

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

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

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

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

## COMITÉ EXÉCUTIF

**Emile BLAIN**, Montréal.

**E.-Rolland Blais**, Montréal.

**André LEDUC**, Montréal.

**Raymond CARON**, Montréal.

**Roma AMYOT**, Montréal.

**Edouard DESJARDINS**, Montréal.

**Pierre JOBIN**, Québec.

**Armand RIOUX**, Québec.

Directeur des Relations Extérieures:

**Pierre SMITH.**

Directeur de l'Exposition du Congrès:

**B.-G. BEGIN.**

## ANCIENS PRÉSIDENTS DE CONGRÈS

**Albert PAQUET,**  
**Richard GAUDET.**

**A.-L. RICHARD,**

**J.-A. VIDAL.**

**J.-A. DENONCOURT.**

**J.-B. JOBIN,**

**René-L. DuBERGER.**

**Roma AMYOT,**

**L.-P. MOUSSEAU,**

**Lucien LaRUE.**

**Georges-L. DUMONT,**

**Pierre SMITH,**

**Alphonse-E. LeBLANC,**

**Pierre JOBIN.**

## COMITÉ DU XXXII<sup>e</sup> CONGRÈS

Président: **Edouard DESJARDINS**, Montréal.

Secrétaire: **Jacques GENEST**, Montréal.

Trésorier: **Jean CHARBONNEAU**, Montréal.

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

## MEMBRES DU CONSEIL

ARCHAMBAULT, François, 1656 est, rue Sherbrooke, Montréal.  
ARCHAMBAULT, Gérard, 472, avenue Laurier, St-Jean, Qué.  
BEAUDOIN, Robert-A., 375, ave Coolidge, Manchester, N.H.  
BEGIN, B.-G., 12075, rue Pasteur, Montréal.  
BEUGLET, Ernest, 605, Medical Arts Bldg., Windsor, Ont.  
BONIN, Wilbrod, 575, avenue Davaar, Outremont.  
BUJOLD, Edese, Dalhousie, N.-B.  
BUNDOCK, Benoît, Edifice Copeland, Ottawa, Ont.  
CAMPBELL, Maurice, 384, N.-Dame, Cap-de-la-Madeleine, P.Q.  
CARON, Wilfrid, 1191, des Erables, Québec, P.Q.  
CHEVALIER, Paul, Edifice Continental, Sherbrooke, P.Q.  
CHRETIEN, Maurice, 537, Station, Shawinigan, P.Q.  
DAIGNEAULT, Léo, 171, chemin Montréal, Cornwall, Ont.  
DAVID, Paul, 3, avenue McCulloch, Outremont.  
DECARIE, Roland, 524 est, rue Sherbrooke, Montréal.  
DORION, J.-Ed., 609 est, boulevard Charest, Québec, P.Q.  
DUFRESNE, Origène, 4120 est, rue Ontario, Montréal.  
DUFRESNE, Roger, 418 est, rue Sherbrooke, Montréal.  
FONTAINE, Auray, 52, avenue Hamlet, Woonsocket, R.I.  
FOREST, J.-E., 129, rue Jetté, Joliette, P.Q.  
GAUTHIER, J.-Dominique, Shippegan, N.-B.  
GAUTHIER, Vincent, 1100, rue Bougainville, Québec, P.Q.  
GOYETTE, Roger-B., 110, Stewart, app. 79, Ottawa, Ont.  
HAMEL, Jean-F., 168, rue Charlotte, Ottawa, Ont.  
ISABELLE, Gaston, 31, rue Montcalm, Hull, P.Q.  
JOANNETTE, Albert, Sainte-Agathe-des-Monts, P.Q.

LABOSSIERE, Sylvio, Saint-Timothée, P.Q.  
LAFRAMBOISE, Jean, 247, River Road, Eastview, Ont.  
LAROCHELLE, Ls-Napoléon, 80, rue St-Louis, Québec, P.Q.  
LAROUCHE, Gérard-L., 1328, rue Amherst, Sherbrooke, P.Q.  
LEBLANC, J.-B., 975, rue St-Prosper, Trois-Rivières, P.Q.  
LEBLANC, Philippe-H., Petit-Ruisseau, N.-E.  
LECOURS, J.-A., 538, King Edward, Ottawa, Ont.  
LEGER, Jacques, 3766, chemin Reine-Marie, Montréal.  
LESSARD, Richard, 115 est, Grande-Allée, Québec, P.Q.  
LUSSIER, J.-Jacques, Faculté de Médecine, Ottawa, Ont.  
MORISSET, Jean, Rimouski, P.Q.  
MORISSET, Pierre, Saint-Georges-de-Beauce, P.Q.  
NADEAU, Honoré, 55, rue Saint-Jean, Québec, P.Q.  
PELLETIER, Emile, 34, rue de la Fabrique, Québec, P.Q.  
PICHETTE, Lionel, 177, rue Principale, Hull, P.Q.  
PILON, Jean-Louis, 389 est, boul. St-Joseph, Montréal.  
POTVIN, Laurent, 623, Noranda, Eastview, Ont.  
POWERS, Arthur, 11, rue Front, Hull, P.Q.  
SAINT-PIERRE, Hubert, 763, bd Mercure, Drummondville, P.Q.  
ST-JEAN, Conrad, 210, rue Principale, Granby, P.Q.  
TERRIEN, Jean, 189, rue Bronson, Ottawa, Ont.  
THIBAUT, Eugène, 4070, boul. Lasalle, Verdun, P.Q.  
TRUDEL, Hermile, 1990 est, rue Rachel, Montréal.  
WHISSELL, Georges-L., Westlock, Alberta.

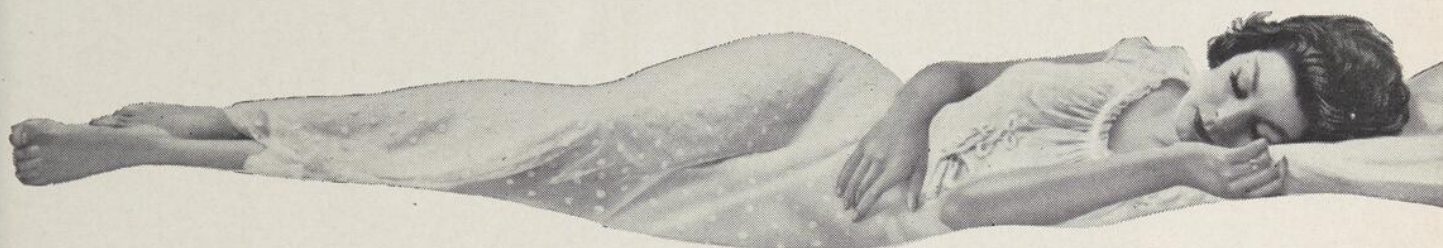
SECRETARIAT: 5064, avenue du Parc, Montréal 8, Qué. — Tél.: 273-2321

assurance d'un  
meilleur sommeil

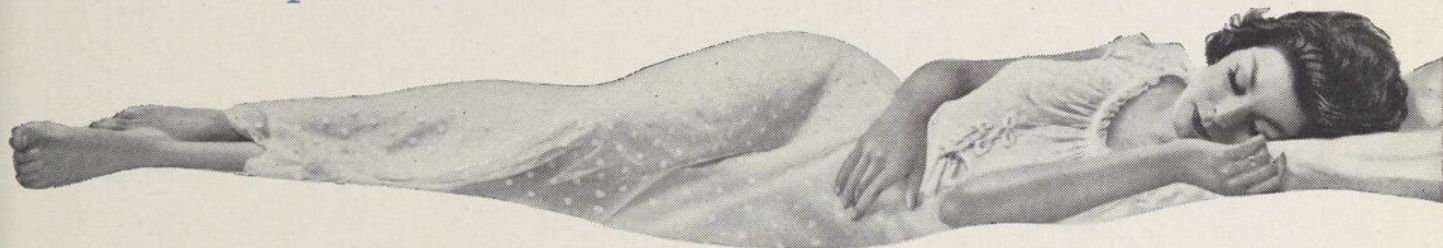
# "MÉQUELON"

Marque déposée de chlorhydrate de méthaqualone

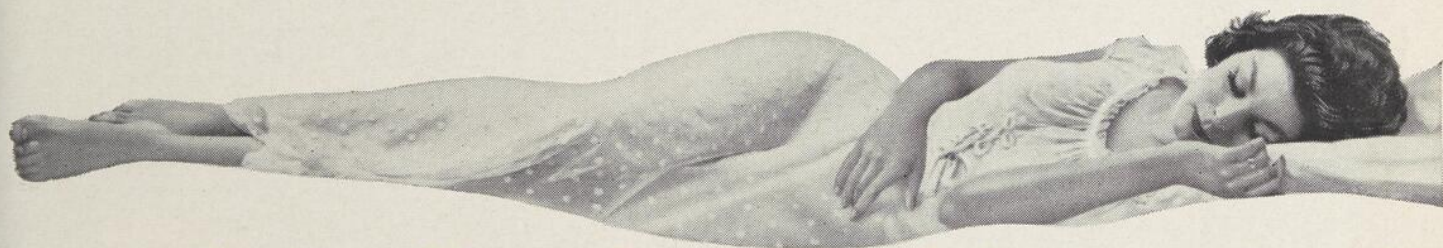
un hypnotique non barbiturique tout à fait nouveau



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



les effets secondaires sont rares



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

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

"MÉQUELON" peut s'employer concurremment avec d'autres médicaments tels que la réserpine, la chlorpromazine, et le méprobamate<sup>2,8</sup>.

"MÉQUELON" même s'il ne possède pas en lui-même des propriétés analgésiques, s'emploie particulièrement dans les cas d'insomnie associée à la douleur. Il augmente la durée et l'action des analgésiques couramment employés<sup>2-5</sup>. Les effets secondaires tels que les troubles gastriques, les sensations de dépression au réveil et de

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

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

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

Flacons de 100 capsules.

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

\*A votre disposition sur demande.

PRODUITS PHARMACEUTIQUES DE QUALITÉ



**Charles E. Frosst & Co.**  
MONTRÉAL CANADA  
Maison entièrement canadienne · Fondée en 1899



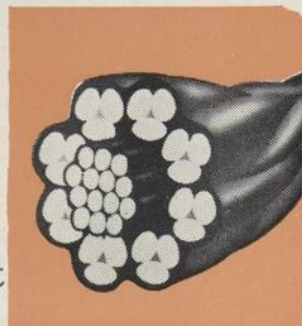
“... et tout ira pour le mieux.”

*pour de meilleurs  
résultats chirurgicaux*



**LIGATURES EN SOIE SILICONÉE**

La **SOIE SILICONÉE**, une exclusivité, est essayée et demandée par un nombre croissant de chirurgiens—



**physiologiquement inerte**—L'enrobage en silicone pur qui recouvre toutes les fibres du brin rend les ligatures en soie plus inertes vis à vis des tissus. On n'a pas rencontré de granulomes ou autres réactions défavorables habituellement signalés avec les ligatures en soie cirée.

**résistance à la traction 15% à 20% plus élevée**—Un nouveau procédé de tressage augmente la densité de la soie par unité de diamètre, fournissant ainsi des ligatures en soie exceptionnellement résistantes. Il s'ensuit que souvent des ligatures plus fines peuvent être employées.

**absence complète de capillarité**—La ligature se trouve protégée par l'enrobage en silicone contre l'effet de "mèche". L'infection ne peut pas se propager par le brin de ligature.

**la soie la plus facile à manier**—La résilience associée à la fermeté confère à la ligature un "toucher" bien équilibré et amélioré que beaucoup de chirurgiens ont trouvé avantageux.

La SOIE SILICONÉE est présentée dans l'Emballage Strip Pack Stérile SURGILOPE SP\* offrant une plus grande sécurité—auquel le Packaging Institute a décerné, en 1960, son prix pour le progrès le plus marquant en technologie de l'emballage. Il y a un assortiment complet de SOIE SILICONÉE Stérile montée avec Aiguille ATRAUMATIC\* et en longueurs précoupées, ainsi que de SOIE SILICONÉE en Emballages Distributeurs MEASUROLL\* et sur bobines normalisées.

\*MARQUE DÉPOSÉE

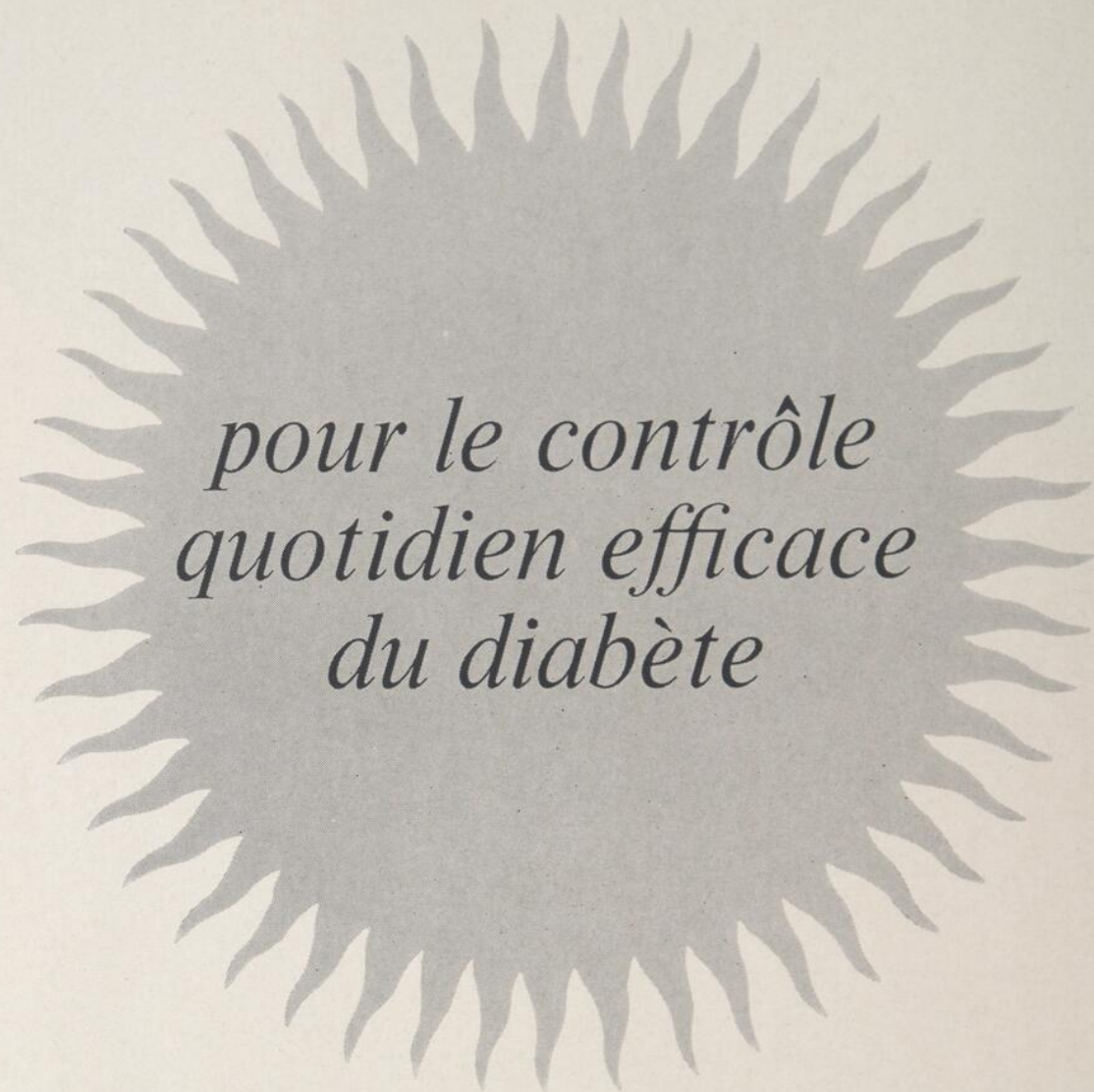


CYANAMID

MEDICAL PRODUCTS DEPARTMENT  
Cyanamid of Canada Limited Montreal



Davis & Geck Brand Sutures.



*pour le contrôle  
quotidien efficace  
du diabète*

*colorimétriques* **CLINITEST\***  
les comprimés réactifs

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

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

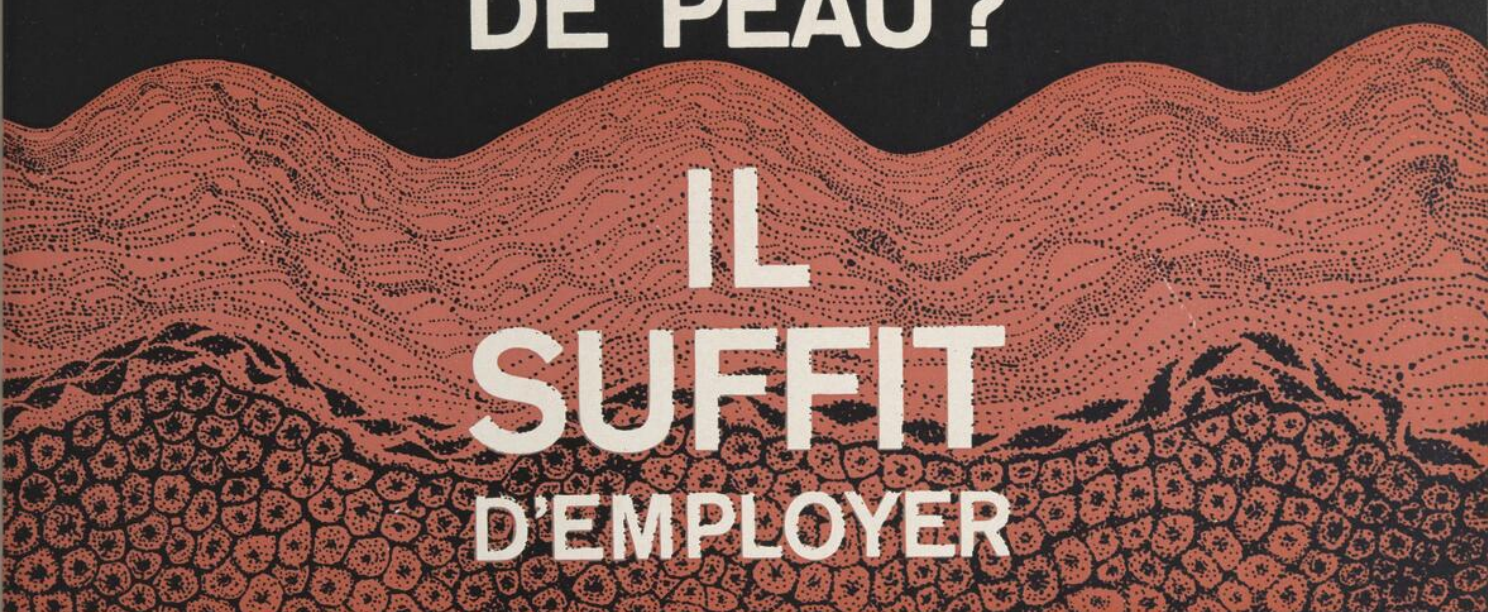
AMES  
COMPANY OF  
CANADA, LTD  
Toronto - Ontario



**CLINISTIX\***  
Bâtonnets réactifs

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

À PEINE  
PLUS  
QU'À FLEUR  
DE PEAU?



IL  
SUFFIT  
D'EMPLOYER

LE  
NOUVEAU  
**DILODERM**

ACÉTATE DE DICHLORISONE

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

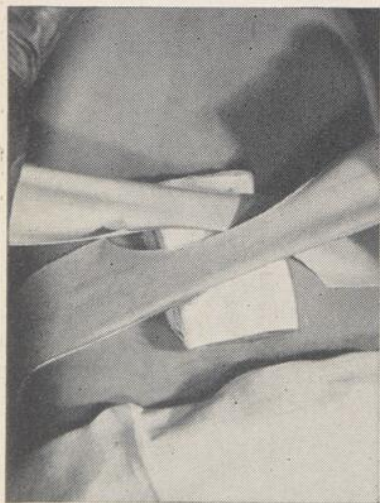
*Schering*   
CORPORATION LIMITED MONTREAL

# Elastoplast

MARQUE DÉPOSÉE

*en toute occasion*

COUPURE · FOULURE · ENTORSE · MUSCLE ÉTIRÉ  
LIGAMENT DÉCHIRÉ · INFLAMMATION · LUXATION  
COLOSTOMIE · HERNIOTOMIE · LAPAROTOMIE



Les **BANDAGES ELASTOPLAST** constituent la méthode la plus simple de fermer une plaie après une opération. Ici, les lèvres d'une plaie abdominale sont rapprochées à l'aide de bandages Elastoplast.



Les **BANDAGES ELASTOPLAST** sont utilisés ici pour immobiliser partiellement le poignet, pour le traitement d'une ténosynovite.



Le **DIACHYLON ELASTOPLAST** protège et maintient immobile ce pouce foulé.

Bandages adhésifs élastiques Elastoplast — poreux

Pansements Elastoplast — en tissu poreux ou hydrofuge

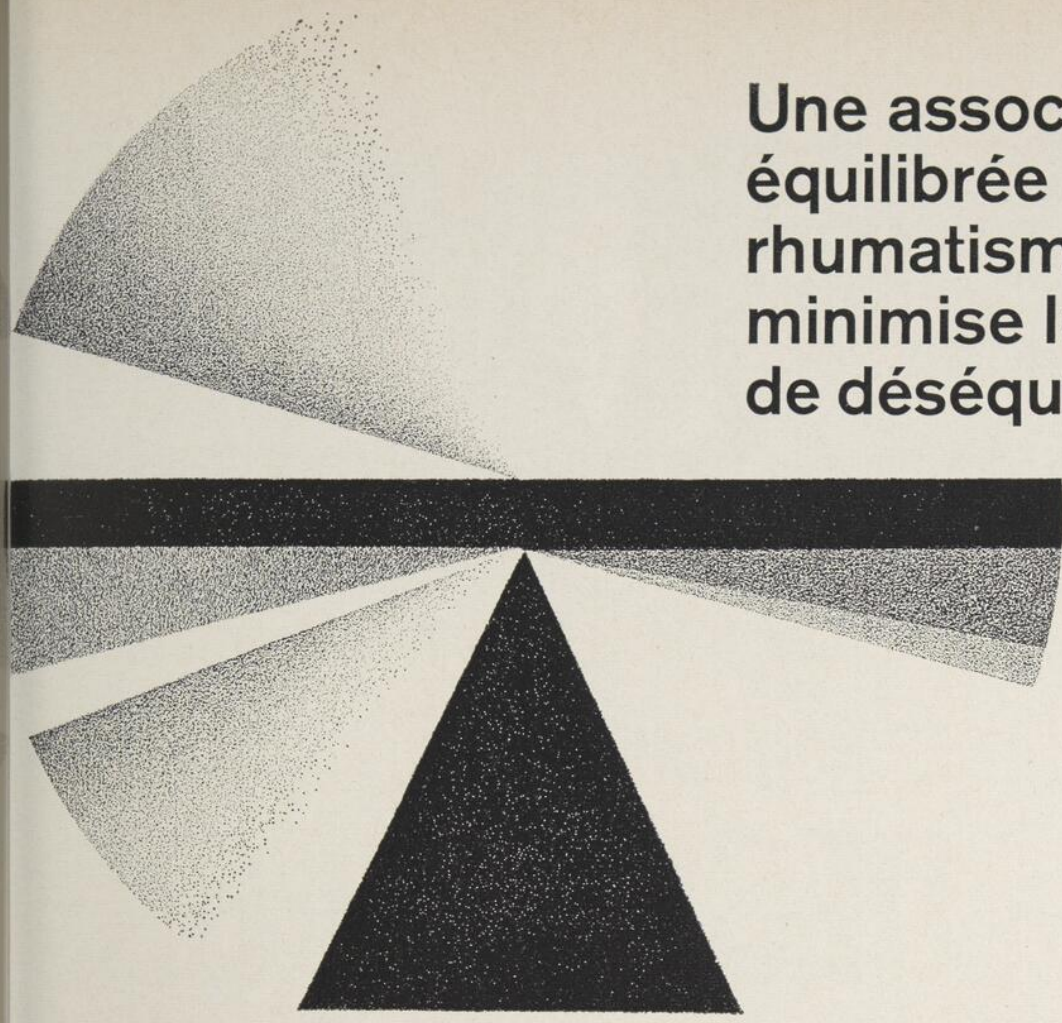
Pansements Elastoplast Airstrip — en plastique perméable à l'air

Diachylons Elastoplast — en tissu ou hydrofuge



**SMITH & NEPHEW, LIMITED**

5640, RUE PARÉ, MONTRÉAL 9, QUÉ.



**Une association  
équilibrée d'agents anti-  
rhumatismaux qui  
minimise les risques  
de déséquilibre hormonal**

**Stérazolidine<sup>®</sup> Geigy**

Stérazolidine, par une association équilibrée de prednisone et Butazolidine à des agents alcalins et à un agent spasmolytique, procure des avantages distinctifs.

**Dans le rhumatisme aigu**

Stérazolidine procure l'action anti-inflammatoire intense des 2 éléments, prednisone et Butazolidine, entraînant la disparition de l'inflammation et la restauration de la fonction.

**Dans le rhumatisme chronique**

Dans le traitement à long terme des troubles rhumatismaux avec les stéroïdes seuls, une posologie augmentée graduellement est susceptible de provoquer l'hypercortisonisme. Avec une posologie d'entretien de Stérazolidine dont le niveau est plus faible que celui qui pourrait entraîner un "déséquilibre" hormonal, la plupart des malades pourront être soulagés indéfiniment.


Pour plus de renseignements concernant la posologie, les effets secondaires et les contre-indications, veuillez consulter la brochure de base ou votre représentant Geigy.

Chaque capsule contient:

Butazolidine (phénylbutazone) 50 mg.  
hydroxyde d'aluminium 100 mg.  
prednisone 1.25 mg.  
trisilicate de magnésium 150 mg.  
homatropine bromure de méthyle 1.25 mg.

Présentation:

Stérazolidine—Flacons de 30, 100 et 1,000 capsules.

Produits Pharmaceutiques Geigy, Montréal 

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

associés à des troubles hépato-biliaires...

CHAQUE

PATIENT

PEUT

RECEVOIR

SELON

SES

BESOINS

LE NOUVEAU

Pr

# DECHOLIN-BB\*

**LA TENSION**

butabarbital sodique  
(Attention: peut créer  
l'accoutumance) 15  
mg (¼ grain)

**LE SPASME**

extrait de belladone  
10 mg (1/6 grain)

**LA STASE**

acide déhydro-  
cholique AMES  
250 mg (3¾  
grains)

Présentation: Flacon de 100 comprimés.

AUSSI:

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

**DECHOLIN\*** AVEC **BELLADONE**

extrait de belladone, 10 mg (1/6 grain)  
acide déhydrocholique AMES, 250 mg (3¾ grains)

Présentation: Flacons de 100 et de 500 comprimés.

pour la **STASE** seule

**DECHOLIN\***

acide déhydrocholique AMES, 250 mg (3¾ grains)

Présentation: Flacons de 100 et de 500 comprimés.

AMES  
COMPANY OF  
CANADA, LTD  
Toronto - Ontario



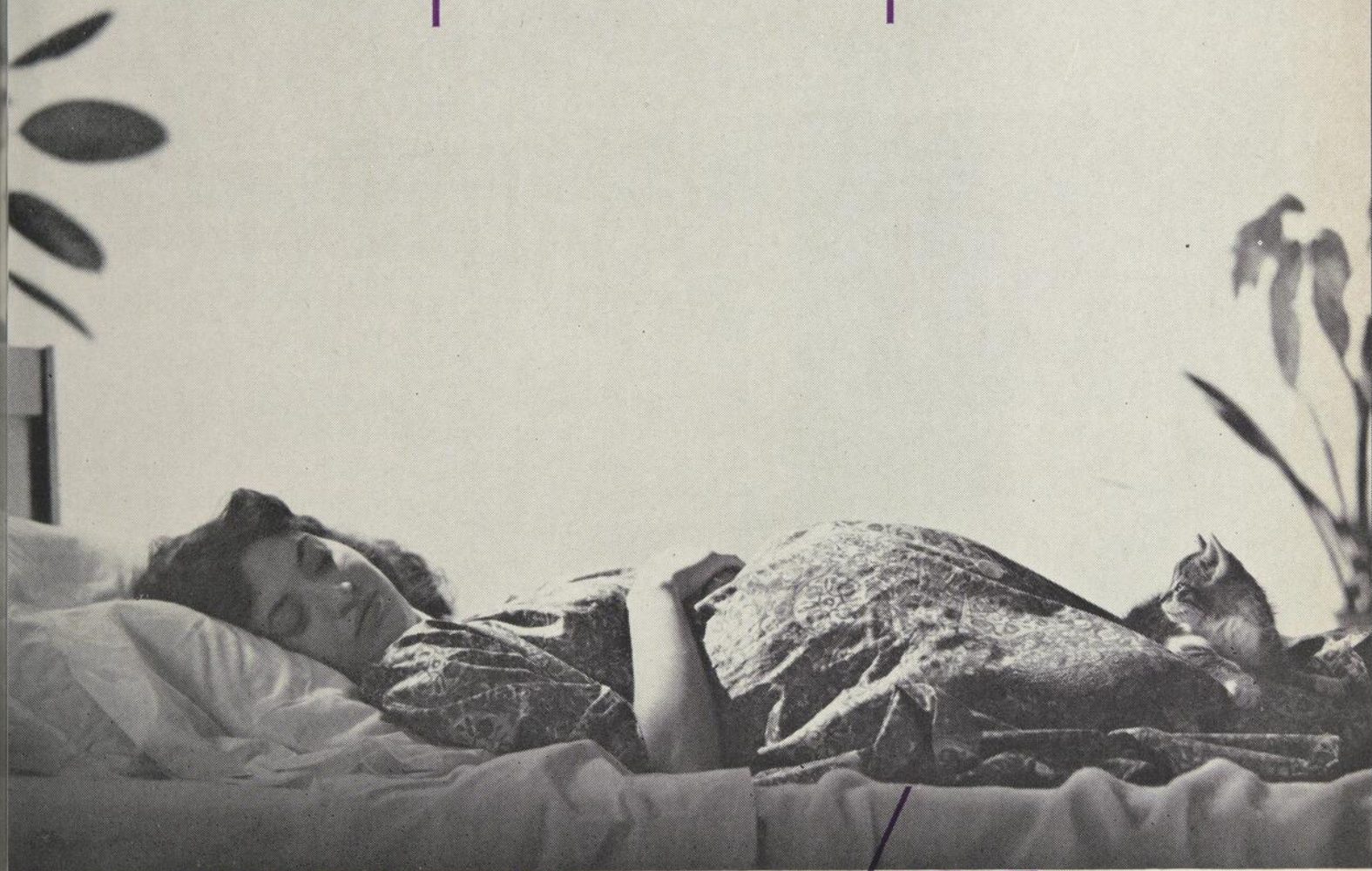
Dose moyenne pour adultes — DECHOLIN-BB, DECHOLIN AVEC BELLADONE et DECHOLIN — 1 ou, au besoin, 2 comprimés trois fois par jour.

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

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

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

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



# Filibon\* Forte

SUPPLÉMENT PRÉNATAL LEDERLE

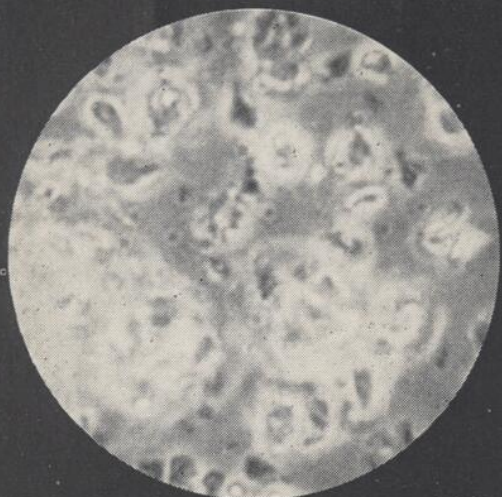
pour parer commodément, économiquement et conformément aux normes acceptées, aux problèmes de l'anémie ferriprive et nutritionnelle chez vos patientes enceintes ou qui allaitent.

CYANAMID OF CANADA LIMITED, Montréal

**Lederle**

\*Marque Déposée

## ATTAPULGITE ACTIVÉE NORMALE



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

## ATTAPULGITE ACTIVÉE MICRONISÉE



Grâce aux particules ultra-fines, la surface adsorbante est portée à 590 m<sup>2</sup> par dose.

# ATASORB™ à la NÉOMYCINE

(attapulgite composée et néomycine, Lilly)

*stoppe la diarrhée—  
rétablit le fonctionnement  
intestinal normal*

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

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

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

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

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

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

*Présentation:* Flacons de 170 et 473 cm<sup>3</sup>.

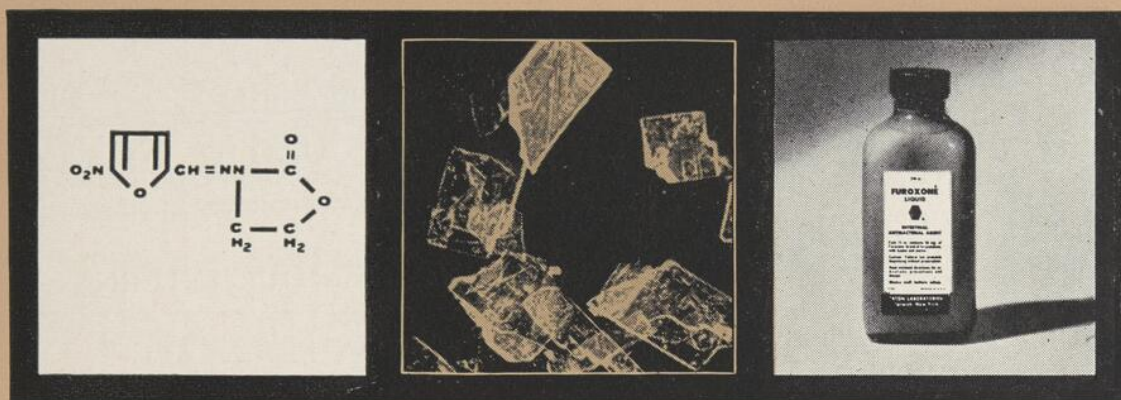
*Se fait également:* M-114, Atasorb™ (sans néomycine)

Atasorb™ (attapulgite composée, Lilly).

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



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



# FUROXONE

marque de furazolidone

**LIQUIDE  
ET  
COMPRIMÉS**

antibactérien  
émollient  
adsorbant

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

**Présentation:**

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

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

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

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

NITROFURANS—une catégorie unique d'antibactériens

AUSTIN LABORATORIES LIMITED

PARIS,



CANADA

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

**TAMPAX**

## TAMPONS HYGIÉNIQUES

Pourquoi on les préfère:

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

---



---

## QUESTIONS, S'IL VOUS PLAÎT?

---



---

### PROTECTION HYGIÉNIQUE INTERNE

vs

### CONTAMINATION PÉRINÉALE

**Q.** *Les serviettes sanitaires sont-elles reconnues comme porteuses de bactéries pathogènes? L'usage de Tampax serait-il plus hygiénique ou risque-t-il de faire remonter l'infection?*

**R.** D'après Dickinson<sup>1</sup>, les serviettes sanitaires peuvent transmettre la contamination depuis l'anus jusqu'au canal vulvo-vaginal; la friction, la chaleur et l'humidité aidant. Par contre, grâce à son étui-applicateur hygiénique, Tampax pénètre bien dans le vagin. Ainsi le tampon n'a aucun contact avec le périnée, ce qui élimine tout danger de contamination.

La théorie de la possibilité d'infection ascendante transmise par les tampons n'est basée sur aucune recherche clinique ou bactériologique. Brand<sup>2</sup> n'a trouvé aucune augmentation appréciable des bactéries du vagin, sur 100 femmes qui ont utilisé des tampons durant une à dix menstrues successives. Magid et Geiger<sup>3</sup>, après avoir étudié sérieusement un groupe de 25 femmes, ne constatèrent "aucune différence appréciable dans la végétation bactérienne du vagin, avant la menstruation et après l'usage des tampons durant la menstrue".

Thornton<sup>4</sup> fit l'étude de l'usage des tampons par 110 sujets, durant un an (30 sujets) jusqu'à un maximum de deux ans (56 sujets). Elle rapporta ensuite qu' "aucun sujet n'avait contracté de trichomonas ou d'infections fermentatives durant cette période de recherches. Et il n'y eut aucune évidence d'autre infection pelvienne".

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

1. Dickinson, R.L.: J.A.M.A. 128:490 (16 juin) 1945. 2. Brand, E.N.: Brit. M.J. 1:24 (5 janv.) 1952. 3. Magid, M.O., et Geiger, J.: M. Rec. 155:316 (mai) 1942. 4. Thornton, M.J.: Am. J. Obst. & Gynec. 46:259 (août) 1943.

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

Canadian Tampax Corporation Ltd., Barrie, Ont.

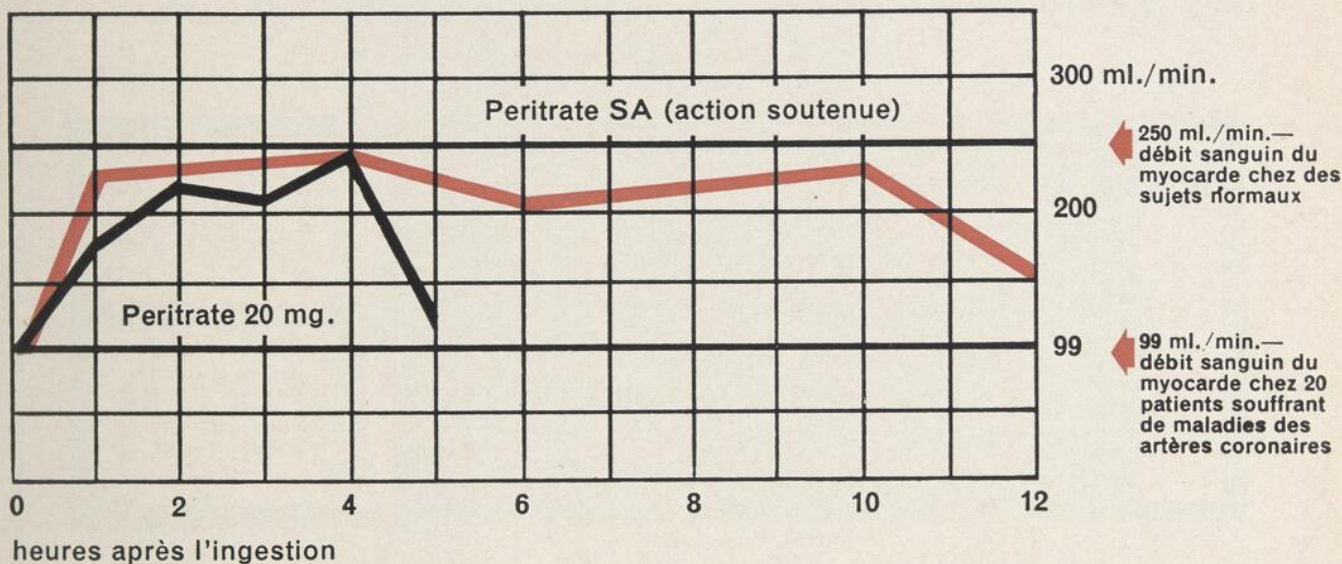
...avec ou sans angine

## le Peritrate

- ▶ augmente le débit sanguin du myocarde
- ▶ fournit plus d'oxygène au coeur

Dans les états postcoronariens sans angine, ainsi que dans les cas d'angine, le sang du myocarde est au-dessous de la normale.<sup>1</sup>

Effet du Peritrate sur le débit sanguin du myocarde dans les cas d'angine\*



\*Enregistrements par radio-isotopes du débit sanguin du myocarde dans un dossier au Dép. Méd. de W. C. Lab.

## Le Peritrate est **exceptionnellement sûr** même pour le patient postcoronaire

- aucun changement significatif dans le débit cardiaque
- aucun changement significatif dans la pression sanguine
- aucun changement significatif dans les pulsations

de plus, le Peritrate cause rarement des troubles gastriques ou des maux de tête.

thérapeutique de base dans la maladie coronarienne avec ou sans angine

# Peritrate



marque de tétranitrate de pentaérythritol



1. Johnson, P.C., et Sevelius, G.: J.A.M.A. 172: 1231, 1960.

*Tout spécialement . . .*

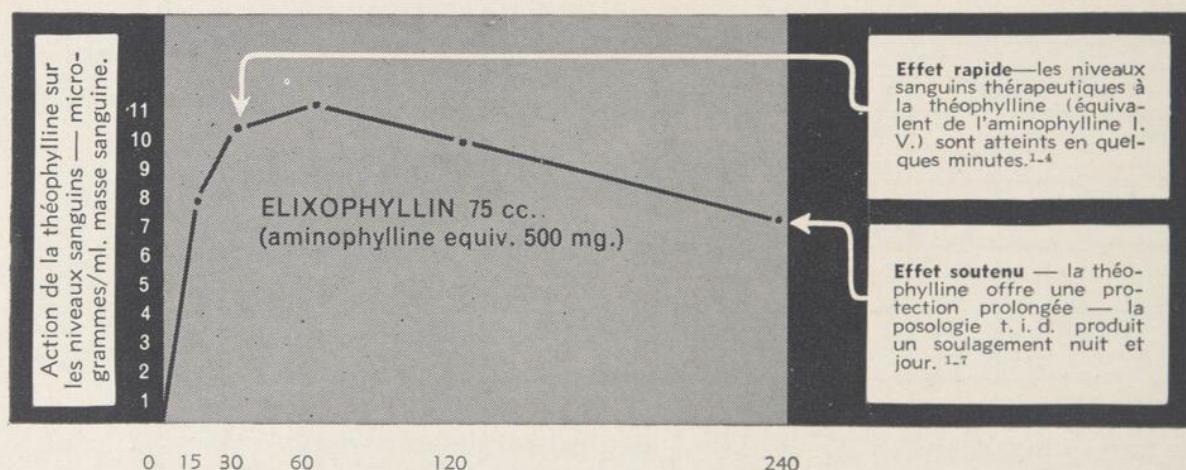
QUAND LA BRONCHITE ASTHMATIQUE SE COMPLIQUE  
D'HYPERTENSION - D'AFFECTION CARDIAQUE - D'HYPERTHYROIDISME

# ELIXOPHYLLIN

(la plus absorbante de toutes les présentations orales de théophylline)

... procure un soulagement rapide, sûr, sans danger.<sup>1-8</sup>

... évite les effets secondaires et les contre-indications  
des multiples prescriptions pharmaceutiques à l'éphédrine ou  
autres posologies similaires



En minutes, après son administration: valeur moyenne suivant l'administration d'une seule dose à des adultes, en clinique pratique.<sup>8</sup>

Chaque cuillerée à soupe (15 cc.) contient 80 mg. de théophylline (équivalent à 100 mg. d'aminophylline) dans un excipient hydro-alcoolique (20% d'alcool).

**Crises aiguës:** une seule dose de 75 cc. pour les adultes; 0.5 cc. par livre de poids pour les enfants.

**Contrôle de 24 heures:** pour les adultes, doses de 45 cc. avant le petit déjeuner, à 15 heures et avant le coucher; après deux jours, doses de 30 cc. Pour les enfants, 6 premières doses de 0.3 cc. — ensuite 0.2 cc. par livre de poids comme ci-dessus. (L'intolérance gastrique est rarement observée.)

**Références:** (1) Kessler, F.: Connecticut S.M.J. 21: 205 (mars) 1957. (2) Burbank, B.; Schluger, J., et McGinn, J.: Am. J. Med. Sci., 234: 28 (juillet) 1957. (3) Spielman, A. D.: Ann. Allergy, 15: 270 (juin) 1957. (4) Greenbaum, G.: Ann. Allergy, 16: 312 (mai-juin) 1958. (5) Kessler, F.: Medical Times, 87: 1298 (oct.) 1959. (6) Bickerman, H.

A., et Barach, A. L.; Modell, W.: Drugs of Choice, 1960-1961, St-Louis, The C.V. Mosby Company, 1960, p. 516. (7) Wilhelm, R. E. dans Conn, H. F.: Current Therapy — 1961, Philadelphie, W. B. Saunders Company, p. 417. (8) Schluger, J.; McGinn, J. E., et Hennessy, D. J.: Am. J. Med. Sci. 233: 296, 1957.

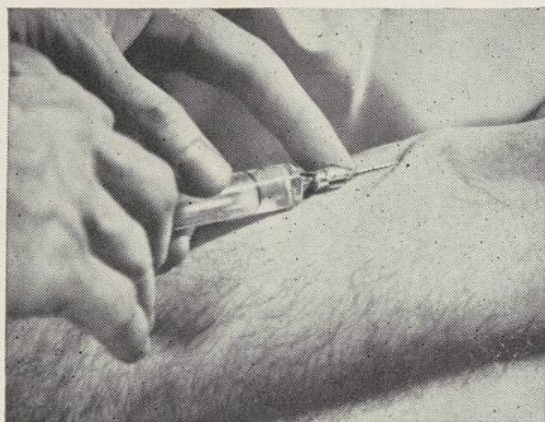
*Sherman Laboratories Ltd.*

Windsor, Ontario

**effet  
hypertensif  
uniforme  
et continu**

# ARAMINE\*

(bitartrate de métaraminol)



**INDICATIONS:** état d'hypotension aiguë associée à une rachianesthésie; hypotension résultant d'hémorragies, de chocs d'origine cardiaque, de réactions médicamenteuses, de complications chirurgicales; choc associé à des lésions cérébrales ou à des maladies infectieuses.

ARAMINE est un hypertenseur nouveau et d'un ordre supérieur dont l'action se traduit par une augmentation du débit de filtration glomérulaire, de la circulation sanguine rénale et du débit urinaire chez le patient en état de choc. Au nombre des avantages qu'offre ARAMINE, signalons:

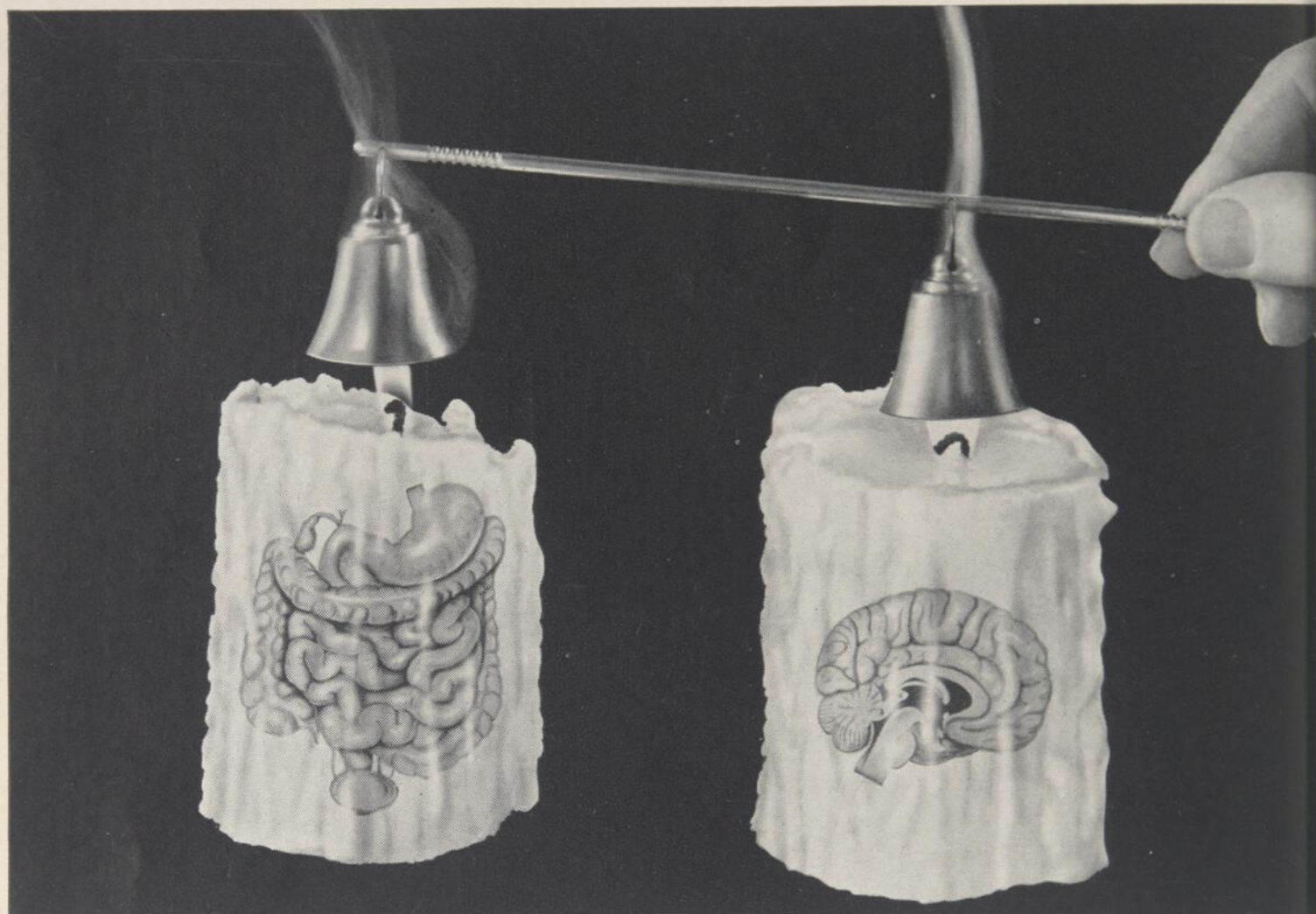
1. la quasi-absence d'escarre et l'absence de tout problème relatif à la tolérance
2. un effet hypertensif uniforme, sans chute de tension sanguine secondaire
3. un choix de trois voies d'administration: sous-cutanée, intramusculaire, intraveineuse
4. le maintien uniforme et prolongé de la tension artérielle
5. l'absence de tout symptôme de tachyphylaxie ou d'hyperglycémie

**PRÉSENTATION:** Ampoules de 1 cc. et fioles de 10 cc. (10 mg./cc.)

\*Marque de commerce



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



## ETOUFFEZ

*l'irritabilité psychique et les  
troubles gastro-intestinaux grâce à*

# PRO-BANTHINE avec DARTAL

(marque de bromure de propanthéline avec dichlorhydrate de thiopropazate)

A cause de l'influence nerveuse prépondérante sur le tractus gastro-intestinal, il est généralement reconnu que *la double extrémité du nerf vague* est impliqué dans les troubles gastro-intestinaux fonctionnels comme:

- le pylorospasme**
- le syndrome intestinal**
- l'ulcère peptique**
- la colite muqueuse**
- la gastrite non spécifique**

Combinant l'activité probante anticholinergique

avec cette efficacité bien démontrée contre l'anxiété et la tension, Pro-Banthine avec Dartal décourage la stimulation excessive aux deux extrêmes du vague, en soulageant le spasme et la douleur communs à ces conditions affligeantes.

#### POSOLOGIE RECOMMANDÉE POUR ADULTES:

Un comprimé trois fois par jour.

#### PRÉSENTATION:

Comprimés teintés aqua enrobés par compression renfermant 15 mg. de Pro-Banthine et 5 mg. de Dartal.

**G. D. SEARLE & CO. OF CANADA, LIMITED**  
BRAMPTON, ONTARIO

*La Recherche au Service de la Médecine*



*Sulfamido-thérapie potentialisée dans les*

## **INFECTIONS DES VOIES URINAIRES**

Le comprimé renferme 250 mg de mandélate de méthénamine et 250 mg de sulfaméthizol (Thiosulfil).

Le mandélate de méthénamine **augmente l'efficacité** du "Thiosulfil" en abaissant le pH urinaire à un niveau favorisant l'activité des sulfamides.

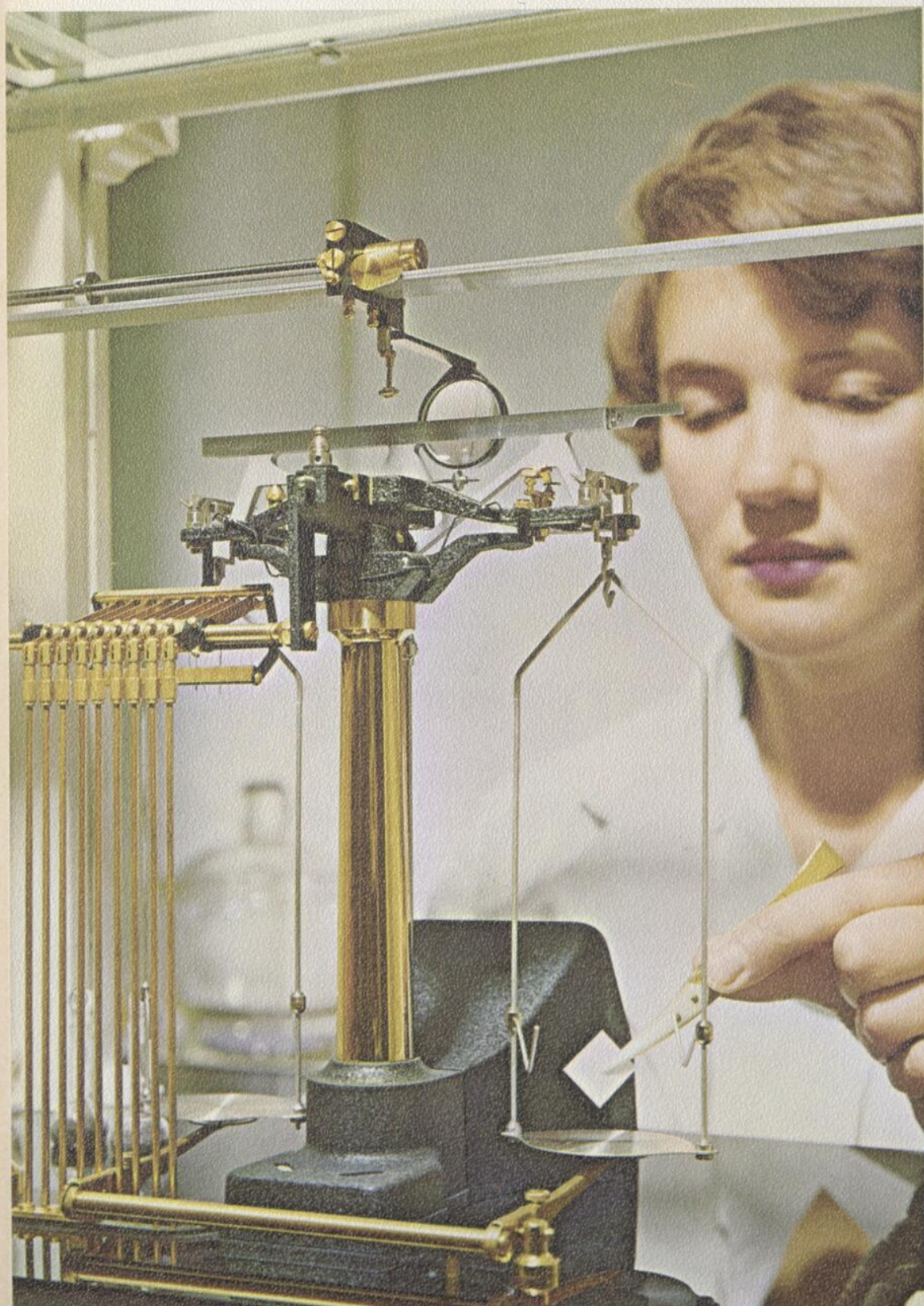
L'**effet bactéricide** du mandélate de méthénamine **raffermit l'action bactériostatique** du "Thiosulfil".



**LABORATOIRES DE  
RECHERCHE  
PHARMACEUTIQUE  
LES PLUS VASTES  
DU CANADA**

# COMBIEN\* PÈSE UNE , VIRGULE ?

LES LABORATOIRES AYERST DE  
VÉRIFICATION DE LA QUALITÉ  
PEUVENT FOURNIR LA RÉPONSE  
À  $\frac{1}{1\ 000\ 000}$  DE GRAMME PRÈS.

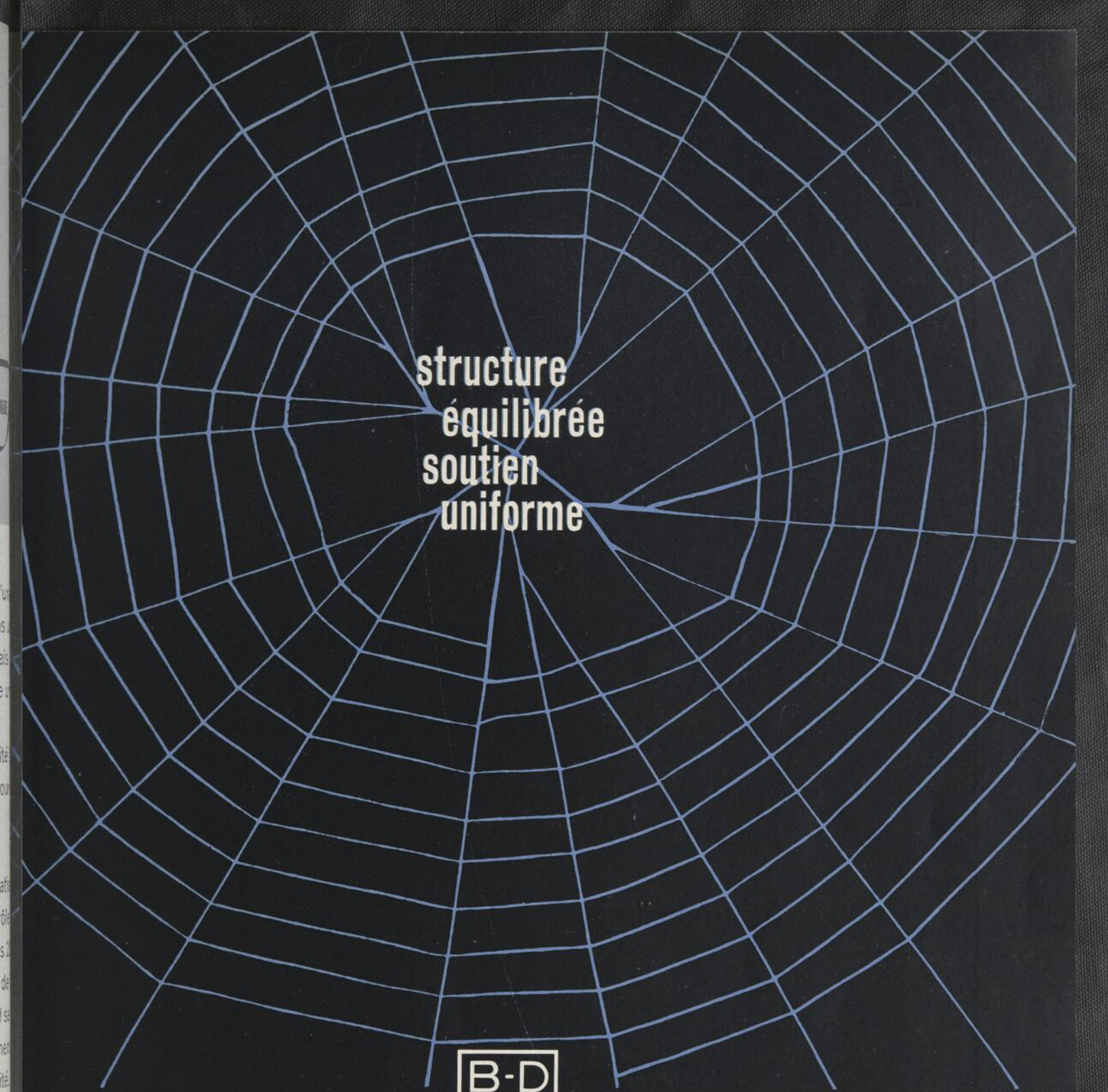


Déterminer le poids d'une virgule n'est certes pas un exploit scientifique mais cette opération illustre une phase complexe de la vérification de la qualité à savoir, la précision rigoureuse qui doit présider à la micro-analyse.

Chez Ayerst, la vérification de la qualité joue un rôle vital et significatif. Des 2000 membres de l'équipe de la Recherche, près de 50 se consacrent exclusivement à la vérification de la qualité. Dans ces laboratoires, les appareils représentent une mise de fonds de plus de \$200 000.

Dans les laboratoires Ayerst, la vérification de la qualité repose essentiellement sur la plus méticuleuse exactitude et assure par un impitoyable examen que seuls les plus purs produits seront reterés.

\* Pour ceux qui ont l'esprit orienté vers la recherche scientifique . . . l'épaisseur microscopique d'une couche d'encre est de 0.0000024 gramme.



structure  
équilibrée  
soutien  
uniforme

B-D

## ACE® BANDAGE ÉLASTIQUE EN CAOUTCHOUC

- le bandage élastique dont le tissage est équilibré — le rapport entre les fils de la trame et ceux de la chaîne a été scientifiquement établi.
- il contient plus de matériel ce qui lui donne plus de corps et d'épaisseur en vue d'un support maximum.
- une souplesse de tissage inégalée assure un soutien uniforme — et plus de confort.

**B-D** BECTON, DICKINSON & CO.,  
CANADA, LTD., TORONTO 10, ONTARIO

Exigez le BANDAGE  
ÉLASTIQUE EN  
CAOUTCHOUC ACE  
exclusivité de B-D



— PUISSANT ACTIVANT  
de la CIRCULATION de RETOUR —

# FRAGONAL

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

*Présentation :*

— Flacon de 50 comprimés —

*Échantillons et documentation  
sur demande.*

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

# Contre les infections staphylococciques

LA PLUS RÉCENTE PÉNICILLINE SYNTHÉTIQUE

# PROSTAPHLINE\*

(OXACILLINE SODIQUE)

**ORALE ■ BACTÉRICIDE ■ NON TOXIQUE ■ BIEN TOLÉRÉE**

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

un autre produit



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

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

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

**Geigy**

**Tofrānil<sup>®</sup>** chlorhydrate d'imipramine

**Pour soulager  
les symptômes  
de la dépression**



Produits Pharmaceutiques Geigy  
Division de Geigy (Canada) Limited  
Montréal

# DEUX ANTIHISTAMINIQUES DE CHOIX POUR COMBATTRE FIEVRE DES FOINS ET AUTRES ALLERGIES

9 formes posologiques individualisées pour répondre aux besoins particuliers des malades.

## CHLOR-TRIPOLON\*

(Maléate de chlorphéniramine)

Cliniquement efficace chez les malades atteints d'allergies non saisonnières.

## POLARAMINE\*

(Maléate de dextrochlorphéniramine)

Particulièrement efficace dans les poussées soudaines de symptômes allergiques aigus.



*Schering*  
CORPORATION LIMITED POINTE-CLAIRE

*Travail des Unités sanitaires***HYGIÈNE DE LA PREMIÈRE ENFANCE  
au cours de 1961**

Cliniques de puériculture . . . . .	13,568
Nourrissons examinés (0 à 1 an) . . . . .	233,988
Enfants pré-scolaires examinés (1 à 6 ans) . . . . .	234,643
Nourrissons visités à domicile . . . . .	185,301
Enfants pré-scolaires visités à domicile . . . . .	256,142

---

Cette compilation traduit en chiffres le travail accompli par le personnel des Unités sanitaires de la province de Québec au cours de 1961.

---

L'hygiène de la première enfance contribue fortement à diminuer la mortalité infantile. Grâce à elle, les hygiénistes préparent l'enfant à devenir un adulte vigoureux, bien portant et solide.

**Le ministère de la Santé de la province de Québec**

Honorable ALPHONSE COUTURIER, m.d.,  
ministre

JEAN GRÉGOIRE, m.d.,  
sous-ministre

## **lorsque l'allergie paralyse l'activité de votre patient...**

BENADRYL offre une double activité thérapeutique pour maîtriser les pénibles symptômes de l'allergie causée par les pollens de graminées ■ **l'activité antihistaminique** soulage la congestion nasale, les éternuements, le larmolement et le prurit ■ **l'activité antispasmodique** soulage le spasme bronchique et gastrointestinal.

Le chlorhydrate de BENADRYL (chlorhydrate de diphényhydramine Parke-Davis) est présenté sous diverses formes: Kapseals\* de 50 mg; Kapseals de 50 mg avec sulfate d'éphédrine 25 mg; capsules de 25 mg; élixir, 10 mg par 4 cc; Emplets\* de 50 mg pour une action-retard; fioles Steri-Vial\* de chlorhydrate de BENADRYL, 10 mg par cc, et ampoules de 50 mg par cc pour administration parentérale. Pour tout détail concernant l'administration et la posologie, consulter la documentation mise à la disposition des médecins.

\*MARQUE DÉPOSÉE

72961

**PARKE-DAVIS**

PARKE, DAVIS & COMPANY, LTD., MONTREAL 9

# **BENADRYL\***

**réduit la plupart  
des allergènes  
à leur plus  
simple  
expression**

**!**



## saignement utérin profus\*

“amélioration  
sensible...  
dans chaque  
cas”<sup>1</sup>

## duo-CVP

(CVP doublement actif)

Chez chacun des 26 cas de flux menstruel abondant (associé à la ménorragie sans cause organique démontrée), le traitement non-hormonal avec le duo-C.V.P. a donné des résultats "excellents" ainsi que témoignent l'arrêt facile de l'hémorragie, le sentiment plus prononcé de bien-être et la capacité de se livrer aux occupations habituelles. "Il n'y eut aucun cas d'effets secondaires."

Le clinicien attribue les effets anti-hémorragiques du duo-C.V.P. à la propriété qu'il semble avoir de rétablir l'état physique et fonctionnel normal des petits vaisseaux.

On s'est servi avantageusement du duo-C.V.P. et du C.V.P.† pour aider à restituer la constitution normale des capillaires en présence d'autres états gynécologiques tels que l'avortement imminent et habituel, le saignement du post-partum et la métrorragie fonctionnelle.<sup>2-5</sup>

chaque capsule de duo-C.V.P. contient:

COMPOSE BIOFLAVONOÏDE D'AGRUMES	200 mg.
ACIDE ASCORBIQUE (VITAMINE C)	200 mg.

Flacons de 50, 100 et 500 capsules.

†Le C.V.P. contient 100 mg. de composé bioflavonoïde d'agrumes et 100 mg. d'acide ascorbique par capsule. Flacons de 50, 100 et 500 capsules.

**Références:** 1. Prueter, G. W.: Applied Therapeutics 3:351, 1961. 2. Taylor, F. A.: West. J. Surg., Obstet. & Gynec. 64:280, 1956. 3. Ainslie, W. H.: Obstet. & Gynec. 13:185, 1959. 4. Pearse, H. A., and Trisler, J. D.: Clin. Med. 4:1081, 1957. 5. Clemetson, C. A. B. and Blair, L. M.: Am. J. Obst. & Gynec. 83:1269, May 15, 1962.

## \* ménorragie

Echantillons et prospectus sur demande à

**arlington-funk labs.**, division  
U. S. Vitamin Corporation of Canada, Ltd.  
Casier Postal 779—Montreal 3, Canada

# CELESTONE\*

Betamethasone

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

Remarquablement dépourvu des effets secondaires attribuables aux hormones<sup>1</sup>-

Le corticostéroïde le plus utile<sup>2</sup>-

Doué d'une action thérapeutique plus rapide et plus complète<sup>3</sup>-

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

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

**Bibliographie:**

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

\*Marque de fabrique

Cortico-  
thérapie

*Schering*  
CORPORATION LIMITED



MONTREAL

## FAITES IMMUNISER VOS ENFANTS AVANT LA RENTRÉE DES CLASSES

A l'occasion de la prochaine rentrée des classes, les autorités du ministère provincial de la Santé viennent de donner quelques conseils aux parents touchant les soins qu'ils doivent prendre de leurs enfants à cette époque de l'année. Ces sages conseils peuvent se résumer comme suit:

Faites vacciner vos enfants contre la variole;

Faites-les protéger contre la diphtérie;

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

Faites corriger leurs défauts physiques s'il y a lieu.

« Rien n'est plus important pour les enfants, déclarent vos hygiénistes, que de surveiller étroitement leur croissance. Les parents doivent à ceux-ci tous les moyens que la science possède 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, ajoutent nos hygiénistes, vous devez d'abord veiller sur leur santé. Un enfant en bonne santé fait un travail magnifique. Cela lui facilite ses études. La maîtresse ou le professeur ont moins de difficulté à lui inculquer les notions du savoir. Surveiller donc la santé de vos enfants! Ainsi, vous vous épargnerez de pénibles soucis. »



### Le ministère de la Santé de la province de Québec

Honorable ALPHONSE COUTURIER, m.d.,  
ministre

JEAN GRÉGOIRE, m.d.,  
sous-ministre

## NOUVELLE PRESENTATION

# SOFRAMYCINE CREME

possède les avantages  
d'une crème et d'une lotion

La SOFRAMYCINE CREME est une émulsion liquide  
qui ressemble à un "lait de beauté". Grâce à sa fluidité,  
elle réunit les avantages *d'une crème et d'une lotion*.  
Elle s'applique et s'étend très facilement.

**Particulièrement active contre :**

**Les Staphylocoques**

**Les Proteus**

**Les Ps. pyocyaniques**

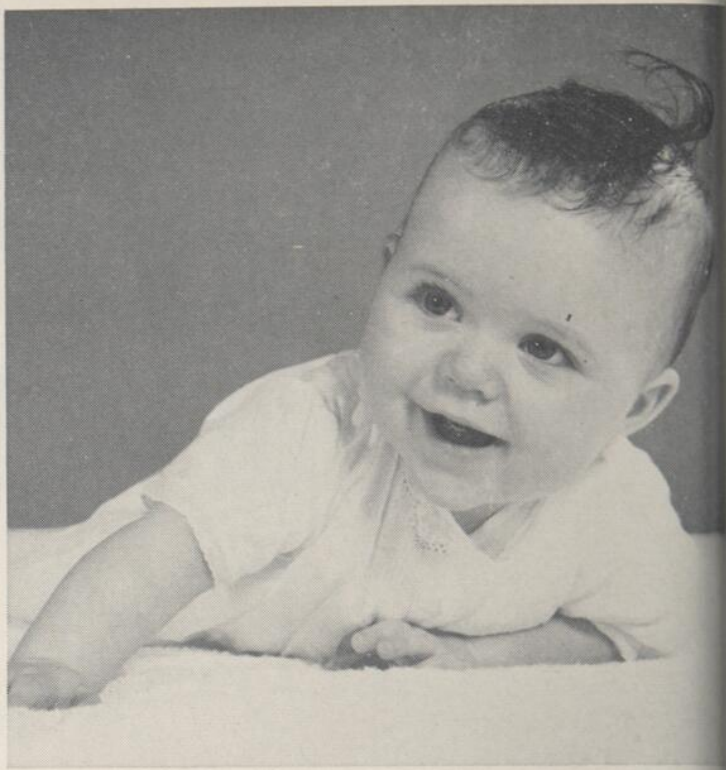


Nicole, Robert  
Jeannot ou Suzon,  
nous ne jurons que par

**Pelargon**



Nicole, à sa naissance, était un bébé chétif. Aujourd'hui, son état n'inspire guère d'inquiétude. C'est un véritable bébé **Pelargon** resplendissant de santé et de vigueur. Maman n'aura donc aucun souci pour la santé de sa fille.



Jeannot, un beau bébé dès sa première heure, ne put être allaité par sa maman. Le médecin de Jeannot prescrivit alors **Pelargon** comme substitut idéal au lait maternel. **Pelargon** mit Jeannot sur la bonne voie, vers une enfance saine et robuste.



Des troubles dyspeptiques causaient des ennuis à Robert (et à sa maman). Le médecin, maman et bébé résolurent le problème avec **Pelargon**. Robert digéra très bien **Pelargon** grâce à ses qualités antidyspeptiques. Maman et le médecin furent très satisfaits car **Pelargon** assura à Robert une formule alimentaire parfaitement bien équilibrée et une croissance d'une régularité remarquable.



"Au Revoir **Pelargon**!" Suzon a pris un bon départ dans la vie grâce à **Pelargon**. Elle vient d'être promue aux aliments solides, en route vers une enfance vigoureuse et une jeunesse pleine de santé. Avec **Pelargon**, Suzon s'est toujours bien portée.



Une formule parfaitement équilibrée pour l'alimentation de bébé.

PELARGON résout les problèmes d'alimentation infantile

**Pelargon** de **NESTLÉ**

Remarque: Documentation disponible sur simple demande.



Pour détendre le spasme de la musculature  
lisse soumise à un stress rien ne vaut une vacance\*

*...rien, sinon  
une sédation autonome au*

**DONNATAL<sup>®</sup>** 

Alcaloïdes naturels de la belladonne avec phénobarbital

Plus de médecins le prescrivent que tout autre antispasmodique



\*Site: Grandfather Mountain,  
Caroline du Nord.

Dans chaque comprimé,  
capsule ou 5 cc. d'élixir  
de DONNATAL

0.1037 mg.	sulfate d'hyoscyamine	0.3111 mg.
0.0194 mg.	sulfate d'atropine	0.0582 mg.
0.0005 mg.	bromhydrate d'hyoscine	0.0195 mg.
16.2 mg. (1/4 gr.)	phénobarbital	(3/4 gr.) 48.6 mg.

Dans chaque  
Extentab  
de DONNATAL

**DONNATAL comprimés • capsules • élixir**

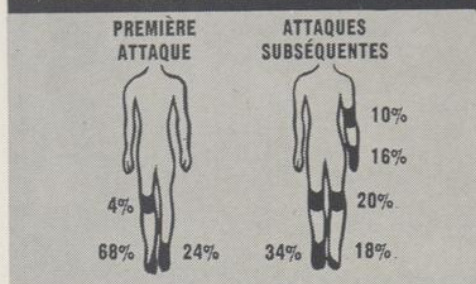
— pour un dosage commode t.i.d. ou q.i.d.

**DONNATAL EXTENTABS<sup>®</sup>**

— une seule dose durant tout le jour ou toute la nuit

A. H. ROBINS CO. OF CANADA, LTD., Montreal 9, Quebec

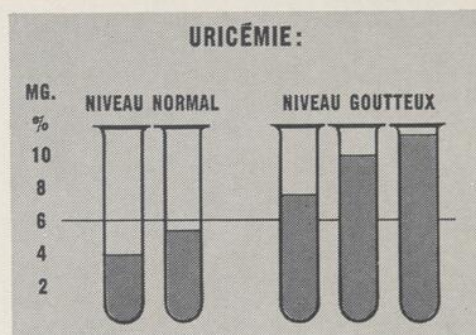
Pour la posologie, la présentation, les contre-indications et les effets secondaires, consulter les renseignements généraux sur chaque présentation.

**ARTICULATIONS ATTEINTES PAR LA GOUTTE**

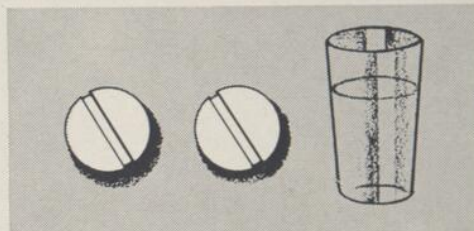
1. Douleurs musculaires intermittentes entrecoupées de longues périodes de rémission complète. (Pourcentages d'incidence).



2. Bursite goutteuse au niveau de l'olécrâne.



3. Hyperuricémie.



4. Test de la colchicine: dose forte (0.5 mg.) toutes les heures ou toutes les 2 heures jusqu'à soulagement de la douleur ou l'apparition de nausées, vomissements ou diarrhée. De 8 à 16 doses sont généralement nécessaires à la bonne conduite du test. Le soulagement de la douleur laisse présumer l'existence d'un état goutteux.

**AUTANT D'INDICES DE GOUTTE!**

Le cas échéant, prescrivez

**BENEMID\***

(PROBÉNÉCIDE)

**SPÉCIFIQUE DE LA GOUTTE**

Si les divers indices permettent de conclure à la goutte, un traitement prolongé par BENEMID est indiqué. En effet, cet uricosurique possède des avantages exceptionnels:

- Il double ou à peu près l'excrétion urinaire de l'acide urique
- Il diminue les taux d'acide urique dans le sang
- Il résorbe les tophi au niveau des tissus
- Il peut prévenir la formation de nouveaux tophi
- Il réduit la fréquence et la gravité des attaques

**POSOLOGIE RECOMMANDÉE:** 0.25 Gm. (½ comprimé) deux fois par jour pendant une semaine et, par la suite, 1 Gm. (2 comprimés) par jour, en doses fractionnées.

\*Marque de commerce



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



**retenu  
à la  
maison...  
mais pas  
pour longtemps**

**Sorboquel\***

POLYCARBOPHIL - MÉTHYLBROMURE DE THIHÉXINOL

COMPRIMÉS

**pour le traitement de la diarrhée aiguë et chronique**

**SORBOQUEL**, grâce à l'action conjuguée du polycarbophil qui absorbe les matières liquides en excès, et du méthylbromure de thihéxinol, inhibiteur de l'hypermotilité intestinale, constitue le traitement efficace et sûr de la diarrhée aiguë et chronique.

*Schering*  
CORPORATION LIMITED



\*Marque déposée

# DÉSORMAIS

un médicament physiologique  
contre la FATIGUE

# Spartase\*

Aspartates de potassium et de magnésium, Wyeth

Fatigue... lassitude... épuisement sont les malaises courants qu'il vous est désormais loisible de traiter avec le nouveau SPARTASE, un médicament spécifique contre la fatigue.

Combat la fatigue naturellement... par un moyen doté d'une marge sécuritaire élevée. Le SPARTASE représente un traitement *physiologique, naturel*, des malades fatigués. Il peut être employé seul dans les troubles fonctionnels ou, à titre d'adjuvant, dans les troubles organiques.

Ce n'est ni un stimulant, ni un inhibiteur des enzymes, ni un médicament contre la dépression.

Dans des cas bien choisis, le SPARTASE rétablit la capacité normale de travail.

Posologie et mode d'administration—Chez l'adulte, la posologie suggérée de SPARTASE est de deux comprimés deux fois par jour, après le repas du matin et du soir. Il faut environ quatre jours de traitement pour noter une amélioration clinique subjective. Il est à

conseiller de poursuivre le traitement au SPARTASE pendant deux semaines avant de revoir le malade. On ne

connaît aucune contre-indication au SPARTASE.  
**En flacon de 60 comprimés—  
représentant un traitement  
de 15 jours.**

\*Marque de commerce



Wyeth

Marque déposée  
WINDSOR, ONTARIO

## TRAUMATISMES (Ecchymoses)



Patient frappé par une poutre en acier: 24 heures après l'accident.

## SEULEMENT 48 HEURES PLUS TARD



48 heures après le traitement: réduction de l'inflammation et de l'œdème

La VARIDASE Buccale peut abrégier le temps requis pour le rétablissement dans la cellulite, les fractures, les entorses, la thrombo-phlébite, ou lorsqu'il y a œdème associé à l'infection ou au traumatisme.

La VARIDASE Buccale n'affecte pas les cellules vivantes saines ni le mécanisme de la coagulation normale. Sous forme de comprimés buccaux, la

**Les COMPRIMÉS BUCCAUX de**

# VARIDASE<sup>\*</sup> ont fait la différence

Streptokinase-Streptodornase Lederle



CYANAMID OF CANADA LIMITED, Montréal

\*Marque Déposée

# VARIDASE\*

Streptokinase-Streptodornase Lederle

## TOPIQUE

### a fait la différence



Brûlure thermique du deuxième degré—Ceci montre une aire brûlée, 14 jours après l'accident, qui avait été traitée par la méthode ouverte. La biopsie a indiqué que cette lésion était une croûte recouvrant une profonde brûlure du deuxième degré.

Aspect après débridement enzymatique—La croûte s'est dissoute après 72 heures de traitement par la VARIDASE, ne laissant que 2 ou 3 aires de brûlures profondes du deuxième degré non encore épithélialisées.

Tout comme dans ce cas de brûlure, la VARIDASE en traitement local aide à hâter la guérison dans les cas d'ulcères variqueux, d'ostéomyélite, d'ulcères de décubitus, de gangrène diabétique, de kystes pilonidaux et autres troubles du même genre.

Alors que la VARIDASE en traitement local aide à éliminer les tissus nécrotiques, elle n'affecte pas les cellules vivantes saines. En application locale, les deux principes actifs de la VARIDASE agissent électivement pour accélérer les processus de guérison de l'organisme.

La Streptodornase dissout les exsudats purulents, favorise le drainage et le nettoyage. La Streptokinase active la dissolution de la fibrine pour aider à rétablir le fonctionnement des systèmes circulatoire et lymphatique dans le voisinage de la lésion.

Lorsque des greffes cutanées sont indiquées, l'application locale de VARIDASE permet de les pratiquer plus tôt et améliore grandement la prise de la greffe.

\*Marque Déposée

## BULLETIN

---

### LA RECHERCHE CLINIQUE ET LE QUÉBEC

Le 17 janvier dernier, avait lieu à Toronto, dans le cadre du Congrès annuel de la Société Canadienne de Recherches Cliniques et sous la présidence de notre confrère Jacques Genest, un symposium sur la Recherche Clinique.

En dépit du fait que toutes les communications constituant ce symposium aient été traduites en français et publiées à l'intention des lecteurs de *L'Union Médicale*, il ne semble pas qu'elles aient trouvé dans notre milieu toutes les répercussions qu'elles méritaient.

Pourtant, Dieu sait si toutes les vérités qui ont été énoncées pendant ces débats devraient faire l'objet d'une méditation et être l'occasion d'une remise en question des principes et des cadres de notre médecine chez tous ceux qui ont la mission de nous diriger dans ce domaine. Je fais ici allusion à nos chefs gouvernementaux, aux conseils de nos Facultés de Médecine et aux administrations hospitalières. En règle générale, la médecine qui s'exerce dans notre milieu est honnête; les soins hospitaliers sont prodigués avec tout le caractère d'humanité et de charité auquel nous destinaient nos origines françaises et chrétiennes. Il n'en reste pas moins qu'à notre médecine fait défaut ce coefficient de dynamisme et d'originalité vraie résultant d'une ambiance scientifique à base de recherche clinique.

Toute revision de structures implique au départ un désir sincère d'amélioration, une tendance avouée vers le progrès. Au moment même où nos gouvernants, tablant sur un consensus populaire réel ou fictif, songent à prendre en main l'organisation des soins médicaux, après avoir pris en charge les soins hospitaliers, nous devrions les enjoindre de définir clairement leurs intentions à cet égard. Un bouleversement des structures traditionnelles manquerait sa véritable cible s'il n'avait pas pour but de redresser les standards de notre médecine, en plus de rendre plus accessibles à tout le peuple les soins de cette médecine. Car, ainsi que l'a dit notre confrère Genest, dans sa communication, « le niveau de la médecine pratiquée dans n'importe quel pays est directement proportionnel au volume de la recherche médicale qui y est effectuée et aux conditions matérielles dans lesquelles travaillent les chercheurs cliniques ». A ce point de vue, l'établissement du régime d'Assurance-hospitalisation nous a déçus. En effet, dans le budget énorme prévu pour les soins hospitaliers, on ne trouve pas la moindre petite parcelle affectée à la recherche.

Dans le climat actuel, il n'est pas étonnant que la médecine canadienne ne progresse pas « de pair avec la médecine scientifique, indispensable à l'amélioration de la santé des Canadiens » comme disait le docteur Slater.

Celui-ci ajoutait: « Dans l'état actuel de notre économie et compte tenu de notre niveau de vie, une revision de la politique gouvernementale à cet égard s'impose. »

Cette revision de la politique gouvernementale suppose chez nos gouvernants une prise de conscience de l'évolution et des besoins nouveaux de la médecine. Elle suppose aussi que cette prise de conscience se fasse chez les dirigeants de notre classe médicale. Ceux-ci doivent s'efforcer de sortir notre médecine des sentiers battus, de l'établir sur des bases modernes, de lui fournir des cadres qui tiennent compte de toutes les réalités scientifiques et qui fassent appel à toutes les personnalités véritablement informées de ces réalités nouvelles. Dans le domaine de la recherche, la situation des Canadiens français est celle d'un groupe scientifiquement sous-développé, affirme l'Association Canadienne-française pour l'avancement des sciences (*Le Devoir*, le 9 juin 1962). Après avoir aligné quelques chiffres démontrant l'infériorité numérique de nos chercheurs, l'ACFAS indique (toujours selon *Le Devoir*) que « l'une des conséquences de notre infériorité numérique, c'est que nous sommes toujours à la remorque des événements, toujours en train de nous adapter. Non seulement nous n'avons pas les disponibilités nécessaires pour prendre l'initiative, mais nous laissons échapper, faute d'hommes et de moyens, les occasions qui nous sont offertes. C'est là un cercle vicieux dont il faut à tout prix sortir. Pour en sortir, l'ACFAS recommande que nos universités françaises disposent de budgets de recherches scientifiques qui dépassent les besoins immédiats. » Cette recommandation de l'ACFAS sur le plan de la recherche scientifique fondamentale peut s'appliquer intégralement à la médecine sur le plan de la recherche clinique.

La meilleure façon de donner au peuple des services médicaux bien organisés et générateurs de progrès est de doter la profession médicale et les institutions hospitalières des meilleures conditions pour la recherche.

CHARLES LÉPINE.

---

## SUR LES ÉLECTIONS PROCHAINES DES GOUVERNEURS AU BUREAU PROVINCIAL DU COLLÈGE

Faut-il s'étonner que l'ordre harmonieux de la placidité et de la sérénité ait fait place à un certain affolement confus au sein même de notre Bureau provincial de médecine.

Tout s'agite autour de nous. Les structures constitutionnelles, politiques, éducationnelles et pédagogiques, cléricales, hospitalières et médicales sont secouées par des vagues que d'aucuns disent de fond et à potentiel d'ébranlement, que d'autres appellent de surface et à seul caractère de bruyance.

Et notre Collège de médecine participe à cette exaltation trépidante.

Evidemment, il y a le déficit budgétaire, l'augmentation bondissante de la contribution, la curiosité insistante de ses membres sur la trouée des dépenses, il y a l'assurance-maladie.

Et il y a les élections prochaines au Bureau des gouverneurs. Notre collègue Desjardins en a parlé longuement dans deux bulletins récents. Nous aimerions ajouter à ses propos quelques remarques complémentaires, quitte à y revenir plus tard.

Nous désirons tous des gouverneurs dévoués, honnêtes, compétents, vigilants et d'esprit progressif, plus actifs que verbeux, mais pardessus tout responsables vis-à-vis d'eux-mêmes seuls et de leurs mandataires, absolument indépendants de toute influence extérieure.

Une rumeur circule à l'effet qu'on voudrait préparer, cuisiner en quelque sorte, l'élection de médecins au Bureau provincial, afin qu'un groupe puisse y exercer un certain contrôle, sinon absolu, sur ses desseins, entreprises et décisions. Il s'agit d'une rumeur. Correspond-elle à la réalité? Est-elle fausse? Nous posons la question, sans pouvoir nous la confirmer et l'affirmer.

Nous préférerions que le mouvement, si mouvement il y a, se fît au grand jour, ouvertement, plutôt que sous la couverture ou dans la coulisse. Nous préférerions même qu'elle fut fausse.

Car nous croyons que la profession médicale de cette Province désire que son Collège soit dirigé par des collègues entièrement libres, complètement indépendants de toute influence venant d'une société, association ou de tout groupe professionnel organisé.

Le Bureau provincial ne doit être soumis qu'à une seule politique inspirée d'une source unique qui vient des électeurs libres de leurs choix et dirigé vers une seule fin, celle d'une excellente et honnête médecine appliquée par d'excellents et honnêtes médecins.

Toute autre politique: de clans, de contrôle, de dirigisme ou d'influence en sous-main est détestable et profondément nuisible.

Que la profession veille au grain.

Elle aura au Bureau provincial des représentants libres ou plus ou moins liés par la patte, selon que son choix aura été préalablement éclairé sur la personnalité et les liaisons éventuelles des candidats en présence.

Si on désire un Bureau d'abord et exclusivement lié à la pensée et à l'opinion de la majorité de la profession médicale du Québec, qu'on exprime son vote en toute lucidité et liberté de décision et d'option.

C'est ce que nous osons espérer pour qu'une paix sereine revienne au Bureau des gouverneurs après la traversée des élections.

ROMA AMYOT.

---

## LE XXXII<sup>e</sup> CONGRÈS SE DESSINE À L'HORIZON

Le premier congrès de l'Association des médecins de langue française du Canada eut lieu en 1902; il se déroula à Québec sous la présidence du docteur Delphis Brochu.

Le soixantième anniversaire de cette fondation sera commémoré, cette année, par le XXXII<sup>e</sup> Congrès qui se tiendra à l'Hôtel Reine Elizabeth de Montréal du 7 au 10 novembre 1962.

Le but du Congrès de 1902 et les mobiles de celui de cette année sont identiques: instruire d'une part et apprendre de l'autre, mettre en relief les progrès accomplis et faire le point sur les découvertes récentes, favoriser le dialogue entre professeur et élève, rappeler le passé pour s'en inspirer, définir les problèmes présents et élargir l'horizon des données futures, susciter les colloques, affirmer la solidarité professionnelle, permettre les contacts personnels et plaire au coeur et à l'esprit.

La politique du XXXII<sup>e</sup> Congrès demeure traditionnelle sur le plan philosophique; elle s'avère toutefois allergique à l'immobilisme et compte s'imposer par le dynamisme de ses réalisations et par l'ampleur scientifique de ses démonstrations.

Le XXXII<sup>e</sup> Congrès s'est choisi une structure solide, basée sur un matériau nouveau sous nos cieux: la recherche clinique.

A cette fin, le programme est étayé sur de solides travaux de recherche à qui la clinique doit beaucoup, puisque sans eux, elle n'aurait pas toujours eu à son actif les résultats dont elle s'enorgueillit avec raison.

Le XXXII<sup>e</sup> Congrès entend faire la preuve de la symbiose naturelle entre la recherche et l'application pratique. Elle veut le démontrer à partir de son programme.

Celui-ci se compose de deux parties distinctes. La première série, divisée en dix séances, s'appuie sur la formule la plus susceptible de plaire et de satisfaire: le colloque, encore connu sous les noms de forum-discussion ou de panel.

Les titres de chapitre sont la pathologie des surrénales, l'hypertension artérielle et les reins, le cancer, les troubles de la menstruation et de la fertilité, l'évolution des sciences neurologiques, la génétique, la transplantation rénale, l'infection et les nouveaux antibiotiques, l'insuffisance hépatique et des confrontations anatomocliniques.

La deuxième partie du programme suit l'exemple proposé en 1961 par le Congrès de Québec, soit l'organisation, à bureaux fermés et à inscriptions limitées, de cours post scolaires, dits actualités médico-chirurgicales. En effet, le programme est double.

La section de médecine doit porter sur la diétothérapie, la thérapeutique neurologique, sur le problème des oedèmes et sur l'étude d'aspects courants en pédiatrie.

La section chirurgicale se limite au cancer du sein, au thorax traumatisé, à l'ulcère peptique et au risque gériatrique.

Le XXXII<sup>e</sup> Congrès se réjouit d'annoncer que les animateurs de ces diverses séances seront les docteurs André Lanthier, Jacques Sylvestre, Léo Gauvreau, Carlton Auger, Louis-Charles Simard, Raoul Groulx, Claude Bertrand, Jacques Gagnon, Jacques Genest, Lucien L. Coutu, Guy Joron, Aurèle Beaulnes, Henri Charbonneau, Richard Lessard, François Archambault, Emile Simard, Edouard D. Gagnon, Jean Charbonneau et d'autres dont l'acceptation est conditionnelle.

Le XXXII<sup>e</sup> Congrès réserve pour la livraison prochaine de *L'Union Médicale du Canada* la révélation de ses invités d'honneur, ainsi que celle de ses distingués rapporteurs. Les uns et les autres sont des maîtres dans leur domaine particulier; beaucoup sont reconnus dans le monde entier et les voir et entendre mérite le déplacement.

A retenir immédiatement et à noter: les dates: 7 au 10 novembre 1962, l'endroit: Hôtel Reine Elizabeth, l'objet: le XXXII<sup>e</sup> Congrès de l'A.M.L.F.C.

Les dames sont particulièrement invitées; novembre est un mois qui leur plaît, puisque les étalages de Noël sont déjà prêts; c'est aussi la période des grands spectacles et des belles expositions. Ne pas oublier le slogan du Congrès: Instruire et plaire, instruire en plaisant et plaire en instruisant.

*Le président du XXXII<sup>e</sup> Congrès,*  
EDOUARD DESJARDINS.

---

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

---

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

Depuis le 8 juin dernier, l'A.M.L.F.C. est installée dans ses nouveaux locaux au numéro civique: 5064 Avenue du Parc (intersection Avenue Laurier); numéro téléphonique: 273-2321.

L'Union Médicale du Canada est aussi depuis ce temps emménagée à la même adresse.

Bien éclairés, bien ventilés et suffisamment dégagés, bureaux, salles de travail et de réunions sont munis des commodités essentielles; aussi le travail quotidien et les séances régulières de nos différents comités, qui augmentent d'année en année, en seront certainement facilités.

Confrères et membres de l'Association y recevront un accueil empressé.

### RÉUNION DE L'EXÉCUTIF DE LA FILIALE DU QUÉBEC

L'Exécutif de la Filiale du Québec de l'A.M.L.F.C. s'est réuni le samedi matin 16 juin au nouveau siège social de l'Association 5064, Avenue du Parc, sous la présidence du docteur Jacques Léger.

Le sujet principal à l'ordre du jour concernait le projet de loi des hôpitaux pour la province de Québec, qui est présentement notre grande question d'actualité.

Les médecins ont pris connaissance de ce projet de loi que reproduisent et commentent à satiété les différents journaux de la Province.

Certains articles de ce projet, s'ils sont appliqués littéralement sont sujets à mécontentement éventuelle, ou tout au moins présentent un aspect litigieux. L'A.M.L.F.C. par sa Filiale du Québec, se fait un devoir de travailler avec les autres organismes intéressés à cette question — et notamment avec notre Collège des Médecins et Chirurgiens —, à la clarification ou à la modification des articles les plus controversés, contenus dans le texte de ce projet de loi.

### L'A. M. L. F. C. ET LES PRIX DÉCERNÉS AUX FINISSANTS EN MÉDECINE

C'est en 1960 que l'Exécutif de l'A.M.L.F.C. a pris l'heureuse initiative d'attribuer trois prix, renouvelables chaque année, et décernés aux élèves de cinquième année en médecine qui ont totalisé le plus grand nombre de points dans l'ensemble de leurs examens finals et cliniques.

La remise de ces prix est accordée, l'une par l'Université Laval, l'autre par l'Université d'Ottawa, la troisième par l'Université de Montréal.

Les finissants bénéficiaires de ces prix pour la promotion 1962 sont les suivants:

à l'Université Laval, le docteur Fernand Côté;

à l'Université d'Ottawa, le docteur Brien Benoit;

à l'Université de Montréal, madame le docteur Marie-Laure Brisson-de-Champlain.

Par ce geste d'encouragement, l'A.M.L.F.C. souligne l'intérêt qu'elle ne cesse de porter à l'enseignement médical universitaire et au jeune médecin dès son admission dans les cadres de la profession médicale.

Aux heureux titulaires du « Prix de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada » — c'est la dénomination officielle de ce prix — nous offrons nos sincères félicitations et nos meilleurs vœux de succès.

Pierre SMITH,  
*Directeur des relations extérieures*

## TRAVAUX ORIGINAUX

### L'HYPERTONIE ARTÉRIELLE ET LES EFFETS DE LA SYMPATHECTOMIE DÉMONTRÉS PAR L'ANGIOGRAPHIE À TRÈS LARGE CHAMP<sup>1</sup>

Paul ROY

Parmi les malades candidats à la sympathectomie lombaire ou à la stellectomie, les plus aptes à bénéficier d'un soulagement rapide et efficace sont ceux qui souffrent de troubles circulatoires fonctionnels par hypertonicité artérielle dans les membres.

Il n'est donc pas étonnant de constater l'abondance de la littérature chirurgicale dans ce domaine de la pathologie vasculaire. Par contre, rares sont les travaux qui renseignent sur les aspects radiologiques de ces déficiences circulatoires et de leur correction par l'exérèse des chaînes nerveuses ganglionnaires.

Cette disproportion de l'information tient sans doute au fait qu'en angiologie nos moyens de diagnostic radiologique se sont développés plus lentement que les méthodes chirurgicales.

#### CONSIDÉRATIONS TECHNIQUES

L'angiographie des membres, et plus spécialement l'artériographie, ne se conçoivent plus sans le recours aux procédés d'exploration à très larges champs anatomiques.

Jusqu'à ces dernières années, on a trop souvent négligé la mise en évidence du système vasculaire dans des territoires suffisamment étendus du corps humain. En conséquence, une lésion vasculaire pouvait être décelée avec une grande précision dans un secteur limité de l'organisme, tandis que l'état des vaisseaux en aval ou en amont échappait à l'observation. Instruits par les mécomptes des bilans incomplets, les chirurgiens se mirent à réclamer, de manière de plus en plus pressante, des champs de vision toujours plus vastes, tout en voulant conserver les avantages que procurent les poses multiples et synchronisées sur les différentes étapes de l'opacification artérielle, veineuse ou lymphatique, selon les cas. Il fallait donc créer un système sériographique de dimensions exception-

nelles, très maniable et pouvant produire une succession d'images dont chacune inclurait à la fois l'abdomen et les deux membres inférieurs dans le même panorama vasculaire.

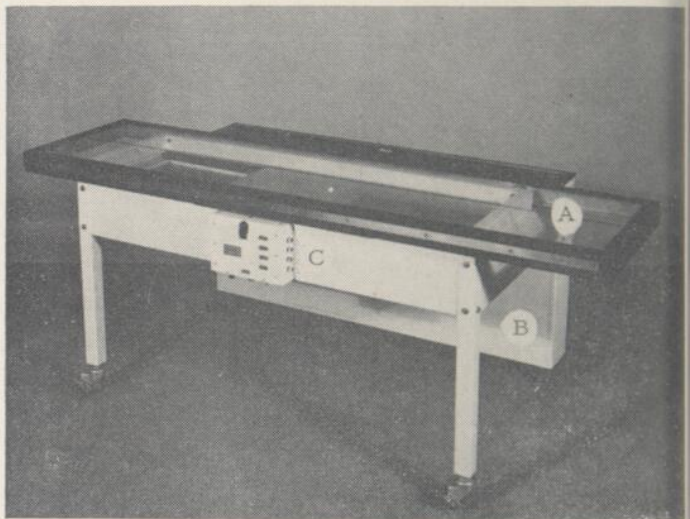


Fig. 1. — Sériographe à très large champ conçu pour l'exposition successive de cinq cassettes de dimensions exceptionnelles (35.6 x 129.6 cm). A: Le plateau de la table est transparent et se déplace à volonté dans le sens longitudinal pour faciliter la mise en position du patient. B: Coffre pourvu d'un système de contrepois pour l'escamotage automatique des cassettes. C: Electro-aimants reliés par fil électrique au poste de contrôle à distance.

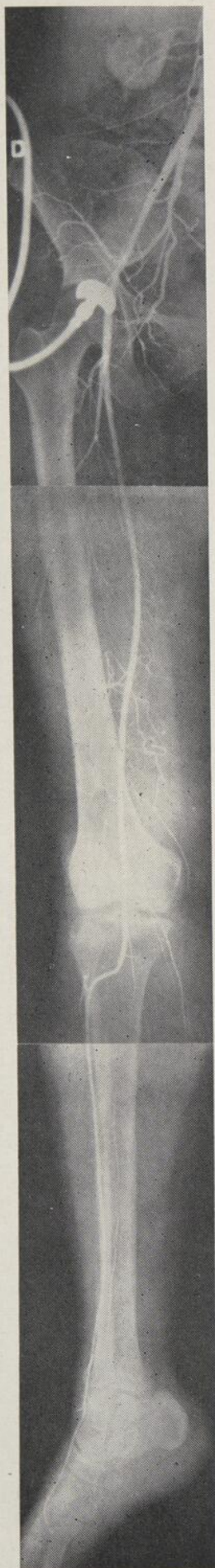
Pour nos besoins personnels, aucune des solutions offertes par les auteurs n'était satisfaisante. (1, 2, 4, 5, 6, 7, 10, 15, 16) Si les membres inférieurs apparaissaient en entier sur les films, l'abdomen manquait; inversement, lorsque l'aorte était visible, une partie importante des extrémités demeurait exclue. Presque tous les appareils connus présentaient de graves défauts d'automatisme ou de contrôle à distance; par surcroît, la protection contre les radiations était insuffisante. En général, la densité, le contraste, les détails et la continuité des images n'atteignaient pas la qualité souhaitable.

A la fin de l'année 1958, l'équipe des radiologistes de l'Hôtel-Dieu de Montréal s'est attaquée aux problèmes d'une instrumentation adéquate et en quelques mois, elle a réalisé un sériographe à très large champ (fig. 1), entièrement automatique et synchronisé avec un injecteur électro-pneumati-

1. Travail présenté simultanément pour publication en langue allemande dans la Revue *Roentgen-Europ* (Delachaux et Niestle, Paris).

2. Radiologiste chargé de la section cardio-vasculaire du département de Radiologie, Hôtel-Dieu de Montréal, Canada, sous la direction du Professeur Albert Jutras.

\* Injecteur du Docteur Caillon.



que \*. Notre système (12, 13) permet, à des intervalles choisis, l'exposition successive de 5 cassettes de dimensions exceptionnelles (35.6 x 129.6 cm.), la distance focale de l'anode étant de 193 cm. L'homogénéité photographique est assurée par le jeu d'écrans renforceurs de vitesses différentes, par l'emploi de films de sensibilités distinctes et par l'addition d'un filtre compensateur à trois paliers.

Il est désormais facile d'obtenir des images précises du réseau artériel à partir de l'aorte jusqu'à l'extrémité des membres, sans interruption, tout en conservant une parfaite unité des contrastes et de la densité photographique (fig. 2). De plus, la multiplicité des clichés renseigne non seulement sur l'état anatomique des vaisseaux, mais aussi sur le comportement du flux opaque d'un instant à l'autre. Ainsi de précieux renseignements d'ordre fonctionnel s'ajoutent aux données morphologiques.

Toutefois, il ne suffisait pas de fabriquer les outils nécessaires à la production de radiographies à grand format, il fallait de plus trouver le moyen de faire voir la totalité du réseau artériel dans toute l'étendue du territoire couvert par le faisceau des rayons-x par une opacification convenablement distribuée. Bien entendu, la ponction trans-lombaire de l'aorte et l'injection rapide de substance de contraste dans celle-ci constituait depuis longtemps déjà l'approche la plus courante et la plus efficace, mais non la moins dangereuse, pour l'aortographie abdominale avec opacification simultanée des artères des membres inférieurs (9, 11). Il existe pourtant un nombre considérable de cas où, en l'absence d'indications précises, il semble préférable de s'abstenir d'un traumatisme de l'aorte abdominale, si minime soit-il, dans le seul but de connaître l'aspect des artères dans les membres inférieurs et dans les secteurs iliaques (14). Il est alors beaucoup plus logique de recourir à l'artériographie bilatérale simultanée des membres inférieurs. Celle-ci s'obtient habituellement par ponction de l'artère fémorale commune, en bas du ligament de Poupart, dans les deux aines à la fois.

C'est après avoir exploité cette technique pendant un certain temps que nous avons découvert les nombreux avantages d'introduire le trocart d'injection à contre-courant non pas dans l'artère fé-



Fig. 2. — Artériographie du membre inférieur droit par ponction percutanée de l'artère iliaque externe. Oblitération du tronc tibio-péronier. A signaler: d'une part, l'abondant reflux de liquide opaque dans les artères iliaques et probablement dans l'aorte puisque les artères lombaires inférieures sont visibles et qu'une néphrographie droite s'installe; d'autre part, la mise en évidence des artères tibiale antérieure et pédiéuse.

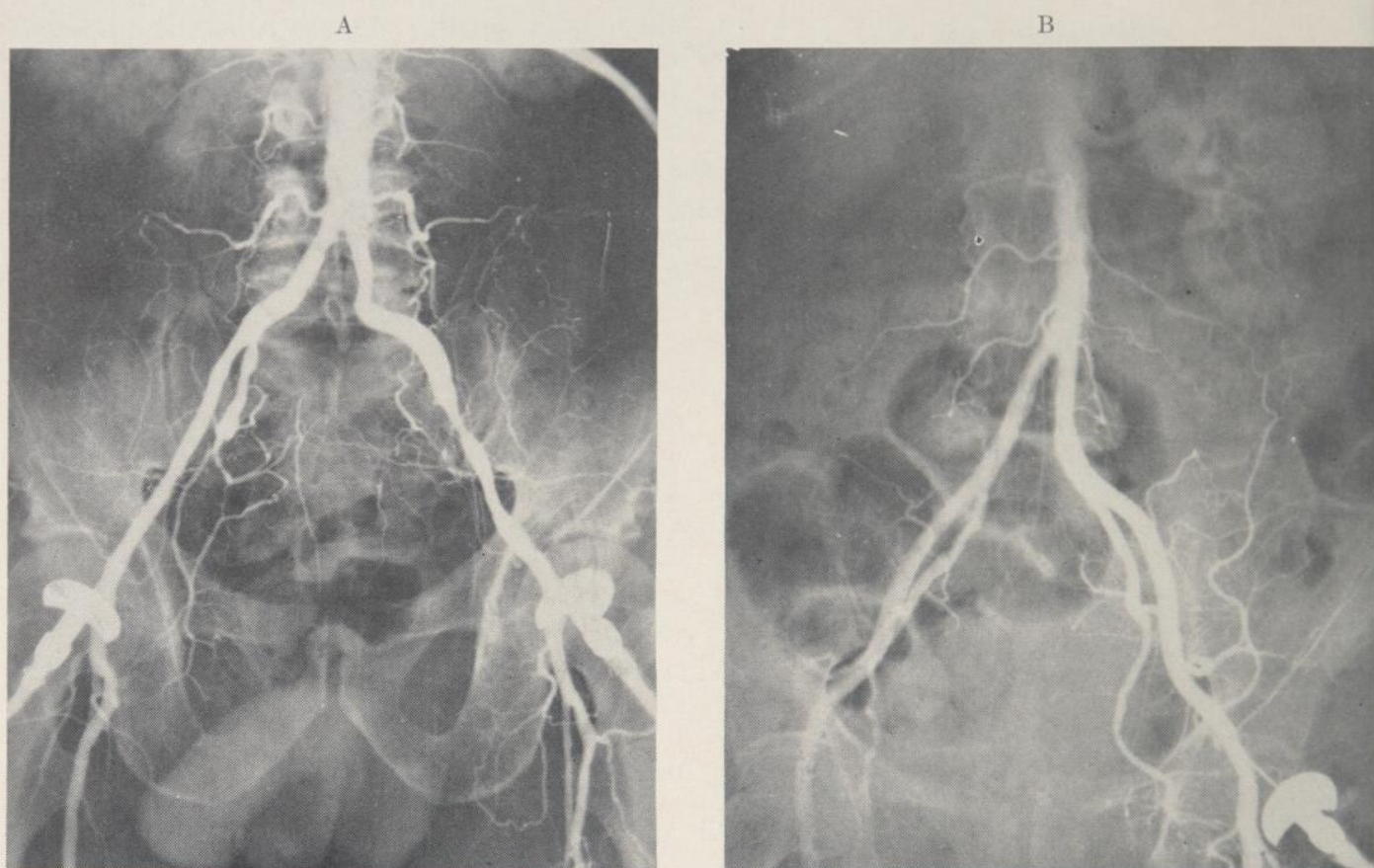


Fig. 3. — Exemples d'opacification des artères iliaques et de l'aorte abdominale à contre-courant au cours de l'artériographie des membres inférieurs. A: Injection bilatérale simultanée dans les artères iliaques externes. Reflux opaque jusque dans l'aorte abdominale. Rétrécissements iliaques multiples. Oblitération de l'artère iliaque interne gauche. B: Injection unilatérale dans l'artère iliaque externe gauche. Presque immédiatement, les artères iliaques droites deviennent visibles tandis qu'en amont un peu de substance de contraste parvient dans l'artère rénale gauche et détermine une néphrographie.

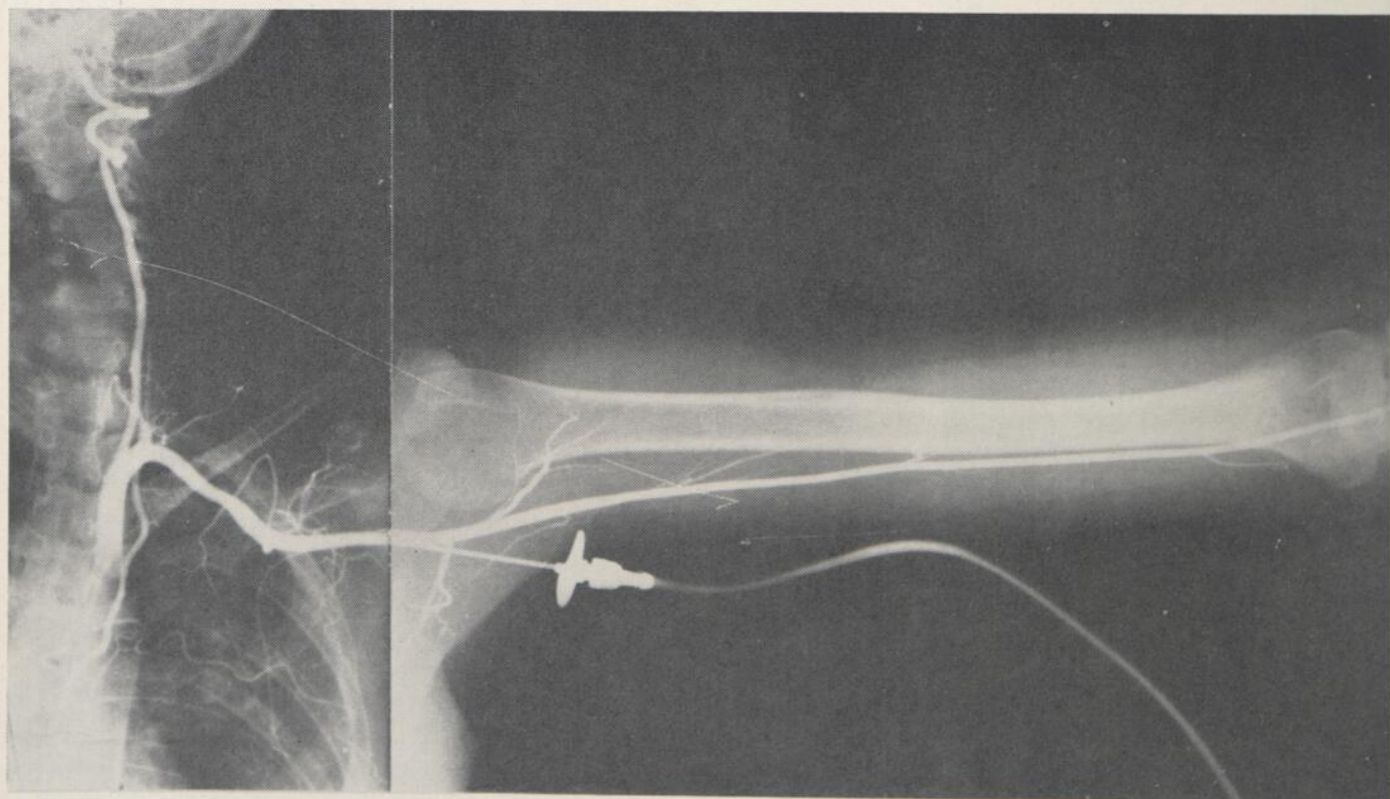


Fig. 4. — Artériographie du membre supérieur gauche obtenue par ponction percutanée de l'artère axillaire. Abondant reflux de liquide opaque dans l'artère sous-clavière et dans ses collatérales, en particulier dans l'artère vertébrale.

morale, mais plutôt dans l'artère iliaque externe, soit à 1 ou 2 cm. au-dessus du ligament inguinal de chaque côté. Si l'aiguille est bien orientée dans l'axe de la lumière artérielle et si l'injection est suffisamment rapide, un fort reflux de la substance opaque vers les iliaques est la règle. Dans près de la moitié des cas, l'agent de contraste remonte jusqu'à la bifurcation de l'aorte, montrant ainsi les iliaques primitives et leurs branches. Dans 35 % de nos investigations entreprises par cette approche, nous avons observé une excellente opacification de l'aorte abdominale (figures 3-A et 3-B) ainsi que des artères lombaires et parfois même des artères rénales.

Au membre supérieur, l'injection à contre-courant dans l'artère axillaire permet un reflux aussi abondant, de sorte que du même coup l'artère sous-clavière et ses collatérales, telles l'artère vertébrale et la mammaire interne, deviennent visibles sur les films. Par l'axillaire droite, on peut souvent atteindre le tronc brachio-céphalique (fig. 4).

Désormais, nos collègues médecins et chirurgiens, se voient offrir les moyens radiologiques adéquats pour l'exploration des vaisseaux sanguins, avec une marge toujours plus grande de sécurité et de précision. C'est pourquoi ils n'hésitent plus à recourir à ce mode d'examen, dès qu'ils soupçonnent une déficience circulatoire.

Longtemps considérée comme exclusive aux chirurgiens vasculaires, l'artériographie fait valoir chaque fois davantage le bénéfice que pneumologues, neurologues, urologues et gastro-entérologues peuvent en retirer. Reconnaissons que cette confiance tient aussi pour beaucoup au fait que l'innocuité des substances de contraste a été portée à un degré tel qu'on peut maintenant les employer de routine et sans risque sérieux. Pour notre part, après plus de deux années d'expérience, c'est-à-dire dans une série d'environ 2,000 examens, nous n'avons observé aucune réaction allergique ni toxique significative à la suite d'administration parfois massive de diatrizoate de méthylglucamine à 76% ou à 85%.

#### TABLEAU RADIOLOGIQUE DE L'HYPERTONIE ARTÉRIELLE AUX MEMBRES INFÉRIEURS

C'est dans cette ambiance de sécurité que nous procédons quotidiennement aux examens angiographiques de tous les malades qui nous sont adressés par nos chirurgiens vasculaires. Au cours des 24 derniers mois, nous avons eu l'occasion de pratiquer 131 aortographies abdominales avec artéri-

graphie simultanée des extrémités inférieures, 134 artériographies unilatérales et 187 artériographies bilatérales simultanées des membres inférieurs.

Nous avons été frappés par la supériorité en nombre et en précision des renseignements fournis par l'angiographie à très large champ. Nous l'avons surtout constatée dans les cas d'insuffisance artérielle fonctionnelle, c'est-à-dire dans les états de spasme permanent ou intermittent. On sait que des troubles de la dynamique accompagnent souvent des lésions organiques, telles que l'artériosclérose, l'athéromatose, l'anévrisme ou les microthromboses périphériques, mais il semble bien que les dystonies peuvent aussi exister sans altération organique. Quoiqu'il en soit, les manifestations physiologiques s'expriment radiologiquement de la même manière, qu'il y ait ou non lésion associée.

Il est remarquable que les phénomènes d'hyper tonicité se manifestent presque toujours dans les parties distales des membres. Prenant le membre inférieur comme exemple, l'opacification des vaisseaux iliaques sera rapide, très abondante et fera voir un grand nombre de collatérales dans les régions de la hanche et du bassin. Il peut y avoir reflux du liquide de contraste jusqu'à la bifurcation aorto-iliaque et même dans l'aorte abdominale. Au même moment, le transit opaque dans les artères fémorales profonde et superficielle s'effectue à grande vitesse, du moins dans la moitié supérieure de la cuisse, tandis que les collatérales se montrent là aussi en très grand nombre. Le calibre de ces diverses artères semble à peine un peu réduit et d'ailleurs de façon inconstante.

Par contre, dans la moitié inférieure de la cuisse et dans les jambes, la vitesse de progression du liquide opaque est fortement ralentie. Il y a freinage brutal, mais sans arrêt complet, de sorte que l'artère poplitée et, plus tard, les artères tibiales antérieure et postérieure et la péronière, ne seront plus indiquées que par de minces filets opaques d'une longueur de 10 à 15 cm., glissant ensemble et avec lenteur pour gagner de proche en proche la cheville, puis le pied (figures 5 et 6). En même temps, la phase artérielle s'épuise en amont, et l'on observe d'abord dans la cuisse (figures 7 et 8), et bientôt dans le secteur poplité, puis enfin dans le mollet, un retour veineux précoce et souvent abondant. Les veines fémorales et iliaques et même la veine cave inférieure s'inscrivent alors sur les films 10 ou 15 secondes après l'injection intra-artérielle (fig. 9.)

Cette apparition précipitée de la phase veineuse, frustrant l'arrière-garde de l'opacification arté-

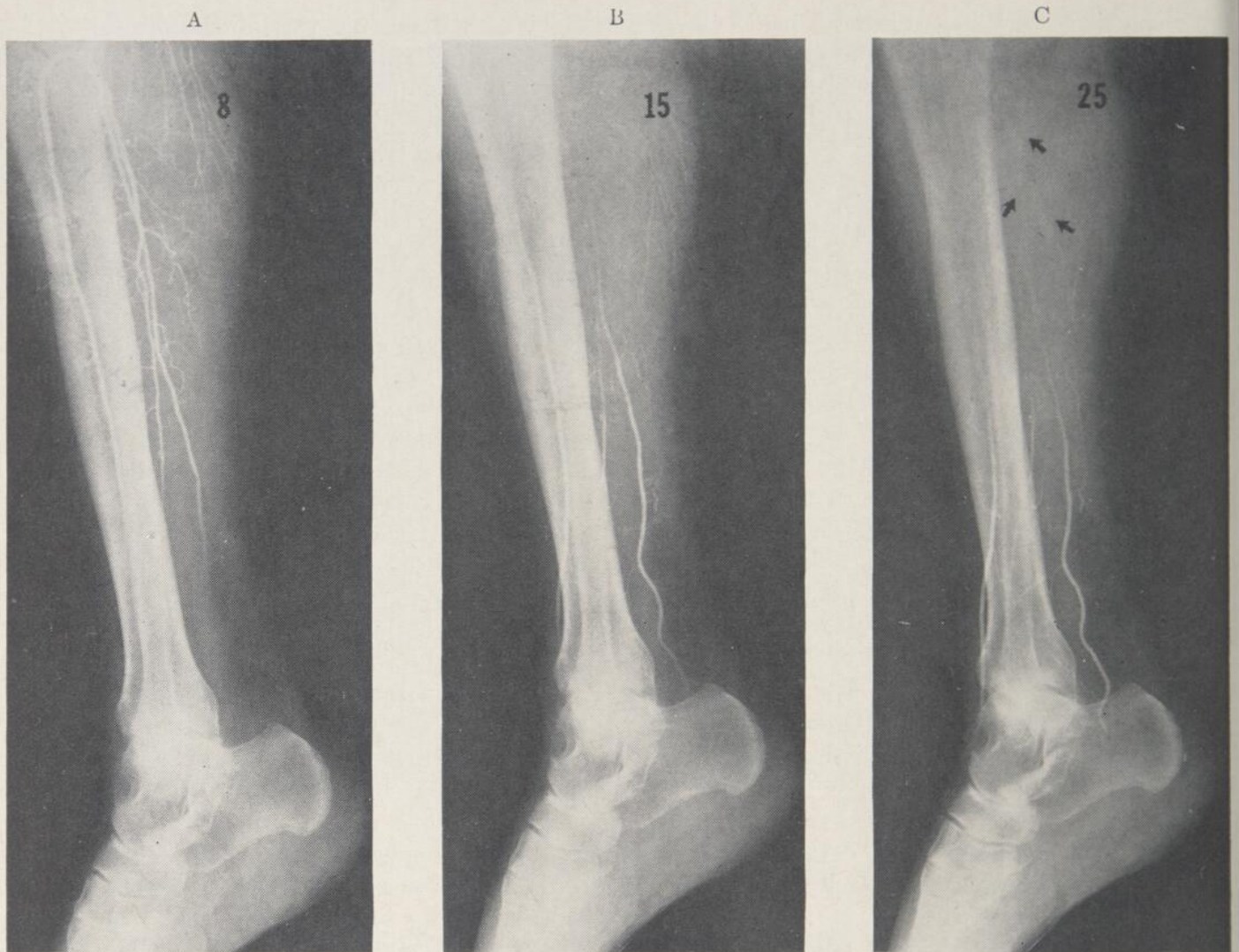


Fig. 5. — Hypertonie artérielle distale dans la jambe et le pied droits. A: 8 secondes après l'injection. B: 15 secondes après l'injection. C: 25 secondes après l'injection. La stase et le ralentissement s'accroissent à mesure que le liquide opaque atteint la partie distale de la jambe, tandis qu'en amont les artères se vident de proche en proche et que le retour veineux s'amorce dans le mollet (flèches).

rielle, correspond d'assez près à ce que Bufalini et de Dominicis (3) ont décrit en 1958 à propos des oblitérations artérielles à la hauteur du canal de Hunter ou de la région poplitée, soit par athéromatose, soit par thrombose ou même par embolie.

Il est difficile d'expliquer ce phénomène à moins d'admettre une perméabilité exagérée des communications artério-veineuses qui, existant en puissance dans les muscles des membres à l'état normal, resteraient fermées jusqu'à ce qu'elles soient forcées de s'ouvrir sous un excès de pression dans les artères tributaires. Leur béance excessive dans l'hypertonie artérielle des extrémités témoignerait d'un trouble des mécanismes de contrôle neuro-moteur des parois vasculaires. Ainsi, une grande partie du flux sanguin dévie dans les veines et échappe à la phase capillaire. Ces modifications ne semblent pas réservées à l'hypertonicité, puisque Margulis et Murphy ont rapporté dernièrement des phénomè-

nes analogues (8) dans l'artériosclérose oblitérante, dans la sclérodermie et, ce qui nous concerne particulièrement, dans l'acrocyanose. Ces auteurs ont même observé de tels court-circuits au voisinage de tumeurs osseuses ou de foyers d'ostéomyélite (fig. 10). Ils ont pu démontrer, par l'angiographie, que ces communications artério-veineuses prennent parfois la forme de la lettre majuscule « H », déterminée premièrement par l'une des artères principales, deuxièmement par une veinule parallèle et troisièmement par un petit vaisseau transversal, c'est-à-dire le conduit communiquant.

*En résumé*, le complexe fonctionnel que nous désignons par le vocable « hypertonicité » comprend d'une part le spasme des artères distales et, d'autre part, la perméabilité exagérée des communications artério-veineuses proximales. L'exploration radiographique, sans préciser leurs relations de cause à effet, démontre que ces phénomènes contri-

buent doublement à l'insuffisance artérielle dans les membres.

Les troubles de la dynamique vasculaire sont parfois tellement prononcés que l'on observe un retard considérable ou même une absence complète d'opacification dans les artères pédiées et plantaires au-delà de la 30<sup>ième</sup> ou même de la 35<sup>ième</sup> seconde après l'injection dans l'artère fémorale commune ou dans l'artère iliaque externe. L'agent de contraste semble s'effacer avant d'avoir terminé sa course, indiquant que les artères distales sont privées d'une grande partie de l'apport sanguin qui leur est dû.

De tout ceci il faut retenir que l'hypertonie artérielle se traduit non seulement de façon directe par une morphologie radiologique particulière des artères à l'extrémité des membres, mais aussi indirectement par des phénomènes accessoires de perméabilité artérioveineuse exagérée dans les segments proximaux. Il va sans dire qu'avant de tout mettre au compte de l'hypertonie, on doit d'abord

s'assurer qu'il n'existe pas en amont, c'est-à-dire dans le secteur iliaque ou même à la bifurcation aorto-iliaque, des lésions organiques (thromboses, athéromatose, anévrysmes, etc...) responsables, pour une part plus ou moins importante, de la réduction du débit sanguin dans les artères distales. C'est là un des exemples où l'emploi de l'angiographie à très large champ prend toute sa valeur.

#### DÉMONSTRATION DES EFFETS DE LA SYMPATHECTOMIE LOMBAIRE

Un grand nombre de malades souffrent d'hypertonie artérielle et accusent rapidement une amélioration impressionnante après la sympathectomie lombaire. Les symptômes que la chirurgie fait disparaître sont la froideur des extrémités, la lividité, les crampes, la claudication intermittente, etc... Les signes objectifs s'atténuent parallèlement: retour du pouls pédié ou tibial postérieur, rétablissement de la chaleur et de la coloration de la peau, redressement de la courbe oscillométrique.

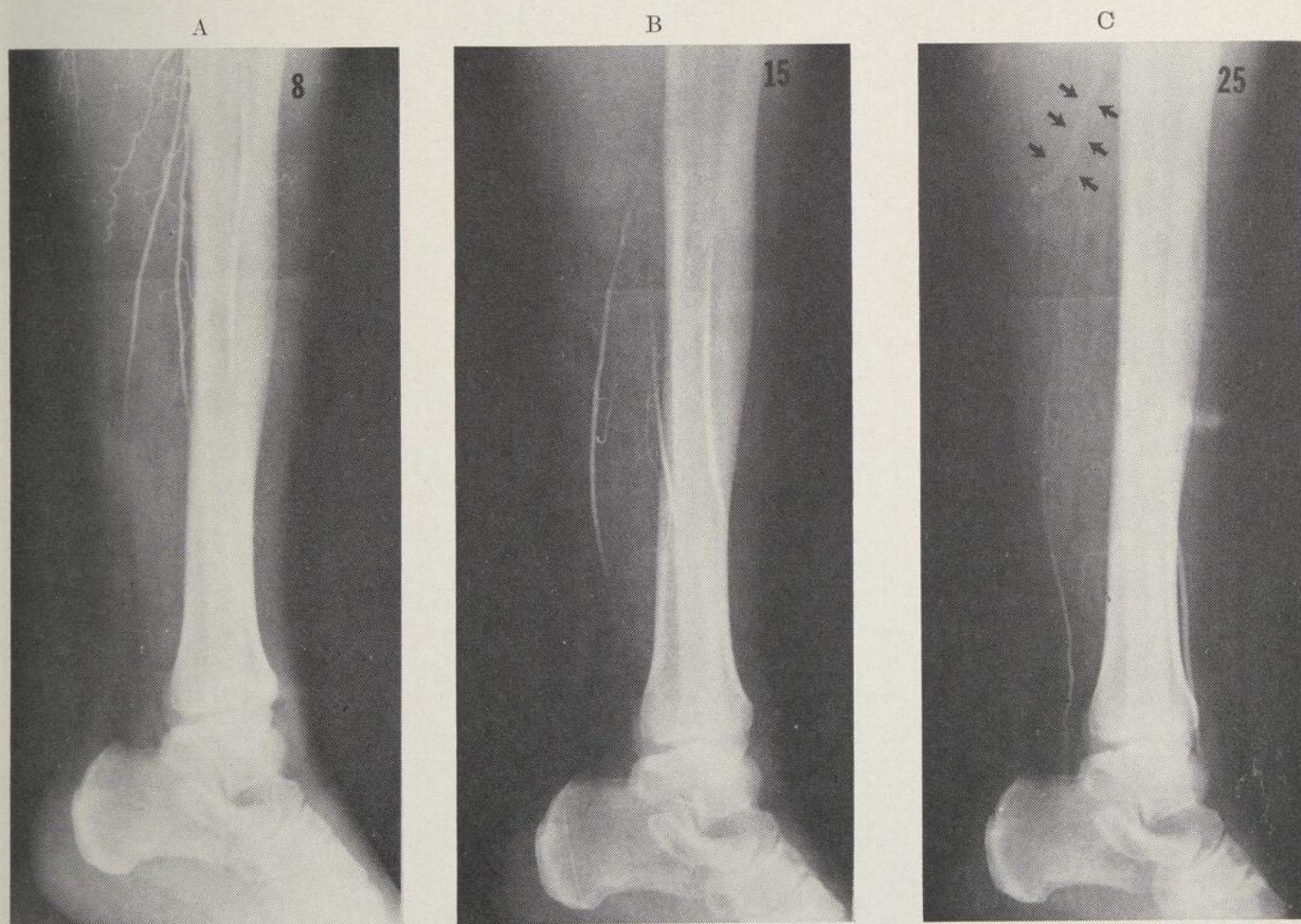


Fig. 6. — Hypertonie artérielle distale dans le membre inférieur gauche. A: 8 secondes après l'injection, la substance de contraste a parcouru à grande vitesse la longue distance entre l'artère iliaque externe et le tiers moyen de la jambe. B: 15 secondes après l'injection, il y a freinage de la circulation artérielle sous le mollet tandis que le dessin artériel s'efface dans la partie supérieure de la jambe. C: 25 secondes après l'injection, aucune trace de liquide opaque n'est parvenue dans le pied. Apparition d'une veine faiblement contrastée dans le mollet (flèches).

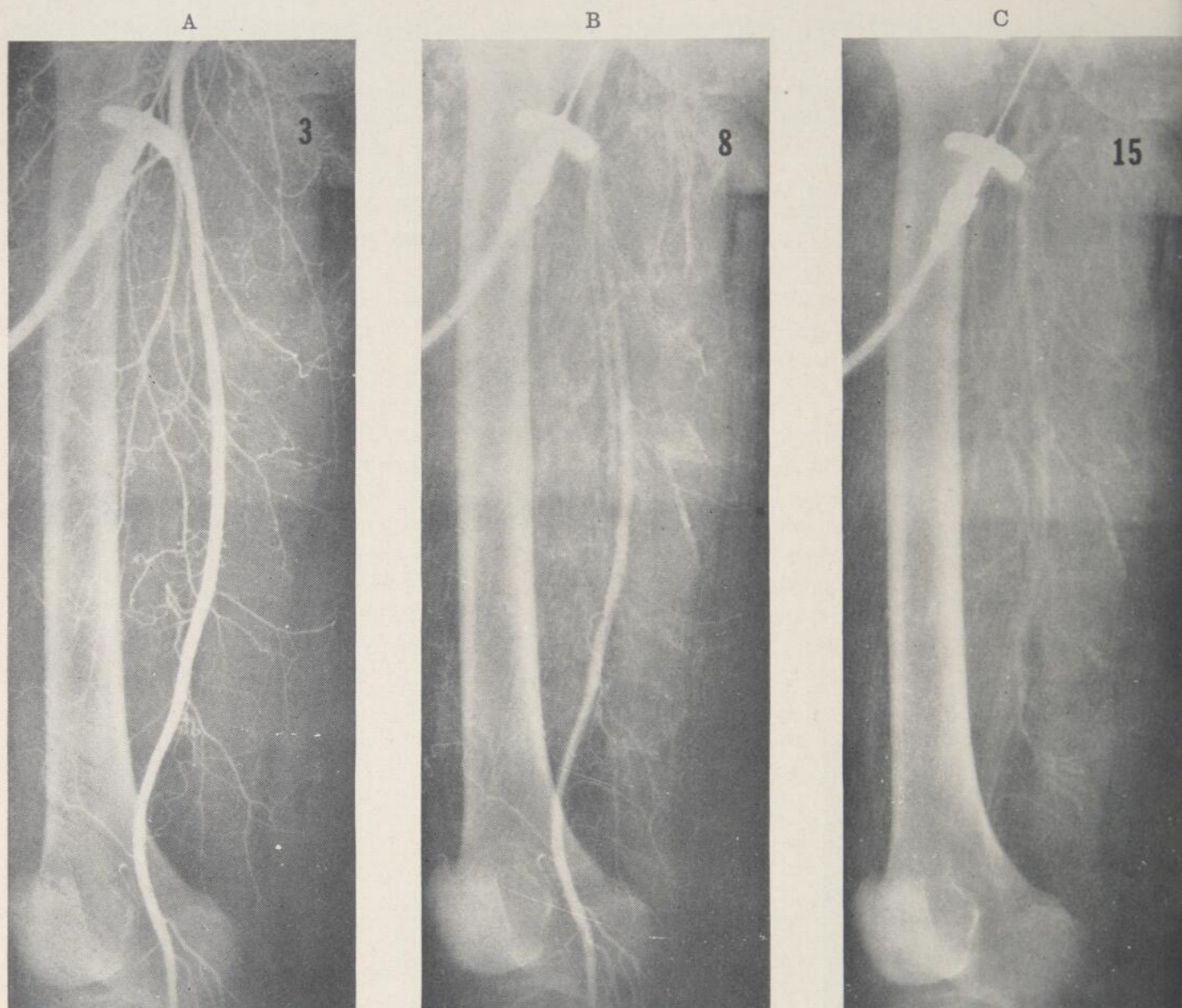


Fig. 7. — Hypertonie artérielle. Retour veineux précoce. A: 3 secondes après l'injection. Opacification rapide des artères fémorales et de l'artère poplitée. B: 8 secondes après l'injection. Stase artérielle dans la région poplitée alors que le retour veineux commence à s'installer dans la moitié supérieure de la cuisse. C: 15 secondes après l'injection. La phase artérielle s'est enfin épuisée dans la région poplitée. Plusieurs veines ont pris la relève plus haut dans la cuisse.

Ces améliorations fonctionnelles engendrées par la sympathectomie peuvent être illustrées, objectivées par une bonne documentation radiologique. On parvient à établir une comparaison tout-à-fait démonstrative des résultats de l'artériographie, avant et après le traitement chirurgical, pourvu que les conditions techniques soient rigoureusement identiques dans les deux examens. Calibre des aiguilles, des tubes de raccord et des seringues, quantité et viscosité de l'agent de contraste, type d'injecteur, vitesse d'injection, facteurs radiographiques, intervalles des expositions, etc... tout doit se répéter avec une exactitude absolue.

Ces examens de contrôle post-opératoire nous ont déjà procuré des exemples d'un prodigieux renversement de la physiologie vasculaire et d'une

étonnante accélération de la circulation artérielle (figures 11 et 12). La vitesse de passage de la substance opaque dans les membres inférieurs est souvent si rapide que les artères plantaires et pédiées, de même que leurs fines collatérales, s'inscrivent sur les clichés dès la deuxième exposition, soit à la 7<sup>ième</sup> seconde après le début de l'injection. Quelques instants plus tard, c'est-à-dire à la 15<sup>ième</sup> ou à la 25<sup>ième</sup> seconde, on assiste à un retour veineux abondant et précoce dans les pieds et les jambes, après consommation de la phase capillaire.

#### HYPERTONIE ARTÉRIELLE AU MEMBRE SUPÉRIEUR EFFETS DE LA STELLECTOMIE

Lorsqu'il existe des manifestations d'insuffisance artérielle au membre supérieur avec prédomi-

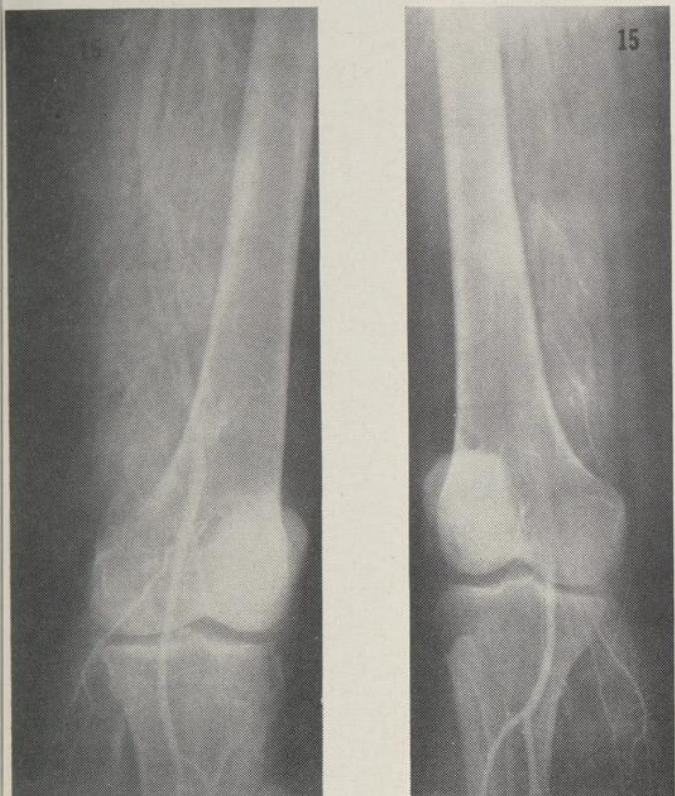


Fig. 8. — Hypertonie artérielle. 15 secondes après l'injection. Autres exemples de retour veineux précoce et abondant dans la moitié supérieure de la cuisse, alors que la phase artérielle s'attarde dans le secteur poplité.



Fig. 9. — Hypertonie artérielle. Artériographie bilatérale simultanée dans les membres inférieurs. 8 secondes après l'injection dans les artères iliaques externes. Il n'y a plus aucune trace de substance opaque dans les artères iliaques et fémorales. Les veines iliaques se dessinent déjà nettement, indiquant l'existence d'un retour veineux précoce dans la cuisse.



Fig. 10. — Ulcère chronique à la face antérieure de la jambe avec ostéomyélite. Réseau artériolaire extrêmement riche dans la zone pathologique. Retour veineux précoce localisé dans la région tibiale postérieure (flèches), suggérant une perméabilité exagérée des communications artério-veineuses.

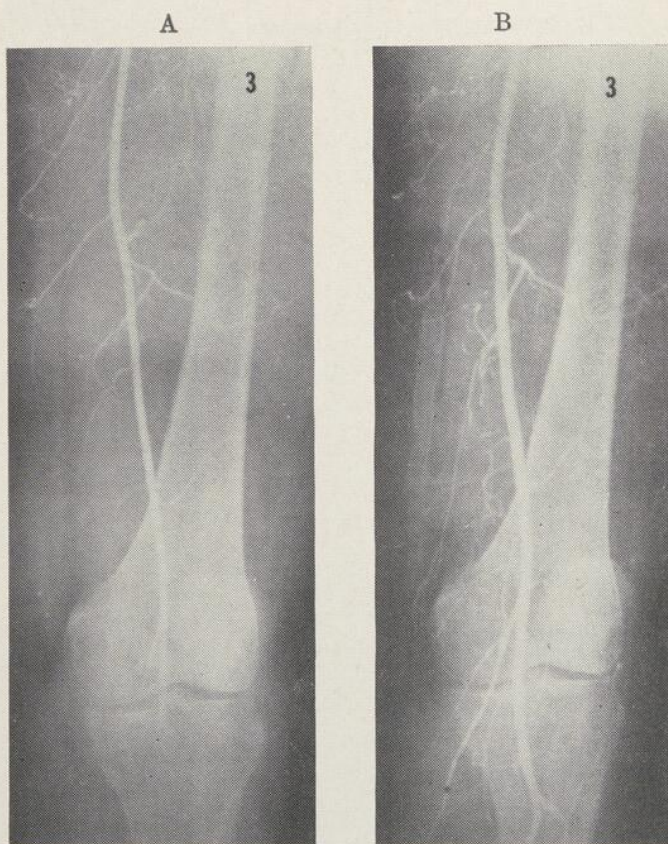


Fig. 11. — Effets de la sympathectomie lombaire sur l'hypertonie artérielle distale dans la cuisse. 3 secondes après l'injection. A: Avant la sympathectomie lombaire; B: 6 mois après la sympathectomie lombaire. Changement artériel, surtout dans le degré et la vitesse de l'opacification radical dans le degré et la vitesse de l'opacification artérielle, surtout dans la région poplitée et dans les collatérales de l'artère fémorale superficielle.

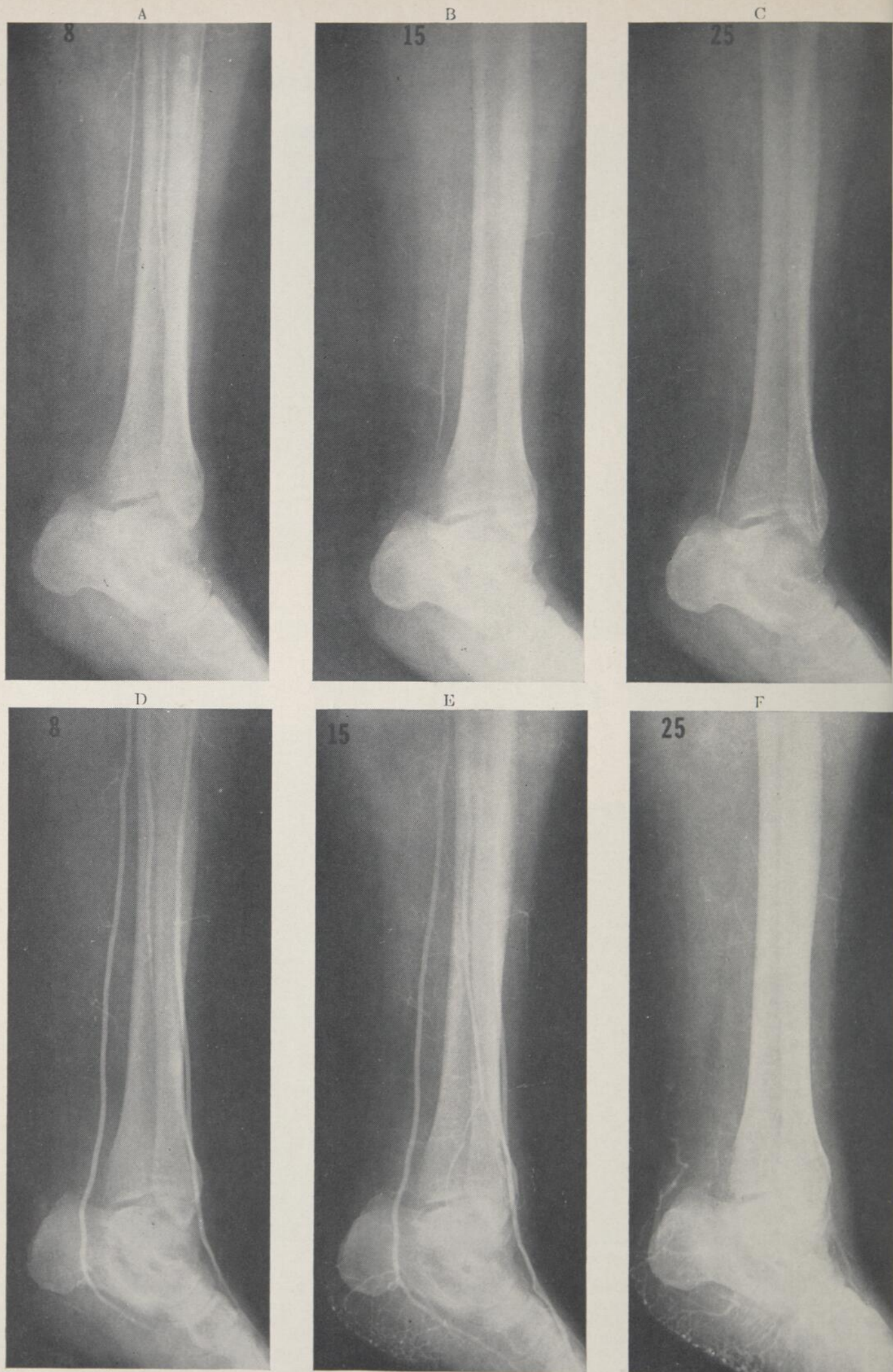


Fig. 12. — Effets de la sympathectomie lombaire sur l'hypertonie artérielle distale dans le membre inférieur. A, B et C: avant la sympathectomie lombaire. D, E et F: 6 mois après la sympathectomie lombaire. A et D: 8 secondes après l'injection. B et E: 15 secondes après l'injection. C et F: 25 secondes après l'injection.

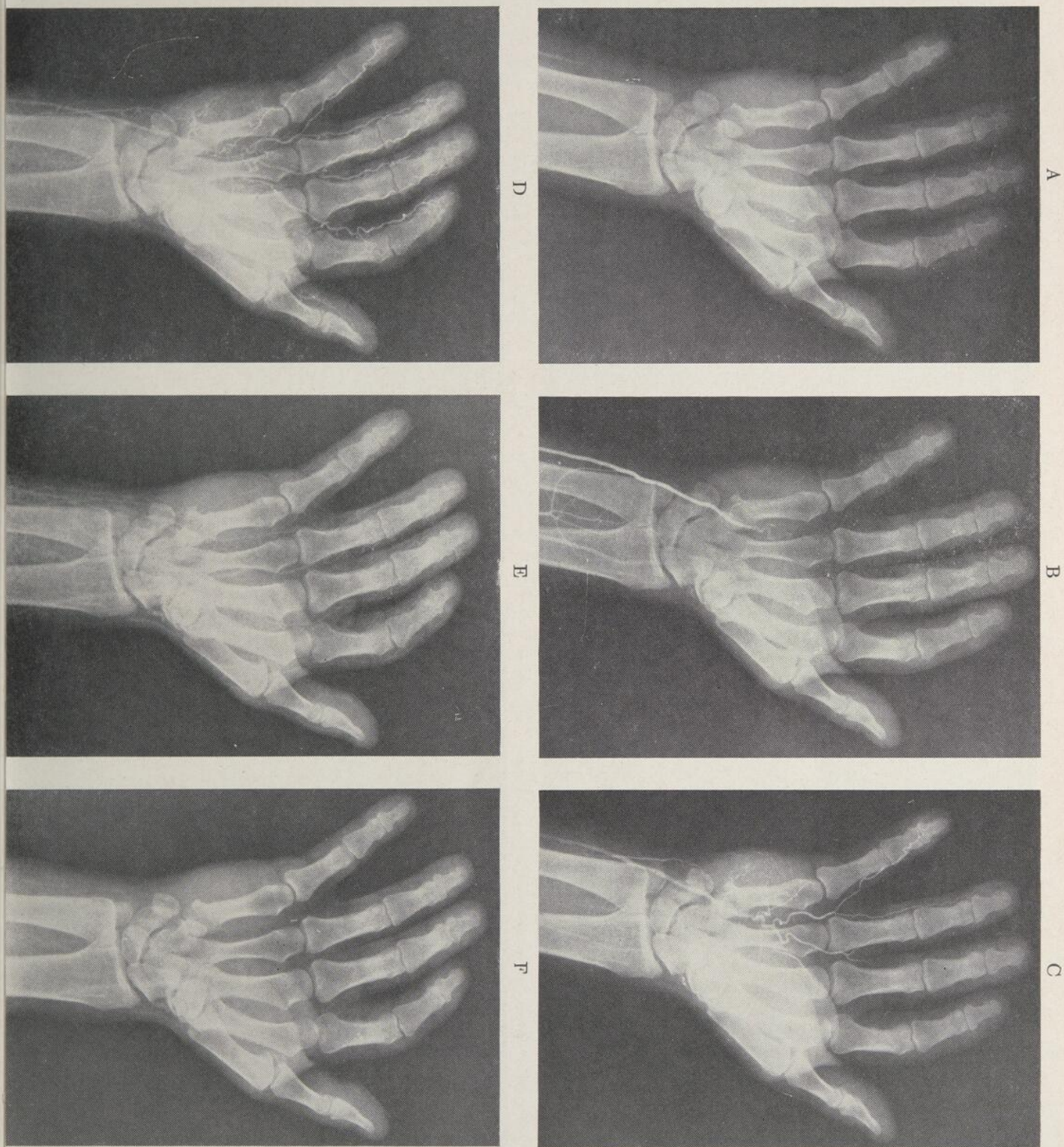


Fig. 13. — Maladie de Raynaud. Effets de la stlectomie. Détail de la main droite au cours de l'artériographie obtenue par ponction percutanée de l'artère axillaire. A, B et C: avant la stlectomie. D, E et F: 15 jours après la stlectomie. A et D: 6 secondes après l'injection. B et E: 12 secondes après l'injection. C et F: 18 secondes après l'injection.

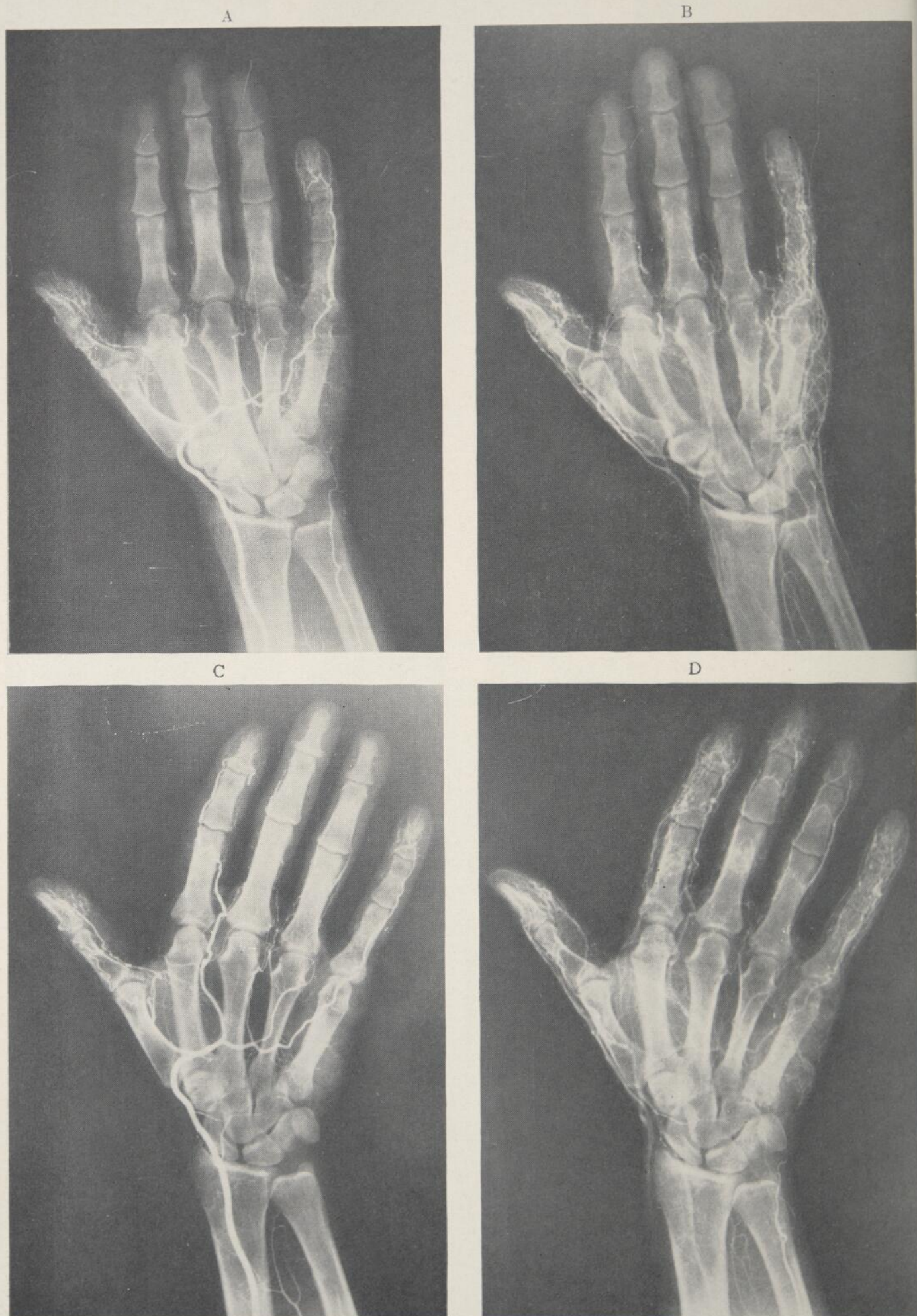


Fig. 14. — Effets de la stellatectomie. Maladie de Raynaud affectant l'index, le majeur et l'annulaire de la main droite. Symptômes apparus à la suite d'un traumatisme survenu trois ans plus tôt. Artériographie obtenue par ponction percutanée de l'artère axillaire. A et B: avant la stellatectomie. C et D: 2 semaines après la stellatectomie. A et C: 5 secondes après l'injection. B et D: 10 secondes après l'injection.

nance de phénomènes spasmodiques, l'artériographie offre des renseignements du même ordre qu'au membre inférieur. Presque toujours, le syndrome affecte surtout les extrémités, c'est-à-dire les mains ou les doigts. Ces derniers sont froids et souvent douloureux, tantôt livides et tantôt légèrement cyanosés. Les doigts accusent une sensibilité extrême aux basses températures. Dans les cas avancés, la pulpe et les ongles présentent des troubles trophiques. Cependant le pouls radial au poignet demeure habituellement perceptible, bien que souvent affaibli.

La plupart des malades soumis à notre procédé d'artériographie du membre supérieur présentaient un tableau clinique d'acrocyanose ou de maladie de Raynaud, selon les cas. Parmi ces sujets, nous avons eu trois fois l'occasion d'étudier l'influence de la stellectomie. Inutile de dire que les conditions techniques des examens avant et après intervention étaient strictement les mêmes. La démonstration spectaculaire du rétablissement de la perméabilité artérielle concordait avec une régression non moins impressionnante des manifestations cliniques (figures 13 et 14).

#### CONCLUSIONS ET PROJETS

Ce bref exposé fait entrevoir les avantages diagnostiques et l'apport de l'angiographie à très large champ dans l'étude de la pathologie des artères périphériques et plus spécialement dans les troubles circulatoires par hypertonicité. Notre expérience au cours des deux dernières années nous a permis de codifier la technique en vue de la démonstration positive des effets de la sympathectomie sur le rétablissement de la perméabilité des artères dans les membres inférieurs et supérieurs.

Tout candidat à la sympathectomie devrait être soumis à l'examen avant l'intervention et de nouveau dans les semaines qui suivent, le cas échéant. Afin d'évaluer la durée des effets, il faudrait aussi pratiquer sur quelques sujets une vérification après la première année, ou mieux encore, après la cinquième année. D'autre part, chez les malades qui ne subissent pas la sympathectomie, mais qui reçoivent un traitement prolongé par une médication vasodilatatrice, il conviendrait d'entreprendre une enquête analogue. Ainsi, pourrait-on obtenir une comparaison objective entre l'action de la chirurgie et les résultats d'une thérapeutique conservatrice.

#### Résumé

La création d'un nouvel appareil de même que le développement et la mise au point des techni-

ques d'angiographie à très large champ ont permis à l'auteur d'exécuter de routine tous les examens angio-radiologiques et de procurer à l'équipe des chirurgiens vasculaires de l'Hôtel-Dieu de Montréal les documents indispensables à l'étude des cas d'insuffisance artérielle dans les membres inférieurs ou supérieurs.

L'utilisation quotidienne de ce mode d'exploration au cours des deux dernières années a conduit à des observations originales, dont les plus intéressantes concernent les états spastiques chroniques ou fonctionnels des artères dans les extrémités inférieures (hypertonie artérielle). Le passage du liquide opaque dans les artères fémorales superficielle et profonde est rapide, du moins dans la partie supérieure de la cuisse. Par contre, dans l'artère poplitée et surtout dans les trois artères principales de la jambe, le débit est nettement ralenti. Ainsi, les artères tibiales antérieure et postérieure et la péronière ne sont plus indiquées sur les films que par de minces filets opaques d'une longueur de 10 à 15 cm., glissant ensemble et avec lenteur, pour gagner péniblement, de proche en proche, la cheville, puis le pied. On observe souvent un retard considérable ou même l'absence complète d'opacification dans les artères plantaire et pédieuse, même au-delà de la 25ième ou de la 30ième seconde après l'injection dans l'artère iliaque externe.

Après la sympathectomie lombaire, alors que les manifestations cliniques de la maladie se sont améliorées, le tableau change complètement. L'opacification artérielle se poursuit à une vitesse telle que parfois, dès la 7ième seconde après l'injection, la substance de contraste atteint les artères du pied, jusque dans leurs plus fines ramifications sous-cutanées. Quelques instants plus tard, c'est-à-dire entre la 15ième et la 25ième seconde, on assiste déjà à un retour veineux abondant et précoce dans l'extrémité du membre, après consommation de la phase capillaire.

L'artériographie du membre supérieur, par injection percutanée dans l'artère axillaire, procure des observations de même nature, qu'il s'agisse d'acrocyanose ou de maladie de Raynaud. Quelques examens angio-radiologiques de vérification effectués après la stellectomie démontrent une amélioration spectaculaire de la circulation artérielle dans les doigts.

#### Summary

The creation of a new equipment together with the development and standardization of all the technical aspects of extra large field angiography have enabled us to meet, on a routine basis, with the multiple requirements of

radiological investigation for the busy team of vascular surgeons in a large general hospital. Thus, in the course of the last 24 months we have performed, with consistency in results: 131 abdominal aortograms with simultaneous opacification of the arteries of the lower limbs, 134 unilateral and 187 simultaneous bilateral arteriograms of the lower extremities.

We have been amazed by the wealth of information obtained through the procedure of extra large field angiography, especially in functional spastic condition of the lower limbs (arterial hypertonicity). On the one hand, the progress of the opaque medium through the superficial and deep femoral arteries is rapid, at least in the upper portion of the thighs. On the other hand, in the popliteal area and in the legs, the velocity is markedly slower. The anterior and posterior tibial and the peroneal arteries are indicated only by thin trickles 10 to 15 cm. long, gliding slowly towards the feet from one exposure to the next. We have often observed a considerable delay or a complete absence of opacification in the plantar or the dorsal arteries of the feet even 25 or 30 seconds after injection into the external iliac arteries.

After lumbar sympathectomy, especially when there is clinical improvement, the picture changes completely. The progress of the opaque fluid through the main arteries is rapid and may even reach the plantar and the dorsal vessels of the feet sometimes as soon as by the seventh second after the injection. Later, by the 15th or the 25th second, one may already observe an abundant venous return from the feet and the legs after the distal capillary phase is completed.

Similar pictures have been obtained in arteriography of the upper limb, by injecting opaque material in the axillary artery, in cases of acrocyanosis or in Raynaud's disease. After excision of the stellate ganglion, the radiographic follow-up shows an extraordinary improvement of the blood flow in the fingers.

\* \* \*

L'auteur désire remercier le docteur Georges-Etienne Cartier et les autres membres de l'équipe des chirurgiens cardio-vasculaires de l'Hôtel-Dieu de Montréal, les docteurs Paul Cartier et Paul Stanley, pour leurs encouragements constants et leur étroite collaboration dans la poursuite de ses travaux en radiologie cardio-vasculaire.

La reproduction des images radiographiques est l'oeuvre de Monsieur Charles Authier, photographe médical.

#### BIBLIOGRAPHIE

1. BONTE, G.: Présentation d'artériographies en série. *J. Radiol. Electrol.*, **33**: 301, 1952.
2. CARSTAIRS, L. S.: Adaptation of a Standard Radiography Table for Aortography and Peripheral Arteriography. *Brit. J. Radiol.*, **33**: 526, 1960.
3. de DOMINICIS, R., et BUFALINI, G. N.: Early Refilling of the Venous System of the proximal Segments of the Leg during Arteriography. *Medicamundi*, **4**: 1, 1958.
4. ELLSEY, R. F.: Serial and Chronographic Method of Aortography and Bilateral Arteriography of the Lower Extremities. *Radiology*, **70**: 551, 1958.
5. EVANS, K. T.; FURR, L. V., et LORDAN, C.: Cassette Changer for Aortography and Femoral Arteriography. *Brit. J. Radiol.*, **32**: 624, 1959.
6. KAYE, J.; SARIF, S. J., et DENNY, M.B.M.: Aortography with Simultaneous Bilateral Arteriography of the Lower Extremities. *Brit. J. Radiol.*, **30**: 13, 1957.
7. KAYE, J.; SARIF, S. J., et DENNY, M.B.M.: An Improved Apparatus for Aortography with Simultaneous Bilateral Arteriography of the Lower Extremities. *Brit. J. Radiol.*, **30**: 669, 1957.
8. MARGULIS, A. R., et MURPHY, T. O.: Femoral Arteriography, Chap. 52, p. 717, in *Angiography*. H. L. Abrams, édit. Little, Brown and Co., Boston, 1961.
9. REBOUL, H.: *L'artériographie des membres inférieurs et de l'aorte abdominale. Etude critique*. Masson et Cie, édit., Paris, 1935.
10. ROGOFF, S. M.: Technique of Serial Long Film Angiography in Arteriosclerosis Obliterans. *Am. J. Roent.*, **76**: 787, 1956.
11. ROGOFF, S. M.: Lumbar Aortography: Background, Technique and Indications, Chap. 33, p. 465. in *Angiography*. H. L. Abrams, édit. Little, Brown and Co., Boston, 1961.
12. ROY, P.; JUTRAS, A., et LONGTIN, M.: Extra Large Field Angiography. Technique and Results. *J. Canad. Ass. Radiol.*, **12**: 27, 1961.
13. ROY, P.: Extra Large Field Angiography, in *Arteriography, Venography and Lymphangiography*. R. Schobinger et F. F. Ruzicka. Edit., The Macmillan Co., New-York (à paraître).
14. SAMMONS, B. P., et MAHIN, H. P.: New Technique of Contrast Visualization of the Distal Aorta, Pelvic and Lower Extremity Arterial System in Obliterative Vascular Disease. *Am. J. Roentgenol.*, **81**: 835, 1959.
15. SHAPIRO, J. H.; HAIMOVICI, H., et JACOBSON, H. G.: Automatic Long-Segment Serial Angiography: a New Unit. *Radiology*, **71**: 739, 1958.
16. THOYER-ROZAT, P., et PIEQUET, J.: Technique radiologique proprement dite en aortographie, artériographie et phlébographie. *Encyclopédie médico-chirurgicale, Radiodiagnostic*, Tome 3, 32, 226 A10. Editions Techniques, Paris, 1952.

## LES MALADIES URINAIRES CHEZ L'ENFANT <sup>1</sup>

André SOUCY <sup>2</sup>

La fréquence des maladies urinaires chez l'enfant soulève des problèmes sérieux de diagnostic et de pronostic; ce sont eux qui font l'objet de ce travail qui est basé sur une expérience de douze mois écoulés au *Children's Hospital of Michigan*.

Le « Children's Hospital of Michigan » admet environ 3,500 nouveaux patients par année dans son département interne et reçoit annuellement 100 cas dans sa clinique externe des maladies urinaires. Il y eut en tout 257 cas de lésions urinaires dont

TABLEAU 1

REPARTITION DES MALADIES DE L'APPAREIL URINAIRE DANS UN HOPITAL PEDIATRIQUE DURANT UNE PERIODE DE 12 MOIS	
Glomérulo-néphrite aiguë .....	40
Glomérulo-néphrite chronique active:	
a) primitive ou idiopathique .....	7
b) associée: lupus érythémateux disséminé .....	2
au purpura d'Henoch-Schonlein .....	1
purpura thrombocytopénique idiopathique .....	1
drépanocytose .....	2
Syndrome néphrotique: a) congénital ou infantile .....	2
b) idiopathique: première attaque .....	3
rechute .....	4
Suivis en clinique externe .....	32
Infections urinaires:	
a) aiguës (avec diagnostic positif posé pour la première fois)	
1) sans anomalie aucune de l'arbre urinaire .....	43
2) avec une ou plusieurs anomalies découvertes lors de l'épisode infectieux .....	54
b) chroniques: toutes accompagnent l'évolution d'une anomalie urinaire connue depuis un certain temps.	
Anomalies congénitales de l'appareil urinaire:	
a) structurales: .....	46
dont 35 étaient infectées dès leur découverte, bien que l'infection ne fut pas nécessairement le syndrome prédominant. On y relève un cas de lithiase rénale.	
b) vessies neurogènes:	
1) dues à une dysplasie de la moelle épinière .....	7
2) dues probablement à une atteinte cérébrale .....	2
Néoplasie maligne:	
a) tumeurs de Wilms .....	3
b) rhabdomyosarcome de la vessie .....	1
Accidents vasculaires ou ischémiques .....	8
<i>Total</i> .....	257

Ainsi que l'indique le tableau I, la répartition des malades de l'appareil urinaire dans un hôpital consacré à la pédiatrie montre une grande variété de lésions allant de la glomérulo-néphrite aiguë aux accidents vasculaires ou ischémiques.

nous <sup>3</sup> eûmes la chance de suivre l'évolution durant leurs différents stages hospitaliers et, pour plusieurs, à la clinique externe par la suite, et durant les intervalles d'hospitalisations.

La base de ce travail repose sur une revue nécropsique des lésions urinaires qui ont entraîné le décès de 29 patients et le tableau II indique également l'âge au moment de l'exitus. Il est intéressant de noter ici que sur un total de 29 patients autopsiés, 4 seulement étaient plus âgés que 8 mois,

1. Texte retouché d'une communication faite au XXXe congrès de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada, Windsor, septembre 1960.

2. Attaché au Service de Pédiatrie de l'hôpital Sainte-Justine de Montréal.

3. En qualité de *Research Fellow* dans la section des maladies rénales du Service de Pédiatrie de cet hôpital.

TABLEAU 2

REVUE DES AUTOPSIES	
<i>Répartition des lésions de l'appareil urinaire ayant contribué d'une façon éminente au décès des patients de juin 1959 à juin 1960.</i>	
A noter que sur un total de 29 patients, 4 seulement étaient <i>plus âgés que huit mois</i> , dont voici la pathologie:	
1 — nécrose tubulaire étendue aux 2 reins (chez un cas de drépanocytose avec septicémie) .....	14 mois
2 — infarctus rénal avec thrombose artérielle (par suite d'une opération cardiaque pour malformation congénitale) .....	6 ans
3 — rhabdomyosarcome de la vessie .....	6 ans
4 — tumeur de Wilms (en évolution depuis 10 mois) .....	2 ans
Parmi les cas âgés de <i>moins de huit mois</i> : 16 avaient moins d'un mois, 6 avaient de 1 à 8 mois;	
on y relève la pathologie suivante:	
a) hypoplasie et/ou dysembryoplasie rénales étendues bilatérales (la plupart associées à de la pyélonéphrite) .....	9 cas
b) obstruction uréthrale congénitale (toutes infectées) .....	5 cas
c) pyélonéphrite généralisée sans anomalie de structure, (toutes accompagnant une septicémie foudroyante néo-natale) ....	4 cas
d) néphrose congénitale .....	2 cas
e) nécrose rénale corticale unie ou bilatérale .....	2 cas

tandis que 16 autres avaient moins de 1 mois et 6 se situaient entre 1 et 8 mois.

Il serait présomptueux de vouloir discuter en vingt minutes de la totalité de ces conditions pathologiques; aussi avons-nous choisi de nous limiter aux deux groupes de maladies qui apparaissent les plus obscures et moins connues que les autres. Nous

tâcherons de mettre en évidence les notions de diagnostic et de traitement susceptibles d'aider le clinicien général.

L'infection urinaire est sûrement la plus fréquente des maladies en question. Elle peut se présenter sous forme ultra-aiguë comme dans la septicémie du nouveau-né, sous forme aiguë isolée ou

TABLEAU 3

SYMPTOMATOLOGIE SUBJECTIVE RELEVÉE À MEME LA MALADIE ACTUELLE CHEZ NOS PATIENTS AYANT MOINS D'UN AN.		
Décompte bactérien de l'urine	<100,000/ml	>100,000/ml
Nombre de patients étudiés	9	15
Irritabilité et/ou somnolence	11%	20%
Retard pondéral	45%	7%
Fièvre	45%	48%
Frissons		14%
Anorexie	11%	14%
Vomissement, diarrhée ou constipation	45%	40%
Pollakiurie		7%
Hématurie macroscopique		14%
Pyurie (ou apparaissant telle aux parents)	66%	20%

périodique, ou sous forme latente, chronique, accompagnant presque toutes les anomalies organiques ou fonctionnelles de l'appareil urinaire, comme nous le verrons plus en détail par la suite. Au point de vue de sa localisation anatomique, il est de coutume de parler d'urétrite, de cystite, de pyélite et de pyélonéphrite; nous croyons avec Winberg (1), MacDonald (2) et Pryles (3) que cette conception est dangereuse en ce qui regarde la vigueur du traitement à appliquer, et préférons considérer d'emblée toute infection de ce genre comme pouvant atteindre le parenchyme rénal et y causer précocement un dommage irréversible. Il est assez difficile d'en tracer un profil clinique bien net, puisque sa symptomatologie subjective est souvent vague et d'apparence constitutionnelle.

tacher celle-là à de la papillite hémorragique (5) ou au fait que souvent chez l'enfant, l'infection urinaire s'accompagne d'une obstruction sous-jacente dont les tissus sont plus friables que la muqueuse urinaire normale.

Les signes cliniques n'étaient que rarement plus suggestifs que les symptômes au sein de ce groupe. Remarquons surtout chez les nourrissons ayant moins d'un an (tableau V), la présence de malnutrition, et chez les autres (tableau VI) une proportion peu élevée de douleur à la palpation de l'abdomen et de l'angle costo-vertébral; la fièvre en clocher était passablement fréquente chez tous nos patients.

Notre méthode de diagnostic consiste en une culture d'urine dite quantitative où l'on dénom-

TABLEAU 4

SYMPTOMATOLOGIE SUBJECTIVE RELEVÉE A MEME L'AMALADIE ACTUELLE CHEZ NOS PATIENTS AGES DE PLUS D'UN AN.		
Décompte bactérien de l'urine	<100,000/ml	>100,000/ml
Nombre de patients étudiés	35	25
Douleur abdominale	28%	16%
Douleur lombo-iliaque	5%	8%
Somnolence	5%	4%
Fièvre	40%	4%
Frissons	8%	12%
Anorexie, nausée, vomissement et/ou diarrhée	31%	14%
Pollakiurie, dysurie, mictions impérieuses	42%	66%
Hématurie macroscopique	17%	32%
Pyurie (ou interprétée comme telle par les parents)	14%	16%

Dans une étude rétrospective de 85 cas d'infection aiguë spontanée (4), nous avons relevé (tableau III) chez les nourrissons ayant une bactériurie significative, la prédominance de fièvre et de symptômes digestifs, ainsi que passablement d'hématurie, cette dernière ayant souvent été observée par les parents eux-mêmes. Chez nos patients plus âgés, (tableau IV) les symptômes attachés à la miction tels que la dysurie, la pollakiurie, les mictions impérieuses, ainsi que les troubles digestifs battaient la marche; plus étonnante est l'apparition d'hématurie, de nouveau, chez 33% de ces patients; il semble que nous puissions rat-

bre les bactéries par millilitre d'urine en plus à identifier le microbe, chez tous les patients présentant une symptomatologie franchement urinaire ou des symptômes dits constitutionnels qu'il est difficile de relier nettement à d'autres appareils, qu'ils soient ou non accompagnés de pyurie constatée au microscope. Nous croyons avoir confirmé lors de l'étude sus-mentionnée (4) les conclusions de nombreux auteurs (6), (7), (8), (21), (22), qui affirment que les chiffres dépassant 100,000 bactéries par millilitre d'urine signifient sans aucun doute une infection vraie, tandis que ceux compris entre 10,000 et 100,000 correspondent pro-

TABLEAU 5

SIGNES CLINIQUES PERTINENTS OBSERVES LORS DE L'ADMISSION OU DURANT LES HEURES SUIVANTES, CHEZ NOS PATIENTS AYANT MOINS D'UN AN.		
<i>Décompte bactérien de l'urine</i>	<100,000/ml	>100,000/ml
Nombre de patients étudiés	9	15
Hypothrepsie		20%
Irritabilité	11%	13%
Fièvre en clocher	66%	66%
Douleur abdominale		8%
Masse rénale		8%
Hypertension artérielle		8%

blement à une infection eux aussi, s'il y a eu au préalable un traitement antimicrobien ayant pour effet de supprimer ou de ralentir la croissance bactérienne. Les décomptes au-dessous de 10,000 micro-organismes par millilitre d'urine sont le plus souvent associés à une contamination secondaire au cathétérisme fait pour la prise d'urine ou à un manque d'hygiène périnéale. Quant à l'identification de la souche bactérienne à la culture, elle implique trois notions; à savoir que: les germes Cocci Gram positifs sont rarement infectieux;

la présence d'Escherichia Coli seul (4) dans une bactériurie d'allure clinique spontanée et aiguë, surtout chez la grande fille, parle en faveur d'une infection urinaire simple, enfin, la présence des coliformes Paracolobactrum et Aerobacter Aerogenes (9), ainsi que des espèces Proteus et Pseudomonas, seuls ou mêlés à Escherichia Coli, indiquent fortement la possibilité d'une anomalie organique ou fonctionnelle sous-jacente favorisant la stase quelque part dans l'arbre urinaire.

TABLEAU 6

SIGNES CLINIQUES PERTINENTS OBSERVES LORS DE L'ADMISSION OU DURANT LES HEURES SUIVANTES, CHEZ NOS PATIENTS PLUS VIEUX QU'UN AN.		
<i>Décompte bactérien de l'urine</i>	<100,000/ml	>100,000/ml
Nombre de patients étudiés	35	25
Hyponutrition		
Irritabilité		4%
Fièvre en clocher	32%	44%
Douleur abdominale	11%	20%
Masse rénale	3%	
Dilatation vésicale	5%	4%
Urétrite méatale	5%	8%
Balano-posthite	5%	8%
Hypertension artérielle	3%	4%

Cette dernière affirmation nous offre l'occasion d'aborder le champ des anomalies congénitales de l'appareil urinaire. L'on estime qu'environ 40 % de toute anomalie congénitale humaine de structure se trouvent situées quelque part sur son parcours (25). Mais ce qui importe le plus, et pour le pronostic et, dans une grande mesure, pour le diagnostic qu'en doit faire le clinicien, est sûrement la quantité de tissu rénal et par là la part de fonction rénale que ces malformations ont réussi à hypothéquer. Sans entrer dans des considérations physio-pathologiques complexes, nous allons simplement mentionner deux facteurs jouant un rôle dévastateur dans ces maladies: l'hydronephrose ou pression rétrograde d'urine sur le néphron, puis la pyélonéphrite tenace et souvent latente, mais active. Ces deux compagnes s'entraident volontiers, et après un certain temps d'évolution de la maladie, deviennent inséparables.

Nous limiterons la description clinique de ces anomalies à celles qui offrent le plus d'intérêt par leur urgence, leur fréquence ou leur caractère déroutant. Chez le nouveau-né, mises à part les lésions chirurgicales évidentes telles que l'exstrophie de la vessie, l'imperforation anale associée à une fistule recto-urinaire, l'atrésie du méat urinaire et la paraplégie évidente, le plus souvent causée par une méningomyélocèle lombo-sacrée, se présentent trois situations des plus intéressantes (4), (15).

Une vessie très dilatée est découverte peu après la naissance à l'examen de l'abdomen et à peu près aucune miction n'a été observée chez le bébé en question; aussitôt il faut penser à une obstruction urétrale quasi complète, le plus souvent due à la présence de valvules ou replis redondants de l'urètre proximal. Le traitement de cette lésion est laissé à la discrétion de l'urologue consultant qui, après examens complémentaires, drainera la vessie ou les reins eux-mêmes. La seconde situation est la palpation de deux gros reins dont les pôles inférieurs plongent souvent dans le bassin, mais apparaissent réguliers et symétriques de forme et de position, et présentent une surface plus ou moins lobulée: ce sont les reins proprement polykystiques (14), (28) ou la maladie rénale polykystique. Il arrive souvent que l'on puisse retracer la présence de pareille maladie et parfois, son extension à d'autres viscères, particulièrement au foie, chez un ou plusieurs membres de la famille du patient; cependant des cas isolés existent. Ces deux lésions urinaires occasionnent presque toujours une dyspnée modérée qui s'explique par l'augmentation

de la pression intra-abdominale souvent chez des enfants nés d'un accouchement laborieux. Il peut exister, en outre, une véritable hyperpnée d'acide métabolique ainsi que de la tétanie ou des convulsions urémiques, conséquence d'un parenchyme rénal réduit presque à néant sous l'effet d'une hydronephrose qui date des premières semaines de la vie fœtale; enfin, les reins polykystiques produisent fréquemment une hypertension artérielle importante sujette à des complications assez précoces.

Contrastant avec ces deux tableaux cliniques assez dramatiques, le rein multikystique et dysembryoplasique unilatéral offre une masse rénale unique sans autre symptôme (14). Une pyélographie veineuse montrera un rein normal, tandis que l'autre, correspondant au flanc où se palpe la masse rétropéritonéale, n'excrétera que peu ou pas du tout de colorant. Cependant, il se peut que ce rein dysplasique apparaisse passablement déformé à l'endroit de ces calices et bassinets pour faire surgir le soupçon de tumeur de Wilms; à ce moment, il faut faire appel aux ressources combinées du radiologiste et de l'urologue.

Il va de soi que le traitement de la maladie polykystique est conservateur; il s'agit avant tout d'éviter tout usage d'instrument urologique pouvant introduire une infection (16), (19), (5); ensuite, il faut traiter médicalement les dérangements d'ordre métabolique, neurologique et hypertensif. La survie des malades qui présentent des complications dès la naissance ou peu après la naissance, est très précaire, mais elle n'est pas impossible, du moins pour quelques mois; le rein multikystique, s'il présente une atrésie de son urètre, devient un foyer éventuel de pyélonéphrite, et le chirurgien en fera probablement l'ablation dans un avenir plus ou moins rapproché.

Il est entendu que certaines de ces trois lésions peuvent n'être découvertes que dans les mois qui suivent la naissance (4), si leur anatomie s'y prête; il arrive même que ces lésions soient reconnues d'abord par la palpation maternelle lors du bain quotidien, par exemple, et rapportées comme telles tout bonnement au médecin.

Sans en faire une loi absolue, la plupart des autres anomalies urinaires apparaissent après cette époque. Elles peuvent être observées accidentellement à l'occasion d'une angiographie veineuse pour maladie cardiaque, par exemple (4), mais elles sont plutôt susceptibles de se présenter sous l'une des formes suivantes: l'incontinence avec débit urinaire en goutte à goutte plus ou moins périodi-

que associée à des épisodes de rétention urinaire qui cèderont en une ou deux occasions aux sédatifs, aux bains chauds, au passage d'un cathéter urétral, parfois même à la simple attente, pour finalement un bon jour ne plus céder du tout à ces moyens. Deux genres de maladie y correspondent habituellement: la vessie neurogène congénitale (17) et la sténose du col de la vessie (26). Plusieurs théories (24) sont mises de l'avant au sujet de l'étiologie de la seconde et il serait vain de les retenir ici. La première, par ailleurs, demande la plupart du temps une explication assez précise. Si l'anamnèse ne révèle pas un méningocèle qui fut corrigé spontanément ou par la chirurgie quelque temps après la naissance, il faut radiographier la colonne lombo-sacrée pour tâcher d'y relever quelque défaut osseux (18), particulièrement l'absence congénitale d'une portion du sacrum qui a pu facilement passer inaperçue jusqu'à ce jour. Il faut, en outre, bien examiner la peau de la ligne médiane de la même région à la recherche d'un pertuis ou d'un naevus pileux pouvant faire soupçonner un kyste dermoïde ou autre tératôme sous-jacent. Il importe aussi de ne pas oublier de faire le toucher rectal qui fournit deux renseignements d'importance: l'épaississement de la paroi vésicale, signe d'hypertrophie de la vessie rencontrée très souvent en vessie neurogène ou en sténose vésicale et la rétention fécale. Si le rectum est plein de matière dure, la stase urinaire peut être due à cette compression externe; mais il arrive que les symptômes urinaire et intestinaux soient dus à la même lésion médullaire. Enfin il faudra compléter un examen soigneux de la motricité et de la sensibilité des régions correspondant à la colonne lombo-sacrée.

Mais le syndrome qui à notre avis fait le plus souvent l'objet de consultation médicale chez les patients atteints d'une anomalie congénitale urinaire, en dehors de la période néo-natale, est l'infection urinaire récidivante et tenace qui a semblé répondre aux traitements antimicrobiens appliqués à répétition dans le passé. A ce syndrome se rattachent les anomalies mentionnées dernièrement, (vessie neurogène et obstruction du col vésical) ainsi que toute forme d'obstruction à quelque niveau que ce soit de l'un ou de l'autre des organes véhiculant l'urine. Il est inutile dénumérer chacune des anomalies en question; notons seulement que la pyélographie endoveineuse est le premier examen complémentaire à exécuter en pareille circonstance, après s'être assuré au moyen du dosage de la concentration sanguine de l'azote uréique ou de la

créatinine, que la fonction rénale du patient permet une excrétion suffisante du colorant pour obtenir une image radiologique convenable de l'arbre urinaire. Si cet examen radiologique s'avère insuffisant ou que l'azote uréique est trop élevé, il faut alors procéder au cystogramme et si possible à l'urétrogramme antégrade ou mictionnel, et, en dernier ressort, à la cystoscopie et à la pyélographie rétrograde. A moins que l'on ne soupçonne une obstruction compromettant très sérieusement la fonction rénale totale, il vaut mieux essayer de combattre au moins partiellement l'infection urinaire en cours, si elle existe, avant de procéder à ces trois derniers examens. Cependant, il faut admettre que souvent l'infection ne répond aux antimicrobiens que si l'on a trouvé le moyen de relever l'obstruction sous-jacente.

Enfin, avant de clore ce chapitre, mentionnons deux lésions congénitales qui s'avèrent assez fugaces au diagnostic, et qui sont facilement responsables d'infection urinaire à rechutes; ce sont la dysplasie focale du parenchyme rénal et la régurgitation urétéro-vésicale isolée. La première (12) (23), lorsqu'elle est étendue, accompagne fréquemment la duplication urétérale et favorise l'infection chronique de l'appareil urinaire par la création de stase au niveau des tubules et des tubes collecteurs qu'elle obstrue. La seconde, le reflux urétéral (12) (27), probablement dû à une faiblesse congénitale de la paroi urétérale à son entrée dans la vessie, et augmentée par l'infection elle-même, crée aussi une stase urinaire rétrograde au niveau des bassinets, calices et papilles rénales. Il faut dire, en faveur de ces deux dernières lésions, que leur pronostic est de beaucoup supérieur aux maladies congénitales précédentes en ce qui concerne l'intégrité du tissu rénal dans son ensemble, mais que leur diagnostic est plus difficile. C'est probablement pourquoi ces deux entités doivent être soupçonnées davantage chez les grands enfants souffrant d'infection urinaire périodique depuis un âge assez reculé et qui n'ont manifesté aucune des autres anomalies décrites plus haut.

C'est sciemment que nous n'avons pas encore abordé le chapitre du traitement de l'infection urinaire, afin de souligner une fois de plus la nécessité de toujours soupçonner un défaut congénital de l'appareil urinaire chez l'individu qui en est atteint; plus le patient est jeune, plus s'applique cet axiome, une fois passée la période néo-natale. La plupart des auteurs s'accordent maintenant sur deux éléments essentiels dans ce traitement: il faut utiliser les drogues antimicrobiennes les plus

spécifiques et les appliquer vigoureusement durant une période de temps plutôt prolongée que courte (10) (11); puis il ne faut pas tarder d'explorer la structure de l'arbre urinaire si l'infection se montre rebelle aux agents anti-infectieux. Nous procédons de la façon suivante: vu qu'en période néo-natale l'infection urinaire est plutôt orageuse et le plus souvent associée à une septicémie, nous tâchons dès l'admission du patient à l'hôpital, d'isoler le microbe causal, habituellement unique (10) (20) par tous les moyens possibles afin d'y opposer l'antibiotique convenable par voie parentérale, au début du moins. Chez les enfants plus âgés qui en sont à leur première attaque d'infection urinaire, nous commençons le traitement au triple sulfa ou à la sulfisoxazole pour une durée de deux semaines, puis nous répétons la culture d'urine. Si cette dernière est encore positive par nos critères numériques, compte tenu des divers facteurs pouvant affecter ces derniers (6), nous passons alors à l'antibiotique apparaissant le plus spécifique « in vitro » au laboratoire de bactériologie, et nous maintenons ce traitement pendant trois semaines; après quoi une autre culture sera faite. Si l'infection persiste, nous précétons à une pyélographie intra-veineuse; il va de soi que dans l'intervalle nous avons soigneusement complété l'examen physique de notre patient, ce qui a pu nous orienter singulièrement vers la lésion sous-jacente. Chez le patient présentant une histoire d'infection récidivante, nous employons dès la première consultation l'agent thérapeutique considéré le plus efficace à l'épreuve in vitro, puis nous procédons comme chez le patient qui en est à sa première attaque d'infection urinaire; si alors une anomalie est découverte, nous consultons l'urologue et décidons conjointement la mesure à prendre.

#### Résumé

L'article fait une brève revue de la fréquence et du pronostic des nombreuses maladies de l'appareil urinaire rencontrées dans un hôpital pédiatrique durant une année. Puis il passe à la description des deux groupes de ces pathologies qui sont le moins connues, l'infection urinaire ainsi que les anomalies congénitales. Il essaie d'en dégager les traits cliniques et les éléments thérapeutiques qui lui semblent le plus utile pour le praticien général.

#### Summary

A brief statistical review of the numerous urinary system diseases in children and of their prognosis is made through the experience of one year in a Pediatric Hospital Renal Diseases department. The article describes the two groups

of urinary conditions that are probably the least known, urinary infection and congenital anomalies and tries to bring out those clinical features and therapeutic elements that seem the most valuable for the general practitioner.

#### BIBLIOGRAPHIE

1. WINBERG, Jan.: Renal Concentration Capacity during Acute Urinary Tract Infections in Infancy and Childhood. *Acta Paediatrica*, **47**: 635 (nov.) 1958.  
WINBERG, Jan.: Renal Function Studies in Infants and Children with Acute non-obstructive Urinary Tract Infections. *Acta Paediatrica*, **48**: 577 (nov.) 1959.
2. MACDONALD, R. A., et coll.: Relation between Pyelonephritis and Bacterial Counts in the Urine. *New Eng. J. Med.*, **256**: 915, 1957.
3. PRYLES, Charles V.: The diagnosis of Urinary Tract Infection. *Pediatrics*, **26**: 3-441 (sept.) 1960.
4. SOUCY, André Incidence and Significance of Bacteriuria in Infants and Children. Communication présentée à l'assemblée annuelle du Children's Hospital of Michigan, en mai 1960.
5. SCHREINER, G. E.: The Clinical and Histologic Spectrum of Pyelonephritis. *Arch. Int. Med.*, **102**: 32 (juillet) 1958.
6. TINA, Leticia U.: The Interpretation of Positive Urine Culture. *Proc. Children's Hosp. (Washington)*, **16**: 145 (mai) 1960.
7. KASS, E. H.: Bacteriuria and the Diagnosis of Infections of the Urinary Tract, with observations on the use of Methionine as a Urinary Antiseptic. *Arch. Int. Med.*, **100**: 709, 1957.
8. KLEEMAN, C. R., et coll.: Pyelonephritis. *Medicine*, **39**: 1, 1960.
9. GARBORG, Odd: Bacteriological Findings and Resistance to Antibiotics in Chronic and Recurrent Urinary Tract Infections in Children. Proc. of the 12th Northern Pediatric Congress. *Acta Paed.*, **48**: (supp. 118) 62, 1959.
10. URSULA, James: Urinary Infections in the New-Born. *Lancet*, **2**: 110 (5 déc.) 1959.
11. MICHIE, Alexander J.: Pediatric Urology. *Pediatrics*, **24**: 1118 (déc.) 1959.
12. ERICKSON, N. O.: Urologic Viewpoint in the Treatment of Urinary Tract Infections in Children. *Acta Paed.*, **49**: 189 (mars) 1960.
13. ERICKSON, N. O.: Renal Dysplasias and Urinary Tract Infection. *Acta Chir. Scand.*, **115**: 58, 1958.
14. AREY, James B.: Cystic Lesions of Kidney. *J. Pediat.*, **54**: 4, 429, 1959.
15. FRIEDMAN, H. H.: Kidney Lesions in Stillborn and New-born Infants. *Amer. J. Path.*, **18**: 689, 1942.
16. LAURELL, G., et coll.: Drugs and Bugs in Urinary Tract Infections from the Bacteriological Point of View. *Acta Paed.*, **49**: 2, 198 (mars) 1960.
17. VESTERDALL, J.: Congenital Malformations of the Urinary Tract. *Acta Paed.*, **48**: (supp. 118), 57, 1959.
18. SMITH, J. (de Melbourne, Australie): Urinary Incontinence. Communication inédite donnée au Children's Hospital of Michigan.
19. NESBIT, REED, M.: The Relation of Instrumentation to Infection of the Kidney. *International Symposium*

- on the Biology of Pyelonephritis, Henry Ford Hospital (oct.) 1959. Little, Brown & Co., édit., Boston, 1960.
20. DELANEY, W. E.: Neonatal Omphalitis and Pyelonephritis. *J. Pediat.*, **54**: 1, 36 (janv.) 1959.
  21. RUBINS, Mitchell I.: Examination of the Urine in Pyelonephritis. *Pediatrics*, **24**: 6, 977 (déc.) 1959.
  22. CODENNE, R., et coll.: Quantitative Urine Bacteriology in Children. Transactions of the Society for Pediatric Research. *J. Dis. Child.*, **96**: 520 (mai) 1958.
  23. ERICKSON, N. O.: Renal Dysplasias and Pyelonephritis in Infants and Children. *Arch. Path.*, **66**: 225 et 264, 1958.
  24. KJELLBERG, Sr., et coll.: *The Lower Urinary Tract in Childhood*. The Yearbook Pub. Inc., Chicago, p. 172, 1957.
  25. MEYER, R.: Communication personnelle, Détroit, Michigan.
  26. BERMANN, L. B., et coll.: The Pediatric Implications of Bladder Neck Obstructions. *Pediatrics*, **28**: 5, 816 (nov.) 1961.
  27. WILLIAMS, D. Innes: Recurrent Urinary Infection in Girls. *Arch. Dis. Child.*, **36**: 186, 139 (avril) 1961.
  28. LUNDIM, P. M., et OLOW, Ingemar: Polycystic Kidneys in Newborns, Infants and Children; Clinical and Pathological Findings. *Acta Paed.*, **50**: 185 (mars) 1961.

### THYROTOXICOSE ET ÉLECTROCARDIOGRAMME : ASPECT SPÉCIAL ?

Yvan ROULEAU<sup>2</sup> et Gisèle FOURNIER.<sup>3</sup>

De nombreuses études sur les relations entre la pathologie thyroïdienne et les maladies du cœur ont été faites au cours des dernières années, surtout depuis 1930. En effet, à partir de ce moment, la thyroïdectomie commença à être préconisée comme traitement de l'arythmie dans les cas de thyrotoxicose. L'on sait bien maintenant qu'il peut y avoir des thyrotoxicoses compliquées de troubles cardiaques sans lésion organique sous-jacente (1, 2) et que ces troubles cardiaques peuvent être guéris par la correction de la thyrotoxicose (3, 4, 5).

Cependant, notre intention n'est pas de démontrer cette association fréquente. Peu de choses ont été écrites sur l'aspect particulier de l'électrocardiogramme dans la thyrotoxicose. La fibrillation auriculaire (6) est certainement l'anomalie reconnue la plus fréquente chez les thyrotoxiques, mais elle n'est pas spécifique à cette maladie.

Geo. Sandler (7), en 1959, a étudié l'électrocardiogramme de 50 cas de thyrotoxicose non compliquée de pathologie cardiaque et la seule modification électrocardiographique notable remarquée fut l'hypertrophie ventriculaire gauche. Au cours de mes études à Boston, il y a quelques années, le docteur D. Littman nous avait signalé un aspect particulier de l'électrocardiogramme qu'il avait remarqué chez les malades souffrant de thyrotoxi-

cose. Il s'agissait de l'aspect en cuvette de la jonction PR-ST. Le but de notre travail a donc été de rechercher cet aspect électrocardiographique particulier.

#### MODE DE TRAVAIL.

Le docteur Gisèle Fournier a révisé les dossiers classifiés au titre de thyrotoxicose de 1952 à 1960, soit 224 cas. De plus, elle a choisi 130 cas de tachycardie sinusale sans thyrotoxicose. De ces 354 cas, elle fit sortir les tracés électrocardiographiques qui furent tous revus en recherchant l'aspect particulier en cuvette du PR-ST sans connaissance préalable du diagnostic clinique ou autre renseignement pouvant influencer l'interprétation électrocardiographique.

#### RÉSULTATS.

Employant le terme « positif » pour déterminer les patients dont l'électrocardiogramme montrait l'aspect en cuvette du PR-ST recherché, nous avons trouvé un ECG « positif » chez 16 cas de tachycardie sinusale non thyrotoxique, soit chez 5 hommes et 11 femmes (cf. tableau 1).

#### TABLEAU I

THYROTOXICOSE ET E.C.G. — ASPECTS SPÉCIAUX.			
Nombre de dossiers révisés: 354 cas; 105 ♂ et 249 ♀ (1952 - 1960)			
● Thyrotoxicose	: 224 cas:	47 ♂	et 177 ♀
— Thyrotoxicose et E.C.G.	: 105 cas:	23 ♂	et 82 ♀
— Thyrotoxicose sans E.C.G.	: 119 cas:	24 ♂	et 95 ♀
● Tachycardie	: 130 cas:	58 ♂	et 72 ♀
— Tachycardie et E.C.G. positif	: 16 cas:	5 ♂	et 11 ♀
— Tachycardie et E.C.G. négatif	: 114 cas:	53 ♂	et 61 ♀

1. Présenté à la Société de Cardiologie de Montréal, le 14 mars 1962.

2. Assistant dans le Service de médecine de l'hôpital Notre-Dame, section de cardiologie.

3. Résident dans le Service de médecine de l'hôpital Notre-Dame.

Parmi les 224 cas de thyrotoxicose, 119 cas furent abandonnés, faute d'avoir un électrocardiogramme. Parmi les 105 autres cas, composés de 23 hommes et 82 femmes, nous avons trouvé 19 cas (18%) avec ECG « positif », 61 cas (58.2%) ayant un tracé négatif, et 25 cas (23.8%) présentant des anomalies électrocardiographiques diverses: fibrillation auriculaire, hypertrophie ventriculaire gauche avec strain ventriculaire, ischémie ou infarctus du myocarde, ou altérations non spécifiques de la phase de repolarisation (cf. tableau 2).

TABLEAU II

DOSSIERS DE THYROTOXICOSE AVEC E.C.G. (1952-60).

Sur 105 cas de thyrotoxicose avec E.C.G.:

— 19 cas positifs (18%)	:	3 ♂	et	16 ♀
— 61 cas négatifs (58.2%)	:	14 ♂	et	47 ♀
— 25 cas divers (23.8%)	:	6 ♂	et	19 ♀
non-spécifiques	:	1 ♂	et	4 ♀
fibrillation	:	1 ♂	et	7 ♀
HVG avec « strain »	:	1 ♂	et	3 ♀
HVG sans « strain »	:			1 ♀
ischémie	:	2 ♂	et	3 ♀
infarctus	:	1 ♂		
BBG	:			1 ♀

DISCUSSION.

Comme on peut le voir par les résultats ci-dessus, l'aspect en cuvette de PR-ST recherché ne se rencontre pas exclusivement dans la thyrotoxicose puisque nous l'avons retrouvé dans 12.3% des tachycardies sinusales non toxiques.

La proportion (seulement 18%) de tracés « positifs » chez les thyrotoxicoses semble peu significative. Cependant, il est à noter que 23.8% des malades ont un tracé électrocardiographique anormal qui, par lui-même, interfère avec la recherche du PR-ST en cuvette. Ensuite, parmi les 61 cas considérés « négatifs », 15 cas (25%) recevaient de la digitaline, ce qui empêche encore l'apparition du signe recherché.

Par conséquent, si l'on corrige les résultats d'après ces remarques, nous trouvons 19 cas « positifs » sur une possibilité de 65 cas de retrouver l'aspect en cuvette de PR-ST recherché, ce qui donne 29.2% de tracés électrocardiographiques positifs.

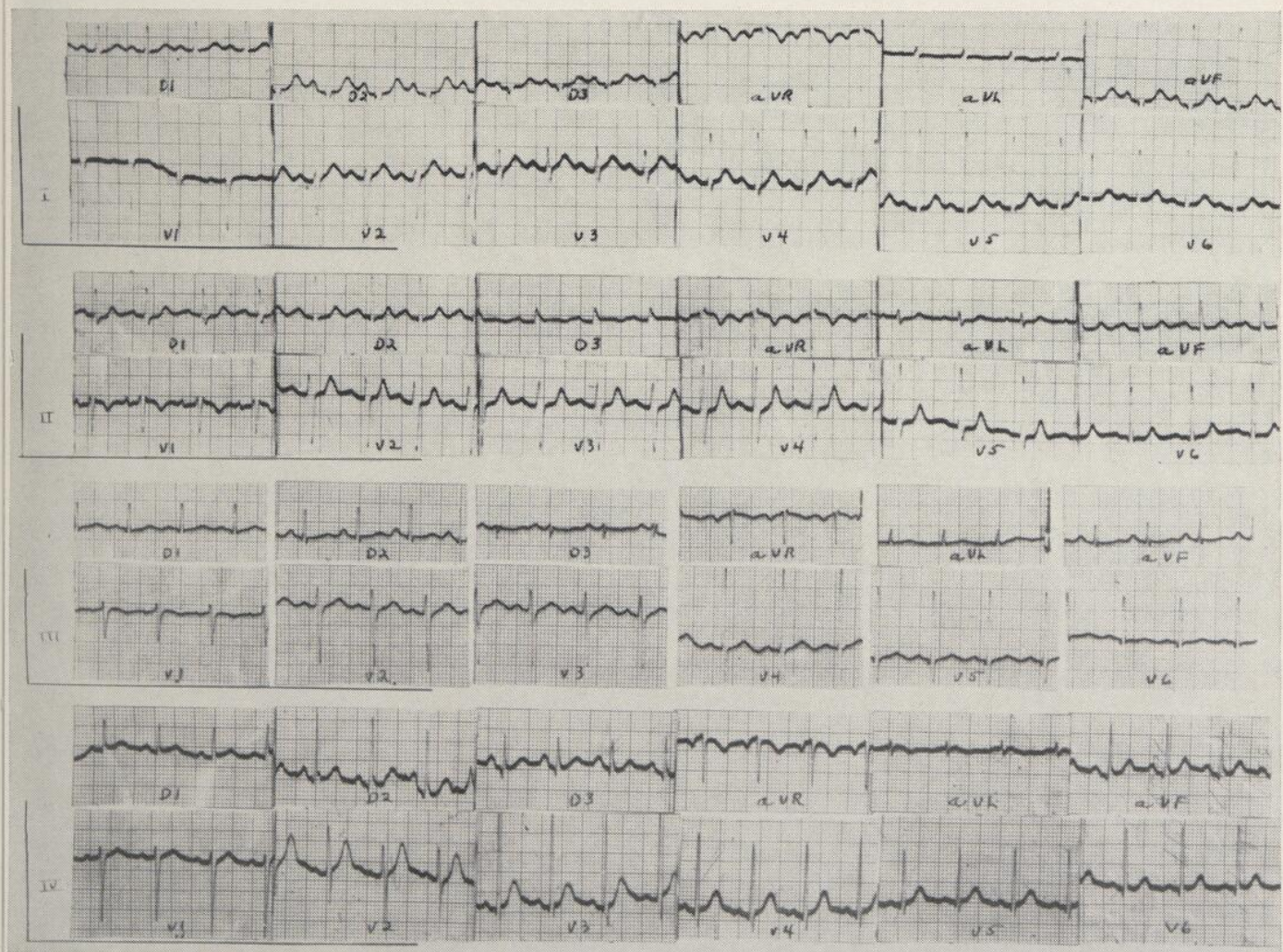


Fig. 1. — Tracé I montre l'aspect en cuvette recherché par rapport à trois types: II, III, IV d'aspect différent de la jonction PR-ST dans la tachycardie sinusale non thyrotoxicque.

Dans un premier graphique ci-joint (cf. fig. 1), nous avons mis en confrontation l'aspect en cuvette du PR-ST recherché sur le premier tracé avec l'aspect PR-ST de trois tracés de tachycardie sinusale non thyrotoxique. Quant à la fig. 2-a et b, elle représente deux tracés typiques de l'aspect en cuvette du PR-ST recherché chez les thyrotoxiques.

d'âge. L'âge ne semble donc pas un facteur d'apparition de cet aspect spécial.

Quant au métabolisme basal (cf. tableau 4), il semble en moyenne plus élevé chez les thyrotoxiques à tracé « positif » comparativement à celui des « négatifs ». Il est aussi relativement plus élevé chez les malades de moins de quarante ans. Cependant, ici encore, les différences ne sont pas assez

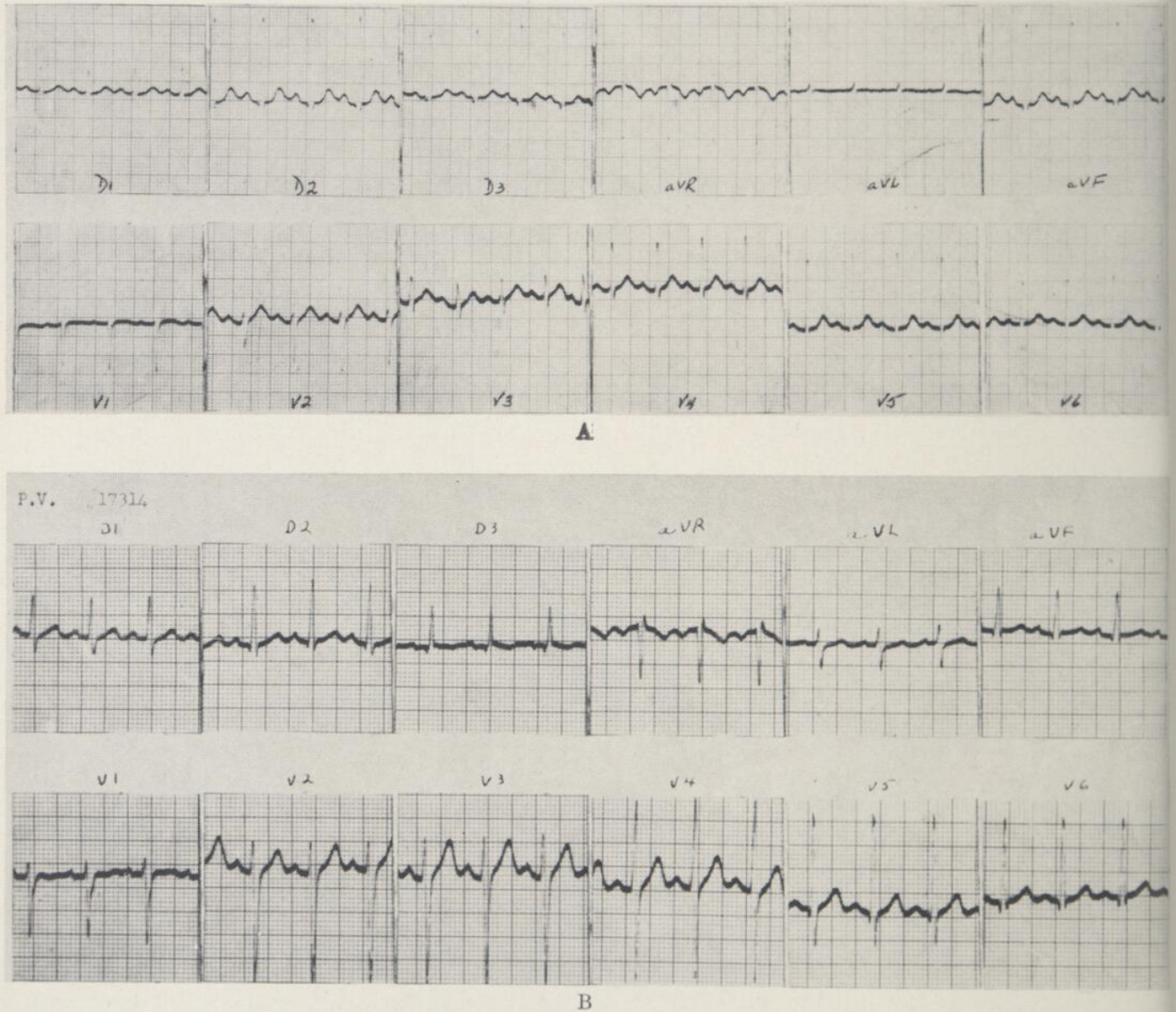


Fig. 2-a et b: Tracés montrant l'aspect en cuvette de PR-ST recherché dans la thyrotoxicose.

On peut donc affirmer que cet aspect en cuvette du PR-ST, sans être pathognomonique de la thyrotoxicose, est tout de même assez fréquent.

Nous avons recherché s'il y avait relation entre l'âge, le sexe et l'aspect de positivité trouvé (cf. figure 3). Chez l'homme, les trois cas positifs sont en-dessous de quarante ans, alors que chez la femme, la proportion est égale dans les deux groupes

significatives pour influencer l'aspect électrocardiographique.

De même, le dosage du cholestérol (cf. tableau 5), assez bas pour les malades de tous les groupes, ne montre aucune différence notable selon l'âge ou le sexe et ne peut être considéré comme facteur déterminant.

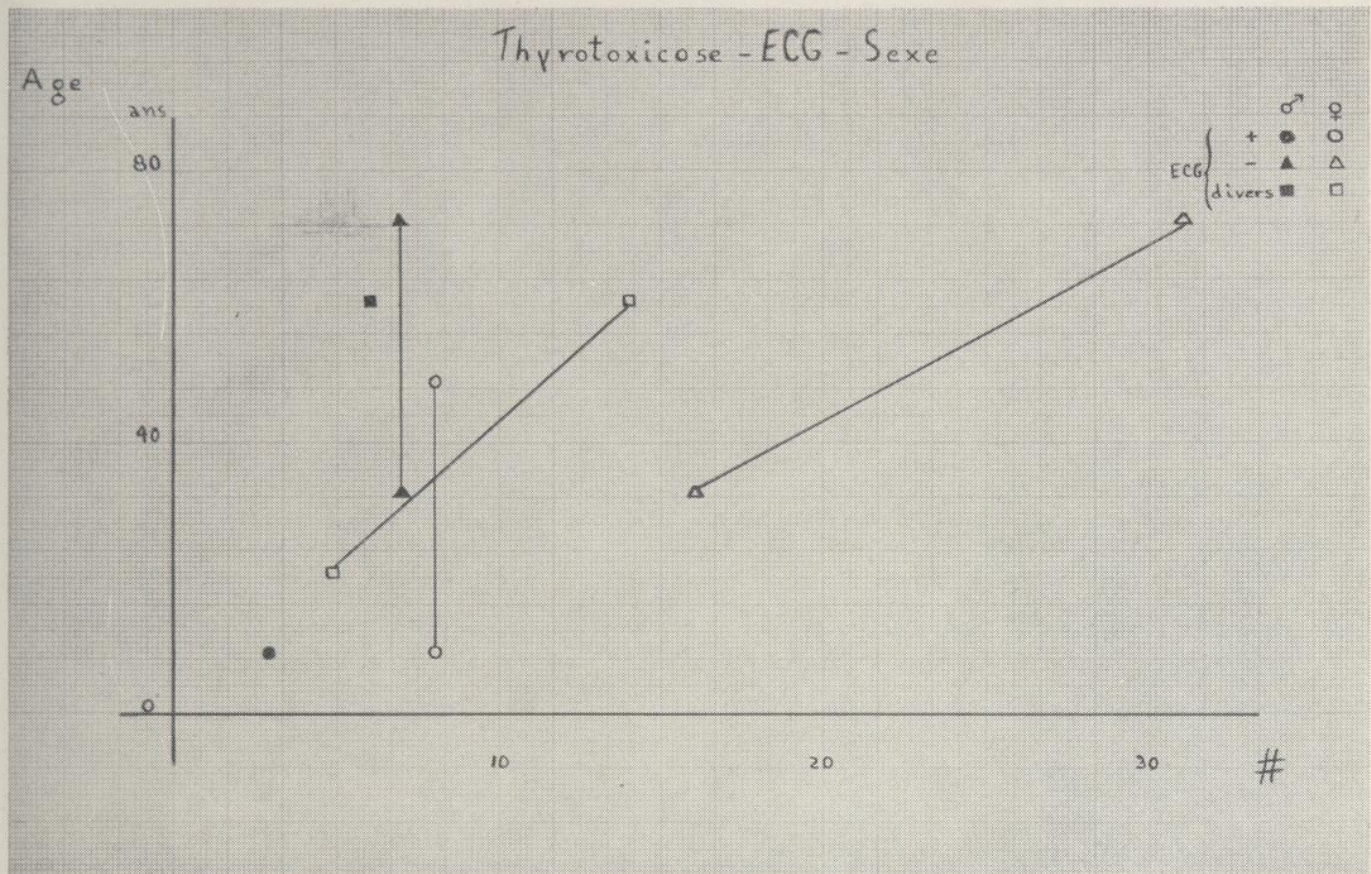


TABLEAU III

TABLEAU IV

THYROTOXICOSE - E.C.G. - MÉTABOLISME.

Sur 105 cas de thyrotoxicose avec E.C.G.:

	- 40 ans	+ 40 ans
● 19 cas positifs:		
2		
> ♂	+ 55	
1	?	
8	+ 53.5	
> ♀		
8		+ 34
● 61 cas négatifs:		
7		
> ♂	+ 44	
7		+ 38
15	+ 37.5	
1	?	
♀		+ 23
29		
2		?
● 25 cas divers:		
6 ♂		+ 39.6
6	+ 25	
10 ♀		+ 40.6
3		?
Moyenne: positifs:	+ 54.2	+ 34
négatifs:	+ 40.7	+ 38
divers:	+ 25.	+ 40.1

cardiographique la plus fréquente (cf. tableau 6). Sur nos 105 cas de thyrotoxicose, 25% avaient un indice supérieur à 35 mm. dénotant une hypertrophie ventriculaire gauche. Il n'y avait aucune différence appréciable entre les malades de moins de quarante ans ou ceux de plus de quarante ans.

CONCLUSION.

L'aspect électrocardiographique recherché au cours de cette étude, soit un aspect en cuvette de PR - ST, semble assez fréquent dans les cas de thyrotoxicose. Cependant, il n'est pas pathognomonique de la maladie et son apparition ne semble pas conditionnée par l'âge, le sexe, le métabolisme basal ou le taux de cholestérol sanguin du malade. Il semble aussi fréquent que l'hypertrophie ventriculaire gauche notée par G. Sandler (7) lors d'une étude de l'électrocardiogramme chez les thyrotoxi-ques. Nous ne pouvons expliquer la genèse de cet aspect et nous croyons devoir penser à la thyrotoxi-cose, lorsque nous le rencontrons au cours de l'in-terprétation d'un électrocardiogramme présentant une tachycardie sinusale.

Résumé

Nous avons recherché un aspect en cuvette du PR - ST sur le tracé électrocardiographique de 105 cas de thyrotoxicose et de 130 cas de tachycardie

Enfin, nous avons recherché la relation qui pou- vait exister entre l'Indice de Sokolov et la thyro- toxicose puisque l'hypertrophie ventriculaire gau- che semble, selon Sandler, la modification électro-

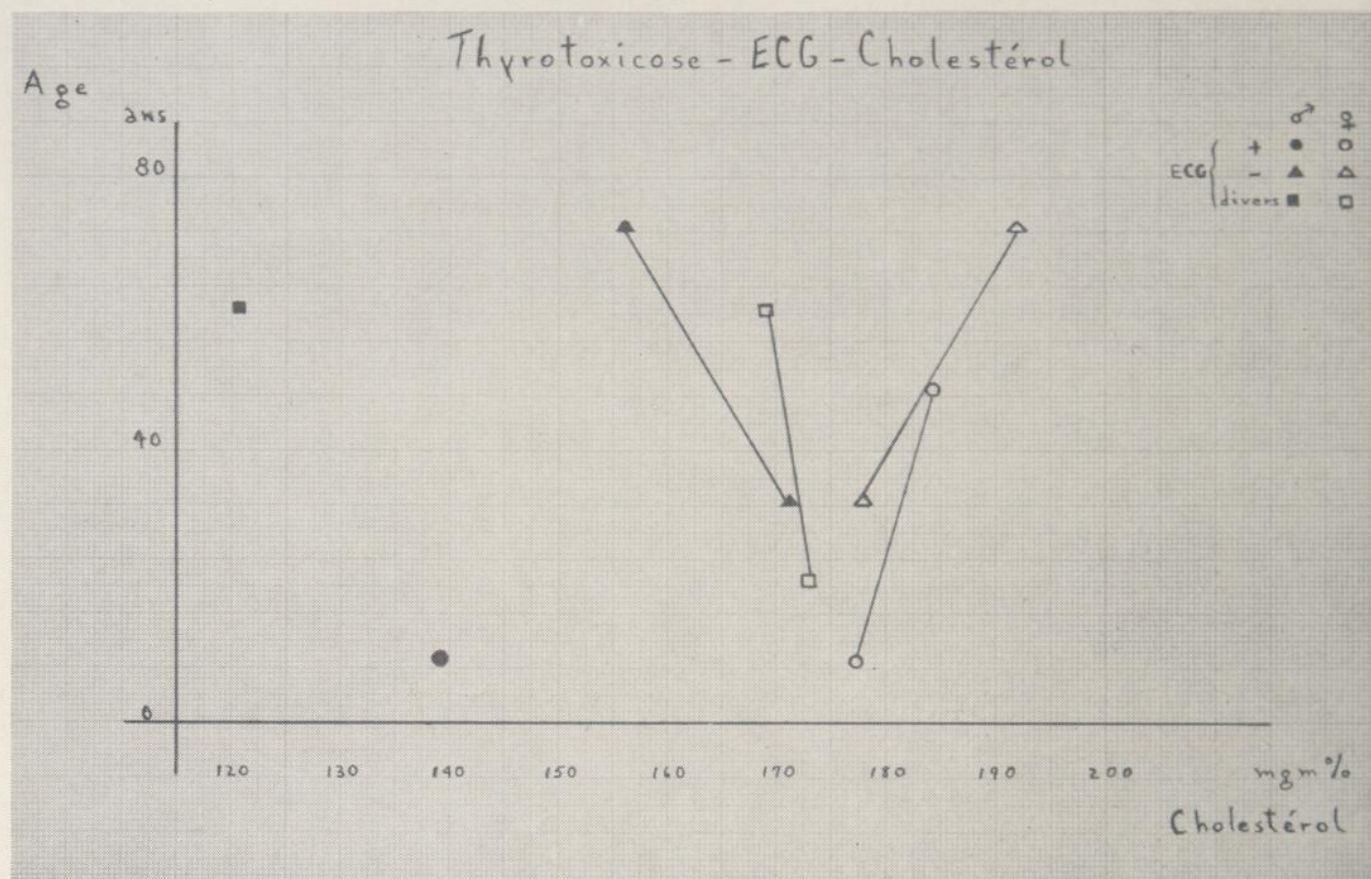


TABLEAU V

TABLEAU VI

THYROTOXICOSE - E.C.G. - INDICE SOKOLOV.  
Sur 105 cas de thyrotoxicose avec E.C.G.:

	- 40 ans	+ 40 ans
● 19 cas positifs:	1 ♂	
- 35 mm (10.4%)	4 ♀	6 ♀
+ 35 mm ( 6.6%)	2 ♂	
+ 35 mm ( 6.6%)	3 ♀	2 ♀
● 61 cas négatifs:		
- 35 mm (47.6%)	5 ♂	5 ♂
+ 35 mm (10.4%)	14 ♀	26 ♀
+ 35 mm (10.4%)	2 ♂	2 ♂
+ 35 mm (10.4%)	2 ♀	5 ♀
● 25 cas divers:		
- 35 mm (16.2%)		5 ♂
+ 35 mm ( 8.8%)	4 ♀	8 ♀
+ 35 mm ( 8.8%)		1 ♂
+ 35 mm ( 8.8%)	2 ♀	4 ♀
Moyenne:		
- 35 mm	26.6%	48.5% = 75.1%
+ 35 mm	10.4%	14.5% = 24.9%

sinusale de même que l'hypertrophie ventriculaire gauche. Cet aspect était présent chez 29.2 pour cent des thyrotoxiques et chez 12.3 pour cent des tachycardies sinusales. Nous n'avons trouvé aucune relation entre l'âge, le sexe, le métabolisme basal, le cholestérol sanguin et la présence de cet aspect spécial. Nous le trouvons présent aussi fréquemment que l'hypertrophie ventriculaire gauche notée par G. Sandler. Nous croyons devoir penser à la thyrotoxicose lorsque nous nous trouvons en présence d'une tachycardie sinusale présentant cet aspect PR-ST en cuvette.

## Summary

We have searched for a special aspect of the PR-ST junction of the EGG of 105 cases with Thyrotoxicosis and 130 cases with sinus tachycardia and for signs of left ventricular hypertrophy. This special aspect was present in 29.2% of the thyrotoxicosis and 12.3% of the sinus tachycardia. We didn't find any relation between the age, sex, basal metabolism, blood cholesterol and the presence of this special aspect. It is as much frequent as the left ventricular hypertrophy found by G. Sandler in thyrotoxicosis. We feel right to think about thyrotoxicosis when we see this special aspect of PR-ST junction in sinus tachycardia.

## BIBLIOGRAPHIE

- (1) SUMMERS, V. K.; SURTEES, S. J.: Thyrotoxicosis and Heart Disease. *Acta Medica Scand.*, **169**: 661, 1961.
- (2) SELENKOW, H. A.; MARCUS, F. L.: Marked hyperthyroidism and Heart Disease. *Med. Clin. N. Am.*, **44**: 1305, 1960.
- (3) HAMMONDS, E. E.; CORRIGAN, K. E.; HAYDEN, H. J.: Cardiotoxic Thyroid and Radioactive Iodine. *J. A. M. A.*, **173**: 1902, 1960.
- (4) BLUMGART, H. L.; FREEDBERG, A. S.; KURLAND, G. S.: Treatment of Incapacitated Enthyroid Cardiac Patients with Radioactive Iodine: Summary of Results in the Treatment of 1070 Patients with Angina Pectoris or Congestive Heart Failure. *J. A. M. A.*, **157**: 1, 1955.
- (5) BLUMGART, H. L.: Radioiodine Treatment of Enthyroid Cardiac Disease: Four years of Experience with 231 Patients. *J. A. M. A.*, **159**: 434, 1955.
- (6) HUDSON, R. V.: Toxic Goitre and Abnormal Cardiac Rhythm. *Proc. Royal Soc. Med.*, **52**: 810, 1959.
- (7) SANDLER, G.: The Effect of Thyrotoxicosis on the Electrocardiogram. *Brit. Heart J.*, **21**: 111, 1959.

## RECUEIL DE FAITS

### PYREXIES D'ORIGINE INDÉTERMINÉE. CLASSIFICATION ÉTIOLOGIQUE. MOYENS DIAGNOSTIQUES.

#### Présentation d'un cas.

Paul DESJARDINS et Gilles GOSSELIN

Nous avons souvent à faire face, dans la pratique quotidienne de la médecine, à un problème complexe: celui des fièvres d'étiologie indéterminée. Ce problème a pris une ampleur telle que plusieurs centres américains ont décidé de cataloguer ces cas de F.U.O. (*Fever of Unknown Origin*).

Un tel diagnostic est évidemment insuffisant, puisqu'il ne s'agit que d'un symptôme, et que tout symptôme mérite qu'un précise son origine.

Tout épisode de pyrexie sans diagnostic étiologique ne commande pas nécessairement un essai thérapeutique aux antibiotiques ou aux sulfamidés. Il est malheureusement de pratique courante de donner force antibiotiques dans les cas où l'on croit à une pyrexie infectieuse banale. Nous reviendrons sur ce sujet un peu plus tard.

Outre ces cas bénins, toutes les pyrexies d'origine indéterminée, présentent pour le clinicien, même le plus expérimenté, un problème qui peut se présenter sous deux facettes:

- a) celui du diagnostic;
- 2) celui du traitement.

Evidemment, le problème thérapeutique est bien secondaire. En effet, une fois devant la cause de cette pyrexie, ou bien il existe un traitement adéquat et il est institué à l'instant même, ou bien il n'existe pas de traitement et alors une médication palliative peut être administrée au patient.

Voici une classification succincte:

1. Fièvres aiguës durant moins de deux semaines.
2. Fièvres prolongées durant plus de deux semaines.
3. Fièvres intermittentes ou récurrentes.

#### 1. — FIÈVRES AIGUËS DURANT MOINS DE DEUX SEMAINES.

Une telle pyrexie est un fait courant. Dans la majorité des cas, l'évolution se fait jusqu'à la rémission complète sans que le médecin traitant n'ait pu porter un diagnostic précis. Dans la majorité de ces cas, nous pourrions supposer une étiologie infectieuse. Même si le diagnostic étiologique est la plupart du temps impossible, une certaine asso-

ciation de symptômes fera croire au médecin traitant qu'il s'agit en réalité d'un processus infectieux. Voici un tableau de ces symptômes, non spécifiques, mais d'une très grande probabilité:

1. Début soudain de la maladie, avec une durée de moins de 15 jours.
2. Pyrexie marquée: 105° - 104° avec ou sans frisson.
3. Atteinte des voies respiratoires supérieures sous forme de toux, coryza, angine.
4. Courbatures, arthralgies, photophobie, céphalées, etc.
5. Nausées, vomissements, diarrhée.
6. Adénopathie avec ou sans splénomégalie.
7. Méningisme.
8. Leucocytose à plus de 12,000 ou moins de 5,000 par mm<sup>3</sup>.

Dans ces cas, il est de pratique courante de procéder immédiatement à un traitement aux antibiotiques ou aux sulfamidés.

#### 2. — FIÈVRES PROLONGÉES DURANT PLUS DE DEUX SEMAINES.

a) *Maladies infectieuses*. 1. tuberculose, 2. endocardite bactérienne, 3. brucellose, 4. salmonelloses: a) typhoïde, b) paratyphoïde; 5. infection pyogénique: a) ostéomyélite, b) abcès cachés: sous diaphragmatique, hépatique, périnéphrétique; c) cholangéite; 6. amibiase, 7. histoplasmosse, 8. coccidioïdomycose, 9. schistosomiase, 10. bactériémie streptococcique, 11. influenza, 12. pancréatite aiguë, 13. dengue.

b) *Maladies du collagène*. 1. lupus érythémateux, 2. périartérite noueuse, 3. arthrite rhumatoïde, 4. rhumatisme articulaire aigu, 5. érythème noueux, 6. purpura de Henoch-Schönlein.

c) *Maladies néoplasiques*. 1. épithéliomas, surtout du pancréas, 2. sarcomes, surtout des os, 3. hypernéphrome.

d) *Maladies hématopoïétiques*. 1. leucémies, 2. lymphosarcomes, 3. Hodgkin, 4. anémies hémolytiques acquises.

e) *Maladies vasculaires*. 1. artérite temporale, 2. maladies thrombo-emboliques, 3. défaillance cardiaque, 4. infarctus du myocarde, 5. syndrome post-commissurotomie.

f) *Maladies du système nerveux central et périphérique*. 1. traumatisme crânien, 2. hémorragies cérébrales, 3. insolation, 4. pathologies dégénératives, 5. traumatisme de la moelle épinière.

g) *Maladies diverses*. 1. maladies hépatiques, 2. sarcoïdose, 3. réaction médicamenteuse: réaction allergique, maladie sérique, 4. simulation: pyrexie psychologique, 5. perturbations endocrinologiques: hyperthyroïdie, 6. ulcus prolongé, 7. sédation forte, 8. « Teething ».

### 3. — FIÈVRES INTERMITTENTES OU RÉCURRENTES.

1. Malaria, 2. Rickettsioses, 3. Leptospiroses, 4. Hodgkin, 5. Maladies périodiques, 6. Psittacose, 7. mononucléose infectieuse, 8. pyrexies industrielles: coton, poussière, métaux, fumée; 9. pyrexie du cathétérisme (pyélonéphrites).

Connaissant maintenant les diverses étiologies des fièvres d'origine indéterminée, comment devons-nous procéder devant un patient présentant une fièvre inexplicquée? Il s'agit tout d'abord de poser un diagnostic.

Nous devons, pour ce faire, revenir aux principes fondamentaux de la médecine clinique, c'est-à-dire:

1. *Une histoire de cas, minutieuse et précise, envisageant toutes les possibilités.*
2. *Un examen physique complet.*
3. *Des examens de laboratoire adéquats.*

A ce moment, nous sommes en mesure d'éliminer un grand nombre de processus étiologiques. Nous demeurons encore en présence de certaines pathologies, que nous pourrions éliminer une à une par certains examens complémentaires.

Nous ne reviendrons ni sur l'histoire de cas ni sur l'examen physique, mais il serait peut-être utile de donner quelques précisions sur les examens de laboratoire.

Selon Flippin, les analyses de base devant une fièvre d'origine indéterminée devront être les suivantes:

1. *Formule sanguine complète.*
2. *Sédimentation.*
3. *Analyse d'urine complète.*
4. *VDRL-BW.*
5. *Hémoculture.*
6. *Radiographie pulmonaire.*

A ce moment, il faut individualiser chacun des cas, puisque plusieurs possibilités étiologiques ont

déjà été éliminées. Selon le diagnostic différentiel à faire, nous pourrions procéder à des analyses de laboratoire plus spécialisées et plus précises telles que:

1. *Examen direct et culture*: des expectorations, de l'urine, de selles, d'une collection purulente localisée, d'ascite, de liquide céphalo-rachidien, d'épanchement pleural.

2. *Bilan hépatique auquel on peut ajouter la phosphatase alcaline.*

3. *Sérodiagnostics*: typhoïde, parathyphoïde, brucellose, mononucléose infectieuse, tularémie, rickettsies.

4. *Ponction ternale*: examen cytologique, culture, examen histologique.

5. *Recherche des cellules L. E.*

6. *Intra-dermo réactions*: tuberculose, histoplas-mose, tularémie, trichinose, coccidioïdomycose, lymphogranulomatose vénérienne, brucellose.

7. *Biopsie*: ganglion, muscle, plèvre, foie.

8. *Radiographies.*

9. *Examen « de visu »*: bronchoscopie, cystos-copie, laparotomie,.

Même si plusieurs des fièvres d'origine obscure sont d'origine virale, il n'est pas encore de pratique courante de demander le dosage des anticorps à 2 semaines d'intervalles, étant donné qu'au moment où le diagnostic est posé, le patient est dans une période avancée de sa convalescence. Une dernière remarque s'impose au point de vue des hémocultures. Il a été démontré qu'il est plus utile de demander une hémoculture toutes les 4 heures pendant 12 heures que de demander une hémoculture le matin pendant 3 jours.

Nous allons maintenant dire un mot des essais chimiothérapeutiques.

Théoriquement, la valeur d'un tel essai dépend uniquement de la spécificité de l'agent employé. La réponse favorable d'un traitement à la chloroquine chez un patient atteint de malaria est une aide très précieuse au diagnostic. Il en est de même pour la colchicine dans la goutte, et du propyl-thiouracil dans l'hyperthyroïdie.

Il existe un contraste formidable entre ces deux exemples, d'une part l'emploi d'agents antibiotiques, qui n'aide pas de façon appréciables au diagnostic, d'autre part.

La thérapie aveugle n'ajoute rien au diagnostic, mais comporte plutôt de graves désavantages, tels que:

1. Augmentation de la toxicité du médicament.
2. Résistance des microorganismes.
3. Surinfection.

4. Camouflage du tableau clinique sous-jacent.
5. Interférence avec les résultats des analyses de laboratoire.

Malgré ces désavantages, il est parfois nécessaire de recourir à une thérapie aveugle avant même la confirmation du diagnostic, si l'état du patient se détériore rapidement.

Il faut toutefois se rappeler qu'une réponse positive à une thérapie aveugle, n'enlève pas au médecin traitant la responsabilité de poser un diagnostic. Ceci est particulièrement vrai dans un cas de néoplasie avec infection surajoutée.

On peut aussi mentionner qu'une fièvre d'étiologie infectieuse pourra être abaissée par les antipyrétiques, mais non par les narcotiques; de même, une pyrexie d'origine psychogène sera abaissée par les narcotiques, mais non par les antipyrétiques.

Les cortico-stéroïdes et l'ACTH n'ont aucune valeur diagnostique même si, à l'occasion, ils ont des propriétés antipyrétiques.

Nous avons donc revu quelles étaient les causes des pyrexies d'origine indéterminée; nous avons revu également les trois méthodes à notre disposition pour orienter notre diagnostic.

#### Observation.

Un homme de 58 ans est admis à l'hôpital pour hyperthermie, frissons, asthénie, anorexie et amaigrissement. Ces symptômes existent depuis environ 3 semaines. La maladie a débuté par une fièvre de 101° - 103°F accompagnée de diaphorèse nocturne et diurne, d'asthénie et d'anorexie. Le patient raconte qu'il aurait perdu de 10 à 15 livres depuis le début de la maladie. Il se plaint également de courbatures et de douleurs musculaires avec occasionnellement sensation de raideur au niveau de la nuque.

*Examen physique.* Malade dont l'état général est profondément atteint. Température, 103.3°F, pouls, 88/min.; respiration, 26/min.; T.A., 120/80. Examen du coeur et des poumons ne révèle rien de particulier. Foie et rate non augmentés de volume. Aucune adénopathie décelable. L'examen neurologique est négatif.

*Antécédents.* Neuf mois auparavant, le malade aurait été hospitalisé dans un autre hôpital pour des troubles digestifs vagues. Au cours de cette hospitalisation, on n'a pu mettre en évidence de lésion organique.

Les antécédents personnels et héréditaires sont sans particularité.

#### Laboratoire

Dès l'admission, une ponction lombaire est pratiquée: pression; 130 mm. d'eau; liquide limpide et incolore; éléments; 1; protéines; 43 mgm.%; glucose: 66 mgm.%; Gram: absence de pus et de bactéries; culture: absence de bactéries.

*Formule sanguine:* H.B.: 13 gm.; 84%; hémato-crite: 35%; sédimentation corrigée: 24 mm.; plaquettes: 113,000; leucocytes: 1350 par mm<sup>3</sup>; neutrophiles: 18; éosinophiles: 2; basophiles: 0; lymphocytes: 74; monocytes: 17.

*Urines:* Cylindres hyalins: XX; dépôts: XX; épithélium: X; leucocytes: 5; albumine: 0; densité: 1.021; pH: 5.0; glucose: 0; urobiline: X; Gram: absence de pus et de bactéries; culture: absence de poussés microbienne.

*Sang:* Chlorure: 88; glucose: 105; potassium: 4.5; VDRL: neg.; sodium: 122; urée: 43; prothrombine: 100%.

*Hémocultures:* Huit furent pratiquées et s'avèrent toutes négatives.

*Séro-diagnostic:* TYO, TYH, AH, BO, BH, Br. abortus sont très négatifs.

*E.E.G.* Très anormal sous forme de ralentissement global du rythme de fond, sans signe de pathologie localisée.

*Frottis sanguin:* leucopénie marquée; lymphocytose relative.

*Ponction sternale.* Normoblastes diminués et présentant une déviation sur la droite. Présence de macronormoblastes. Les neutrophiles précurseurs sont fortement diminués et présentent une déviation vers la droite. Les cellules lymphoïdes se chiffrent à 72%, les plasmocytes à 1%. Les mégakaryocytes sont diminués, mais la formation en plaquettes est évidente. Conclusion: Hypoplasie médullaire. Lymphocytose relative.

*Recherche des cellules L. E.:* absence.

*Pyélographie endoveineuse:* urographie normale; aucun signe de lithiase; ptose rénale bilatérale.

*Radiographie pulmonaire:* thorax symétrique sans altérations des structures osseuses. La transparence des deux plages pulmonaires est un peu exagérée, en particulier aux bases indiquant un certain degré d'emphysème diffus bilatéral.

Les culs-de-sac costophréniques sont nets. Il n'y a pas de condensation parenchymateuse pulmonaire. Légère surcharge de la trame vasculaire hilairale des deux côtés. La silhouette cardiaque n'offre pas de particularités, sauf un dérangement discret de la crosse aortique.

*Cholécystographie*: vésicule exclue.

*Lavement opaque*: colon perméable sans lésion organique.

*Repas baryté*: exploration oesophagogastrroduodénale sans particularité.

#### *Evolution*

Le 8ième jour d'hospitalisation, alors que le malade revient du département de radiologie, il fait soudainement une crise épileptiforme avec inconscience, convulsions, incontinence des selles et des urines. L'inconscience persiste environ 5 minutes. Le malade raconte, par la suite, qu'il n'a jamais fait de crises semblables dans le passé.

Trois *patch tests* et une intradermo-réaction (1ère dilution P.P.D.) sont négatifs.

Un prélèvement de la moelle osseuse pour examen bactériologique est également fait. Ziehl: absence de bacilles acido-résistants.

La température oscille entre 100°-103°F. au cours de toute son hospitalisation. Le 10ième jour, le malade reçoit de la streptomycine. Ce traitement fut cessé au bout de 5 jours à cause d'une surdité complète dont se plaint le malade. Le 20ième jour d'hospitalisation, la température monte jusqu'à 107°F et le malade décède.

Le diagnostic porté cliniquement fut celui de:

1. *Sarcome de Hodgkin.*
2. *Typho-bacillose de Landouzy* (Tuberculose non-réactionnelle).

Voici le rapport anatomo-pathologique:

1) Typhobacillose de Landouzy (tuberculose généralisée non réactionnelle. 2) Foyers d'infarctissement hémorragique du colon. 3) Aspergillose pulmonaire. 4) Infarctus pulmonaires. 5) Foyers de broncho-pneumonie. 6) Emphysème pulmonaire. 7) Nécrose tubulaire aiguë des 2 reins. 8) Stéatose hépatique. 9) Hypoplasie médullaire. 10) Cystite aiguë. 11) Athérosclérose et thrombose pariétale de l'aorte à proximité de l'origine de l'artère rénale gauche. 12) Foyer de T.B. fibro-caséuse enkysté et partiellement calcifié dans un ganglion lymphatique hilare. 13) Pyélonéphrite chronique.

#### CONCLUSION

1. Se rappeler que pyrexie n'égal pas automatiquement antibiothérapie.
2. S'en rapporter à un tableau simple des causes les plus usuelles.

#### Résumé

Cet article est une revue des données les plus récentes que contient le littérature médicale sur les pyrexies d'origine indéterminée. Une observation de typho-bacillose de Landouzy est rapportée pour illustrer la série des explorations complémentaires qui doivent être utilisées dans les cas de telles pyrexies. On doit retenir en dernier essort, que le symptôme fièvre ne doit pas encourir aveuglement l'emploi de l'antibiothérapie. Il est également énumérée dans cet article la nomenclature des plus fréquentes causes de pyrexie de cause indéterminée.

#### Summary

We have presented here a revue of the most recent literature on Fever of Unknown Origin.

We also presented a case of Non-Reactive Tuberculosis (Typhobacillose de Landouzy) to illustrate the methods of investigation that should be followed in cases of F.U.O.

In conclusion, the fact to be remembered is that fever, in a patient, is not an automatic indication for anti-biotherapy.

A synopsis of the most frequent causes of F.U.O. is also included in this article.

#### BIBLIOGRAPHIE

1. HARRISON, T. R.: *Principles of Internal Medicine.* Troisième édition, section II, chap. 11, 68-78. McGraw-Hill, édit., New-York, 1958.
2. BENNETT, Ivan L., et HOOK, Edward W.: Fever of Unknown Origin. *Disease a Month*, **1**: 48, 1957.
3. FLIPPIN, F.: Fever of Unknown Origin. *Kansas City Month*, **18**: 105-110 (sept.) 1958.
4. BERMAN, B.: A Review of Fever of Unknown Origin. *Sinai Hospital Journal*, Baltimore, **5**: 8-13 (oct.) 1956.
5. GERACI, J. E.; WEED, L. A.; NICHOLS, Dr.: *J. A. M. A.*, **169**: 1309-1315 (21 mars) 1959.

## HÉMANGIOBLASTOME DU CERVELET ACCOMPAGNÉ D'UNE POLYCYTHÉMIE

Pierre-Paul JULIEN, F.R.C.P. (C) .,  
Hôpital Maisonneuve (Montréal).

Dans le numéro spéciale de *L'Union Médicale du Canada* d'octobre 1961, J.-G. Laurin et Fernand Duplantis consacraient un article aux polycythémies primaires et secondaires (1). Je n'y reviendrai donc pas. Seul le tableau qui suit servira à rafraîchir les mémoires (tableau 1).

TABLEAU 1  
POLYCYTHEMIES

<p><i>Primaire</i> (Erythémie):</p>	<p>Vaquez Gaisbock.</p>
<p><i>Secondaire</i> (Erythrocytose):</p>	<p>Maladies congénitales du coeur. Maladies pulmonaires chroniques. Fistules artérioveineuses pulmonaires. Cushing. Hautes altitudes. Obésité. Hypernéphrome. Hydronéphrose. Néo du foie. Fibromyomatose utérine. Hémangiomatose du cervelet. Asplénie congénitale. Hypertension intra-crânienne. Intoxication chronique:     Aniline,     Nitrobenzol,     Phénacétine,     Monoxyde de carbone,     Cobalt? Substances androgéniques.</p>

Nous avons eu dernièrement l'occasion de trouver comme cause d'une polycythémie, un hémangioblastome du cervelet. Nous nous permettons de rapporter ce cas vu sa rareté, son intérêt clinique et parce qu'une nouvelle pathogénie en a été décrite et, jusqu'à un certain point, prouvée dans un article de *L'American Journal of Medicine* (août 1961) signé par Waldmann et son groupe de l'Institut National du Cancer de Bethesda, au Maryland (2).

La première description d'un hémangioblastome du cervelet accompagné de polyglobulie remonte à 1943, et elle est due à Carpenter, Swartz et Valker (3) qui l'ont publiée dans *Annals of Internal Medicine*.

En 1945, Drew et Grant (4) en ont rapporté deux cas et ont profité de l'occasion pour rap-

porter la difficulté de différencier le fond d'œil polycythémique du fond d'œil observé dans les cas d'hypertension intracrânienne. En effet, dans la polycythémie, la dilatation des veines rétiniennes peut être très inégale, leur coloration est sombre. On ne retrouve pas cependant d'hémorragies ni d'exsudats, ni de changement du nerf optique; cependant, le bord discal est très souvent flou comme dans l'œdème papillaire qui accompagne une tumeur cérébrale.

La physio-pathologie, susceptible d'expliquer une relation entre l'hémangioblastome du cervelet et les modifications hématologiques déjà décrites est loin d'être trouvée. On a tenté de démontrer l'existence d'un foyer neurogène pour la régulation de l'érythropoïèse après avoir retrouvé une polyglobulie chez dix malades qui souffraient d'une dysfonction du système hypophyso-thalamique, et on a cru que la cause de cette dysfonction résidait dans le fait d'une hydrocéphalie secondaire à une obstruction du ventricule (5). Cette théorie n'a pas été retenue dans des cas subséquents. On a parlé d'un centre érythropoïétique au sein même de certains hémangioblastomes et d'un centre érythropoïétique dit encéphalique qui serait stimulé par une anoxie sanguine survenant au niveau d'un *shunt* artérioveineux dans la tumeur (6). L'Ecole française a tenté de trouver un facteur unique à l'érythrocytose que l'on retrouve dans les cas d'hémangioblastome, d'hypernéphrome, d'hydronéphrose ou de fibromyomatose utérine (7).

Tout dernièrement, Waldman et son groupe de l'Institut National du Cancer de Bethesda, Maryland, dans un travail très intéressant présenté dans *L'American Journal of Medicine* (août 1961), démontrent la présence d'un facteur érythropoïétique sécrété par la tumeur elle-même en injectant à des rats du liquide aspiré de cette même tumeur selon la méthode de Fried et coll. (2). Ce test n'est d'ailleurs positif que lorsque l'activité érythropoïétique est très marquée. C'est là, il nous semble, la première preuve concrète d'une théorie énoncée il y a déjà une quinzaine d'années. De toute façon, voici l'histoire de cas de notre malade.

### Observation.

M. A. F., 49 ans, se présentait au bureau le 20 avril 1960 se plaignant de céphalée depuis trois

mois. La céphalée survenait surtout la nuit, le réveillait et l'obligeait à se lever et à arpenter sa chambre de long en large. Elle était localisée à la région sus-oculaire des deux côtés, elle était non pulsatile, ni influencée par la toux. Elle pouvait durer une couple d'heures pour se dissiper ensuite progressivement. Aucune nausée, aucun vomissement n'accompagnaient ces crises de céphalée; lors de celles-ci, son fils, étudiant en médecine, avait

noter toutefois que l'hémoglobine à l'entrée était à 21 gms (135%); l'hématocrite à 64.5 pour cent. La radiographie du crâne ne présentait aucune particularité. La radiographie pulmonaire était normale de même que l'urographie endoveineuse. Les tests fonctionnels respiratoires, faits à l'Institut Lavoisier, étaient compatibles avec un emphysème pulmonaire modéré. Malgré quatre saignées de 250 cc. chacune, le malade ne fut pas

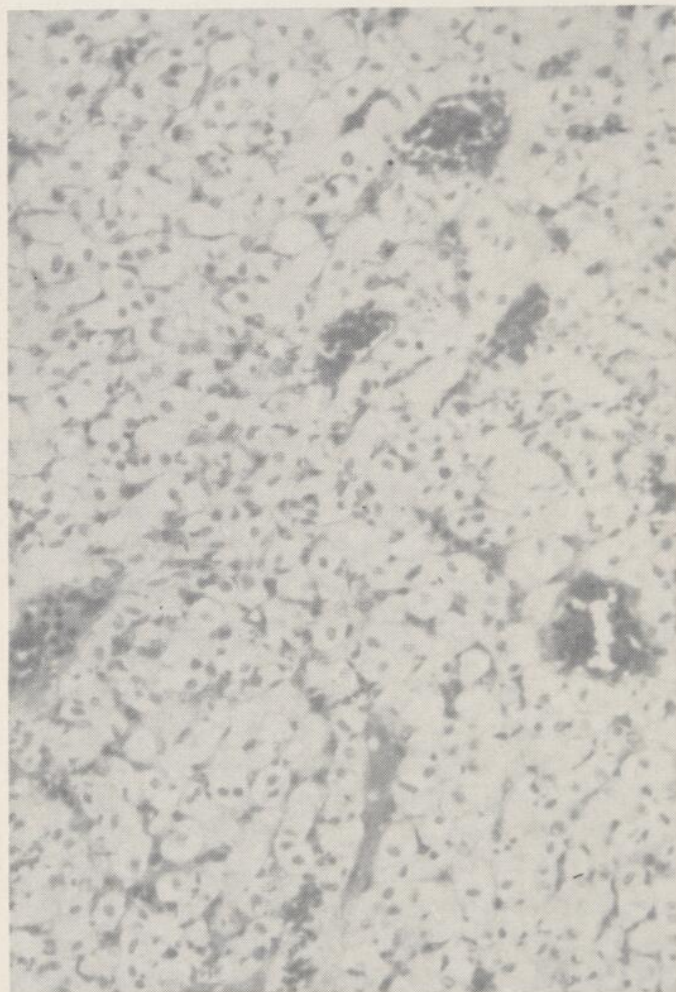


Figure 1.

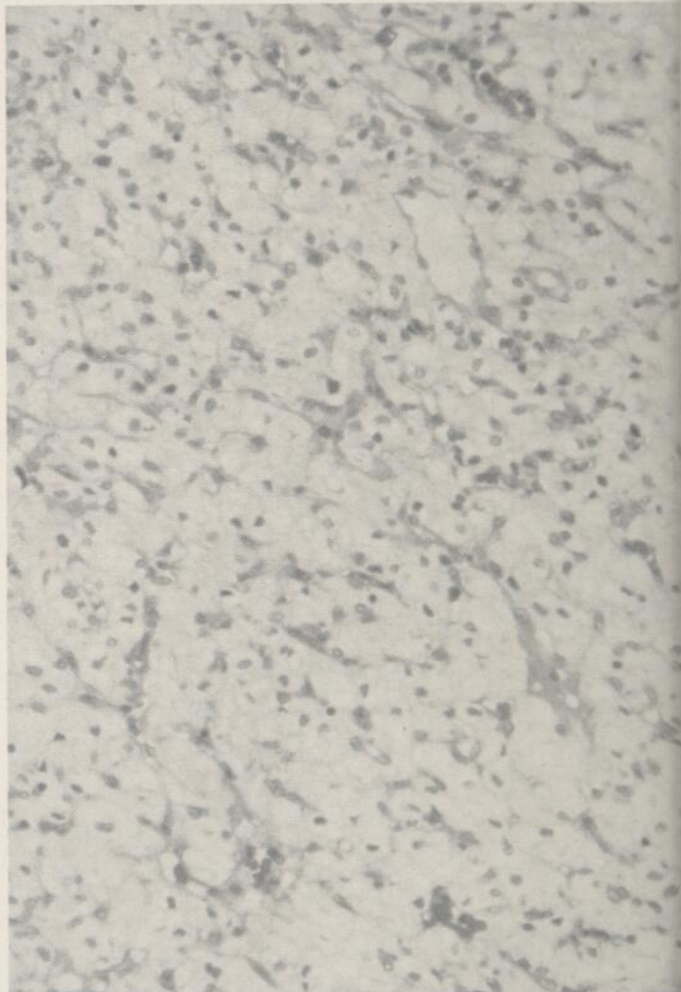


Figure 2.

eu l'occasion de prendre sa tension artérielle qui se chiffrait à environ 140/110. Un mois et demi auparavant, on lui avait fait une cholécystectomie, croyant que la vésicule était la cause de sa céphalée.

A l'examen, il s'agissait d'un malade jovial, spirituel, ne paraissant pas trop inquiet de son sort; il pesait 156 livres. Sa tension artérielle était de 155/98. L'examen du fond d'œil était négatif et un examen neurologique ne démontrait aucune atteinte des nerfs crâniens. Vu l'apparition récente de cette céphalée, nous avons décidé de demander son hospitalisation; à son admission, le 2 mai 1960, l'examen clinique était évidemment identique; à

soulagé de sa céphalée, mais son hématocrite descendit à 57%. Il continua de subir des saignées après sa sortie de l'hôpital sans pour cela se sentir amélioré (voir tableau 2).

Réhospitalisé en juillet pour une investigation neurologique complète, le malade se plaignait alors plus que jamais de sa céphalée devenue tenace et d'une ataxie intermittente de la démarche; son écriture avait changé et il éprouvait de la difficulté à signer son nom. A l'examen, le docteur Raymond Robillard nota un discret nystagmus horizontal épuisable, bilatéral, un tremblement terminal aux doigts et au nez à droite, un élargis-

sement de la base de sustentation et une démarche légèrement ataxique. Le Romberg était négatif. Donc, très nette ataxie tronculaire. L'hémoglobine était à 14.5 gms (92.8%), l'hématocrite à 47.5% (voir tableau 2). La radiographie du crâne était de nouveau négative et l'artériographie carotidienne gauche paraissant anormale, le radiologiste suggéra une ventriculographie; celle-ci démontra des images d'un processus expansif sensiblement médian de la fosse postérieure avec hydrocéphalie secondaire.

Le 13 juillet 1960, le malade subissait une crâniotomie sous-occipitale qui permit d'enlever une

moglobine à 16.8 gms. Le liquide céphalo-rachidien était normal. La radiographie du crâne ne montrait rien de particulier, mais l'artériographie vertébrale laissait soupçonner la présence d'une masse expansive de la fosse postérieure et l'artériographie carotidienne gauche était compatible avec une dilatation de tout le ventricule latéral gauche. On remit donc à plus tard une nouvelle intervention, vu le peu de signes cliniques.

Un mois plus tard, il devait de nouveau être hospitalisé à l'hôpital Notre-Dame, parce qu'il présentait une désorientation dans le temps et dans l'espace. Il était devenu insouciant, somnolent et

TABLEAU 2

HEMOGRAMMES						
	GL. R.	Ht (N: 42 à 47%)	Hb. (N: 15.6 Gms)	PLAQUETTES	LEUCOCYTES	MOELLE
26-2 -60	6,550,000		20 gms			
3-5 -60	7,010,000	64.5%	21 gms 135 %		12,600	
5-5 -60		65.5%	21 gms 135.4%	208,000	14,500	
6-5 -60						Hyperplasique
9-5 -60				240,000		
14-5 -60		59.5%	18.6 gms 119 %		10,650	
18-5 -60		57 %	18 gms 115.2%			
13-6 -60		47.5%	14.5 gms 92.8%			
14-7 -60		47.5%	14.5 gms 92.8%		11,550	
26-7 -60	5,020,000	46.5%	14.1 gms 90.2%		12,350	
28-7 -60			12 gms 76.8%			
13-8 -60			10.7 gms 68.5%		12,000	
15-12-60		48% %	14.9 gms 95.3%			
24-5 -60	5,600,000		16.8 gms		10,300	
18-7 -60	6,900,000		18.6 gms		17,200	

masse localisée au cervelet du côté droit; il s'agissait d'un hémangio-endothéliome du cervelet. A remarquer que les analyses sanguines, faites quinze jours plus tard, étaient normales (voir tableau 2) et qu'en décembre 1960, soit cinq mois plus tard, l'hémoglobine se lisait à 14.9 gms (95.3%) et l'hématocrite à 48%.

Tout alla assez bien jusqu'au début de février 1961, c'est-à-dire sept mois après l'opération, alors qu'il commença à noter que ses jambes « lui manquaient, s'il se levait brusquement ». Aucune céphalée cependant. On l'admit à l'hôpital Notre-Dame en mai 1961; il avait maigri de 50 livres depuis son opération. L'examen neurologique ne montra alors qu'une démarche un peu hésitante, un nystagmus horizontal, fin et inépuisable surtout à droite. Les globules rouges étaient à 5.6; l'hé-

vomissait depuis dix jours. L'équilibre était instable, la démarche impossible. Il n'existait pas d'œdème de la papille. La tension artérielle était de 210/110. Le nystagmus horizontal était plus marqué à droite et il existait une dysdiadococinésie. Les globules rouges étaient à 6.9; l'hémoglobine à 18.6 gms.; les globules blancs à 17.2 et l'hématocrite à 63 vol. %. Les examens radiologiques étaient identiques à ceux déjà faits.

Le 24 juillet, il subissait une intervention pour exérèse partielle d'une récurrence de la tumeur et le même jour, malheureusement, il décédait. (Voir figures 1 et 2 pour histologie de la tumeur.)

\* \* \*

L'intérêt de cet observation, croyons-nous, réside dans les trois points suivants:

1. La rareté du cas. En effet, cette tumeur ne survient que dans 2 pour cent de toutes les tumeurs intracrâniennes et 20 pour cent seulement des hémangioblastomes s'accompagnent de polyglobulie. En août 1961, 40 cas d'hémangioblastomes du cervelet avaient été relevés dans la littérature médicale (2);

2. la polycythémie qui accompagne l'hémangioblastome du cervelet peut être causée par la sécrétion d'une substance érythropoïétique venant de la tumeur même;

3. cette polycythémie se corrige après ablation de la tumeur, preuve qu'il s'agit bien là de cause à effet.

#### Résumé

Nous rapportons un cas de polycythémie secondaire à un hémangioblastome du cervelet, cette polycythémie ayant disparu à la suite de l'ablation de la tumeur. Malheureusement, le malade décédait huit mois plus tard à la suite d'une nouvelle intervention. Quarante-deux cas seulement d'hémangioblastomes du cervelet avec polycythémie ont été décrits dans la littérature, d'où l'intérêt du cas.

Waldmann et son groupe ont isolé de la tumeur même une substance érythropoïétique qui semble être la cause de cette polycythémie secondaire.

#### Summary

A case of polycythemia, secondary to a cerebellar hemangioblastoma is described. The polycythemia disappeared after removal of the tumor. Unfortunately, there was a

recurrence and the patient died after a second operation. Only 42 cases of hemangioblastomas with polycythemia have been described in the literature and that is the reason for this presentation. Waldman and his group has found that the tumor itself was secreting a hemopoietic factor, which they thought was responsible for the secondary polycythemia following this pathology.

#### BIBLIOGRAPHIE

- (1) LAURIN, J.-G., et DUPLANTIS, F.: Les polycythémies. *L'Union Méd. du Canada*, **90**: 1074 (oct.) 1961.
- (2) WALDMAN, T. A.; EDGAR, H.; LEVIN et MAINLAND BALDWIN: The association of polycythemia with a cerebellar hemangioblastoma. The production of a erythropoiesis stimulating factor by the tumor. *Am. J. of Med.*, **31**: 318 (août) 1961.
- (3) CARPENTER, G.; SCHWARTZ, H., et WALKER, A. E.: Neurogenic polycythemia. *Ann. Int. Med.*, **19**: 470, 1943.
- (4) DREW, J. H.; GRANT, F. C.: Polycythemia as a neuro-surgical problem. *Arch. of Neur. and Psycho.*, **53**: 25, 1945.
- (5) HAYNAL, E.; GRAF, F.: The role of the hypophyseal hypothalamic system in the pathogenesis of erythremia and symptomatic polycythemia. *Act. Med. Scand.*, **139**: 61-77, 1950.
- (6) FORSELL, J.: Polycythemicvishypernephron. *Nord. Med.*, **30**: 1415-1419, 1946.
- (7) BOUSSER, J.; TCHERDAKOFF, P.; GABILAN, J. C., et CHRISTOL, D.: A propos de quatre cas de tumeurs rénales ou cérébelleuses associées à une polyglobulie: discussion des rapports possibles entre les deux affections. *Semaine des Hôp.*, **35**: 18 (sept.) 1959.
- (8) WARD, FOLTZ et KNOPP: Polycythemia associated with cerebellar hemangioblastoma. *J. of Neur.*, **13**: 248, 1956.

## REVUE GÉNÉRALE

### RÉACTIONS TRANSFUSIONNELLES ET CERTAINES COMPLICATIONS PROVOQUÉES PAR L'ADMINISTRATION DE SANG HUMAIN<sup>1</sup>

P. A. DESLIPPE<sup>2</sup>

L'administration de sang est possible depuis 900 et a sauvé un nombre incalculable de vies depuis que Landsteiner a découvert l'existence de groupes sanguins liés à des facteurs antigéniques. Une multitude d'autres antigènes ont été identifiés depuis, grâce à l'affinement des méthodes de laboratoire. Chaque année, cependant, de nombreuses mortalités résultent des transfusions sanguines. Quelques chiffres illustrent fortement les dangers de cette thérapie; le docteur A. Wiener (1) rapporte qu'en la seule année 1956, 3,000 morts furent causées aux Etats-Unis par les réactions transfusionnelles, taux de mortalité supérieur à celui de l'appendicite aiguë. Comme les réactions hémolytiques ne sont pas toutes mortelles, on peut juger de l'ampleur du problème. Bien d'autres complications que l'hémolyse peuvent survenir, telles que la transmission de maladies infectieuses, l'hémophilie, etc...

Pour nous, anesthésistes, appelés quotidiennement à administrer des transfusions, nous ne pouvons nous arrêter trop souvent aux graves considérations des dangers possibles de l'administration de sang. Les indications des transfusions doivent être précises. Le dépistage des réactions est bien difficile sous anesthésie, les signes subjectifs étant absents. Ce travail a pour but de revoir sommairement les différentes réactions qui peuvent se produire à la suite de transfusions. Nous suggérerons, au passage, l'ébauche de traitement approprié. Le plan que nous proposons ici nous a été inspiré par une publication du docteur Jenkins (2).

#### I. — RÉACTIONS ET COMPLICATIONS PRÉCOCES.

##### A — Réactions les plus fréquentes.

a) *Réactions allergiques.* Les réactions allergiques cliniques se traduisent par des placards urticariens, de l'œdème de la figure, une crise d'asthme sévère ou un choc anaphylactique important. Sous anesthésie, ces réactions sont rarement graves. Causes possibles: ces réactions allergiques peuvent avoir à leur origine:

1. *Le transfert passif* de la sensibilité du donneur allergique à un receveur non-allergique. Ex.: le patient recevant de la pénicilline avant l'intervention, sans signe d'intolérance, qui présente une réaction après avoir reçu le sang d'un donneur allergique;

2. *Le transfert par le donneur* d'un allergène spécifique auquel est sensible le sang du receveur. Ex.: réaction au sérum antitétanique reçu par le donneur chez un receveur allergique au sérum de cheval;

3. *L'hypersensibilité du receveur* au sang d'un donneur en particulier.

Pour obvier aux deux premières causes, certains, tel Belcher, conseillent l'emploi de donneurs à jeun et le refus de donneurs allergiques.

Traitement: si la réaction est minime, l'arrêt de la transfusion n'est aucunement nécessaire; on administre alors, par voie intraveineuse, un antihistaminique. Si la réaction s'avère plus alarmante (voire crise d'asthme bronchique, œdème laryngé), on utilisera alors de l'aminophylline, de l'épinéphrine et/ou des corticostéroïdes. L'arrêt de la transfusion pourra être nécessaire.

b) *Réactions pyrogènes.* A l'état de veille, ces réactions pourront se manifester sous forme de céphalées et de frisson; sous anesthésie, l'hyperthermie seule surviendra et pourra être marquée.

Etiologie: antérieurement, ceci était attribué aux corps pyrogènes exogènes. L'apport de matériel de qualité supérieur en a diminué l'incidence, mais on note quand même ce type de réactions. Actuellement, on est de plus en plus d'avis, avec Walford, qu'il existe des agglutinines leucocytaires et plaquettaires. Gurner et Coombs en viennent même à la conclusion qu'il existe un système complexe de groupes pour les leucocytes. Contre ces réactions, on pratiquera un traitement symptomatique à l'aide de dérivés salicylés avec ou sans codéine. Un antihistaminique associé pourra également aider; les partisans des antigènes leucocytaires favorisent d'emblée l'administration des corticoïdes (Offenkrantz — 3).

1. Travail présenté à une réunion du service d'anesthésie de l'Hôtel-Dieu de Montréal.

2. Résident en anesthésie à l'Hôtel-Dieu de Montréal.

e) *Réactions hémolytiques.* Ce sont des réactions où la survie des cellules rouges du donneur ou du receveur est anormalement raccourcie. Les trois causes possibles sont : 1. une réaction antigène-anticorps très spécifique: absence d'épreuve de compatibilité préalable; 2. une destruction non spécifique des globules rouges: augmentation de la fragilité globulaire; 3. une faute de technique d'administration: contact des globules avec une solution hyper ou hypotonique.

Les réactions hémolytiques sont les plus graves et la majorité des décès leur sont attribuables. L'anesthésie est un facteur aggravant, car les signes prémoniteurs, dont pourrait se plaindre le patient, manquent complètement. La gravité de cette complication incite à éviter la bouteille unique de condescendance ou prophylactique.

Heureusement aujourd'hui, les groupes sanguins sont bien déterminés par le laboratoire et les erreurs de groupes sont rares. Du point de vue immunologique, les globules rouges sont porteurs de protéines spécifiques appelées antigènes. Ces antigènes sont toujours susceptibles de réagir avec l'anticorps sérique correspondant, et les réactions aux groupes incompatibles sont des réactions graves, type hémolytique.

Selon le docteur B. P. L. Moore (5), les groupes des antigènes sanguins connus peuvent donner lieu à plus de 3 millions de combinaisons phénotypiques. Certains sont d'opinion que tout sang a un groupe spécifique et que tout receveur est incompatible jusqu'à un certain point à un donneur. Le docteur A. Shadman écrit: « Chaque individu a son propre type sanguin, et comme il n'y en a pas deux exactement semblables, on ne peut impunément introduire le sang d'une personne dans la circulation d'une autre si bien groupé soit-il. Le système réticulo-endothélial réagira immédiatement pour s'en débarrasser et la lutte continuera jusqu'à ce qu'il soit éliminé. »

Ces opinions extrêmes doivent nous faire réfléchir et considérer le sérieux d'une telle thérapie. Lorsqu'il s'agit de donner une transfusion, il faut en bien établir l'indication et les vérifications ne sont jamais trop poussées. En anesthésie, à cause du manque de signes subjectifs, le médecin doit lui-même faire la vérification finale et assumer toute la responsabilité de l'acte posé.

Signes cliniques d'incompatibilité. Des signes précoces peuvent apparaître après l'administration de 50 à 100 cc de sang; on conseille donc de surveiller particulièrement l'infusion des premiers

100 cc de sang et, si possible, de ne pas les donner trop rapidement.

Les signes d'incompatibilité sont l'érythème marqué, la douleur lombaire intense, la constriction rétro-sternale, les nausées et les vomissements; l'hypotension s'installe, la respiration devient rapide et difficile et la mort peut survenir. Sous anesthésie, un purpura et un suintement généralisé, subit et inexplicable, peuvent apparaître dans le champ opératoire. Une élévation de température et de la tachypnée peuvent, par contre, être les seuls signes. Il est donc conseillé, lorsqu'il sera nécessaire de donner du sang, de le donner avant l'intervention ou, encore, si c'est une spoliation chirurgicale, d'attendre, si possible, le retour à la conscience, pour transfuser, car alors, le patient pourra avertir plus rapidement des symptômes subjectifs qu'il percevra. En cas de doute, l'anesthésiste doit cesser la transfusion immédiatement. Un prélèvement sanguin sera fait pour la recherche de l'hémoglobine plasmatique: 25 mg % d'Hb. plasmatique donne au sérum une teinte rosée à l'examen direct; un taux de 100 mg % donne une couleur franchement rouge.

Une analyse d'urine sera faite pour la recherche de l'hémoglobine. A partir d'un niveau plasmatique de 75 mg %, l'hémoglobine passe dans l'urine; au cours d'une réaction hémolytique, le taux d'hémoglobine plasmatique peut atteindre 300 mg %.

Une fois le diagnostic établi il faut traiter le choc le plus rapidement et le plus efficacement possible. Les vasopresseurs peuvent aider, mais l'administration de sang compatible peut devenir nécessaire. On surveillera le dosage ainsi que la densité urinaires pour dépister l'installation d'une lésion rénale. En général, si la réaction a été notée précocement et la transfusion arrêtée, il y aura rarement atteinte rénale. Rares sont les complications graves en-deça d'une transfusion de 200 cc. Si un blocage rénal survient et que l'anurie s'installe, il faudra éviter le surdosage des liquides ingérés; seule l'administration concentrée de glucose, pour apport calorique, est indiquée (au moins 100 grammes par jour).

Les protéines doivent être proscrites vu leur apport nitrogéné, l'urée ayant tendance à s'élever.

Les électrolytes sont à surveiller étroitement ainsi que le taux de l'hématocrite et de l'hémoglobine, de l'urée sanguine, du sodium et du potassium, des chlorures et de la réserve alcaline. En général, le malade peut tolérer un taux d'urée assez élevé, un sodium plutôt bas et une acidose modérée, mais si le sodium baisse au-dessous de 120 mEq/litre,

et que le potassium s'élève, on devra donner des chlorures pour combattre cette rétention de potassium et du lactate de soude pour aider à maintenir la réserve alcaline.

Si l'urée et les produits de métabolisme continuent à s'élever de façon alarmante, la dialyse sera indiquée. Cette phase traversée, il s'agira de surveiller l'apport liquidien et électrolytique lors de la débâcle urinaire et de compenser les pertes. Un facteur de type anaphylactoïde, en plus de l'hémoglobinurie massive et de l'hypotension, serait impliqué dans cette atteinte rénale.

#### d) *Complications mécaniques.*

1) *Surcharge circulatoire.* Bien que rarement rapportée comme telle, elle serait une cause de mort assez fréquente, selon le docteur Fernbach (6). Il faut surveiller la quantité et la vitesse avec laquelle on administre la transfusion. Une attention particulière doit être portée aux insuffisants cardiaques et rénaux ainsi qu'aux enfants: les « *packed cells* » trouvent ici leur indication.

2) *Embolie gazeuse.* La transfusion rapide sous pression peut toujours en être la cause, à moins de précautions techniques appropriées.

*Signes cliniques.* On voit apparaître de la tachycardie, une hypotension marquée, puis de la cyanose. Il importe de poser un diagnostic précoce, et d'instituer une thérapeutique appropriée, sans quoi l'issue fatale est à craindre.

*Mécanisme de la mort.* Une insuffisance cardiaque droite survient par remplissage d'air de la cavité droite, l'entrée du sang dans la circulation pulmonaire devient alors impossible.

*Le diagnostic* se fait par l'auscultation; un souffle caractéristique apparaît, dit de « *Mill Wheel* ». La découverte de la source d'introduction vient confirmer l'accident. Le traitement consiste à évacuer l'air du ventricule droit par ponction qui se fait en introduisant un trocart près du sternum, à droite, entre les deuxième et troisième espaces intercostaux. Le massage cardiaque peut s'imposer.

#### B. — *Réactions les moins fréquentes.*

##### a) *Les modifications biochimiques.*

1. *Intoxication au citrate.* Quelques conditions cliniques particulières peuvent favoriser l'intoxication au citrate (sujet fort controversé): tout trouble du métabolisme du citrate, par exemple, cirrhose; hypothermie, où il y a diminution du métabolisme basal; avitaminose, hypothyroïdie, ostéoporose (où le Ca ne peut être mobilisé à partir

des os); chez l'enfant ou le nouveau-né (réserve insuffisante de Ca); dans le choc, circulation osseuse diminuée.

Normalement, le plasma contient environ 3 mg de citrate/100 ml. Le citrate augmente selon la vitesse de la transfusion. Bunker et associés (12) ont démontré que, chez l'adulte avec fonction hépatique normale, l'administration de citrate à moins de 0.5 mg/kilo de poids corporel/min. amenait un niveau de 9 mg/100 ml, ce qui est un niveau bien toléré. Un niveau plasmatique de 50 mg est dangereux (une transfusion de 500 cc de sang administrée en 5 minutes peut amener ce niveau).

Le calcium sanguin existe sous deux formes: une moitié est liée aux protéines et non mobilisable pour les besoins immédiats; l'autre moitié est constituée de calcium ionisé et disponible (pour les besoins de la fonction neuromusculaire, de la coagulation, et pour le maintien de la circulation par action sur la contraction du myocarde).

Les os du corps humain contiennent 99 pour cent de la quantité totale du calcium; une bonne partie de ce calcium est diffusible et rapidement disposée à sa migration dans le liquide extra-cellulaire ou dans le sérum, selon les besoins du moment. Il semble, d'après les expériences sur des animaux, qu'il soit impossible de vider le sérum de son calcium, même avec des infusions rapides de solutions citratées (première brèche à la théorie de l'intoxication au citrate). Bunker a dosé le calcium du sérum de patients polytransfusés, surtout des hépatiques, et il a trouvé des taux de citrate élevés avec un calcium ionisé diminué. Howland et coll. (8) ne croient pas à cette intoxication; ils prétendent même que l'administration de calcium est dangereuse. (Le chlorure de calcium peut conduire à un bloc intracardiaque, augmenter l'excitabilité ventriculaire et provoquer la production d'extra-systoles et de fibrillation.) L'auteur reconnaît la complexité du problème et conclut ainsi: « La preuve que l'hypokaliémie est cause de troubles cardiovasculaires durant l'administration de sang citraté est à peu près équivalente à la relation de cause à effet du cancer du poumon avec la cigarette; on ne peut conclure davantage. ».

*En conclusion,* si nous croyons à l'intoxication au citrate avec Jenkins (2), Seldon (4) et Groves-Rasmussen (9), le traitement est l'administration de gluconate de calcium ou de chlorure de calcium (10 ml d'une solution à 10% par litre de sang citraté administré).

a) *Intoxication au potassium.* Le K plasmatique est de 4 à 5 mEq/litre. Ce chiffre peut monter à 20 dans le sang de banque après 14 jours d'entreposage; aussi, ne doit-on donner que du sang frais (ad 3 jours) chez les rénaux. L'adulte normal tolère bien une transfusion administrée lentement; la tolérance est moindre chez l'oligurique ou l'anurique. Howland ne croit pas non plus à cette intoxication; il cite entre autres travaux ceux de Scribner et Burnell où ils affirment que, à pH constant, 100 à 200 mEq/l de K sont nécessaires pour changer le pourcentage sérique de 1 mEq/l (une unité de 500 cc de sang contient 3.8 mEq). Toutefois, H. Leveen (11) a démontré que la tolérance du patient hypovolémique est dépassée par l'administration rapide de potassium.

b) *L'hypothermie.* L'hypothermie se rencontre surtout chez le nouveau-né, le bébé ou l'enfant.

c) *Contamination bactérienne.* Cette complication est peu fréquente de nos jours. Les bactéries dont la multiplication se fait au froid sont les Gram-négatifs « pseudomonads », coliformes ou achromobactéries; elles produisent des toxines léthales. Cliniquement, un collapsus immédiat s'installe, difficilement réversible. La cortisone et le Levophed ont aidé dans certains cas.

d) *Diathèses hémorragiques post-transfusionnelles.* Des troubles de coagulation ont été attribués soit à la diminution des plaquettes et du calcium ionisé, soit à l'augmentation de l'acide citrique plasmatique ou de fibrinolysines, ou à la diminution du facteur labile (Ac — Globuline). Ces troubles sont corrigés par l'administration de sang frais, de fibrinogène (250 mg/100 cc).

e) *Problèmes légaux.* Ne citons que le problème posé par certaines religions, tels les Témoins de Jéhovah. Leur religion leur interdit l'hémothérapie de façon aussi absolue que l'Eglise catholique romaine défend l'avortement thérapeutique (7).

## II. — COMPLICATIONS TARDIVES.

### A. — Transmission de maladies.

Des maladies, telles la syphilis, la malaria et des infections virales, peuvent être transmises: l'hépatite à sérum homologue est la plus grave de ces affections. L'incidence de cette hépatite est de 0.3 à 1.9 pour cent dans les hôpitaux civils, mais elle a été aussi élevée que 3.6 pour cent chez les militaires durant la guerre de Corée. L'hépatite infectieuse a une incidence de .02 pour cent. Si, chaque année, on donne au pays 5,000,000 d'unités de sang, on peut s'attendre à voir apparaître de 15,000 à

100,000 cas d'hépatite; de 1 à 5 pour cent mourront. Quant aux porteurs en incubation, ils peuvent représenter .5 à 6 pour cent de la population et être asymptomatiques. Leur examen donne peu de renseignements, et il n'existe aucune méthode clinique, bactériologique ou immunologique pour dépister le virus latent chez ces malades. Toutefois, Nilus U. Bang (10) et ses collaborateurs ont fait des études enzymatiques permettant un certain dépistage.

L'élévation précoce du taux des transaminases SGOT et SGPT serait significative dans l'hépatite à sérum homologue et l'hépatite infectieuse. Par contre, les tests tels que le thymol, la céphaline-cholestérol, le bromosulfaléine, le taux d'urobilinogène se sont montrés inefficaces au dépistage. Chez des sujets ayant été en contact au cours d'épidémies, l'enzyme SGOT s'est montrée plus active pour une durée de quelques jours à douze semaines. Seuls, ceux qui montraient un taux élevé de transaminases ont développé une hépatite par la suite. Après une étude de 23,266 cas, cette enzyme a été étudiée, et l'auteur a constaté les faits suivants:

- 1) SGOT au-dessous de 40 unités, incidence d'hépatite de .0058;
- 2) SGOT de 41 à 99 unités, incidence d'hépatite de .0310;
- 3) SGOT de 100 unités et plus, incidence d'hépatite de .0209.

En s'appuyant sur ces données, on pourrait refuser tout donneur ayant un SGOT de 100 unités et plus.

### B. — Isosensibilisation, iso-immunisation ou réaction hémoclastique.

C'est le phénomène par lequel il se développe un anticorps spécifique à un facteur déterminé d'un des groupes sanguins. Après de multiples transfusions, il est possible que les anticorps deviennent plus nombreux et que les patients réagissent à chaque transfusion subséquente. En général, ce sont des réactions sans gravité, de type fébrile ou urticarien. Offenkrantz nie la fréquence pyrogénique; selon lui, toutes les réactions de ce type sont dues à l'iso-immunisation, et il met en cause surtout un antigène leucocytaire et/ou plaquettaire (3). Les phénomènes rencontrés lors de ces réactions ont une similitude clinique frappante avec les réactions de type hémolytique acquis. Le traitement efficace de cette dernière réaction par les stéroïdes a suggéré le même traitement pour celle de l'iso-immunisation, et il s'est avéré prometteur.

Les mécanismes possibles d'action des stéroïdes seraient:

- L'inhibition de la formation des anticorps;
- L'interférence aux réponses des réactions antigène-anticorps;
- L'augmentation de la perméabilité des cellules rouges;
- L'interférence à la mise en circulation de l'histamine;
- L'inhibition de la réponse des anticorps tissulaires aux antigènes.

Traitement: Les antipyrétiques, les anti-histaminiques peuvent également aider.

C. — *Hémosidérose.*

L'hémosidérose consiste en dépôts successifs de fer dans l'organisme; elle peut résulter de l'administration d'une quantité considérable de transfusions sanguines. Une unité de sang donne 250 mg. de fer; comme la perte journalière est de 1 mg., une transfusion peut amener un certain degré d'hémochromatose.

D. — *Thrombophlébite.*

L'administration de sang, comme toute autre injection veineuse, peut constituer un danger de thrombophlébite même en présence des précautions usuelles d'asepsie. Les complications des phlébites des membres inférieurs (embolie pulmonaire en particulier) sont beaucoup plus graves que celles des membres supérieurs.

\* \* \*

*En conclusion*, nous pouvons dire que la disponibilité de sang humain est d'un précieux secours tant en médecine qu'en chirurgie. Plusieurs lui doivent la vie, par exemple, l'érythroblastose fœtale, le choc hémorragique grave, etc., etc.; des interventions sont possibles grâce à cette disponibilité, telles la circulation extra-corporelle, les greffes d'aorte, etc., où souvent le sang du malade est remplacé en son entier. On doit retenir cependant que la transfusion comporte des dangers réels; qu'elle doit être pratiquée avec beaucoup de précautions et en présence d'indications précises.

Résumé

Au cours de ce travail, nous nous sommes proposé de mettre en évidence les dangers encourus lors de la transfusion sanguine. Ces complications

sont plus graves sous anesthésie, car le diagnostic peut être moins précoce. Les réactions et complications consécutives à l'administration de sang se divisent en réactions précoces et tardives. Au nombre des réactions précoces, les plus fréquentes sont celles du type allergique et pyrogénique, mais les plus graves sont celles du type hémolytique. Au rang des complications précoces, mais moins fréquentes, nous avons traité des intoxications au citrate et au potassium, complications possibles lors des transfusions massives.

Dans les complications tardives, la transmission possible de maladies est la plus redoutée. Dans notre pays, la malaria est plutôt inconnue et la syphilis est habituellement dépistée. L'hépatite à sérum homologue est la plus souvent transmise, car le porteur asymptomatique s'ignore, et nous avons encore peu de moyens de la dépister.

L'iso-immunisation est une complication qui se rencontre surtout chez le malade porteur d'une pathologie, nécessitant plusieurs transfusions à intervalles rapprochés; la cause serait ici l'antigénicité des plaquettes et des leucocytes. Nous avons aussi voulu signaler très brièvement un traitement pour chacune de ces complications.

Summary

Our purpose was to draw attention to the danger of transfusions ever so often required. Under anesthesia, the complications are more serious due to the absence of the patient's subjective symptoms. Reactions and complications following blood transfusions are said to be early and late.

The most frequent among early reactions are said to be of allergic and pyrogenic types, while the late reactions are of the hemolytic type. Among the early complications, although less frequent, we have dealt with citrate and potassium intoxications, which may happen in mass transfusions, wherein a heavy quantity of blood is transfused in a short time.

Among the late complications, the possibility of sickness being transmitted is always to be feared. While malaria is seldom met with in this country, syphilis is easily recognized; but serum hepatitis is very often transmitted by the donor who may be without symptoms, and in whom so far we are unable to track down the sickness.

Iso-immunization may be traced to the bearer of pathology who requires many transfusions at intervals: the cause seems to be the antigenicity of platelets and leucocytes.

We have also briefly suggested the treatment to be applied in each of these complications.

\* \* \*

Nos remerciements au docteur Léopold Long, chef du Laboratoire d'hématologie, et au docteur Victor Taliano, technicien de la banque de sang, pour leur bienveillante collaboration à l'élaboration de ce travail.

## BIBLIOGRAPHIE

- (1) WEINER, A.: The death of a woman due to transfusion of the wrong type is repeated about 3000 times a year. *Canadian Doctor*, **26**: 58 (déc.) 1960.
  - (2) JENKINS, Leonard C., et GRAVES, Horace B.: Blood Transfusion Reactions during Anesthesia: A Clinical Study. *Can. Anest. Soc. J.*, **8**: 492 (sept.) 1961.
  - (3) OFFENKRANTZ, Frederick, et coll.: Blood Transfusion Reactions, Changing Concepts and Etiology. *Anesth. and Analgesia*, **39**: 390 (sept.) 1960.
  - (4) SELDON, Thomas H.: Untoward Reactions and Complications during Transfusions and Infusions. *Anesthesiology*, **22**: 810 (sept.) 1961.
  - (5) MOORE, B. P. L.: The Application of the Human Blood Groups to Blood Transfusion. *C. M. A. J.*, **80**: 51 (janv.) 1959.
  - (6) FERNBACH, D. S.: Hazards of Unnecessary Blood Transfusions. *Anest. and Analgesia*, **40**: 679 (nov.) 1961.
  - (7) HOW, W. G.: Blood Transfusion can Kill. *Canadian Doctor*, **26**: 37 (déc.) 1960.
  - (8) HOWLAND, William, et coll.: An Evaluation of Calcium Administration during Rapid Blood Replacement. *Anest. and Analgesia*, **39**: 557 (nov.) 1960.
  - (9) GROVE-RASMUSSEN, Morten, et coll.: Transfusion Therapy. *New Eng. J. Med.*, **264**: 1034 et 1088 (mai) 1961.
  - (10) BANG, Nilus, et coll.: Detection of Hepatitis Carriers by SGOT Activity. *J. A. M. A.*, **171**: 67 (déc.) 1959.
  - (11) LEVEEN, Harry H., et coll.: Cardiac Arrest Produced by Massive Transfusions. *Surg., Gynec. and Obst.*, **109**: 502 (oct.) 1959.
  - (12) BUNKER, J. P., et coll.: Citric Acid Intoxication. *J. A. M. A.*, **157**: 1361 (avril) 1955.
-

## L'UNION MÉDICALE DU CANADA

(Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872)

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

(Fondée à Québec en 1902)

Tome 91, No 7 — Montréal, juillet 1962

#### RADIOTHÉRAPIE ET RADIOBIOLOGIE

Il semble que l'enseignement de la radiothérapie demande à être repensé et remodelé<sup>1, 16, 7</sup>. L'époque des connaissances de base orientées principalement vers la physique paraît révolue. Elle aura acquis, cette époque, des droits à notre déférence, parce qu'en nous familiarisant avec la distribution de l'énergie radiante au sein des lésions, elle nous aura mis à même de grouper des résultats jusque là dépourvus de tout lien mesurable de comparaison. Personne, sûrement, ne songera à nier la portée des gains réalisés au cours d'une pareille étape, mais il faut néanmoins reconnaître que ces gains ont parfois été trop largement exploités. C'est ainsi qu'on a vu fleurir, à partir des années 40, une virtuosité de la technique, fondée sur la poursuite d'une dose scientifiquement prédéterminée et soi-disant cancéricide<sup>2</sup>. Un peu comme si tout le secret du traitement eût pu être contenu dans une donnée aussi formelle. La vogue de la dose cancéricide a même fini par déteindre dans l'opinion du reste de la profession. Qui de nous ne s'est fait demander par un confrère venu lui confier un malade: quelle dose comptez-vous donner? Ou, devant un échec, d'un air entendu: le malade a-t-il bien reçu toute « la » dose?

Il est évident que la dose est un élément essentiel de l'action cancéricide du traitement, mais il ne saurait y avoir de dose,

à proprement parler, cancéricide. (« TLD », pour « tumor lethal dose »). Pour légitimer un pareil concept, il faudrait déclarer hors de cause les autres facteurs logiquement appelés à jouer un rôle dans l'efficacité du tout de la thérapeutique. Ces facteurs, innombrables, découlent d'au moins quatre sources. Les plus notoires sont ceux qui relèvent de la technique proprement dite, où les uns ont trait aux modes de répartition spatiale et chronologique de la quantité de radiations administrée, et les autres, à la composition des faisceaux utilisés. Il y a, en deuxième lieu, les individus traités, avec leurs caractères constitutionnels, les conditions physiologiques où ils se trouvent, ainsi que la kyrielle des particularités cliniques auxquelles répondent leurs lésions. Troisièmement, on ne peut pas ne pas faire la part des différences intrinsèques, souvent marquées, entre des tumeurs que nous classons, par méconnaissance ou par habitude, dans une même famille, tels, par exemple, les cancers du sein, ou les lymphosarcomes ganglionnaires. Quatrièmement, enfin, il faudrait s'entendre sur le sens à donner à la réponse biologique au traitement. Quand on a à tracer des courbes sigmoïdes de dose survie, il n'y a pas d'ambiguïté à constater si les animaux dont on s'est servi sont morts ou vivants. Il n'en est évidemment pas de même lorsqu'il s'agit de savoir si des malades sont guéris ou non de leurs cancers. Il y a des palliations qui ressemblent étonnamment à des guérisons, et des guérisons qui tournent, si on y laisse le temps, à la palliation. En résumé, les raisons foisonnent, pour que des lésions apparemment identiques réagissent diversement à une dose identique.

Pour finir, arrêtons-nous un instant devant le dilemme qui surgit toujours entre la dose projetée et le volume visé. Vaut-il mieux déborder plus largement la lésion en risquant une dose plus faible, ou, au contraire, forcer la dose en risquant un volu-

† Jean Paul Sartre. *L'existentialisme est un humanisme*. Les Editions Nagel, p. 73.

† Pour une définition plus précise, voir Ingram,<sup>8</sup> p. 2.

\* « La mésométrie n'est pas un phénomène mais un procédé de raisonnement. » Raymond Daudel. Cité par Gaston Bachelard<sup>12</sup>.

1. Kaplan, H. S.: Radiobiology: the basic science for radiation therapy. *Radiologist* (publié par l'Am. Coll. of Radiology), 3: 407-410, 1961.

2. Paterson, Ralston: *The treatment of malignant disease by radium and X-rays*. Edward Arnold & Co., London, 1948.

me réduit? Pour parodier un mot de Sartre, « le choix est possible dans un sens, mais ce qui n'est pas possible, c'est de ne pas choisir » †. Car les forts volumes sont incompatibles avec les fortes doses, et les limites des néoplasmes malins, toujours plus ou moins mal connues. Il se trouve des lésions et des conditions où il vaut mieux risquer sur le volume, et d'autres, où il semble préférable de risquer sur la dose. Mais bien présomptueux qui voudrait entreprendre d'en dresser l'inventaire. On ne codifie pas la clinique, on ne peut que la vivre et s'en instruire. Il nous faut donc reconnaître que la relation, pourtant fondamentale, entre la dose et le volume est pleine de mystère, « not fully understood », comme dit trop modestement Paterson<sup>2</sup>. Et comment pourrait-il en être autrement, puisque le contenu du volume à traiter est fait d'éléments dont les uns sont à ménager, et les autres, à détruire? Une chose demeure, que nous savons d'instinct, c'est qu'on ne touche pas à la dose sans avoir à toucher au volume. Le radiologiste est ainsi tiraillé entre la crainte de léser ce qu'il a à protéger, et celle d'épargner ce qu'il doit annihiler. D'un côté, un rayon d'action sûr avec une dose incertaine, et de l'autre, une dose certaine avec un rayon d'action qui n'est pas sûr. La sagesse, inventée pour régler les dilemmes, procède à l'aide de compromis que la vanité ne tient pas en général à expliciter. L'un de ces compromis, que nous manipulons avec le plus de sérénité, est le « lit de la tumeur ». Mais, même en admettant que la chose réponde à ce qu'on est porté à se représenter, comment y aurait-il lieu d'envisager le problème de la dose, à partir du complexe constitué par le lit de la tumeur et la tumeur proprement dite? Autant de questions auxquelles on serait bien embarrassé de répondre judicieusement. Il va de soi que tous les efforts tentés pour intégrer la technique

radiothérapique dans un cadre rigide, ne peuvent aboutir qu'à des résultats douteux. Il est aussi osé de parler de la dose cancéricide de radiations, qu'il le serait, de la dose efficace d'un antibiotique dont on ne connaîtrait par la formule, en présence d'états infectieux dont on ignorerait l'agent pathogène. En somme, la radiologie demeure un art, comme le reste de la médecine. Il n'y a pas de dose efficace, il n'y a que des traitements efficaces, et la même recette n'est jamais également bonne pour deux malades.

L'ambition, pour ne pas dire l'obsession, d'augmenter la dose de radiations à la tumeur nous a fait négliger ce qui se passe entre l'ionisation, qui définit l'énergie absorbée, et les modifications vitales qui en traduisent l'effet. C'est là l'objet d'une science dont le trait distinctif est sûrement celui de manquer d'autonomie! On peut en effet comparer la radiobiologie à un édifice, où l'action des radiations sur la matière vivante serait étudiée à une échelle d'observation différente à chaque étage. En plaçant la formation des ions au rez-de-chaussée, on aurait les phénomènes moléculaires au premier étage, la radiobiologie cellulaire au deuxième, les radiolésions des tissus au troisième. Le quatrième, serait dévolu aux réactions des organismes entiers, et le cinquième, aux répercussions des radiations sur le développement des populations. On reconnaît, dans ce schéma, la place revenant à la biophysique, à la biochimie, à la cytologie, à l'anatomie pathologique, à la physiologie, à la génétique.

On peut dire que depuis dix ou quinze ans, grâce aux nouvelles découvertes et à de nouveaux occupants, l'immeuble bourdonne d'activité. A commencer par l'étage inférieur. Les ions « toxiques » qui ont tant intrigué nos prédécesseurs, se sont révélés être des radicaux libres. Un nom bien étrange, qui va chercher son origine à un

3. Gallais, F.: *Chimie minérale*. Masson et Cie, édit., Paris, 1957.

4. Noller Carl R.: *Chemistry of organic compounds*. W. B. Saunders & Co., édit., 1951.

5. Lebedinsky, A.V.: On the biologic effects of radiation. *Peaceful uses of atomic energy*. United Nations, 1958, Vol. 22.

6. Kendrew, John C.: The three-dimensional structure of a protein molecule. *Scientific Amer.*, 205: 96 (déc.) 1961.

7. Swingdauw, J.: Le rôle de l'eau dans la radiolésion. *Cancérologie*, 2: 73-81, 1954.

8. Ingram, D. J. E.: *Free radicals as studied by electron spin resonance*. Butterworths Scientific Pub., London, 1958.

9. Delarue, J., et Frühling, L.: *Lésions provoquées par les radiations ionisantes*. Masson et Cie, édit., Paris, 1960.

10. Bacq, Z. M., et Alexander, Peter: *Principes de radiobiologie*. Masson et Cie, édit., Paris, 1955.

siècle et demi d'histoire, au temps où les molécules composées étaient supposées résulter de l'attraction réciproque de molécules simples qu'on appelait des « radicaux »<sup>4, 3</sup>. La question de savoir si tous les radicaux pouvaient exister à l'état libre, (à la manière de l'anhydride sulfurique et de la potasse dans le composé qu'on appelait à l'époque sulfate de potasse,) a été longtemps et âprement débattue. Un grand chimiste français, Jean Baptiste Dumas, fit remarquer que les atomes devaient pouvoir être liés par autre chose que des valences électrostatiques, puisqu'il était loisible, dans maints composés, de remplacer un élément électropositif comme l'hydrogène par un élément électronégatif comme le chlore. De ce coup, la liberté des radicaux se fit toute théorique. Mais des autorités, comme Kolbe et Frankland, s'entêtèrent pendant plusieurs années à soutenir l'existence du méthyle et de l'éthyle. Jusqu'au jour, où il fut établi que les radicaux en question n'étaient que des dimères, homologues du méthane. Cette fois, les radicaux libres devinrent tabou, et tout le monde se rangea à l'opinion que les hydrocarbures ne pouvaient exister avec un nombre impair d'atomes d'hydrogène<sup>4</sup>. Pourtant, vers 1900, quelqu'un surprit, en pleine liberté, un authentique radical: le triphénylméthyle. Mais il fallut attendre jusqu'à l'avènement de la chimie électronique et de la mécanique quantique pour avoir l'explication du comportement bien particulier de ces « molécules impaires », comme les appelait Lewis, et pour s'initier, comme on dit aujourd'hui, à leur « trapping »<sup>11</sup>. Les radicaux libres sont, *au sens large du mot*, † des atomes ou des groupes d'atomes qui comportent un électron célibataire ou non apparié. Leur stabilité, ou possibilité de vie dans les conditions normales, repose, pour certains, sur une sorte d'hybridité de structure, intraduisible dans la symbolique chimique courante. La configuration électronique particulière en cau-

se, — et qui n'en n'est pas une en réalité, puisqu'elle est essentiellement dynamique et changeante,\* — s'appelle la mésomérie ou la résonance<sup>3, 12</sup>. C'est par un effet relevant de la résonance qu'une catégorie de radicaux libres demeurent stables à la température ordinaire, tels l'oxygène, l'oxyde nitrique, le peroxyde de chlore ou le triphénylméthyle, alors que d'autres, ne tombant pas dans le champ de la mésomérie, comme ceux formés dans les milieux aqueux exposés aux rayons X, ne peuvent garder leur liberté qu'au voisinage du zéro absolu. Nous savons, depuis les travaux de Langevin<sup>3</sup>, que la possession d'un électron célibataire confère aux molécules impaires des propriétés paramagnétiques qui masquent, et relèguent à l'arrière plan, le diamagnétisme naturel de la matière organique. Vers 1952, Purcell, Bloch et leurs collaborateurs<sup>17</sup> ont montré que ces propriétés sont décelables par une méthode de spectrométrie, dite à résonance de spin, (ESR) et cela, à une concentration molaire en radicaux libres qui peut descendre jusqu'à dix puissance moins neuf. De plus, certains raffinements de la technique peuvent conduire à l'identification des radicaux présents<sup>8</sup>.

Les radicaux libres ont ouvert la voie à l'activité des travailleurs à l'échelle moléculaire. Les cations paramagnétiques, formés dans les composés soumis aux radiations ionisantes, abandonnent de l'hydrogène pour devenir des radicaux libres sans charge électrique<sup>10</sup>. Alors s'amorcent des réactions en chaîne, des transferts d'énergie, des dissociations et des ramaniements structuraux qu'on ne peut que soupçonner dans la matière vivante, mais qui sont suffisamment connus dans les polymères synthétiques pour que nous soyons aujourd'hui en mesure de parler de radiosensibilité à l'échelle moléculaire. Si, par exemple, on remplace un atome d'hydrogène du polythène par un anneau benzénique, pour en faire du polystyrène, la dose de pontage

11. Alger, R. S.: Trapped radicals in radiation damage. In Bass and Broida 19.

12. Bachelard, Gaston: *Le matérialisme rationnel*. Presses Universitaires de France, édit., Paris, 1953.

13. Simpson, G. G.; Pittendrigh, C. S., et Tiffany, L. H.: *Life. An introduction to biology*. Page 325. Harcourt Brace & Co., New-York, 1957.

14. Burnet, F. W.: The new approach to immunology. *The New Eng. J. of Med.*, 264: 24, 1961.

par rayons X passe de 20 à 2000 électron volts par molécule, par le fait que l'énergie de l'électron célibataire du radical libre engendré peut se dissiper en chaleur sur les grandes orbitales  $\pi$  des liaisons conjuguées<sup>10</sup>.

Deux corps dominant et compliquent la radiochimie biologique: ce sont l'eau et l'oxygène. Ce dernier pourvoit à la formation de peroxydes organiques doués, par eux-mêmes, de propriétés radiomimétiques. Quant à l'eau ionisée ou excitée, elle fournit deux petits radicaux libres qui sont des agents d'oxydoréduction extrêmement énergiques, et suffisamment importants par leur abondance, pour laisser envisager la primauté d'une action indirecte qui s'exercerait par l'intermédiaire de l'eau des tissus<sup>7</sup>. Avec la connaissance de la structure à trois dimensions des protéines<sup>2</sup>, et les données de la résonance magnétique obtenues au cours de la dénaturation<sup>20</sup>, il est probable qu'on parviendra avant longtemps à soulever un coin du voile qui cache l'action des radiations sur les mécanismes enzymatiques. Dans le domaine de la protection chimique, on peut penser à des substances qui réduiraient l'action indirecte en venant en compétition avec les molécules normales, à l'endroit des radicaux libres issus de la décomposition de l'eau<sup>10</sup>; ou à des « scavengers », qui contrecarreraient l'action directe, en empêchant les liaisons intermoléculaires ou en maintenant en présence les fragments des molécules touchées<sup>11</sup>.

A l'échelle cellulaire, le grand fait saillant de la radiobiologie est la capacité des radiations ionisantes de dissocier, avec une finesse inimaginable, les diverses fonctions vitales et métaboliques. Cette propriété, fondée sur la production de mutations de gènes, magis-

tralement décrite avant la lettre par Holweck et Lacassagne sur des cellules de levure<sup>15</sup>, a donné lieu par la suite aux mains de Beadle<sup>13</sup>, de Tatum<sup>13</sup>, de Lederberg<sup>21</sup>, de Fraenkel-Conrat<sup>22</sup>, de Puck<sup>18</sup> et d'autres à des développements et à des découvertes d'une portée biologique extraordinaire. Les radiations ionisantes apparaissent ainsi comme le plus puissant et le plus subtil des outils jamais tombé aux mains de l'homme pour atteindre aux mécanismes intimes de la vie.

A l'étage des dommages tissulaires ou viscéraux, de nouvelles acquisitions viennent sans cesse enrichir la radiobiologie. Il suffit pour s'en rendre compte de jeter un coup d'oeil sur un des derniers fascicules des « Actualités anatomo-pathologiques » consacré aux radiations ionisantes<sup>9</sup>. Le professeur Lacassagne nous montre que tout est loin d'avoir été dit sur un sujet aussi abondamment traité que les radiolésions de l'ovaire, et sur un autre aussi anciennement classé, que celles du foie. Un champ à peu près vierge et plein de promesses vient de s'ouvrir avec les théories nouvelles sur les mécanismes de défense<sup>14</sup>, au point qu'on est tenté de se demander si les radiations ne sont pas appelées à occuper une place de premier choix dans le traitement futur des réactions pathologiques du système immunitaire.

Le cadre de cet éditorial ne nous permet pas d'aborder, même succinctement, la question des désordres engendrés au niveau des organismes entiers et à celui des populations\*. Il nous reste tout juste l'espace pour terminer en formulant un vœu: celui que la radiothérapie réintègre le sentier où l'avaient engagée les pionniers<sup>1</sup>, à savoir: l'étude de plus en plus poussée, et la mise à profit de plus en plus rationnelle, des effets biologiques des radiations ionisantes.

G. PINSONNEAULT.

15. Lacassagne, A., et Gricoureff, G.: *Action des radiations sur les tissus*. Masson et Cie, édit., Paris, 1941.

16. Pinsonneault, G.: Où en est la radiothérapie? *L'Information Médicale et Paramédicale*, 12: 1 (18 oct.) 1960.

17. Pake, G. E.: Magnetic resonance. *Scientific Amer.*, 199: 58-67 (août) 1958.

18. Puck, Theodore T.: Radiation and the human cell. *Scientific Amer.*, 202: 142-149 (avril) 1960.

19. Bass, Arnold M., et Broida, H. P.: *Forming and trapping of free radicals*. Academic Press, 1960.

20. Bamford, C. H., et Jenkins, A. D.: Trapped radicals in biological processes. *In* Bass and Broida 19.

\* Concernant les premiers, se reporter à la revue générale de Lebedinsky<sup>5</sup>. Sur les seconds, on lira avec intérêt les études de Muller<sup>24</sup> et de Crow<sup>23</sup>.

21. Zinder, Norton D.: "Transduction" in bacteria. *Scientific American*, 199: 38-43 (nov.) 1958.

22. Knight, A., et Fraser, Dean: The mutations of viruses. *Scientific American*, 193: 74-78 (juillet) 1955.

23. Crow, James F.: Ionizing radiations and evolution. *Scientific American*, 201: 138-160 (sept.) 1959.

24. Muller, H. J.: Radiation and human mutation. *Scientific American*, 193: 58-68 (nov.) 1955.

## VARIÉTÉS

### LA LANGUE MÉDICALE FRANÇAISE ET L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DU CANADA

Au moment où l'Office de la Langue française lance un appel à notre population de la province de Québec pour qu'elle le seconde dans le travail de réhabilitation de la langue qu'il entreprend, nous croyons poser un geste utile en publiant, avec l'autorisation de l'auteur, l'excellent article du docteur Marcel Monnerot-Dumaine intitulé: « La langue médicale et ses travers », extrait de « Médecine de France » No 129-1962. Les membres de l'A.M.L.F.C. et les lecteurs de « l'Union Médicale du Canada » constateront que nous ne sommes pas les seuls à déplorer ces atteintes à la pureté et à la vigueur de la langue médicale française et qui se nomment: néologismes superflus, emprunts inutiles à l'étranger, impropriétés de termes, surcharges, complications et pédantisme trop généralisés qui ne sont, somme toute, que les faux masques de la science.

PIERRE SMITH,

Directeur des Relations extérieures de l'A.M.L.F.C.

### LA LANGUE MÉDICALE ET SES TRAVERS

Marcel MONNEROT-DUMAINE

Des dissertations interminables, des considérations fumeuses, des généralités sur des humeurs qu'on n'avait jamais vues, et sur des principes métaphysiques transcendants, tout cela rédigé en un latin approximatif, telle fut la langue de la plupart des écrits médicaux jusqu'à la fin du XVIIIe siècle, et parfois même au début du siècle dernier. Les formules creuses remplaçaient les idées précises. Pourtant des faits exacts commençaient à être observés. La grande *Physiologie*, d'Albert von Haller, première somme de la physiologie scientifique, date déjà de 1757. En mourant à trente et un ans, en 1802, Bichat avait fondé la méthode anatomoclinique; on devine quel bond il aurait fait faire à la médecine s'il avait vécu quatre-vingt-neuf ans comme son fécond prédécesseur en anatomie pathologique, l'illustre Morgagni (mort en 1771). A l'aube du XIXe siècle, les universités s'affranchissent des influences religieuses et des sujétions politiques, s'extraient de la gangue du dogmatisme, secouent la poussière de la routine et s'ouvrent au rationalisme, au positivisme, à l'observation objective. La chimie, grâce aux découvertes de Lavoisier (mort en 1794), et la physique qui multiplie ses lois à l'envi, parrainent la naissance de la biologie. Ainsi la médecine peut devenir scientifique. La langue médicale va se transformer.

Ces transformations de la langue sont avant tout un gain de précision, un enrichissement en termes scientifiques de formation savante, avec

comme corollaire une disparition progressive des métaphores, des aperçus philosophiques, des formules amphigouriques. Mais le style élégant conserve ses droits. Le XIXe siècle a été, de l'avis de beaucoup de critiques, la période la plus épanouie de la littérature française. Au siècle de Chateaubriand, de Hugo, de Musset, de Maupassant, de Flaubert, au siècle du romantisme, du réalisme et du Parnasse, le style médical ne pouvait être négligé. Les médecins cherchèrent donc à bien écrire ce qu'ils avaient à dire, à exprimer clairement et élégamment les idées scientifiques nouvelles.

*L'Introduction à la Médecine expérimentale* est le type de cette nouvelle langue médicale, qui est à la fois d'une rigoureuse précision et d'un style solide bien que dépouillé. Ce n'est donc pas seulement comme savant que Claude Bernard entra en 1868 à l'Académie française, mais comme écrivain. Les *Leçons cliniques* de Trousseau, la *Pathologie interne* de Dieulafoy étaient écrites en excellent français. Elles se lisaient avec agrément et l'étudiant débutant, bien que non familiarisé encore avec le vocabulaire médical, les comprenait aisément. Une collection bibliophile vient de se donner pour but de rééditer les plus beaux textes classiques de la médecine. Ils allient une sobriété de la langue (qui a sa beauté) à une telle rigueur scientifique que, malgré le demi-siècle de progrès considérables qui s'est écoulé depuis, il n'y a pas un mot à leur changer.

## AU XXe SIECLE

## PULLULEMENT DES TERMES SCIENTIFIQUES

Mais voilà que, depuis une cinquantaine d'années, les néologismes médicaux se sont multipliés dans de grandes proportions. Le vocabulaire médical est immense. L'éditeur Maloine et le docteur Jean Delamare avaient projeté de réaliser un dictionnaire *complet* de médecine. Soixante-quinze spécialistes y ont travaillé depuis 1946 sans en venir à bout! Outre le foisonnement des termes souvent synonymes ou quasi synonymes, ils ont constaté que le sens de beaucoup de mots s'était sensiblement écarté du sens original. Cela a peu d'importance en langue vulgaire, où l'évolution sémantique est la règle; mais c'est beaucoup plus grave en médecine, où il faudrait quand même savoir exactement ce que veut dire un auteur. A ce point de vue, les physiciens et les chimistes ont beaucoup plus de chance que les médecins car leur nomenclature est rigoureuse.

## CES TERMES SONT SURABONDANTS

Beaucoup de mots médicaux font double ou triple emploi, ou sont venus remplacer des termes populaires. Certains de ces mots nouveaux, ayant été créés trop tôt, se sont montrés impropres par la suite; il a fallu les remplacer par d'autres; mais ces nouveaux mots, ces *néo-néologismes*, n'ont malheureusement pas fait disparaître les premiers, d'où un encombrement du vocabulaire, d'où des ambiguïtés et des confusions, le lecteur pouvant croire que les deux termes synonymes ont un sens différent. Ainsi la Maladie de Moschowitz a trois appellations, dont un nom groupant sept mots composés de soixante-trois lettres; la Myopathie lipo-fibro-calcaire a six noms; la Coxa plana sept noms, j'ai pu en oublier.

Que d'auteurs, en mal de notoriété, ont créé un nouveau signe, un nouveau syndrome, une nouvelle forme clinique, une nouvelle maladie, ou plutôt ont donné un nouveau nom, à un signe, syndrome, forme clinique ou maladie déjà bien connus. Et puis c'est si amusant de jongler avec les racines grecques! En psychiatrie, la floraison a été particulièrement luxuriante. La neurasthénie ayant été démembrée, puis remembrée, puis redémembrée a donné le jour à toute une série de vocables, ne serait-ce que pour définir les phobies puisque les déprimés ont les phobies les plus variées depuis celle de l'*agora* jusqu'à celle de leur

ombre! Que de néologismes sont superflus: *bullo-ses*, *diagno-thérapie* (?), *fonctionnalité* (?), même des adverbes burlesques: *nosographiquement*.

En hématologie, en léprologie, quelle débauche aussi de synonymes! Quelques commissions officielles de ce côté comme de l'autre côté de l'Atlantique sont heureusement intervenues pour mettre de l'ordre dans la terminologie, mais il resterait encore beaucoup à faire; il y faudrait une Société internationale de Terminologie comme j'en avais donné l'idée en 1937.

CES TERMES SONT SOUVENT EMPRUNTÉS  
À TORT À L'ÉTRANGER

*A tort, parce que l'équivalent existe déjà en français.*

Un des vices de notre langue médicale (comme de notre vocabulaire sportif) est son envasement par des mots étrangers. Il est rare que ces mots ne puissent être traduits en français. Ainsi nos chirurgiens vasculaires pourraient traduire « *by-pass* » par *dérivation*, et « *patch* » par *pièce*.

Pourquoi conserver « *urea clearance* » alors que *épuration uréique* est une expression parfaite?

On opère les grosses varices par « *stripping* » dit-on. Mais ce mot créé par Babcock est postérieur à *tringlage*, proposé par Fredet. En conséquence, le « *stripper* » doit être nommé *tringle* (à varices), ou si l'on tient à l'employer, il faut le franciser en *strippieur*. Quant à l'« *extra-luminal vein stripper* » de Mayo, pourquoi ne pas le dénommer *tringle extra-veineuse*?

Voici encore « *restless legs* », qu'on a quelquefois traduit par *jambes sans repos*, alors que le mot *impatiences* existe déjà dans le Littré qui donne même comme exemple: « *avoir des impatiences dans les jambes* ». Ajoutons si vous voulez *nocturnes*, voilà un mot étranger évité et le *Syndrome d'Ekbom* rejeté.

Une étude sur les effets de la bombe atomique distingue les effets du « *flash* » et les effets du « *blast* »; puisque l'auteur n'a pas voulu écrire les effets de *l'éclair* et les effets du *souffle*, trouvant sans doute le français trop vulgaire, il n'avait qu'à écrire tout son article en anglais.

*Ou le mot étranger a été mal traduit.*

Le mot anglais « *rehabilitation* » est employé parfois au lieu de *rééducation*, de *reclassement social*; c'est fort dommage, car le mot français *réhabilitation* a un sens très différent et implique une idée de disparition de culpabilité vexante pour les malades et le blessé.

Je lisais dans le Bulletin de la Société de Pathologie exotique: « Dans, une recension de vingt-sept cas personnels... » C'est encore le cas typique d'un mot étranger qu'on adopte parce qu'il a l'air français ou parce qu'il existe déjà en français avec une autre sens. *Recension* n'est pas du tout l'action de recenser. C'est la vérification d'un texte d'après les manuscrits. Or, dans la phrase ci-dessus, on voulait dire et il fallait dire *statistique*, ou encore « en étudiant mes vingt-sept cas » ou « en colligeant mes vingt-sept observations ».

Voici un autre exemple de mot étranger adopté par fausse équivalence. C'est traitement de *routine*, grossière faute de traduction de « *routine treatment* », et examens de *routine*. Mais non, le mot français *routine* n'a pas le sens du mot anglais. Il faut traduire traitement *habituel*, *classique*, traitement *type*, et examens *habituels*, *classiques*, *courants*.

Ou bien on a eu la paresse de chercher et d'adopter un terme français équivalent.

Pour le « *Kwashiorkor* », j'avais proposé *Stéato-cirrhose carentielle du sevrage*; on n'a rien eu à reprocher à cette appellation, mais on continue à utiliser l'épouvantable mot indigène.

La « *Q Fever* » devrait être dénommée *Maladie de Derrick-Burnet*, on a préféré l'appeler *Fièvre de Queensland*, alors que *Q* signifie « *query* », c'est-à-dire *indéterminée* et non *Queensland*.

Les rhumatologues qualifient souvent de « *Kissing-spine* » le *Syndrome de Baastrup*. Il n'y avait pourtant pas un gros effort à faire pour inventer *épineuses au contact* (Syndrome des).

#### LES TERMES MÉDICAUX SONT PARFOIS IMPROPRES

Des impropriétés évidentes ne sont corrigées par presque personne. On écrit toujours dans les protocoles d'analyses: *azotémie*, alors qu'on devrait dire *urémie*. Quel laboratoire prendra l'initiation de cette modification qui s'impose puisque *azotémie* n'est pas le taux d'urée, mais celui d'azote total?

Hydronéphrose est à bannir, puisqu'il s'agit toujours d'une *uronéphrose*.

Qu'on ne prétende pas qu'un usage bien établi est impossible à vaincre. On le disait pour *asystolie*, lorsque j'étais étudiant; or ce mot impropre a bien fini par reculer devant les diverses *insuffisances cardiaques*. En revanche, *autopsie* ne recule guère devant le mot corret: *nécropsie*.

Outre les termes impropres, il faut signaler les termes corrects improprement ou abusivement. Tel-

le est la fortune de l'*allergie* mise à toutes les sauces, et souvent confondue avec l'intolérance, avec l'idiosyncrasie, avec la sensibilisation malgré les définitions strictes données jadis par Milian et conservées dans le petit *Garnier et Delamare*.

Certes, le contenu sémantique d'un mot peut varier et s'éloigner du sens étymologique; c'est ce qu'on appelle la vie des mots; mais cette évolution doit être freinée; c'est un devoir des gens instruits de ne pas employer les mots à tort et à travers. Ils perdraient leur force et leur précision.

A côté des termes savants impropres, il faut mentionner les simples fautes d'orthographe (des *tophi*, des *stimuli*, des *sanatoria*, pourquoi pas pendant qu'on y est: des *huméri*, un séjour dans deux *préventoribus*? *Porracé* a un *r* de trop, *eau d'Alibour* au lieu d'*Eau de Dalibour*, *logétron* devrait s'écrire *loguétron*, puisqu'il se prononce *qué*), et les fautes de français: *irradier* est un verbe neutre et non pronominal, une douleur *irradie* et non *s'irradie*; deux éventualités constituent une alternative et non deux et dans la psychose circulaire il n'y a pas d'alternatives maniaques et dépressives, mais des *alternances*.

#### LE STYLE SURCHARGE DE VOCABLES SCIENTIFIQUES ET DE CHIFFRES

Nous avons vu dans les lignes qui précèdent que les termes scientifiques sont surabondants, souvent superflus, empruntés à tort à l'étranger et parfois inexactes.

Mais si on en faisait un usage modéré et prudent, ce ne serait que demi-mal. Or, quelques auteurs ont l'habitude d'en surcharger leurs phrases, alors que des termes communs pourraient souvent faire l'affaire. On l'a vu pour *impatiences*; on voit aussi *macilence* à la place de *maigreur*; un *fond de tristesse* est un *substratum afflictif*; une *surproduction* d'hormones devient une *hyperproduction*, cela fait plus riche. On écrit: « *Le malade a de l'érythrose faciale, de la polypnée, de l'hyperhidrose des extrémités et des myoclonies* » au lieu de dire: « *Ce malade avait les pommettes rouges, les mains moites, une respiration rapide et des secousses musculaires* ». Au lieu de *nombreux dosages d'oestrogènes*, un auteur a écrit: « *Une très vaste exploration de l'excrétion des oestrogènes* ». Une thèse récente parle d'un *contexte polytraumatique*; il était moins lourd de dire *traumatismes multiples*. On emploie volontiers *générateur* dans le sens très abusif de *cause*. « *Ces efforts sont générateurs de crises d'asthme* » doit être remplacé par ces « *ef-*

*forts sont cause* » ou « *favorisent les crises d'asthme* ». On oublie que l'accumulation de termes techniques est fastidieuse (même pour le spécialiste) et aboutit à l'obscurité pour le non spécialiste. Un article de neurologie risque d'être incompris d'un cardiologue; la communication de ce dernier reste du grec (c'est bien le cas de le dire) pour le neurologue. Quelques auteurs se plaisent à multiplier des termes qui n'ont pas encore été consacrés par l'usage et croient, ce faisant, donner à leurs écrits le sceau d'une haute science. Ils se trompent, car bien des lecteurs pressés rejettent ces textes indigestes. L'accumulation des termes savants est aggravée par celle des chiffres; beaucoup d'observations ne sont plus qu'une énumération implacable de résultats d'analyses, sauf dans quelques cas très rares comme les cliniques si pittoresques et colorées de Siguier.

#### DE L'ALLONGEMENT DES MOTS

Quand on emploie des mots vulgaires, on a parfois le travers de les allonger (*tabelle* au lieu de *table*, *matutinal* au lieu de *matinal*).

La tendance à l'allongement des mots en français est bien connue. Le vieux français, dans sa puissante éclosion, dans sa pleine force des Xe-XIIe siècles, raccourcissait les mots hérités du latin populaire (latin « *avunculum* », vieux français *avoncle*, français *oncle*).

Maintenant la langue s'affaiblit et recherche des renforcements. C'est pourquoi tant de mots nouveaux se sont formés avec les lourds suffixes *tion* et *tionnement* (qui sont en outre mal orthographiés puisqu'ils devraient s'écrire avec un *c* ou mieux avec le *t* cédille préconisé par Ambroise Firmin Didot). On connaît l'exemple de *recette* (action de recevoir, mot conservé encore dans ce sens par les marins: *recette* d'un navire), doublé par *réception* qui a donné *réceptionner*, puis l'affreux *réceptionnement*. En physiologie, *dysfonction* a déjà donné *dysfonctionnement* qui est barbare. *Prédisposition* se double de *favorisation*, *proportion* accouche de *proportionnalité*.

En médecine, nous avons *courbatu*, on nous gratifie de *courbaturé* (en attendant *courbatura-tion!*) *contracté* ne suffisant plus (pourquoi?); on trouve maintenant *contracturé*; on me dira que *contracturé* a un sens un peu différent de *contracté*, mais ce dernier adjectif suffisait bien lorsque nous n'avions pas *contracturé*. Et qu'on ne vienne pas me dire que les substantifs *tachyphagique* et *aérophagique*, apparus récemment dans quelques articles, ont un sens différent de *tachy-*

*phage* et *d'aérophage!* *Radiologue*, *neurologue* deviennent parfois *radiologiste*, *neurologiste*. Pourquoi d'ailleurs n'avoir pas aligné tous les spécialistes sur la désinence *logue*?

On a l'impression que certains médecins ont le génie de la complication et que d'autres ont simplement un peu honte d'employer le langage vulgaire. Et par cet allongement des mots, par des formules redondantes, on cherche à compliquer les phrases: *troubles de l'équilibre*, c'est trop simple, on dira *perturbation des fonctions d'équilibration* (abus des mots en *tion*), formule qui comprend un pléonasme puisque *équilibration* signifie fonction ou régulation de l'équilibre. Le pléonasme est en effet devenu monnaie courante, et les médecins glissent souvent dans ce travers: *plus particulièrement*, *le plus absolu*, *le plus définitif* (l'adverbe *plus* est complètement inutile dans ces trois cas), *le flash lumineux*.

#### LA LANGUE VULGAIRE

C'est donc non seulement la langue scientifique qui est lourde et pédante, mais la langue commune employée par les médecins.

Nous disons *au niveau des poumons* au lieu de *aux poumons*, *niveau* étant à réserver à une localisation en hauteur: « *gliome au niveau de D 6* ». Nous parlons de conditions *optimum*, de températures *maximua* et *minima*, au lieu d'imiter les météorologues qui disent justement *maximale* et *minimale*. Nous parlons de *papillome corné* alors que l'adjectif correct est *cornu*. Quelques radiologues écrivent: « *La radiologie permet de visualiser un blocage.* » D'abord pourquoi radiologie? Le suffixe *logie* indique une science. Son application, c'est une *radiographie*, une radio, un film. Et pourquoi *visualiser*? Il est plus simple de dire: « *Les radios montrent un blocage.* »

Il est vrai, d'autre part, que les auteurs sont aussi pressés que les lecteurs, et qu'à l'époque actuelle on n'a guère le temps de figoler son texte. D'ailleurs de qui est le texte? A qui appartient-il? On a pris l'habitude de signer les articles d'une kyrielle de noms. Le patron ajoute à sa signature celles de l'assistant et du chef de clinique (lequel était en vacances), de l'interne, des externes (qui ont pris les observations), des biologistes, de l'interne en pharmacie, d'un stagiaire qui a aidé aux nécropsies. Les observations ont donc été rédigées par l'externe, commentées par l'interne, les protocoles d'analyses sont de la plume du chef de laboratoire. Le ciment de ce conglomérat est dû aux talents littéraires de l'as-

sistant. Le patron a pris connaissance, modifié quelques détails; je ne minimise pas son rôle puisque c'est généralement lui qui a eu l'étincelle créatrice, qui a organisé le travail, qui a interprété les résultats; mais, débordé par ses obligations, il a rarement le temps de tout reprendre du premier au dernier mot, en simplifiant ce qui est trop dense, en éclairant ce qui est obscur, en retouchant style et vocabulaire, en imprimant sa marque personnelle.

#### CONCLUSION

Ainsi, tout doucement, notre littérature médicale si claire, si cartésienne, si logique perd quelques-unes de ses qualités. Pour qui a lu un précis anglais ou allemand, ou des articles étrangers dans le texte original et même en traduction, le traité

français est beaucoup mieux exposé, même s'il est inférieur sur quelques points; la façon française d'exposer un mémoire original est à la fois plus puissante et plus nette, plus exhaustive et plus cursive. Cela, on le sait dans le monde entier. Mais ne laissons pas gâcher ces admirables qualités par un style négligé, par des néologismes barbares, par une terminologie diluvienne. Notre langue est belle, précise, élégante à condition de ne pas l'encombrer de mots étrangers, d'éviter les tournures alambiquées, les cascades de verbes, les propositions secondaires que rend possible notre syntaxe trop riche.

La France a eu de très grands maîtres de la littérature médicale. Elle en a encore quelques-uns. Soyons plus nombreux à nous inspirer de leur talent, de leur vigueur et de leur sobriété.

### LE RÔLE DU BUREAU MÉDICAL DANS L'HÔPITAL

Jacques LÉGER

C'est avec un vif plaisir et une grande satisfaction que j'ai accepté l'honneur qu'on m'a fait d'adresser la parole devant les membres de l'Association des Gradués en Administration Hospitalière, dans le cadre du congrès de l'Association des Hôpitaux du Québec.

Au nom de mes collègues médecins, membres des Bureaux Médicaux, je remercie cordialement les instigateurs de cette réunion; ils ont suscité une occasion magnifique pour que médecins et administrateurs d'hôpitaux se rencontrent amicalement et réfléchissent sereinement sur leurs rôles respectifs au bénéfice d'une cause commune.

Nous vivons à une époque où les événements se déroulent à un rythme étourdissant; les tourbillons de la vie courante nous font parfois perdre de vue les objectifs majeurs que nous nous proposons; nous sommes souvent préoccupés par des incidences et, ainsi distraits, ne nous arrive-t-il pas parfois, d'avoir le sentiment illusoire de parcourir des sentiers fort distants, alors qu'en fait, ils convergent sur un même but.

Si j'ai choisi d'intituler cette causerie « Le Rôle du Bureau Médical dans l'Hôpital », ce n'est aucunement pour déprécier le rôle de l'administra-

tion, mais plutôt pour tenter de faire valoir les bienfaits de la dualité dans l'unité. Dualité, unité; s'agirait-il d'un paradoxe? Ne sont-ce pas là des termes qui s'opposent l'un à l'autre? Non, pas dans le concept de l'hôpital d'aujourd'hui. Nous ne sommes plus aux temps anciens, alors que les hôpitaux étaient destinés non pas à soigner des malades, mais à héberger des pèlerins nécessiteux, des infirmes, des indigents.

L'histoire de l'hôpital a évolué parallèlement à celle de la médecine et de la santé publique. L'adjectif latin hospitalis qualifie à l'origine tout ce qui concerne un invité; il dérive du nom de l'hôte; s'agit-il de l'invité, de celui qui reçoit l'invitation et qui en profite, ou du maître de la maison, de celui qui fait l'invitation, l'hospitalité? Hôpital, « perpétue le souvenir d'anciens couvents situés sur les grandes routes, en général dans les passages difficiles, chargés d'abriter les pèlerins, et même les voyageurs ordinaires, de les héberger, même parfois de les soigner, ce qui nous mène à conclure que nous devons malgré tout voir dans cette hospitalité l'origine de l'hospitalisation » (1).

Mais progressivement, l'organisation de la santé publique s'est éloigné du simple logement, de l'hébergement, de l'hôtellerie.

Il est plus d'une réalité concrète qui se définissent difficilement. L'hôpital est de ce nombre, et

Causerie prononcée lors du déjeuner de l'Association des Gradués en Administration Hospitalière de l'Université de Montréal, à l'hôtel Reine-Elizabeth, le 12 avril 1962.

si vous en doutez, consultez diverses autorités en la matière, vous serez à même de constater que malgré leur compétence elles décrivent différemment une même chose. On s'entend généralement pour signifier qu'il s'agit d'une institution, d'un établissement, d'un édifice, organisé en vue du traitement de personnes souffrant de maladies ou de blessures.

Bien qu'on admette volontiers que le vieux concept de simple hébergement soit archaïque, on trouve encore difficilement les mots pour exprimer l'idée qu'il ne s'agit plus d'une entité purement physique, un toit, des murs. Ne s'agirait-il pas plutôt d'une entité légale, incorporée et constituée pour le traitement des malades. Ceci ne pouvant raisonnablement se faire sans un apport médical et administratif, pourquoi hésiter à faire une définition ad hoc? D'autant plus que la collaboration harmonieuse des constituantes médicale et administrative est essentielle au bien-être des malades.

Mais ce qui est reconnu de fait, est plus difficilement accepté de droit.

En conséquence, bien que le médecin soit l'élément capital dans l'hôpital d'aujourd'hui, l'organisation et l'administration hospitalière ne reflètent pas toujours le rôle médical actuel et ne lui assigne pas nécessairement les fonctions qui assureraient la meilleure qualité possible de soins aux patients (2).

Le conseil d'administration est l'organisme responsable de la bonne gestion de l'hôpital. Il administre par l'intermédiaire de son comité exécutif et de son représentant.

Le Bureau Médical, représentant le personnel médical, est l'organisme responsable des soins médicaux et de l'administration médicale et scientifique. Il administre par son comité exécutif et son représentant le Directeur Médical.

Deux lignes d'autorité s'établissent donc à la base même de l'organisation hospitalière. Par ailleurs, le conseil d'administration, représentant la corporation constitue l'autorité suprême à l'hôpital. Pour obtenir une coexistence harmonieuse et un bon équilibre entre les deux entités, administrative et médicale, le conseil d'administration devrait être constitué:

- a) de membres élus ou désignés de la corporation, et
- b) de membres délégués par le Bureau Médical.

A l'appui du bien-fondé de cette notion qui peut paraître aux uns surprenante et avant-gardiste, je cite un extrait du rapport de la Commission d'Enquête Jean-Talon (3).

« Il est nécessaire que le statut légal du médecin dans l'hôpital soit bien reconnu et il est à souhaiter qu'on lui assigne un rôle à jouer au Conseil d'administration de l'institution. Il est de la plus haute importance que des médecins, non pas à titre personnel, mais élus par le Bureau Médical, fassent partie du Conseil en vue d'aviser les membres sur les problèmes médico-administratifs et, à plus forte raison, sur les questions de médecine pure. La récente loi médicale de l'Ontario exige que des médecins de l'hôpital soient membres de son Conseil d'administration. Il n'y a aucune ambition collective, ni aucun esprit de domination dans cette réclamation de la part du corps médical à faire partie du corps administratif. Au contraire, seul le souci des choses médicales l'intéresse. En ce qui concerne le contrôle de l'acte médical, personne ne contestera qu'il relève exclusivement de la compétence professionnelle du médecin. Il est donc impensable de vouloir confier cette responsabilité à un Conseil d'administration d'où les médecins seraient systématiquement exclus. On dira que cette responsabilité est propre à l'Administration qui est l'autorité suprême et qu'elle ne peut être déléguée. La responsabilité de l'Administration consiste à prendre toutes les mesures raisonnablement possibles pour s'assurer que le contrôle de l'acte médical existe et qu'il existe efficacement. »

Le partage des responsabilités administratives et médicales, confirme le principe des deux lignes d'autorité dans un hôpital.

Selon le Conseil Canadien d'Accréditation des Hôpitaux, l'autorité du Bureau Médical découle de l'obligation pour le Conseil d'administration de lui laisser « la responsabilité de toutes les questions médicales et de la qualité des soins médicaux donnés aux malades ».

La notion de deux lignes d'autorité est bien définie dans les standards du Conseil Canadien d'Accréditation des Hôpitaux, et on peut lire dans le bulletin No 13 de décembre 1956 du guide de l'accréditation (4).

« The Medical Staff is self-governing. The governing body of an hospital must obviously delegate the responsibility of medical functions to the medical staff. Only the medical staff can assume responsibility for the quality of the medical care rendered to patients. In order to fully carry out this responsibility, it is incumbent on every medical staff to be self-appraising and self-regulatory ».

Dans le bulletin No 22 de décembre 1959, on lit ceci:

« In the discharge of its duty, the governing body must obviously place the responsibility for the medical care of the patients primarily upon the medical staff. Only physicians can practice medicine. However, the governing body is responsible for the environment facilities and personnel necessary for physicians to effectively practice medicine in the hospital. For the welfare and safety of patients, very close liaison must exist between the governing body and the medical staff. Each group must respect the prerogatives of the other, accept fully its own responsibilities and understand each other's problems. This can be accomplished only if there is good communication, effective organization and willingness to work together. Power politics has no place in the hospital. »

Il s'ensuit que le Bureau Médical est un organisme autonome qui a seul le contrôle des activités et de l'administration médicale, chirurgicale et scientifique de l'hôpital. Il est constitué des médecins qui font du service actif à titre de médecins réguliers.

Ainsi, la participation médicale à l'œuvre hospitalière n'est pas une participation individualiste. De même qu'il existe une solidarité professionnelle au sein du groupement médical proprement dit, ainsi le médecin, comme tel et comme groupe, a-t-il des devoirs envers l'hôpital, et doit apporter à l'administration hospitalière le concours généreux de ses connaissances médicales, professionnelles et civiles en vue du meilleur fonctionnement de l'hôpital dont il bénéficie lui-même de l'organisation matérielle (5).

Ceci est effectué normalement par le maintien de standards professionnels, la direction et l'organisation des activités médicales dans des cadres de services bien structurés, et aussi par l'intermédiaire de comités spécialisés.

Organisme essentiel de l'institution, le Bureau Médical veille donc à la qualité des soins prodigués aux malades. Seul juge qualifié en ce domaine, il exerce sur ses propres membres une surveillance constante, autant sur leur compétence scientifique, leur attention aux malades, leur assiduité, que sur le respect des principes de moralité humaine et d'éthique professionnelle. Il voit au recrutement du personnel médical, il élit ses membres, il démet ou suspend ceux qui ne se conforment pas aux exigences ou aux règlements qui le régissent (6).

A toutes fins pratiques, le rôle du Bureau Médical dans l'hôpital, est une réplique du rôle du collègue des médecins et chirurgiens; ses obligations fondamentales, sa raison d'être, sont la sau-

vegarde du malade, la qualité des soins médicaux comme la qualité des médecins qui dispensent ces soins (6).

N'est-ce vraiment pas là une participation réelle qu'apporte individuellement et collectivement le médecin au fonctionnement de l'hôpital.

Le médecin doit adhérer de cœur et d'esprit au but général et complexe de l'hôpital, sans perdre son caractère d'indépendance professionnelle et sa prééminence fonctionnelle; il fait partie intégrante de l'hôpital, il y joue un rôle indispensable et primordial. En effet, ne permet-il pas l'existence même de l'hôpital en tant que centre de traitement des malades?

Mais ce qu'il apporte à l'administration hospitalière doit être autre chose qu'un don gratuit, et entre celui qui donne et celui qui reçoit doit exister une parfaite harmonie de conception et de réciprocité, une connaissance perceptible de faire œuvre commune (5).

Les médecins doivent travailler en harmonie avec l'administration hospitalière; une confiance réciproque est indispensable pour atteindre cet objectif. Le climat de confiance requis sera réalisé si, d'une part, les médecins reconnaissent les justes prérogatives de l'administration et si, d'autre part, les administrateurs de l'hôpital admettent le bien-fondé des droits et des devoirs des médecins, tels que déterminés par la profession médicale, et s'appliquent à les respecter intégralement.

Autant la profession médicale est prête à faire preuve d'un esprit de collaboration de bon aloi, autant elle est fortement opposée à être domestiquée et être considérée comme fonctionnaire de l'hôpital ou invitée.

Les statuts et règlements du Bureau Médical de l'hôpital permettent d'établir des rapports souples et efficaces entre les médecins et les administrateurs hospitaliers. Une atmosphère sereine et harmonieuse doit régner à l'hôpital, et on ne peut le concevoir sans des rapports entre le médecin et l'administration hospitalière basés sur la justice et la charité distributives (5).

Il a été admis que l'hôpital qui constitue à notre époque, un élément indispensable de la structure sanitaire de la nation, a effectivement évolué avec la nation. Il a dû s'adapter au progrès de la médecine dont il est tributaire, ainsi qu'aux idées et habitudes sociales.

L'hôpital d'antan était voué à l'hébergement des indigents; il est aujourd'hui ouvert à toutes les classes de la société, il est même devenu une des grandes industries de la nation. La mesure dans la-

quelle malades et médecins se servent de l'hôpital maintenant n'a rien de commun avec la situation au siècle dernier. Environ 15 % de la population bénéficient annuellement des facilités hospitalières, c'est-à-dire des techniques modernes de diagnostic et de traitement. L'administration hospitalière est devenue forcément beaucoup plus complexe, au point qu'il est opportun de se demander si elle ne devrait pas se distinguer dans ses principes d'application, des administrations d'autres entreprises.

Dans une entreprise commerciale, dans une organisation militaire, dans l'administration de l'Église catholique, l'orientation, l'organisation, la direction et le contrôle sont assurés par une autorité unique selon le concept administratif de la ligne hiérarchique d'autorité directe. Au même titre, un avocat, un ingénieur, un directeur d'école, ont une autorité directe sur tout leur personnel (2).

Cette pyramide administrative hiérarchique représentant l'unité d'autorité ne devrait pas se retrouver dans l'hôpital d'aujourd'hui puisqu'en effet il existe de toute nécessité dans cette institution deux lignes d'autorité qui devraient se rencontrer au niveau d'un conseil d'administration constitué de représentants des deux corps intéressés, l'Administration et le personnel médical. Il y aurait ainsi une association où les deux associés travailleraient en équipe pour le plus grand bien des malades.

Or, dans l'état actuelle des choses, le médecin, dont on ne conteste pas la priorité dans le soin des malades, qui a effectivement la responsabilité ultime, jouit d'une autorité très restreinte sur le personnel qui veille sur ses patients.

N'est-il pas anormal, alors que l'hôpital par définition se propose d'assurer les soins aux malades, que son orientation et son organisation sont en fonction des relations médecin-patient, le médecin n'ait en fait qu'une participation minime dans l'élaboration de cette orientation et de cette organisation, qu'il ne participe pas davantage d'autorité au contrôle et à l'évaluation des tâches d'un personnel qui se doit d'assurer l'efficacité des soins dont il a la responsabilité ultime.

En terme d'organisation, voilà une situation qui devrait inciter à la réflexion; il n'est pas irraisonnable d'envisager qu'une telle situation a peut-être un rôle à jouer dans l'évolution de certains problèmes de l'administration hospitalière contemporaine. Des faits épisodiques se chargent en effet de nous démontrer qu'il n'est pas sans danger de calquer l'administration hospitalière sur celle

d'entreprises de nature différente; pourquoi fermer les yeux et refuser de voir?

N'allez pas croire ni conclure que je préconise un chambardement des structures qui assurerait au bureau médical une autorité suprême. Je pose tout simplement cette double question:

a) Dans l'évolution de l'hôpital, désireux de se libérer de toute entrave dans l'exécution de son travail professionnel, le médecin ne s'est-il pas soustrait à certaines de ses responsabilités;

b) Désireux de libérer le médecin de toute entrave dans l'exécution de son travail professionnel, ne l'a-t-on pas trop soustrait à la part de responsabilités qu'il aurait pu assumer dans un état de choses idéal?

Il faut se méfier des changements trop brusques, ils peuvent donner lieu à des bouleversements. Je me plais néanmoins à envisager l'éventualité d'une orientation nouvelle, qui se dessinerait progressivement, en tenant compte de facteurs particuliers. Je réalise pleinement que « ce concept administratif fonctionnel de travail d'équipe » (7) peut admettre des nuances selon l'évolution d'hôpitaux de classes diverses.

Il n'en reste pas moins que le rôle du Bureau Médical dans l'hôpital est un facteur dont on doit tenir compte au sein d'une administration où l'on se soucie primordialement du bien du malade.

Il importe que l'on se garde de considérer l'administration comme une fin; si des administrateurs d'hôpitaux n'ont pas compris qu'ils administreraient à l'intérieur d'une double structure, les médecins ont malheureusement voulu se libérer de tâches administratives pour s'occuper plus exclusivement de leurs tâches professionnelles. Les concepts d'hier, devraient faire place aux concepts de demain, dans l'hôpital d'aujourd'hui.

#### BIBLIOGRAPHIE

- (1) ROBLIN, Michel: La santé publique, la maladie et l'hôpital dans les langues d'Europe. *Médecine de France*, **127**: 3, 1961.
- (2) BUGBEE, Geo.: The Physician in the Hospital organization. *New Eng. J. of Med.*, **261**: 896, 1959.
- (3) Rapport de la Commission d'Enquête sur l'organisation et l'administration de l'hôpital Jean-Talon de Montréal, 1961, p. 175.
- (4) Guide de l'Administration. Standards du Conseil Canadien d'Accréditation des Hôpitaux.
- (5) Mémoire de l'Association des Bureaux Médicaux des Hôpitaux de la Province de Québec Inc., relatif à l'Assurance-hospitalisation provinciale, juillet 1960.
- (6) AMYOT, R.: Le rôle du Bureau Médical dans l'hôpital. *L'Équipe*, **1**: 8, 1961.
- (7) FISH, G. G.: Line-Staff is Obsolete. *Harvard Business Review*, **39**: 67, 1961.

# MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

## LA CLINIQUE EXTERNE DE PSYCHIATRIE

Maurice BROSEAU, C.R.C.P. (C).

### 1° — BUT ET POLITIQUE

Notre clinique externe de psychiatrie de l'hôpital Maisonneuve fonctionne sous l'égide du programme fédéral d'hygiène mentale. Son but est d'aider ceux qui ont des problèmes émotionnels et surtout d'endiguer précocement ces problèmes, afin de prévenir de plus sérieuses décompensations et les hospitalisations qui s'ensuivent.

La clinique cherche à aider les patients qui, du fait de leurs problèmes émotionnels, ont cessé d'être utiles à la société et dont l'adaptation sociale est diminuée ou menacée de diminuer. La clinique n'accepte pas les patients dont les problèmes résultent directement de difficultés réelles dans la famille ou dans leur entourage. Ces patients sont confiés à des agences sociales spécialisées ou à notre travailleuse sociale.

La clinique s'occupe des patients dont les problèmes émotionnels peuvent bénéficier de la psychothérapie. Il va sans dire que la coopération de la famille et de l'entourage peut aussi être utile et nécessaire dans ces cas. Mais la clinique concentre ses efforts sur les patients qui ne sont pas dépourvus de ressources, bien que celles-ci soient inhibées par des problèmes émotionnels.

Ces patients vont bénéficier le plus d'une clinique psychiatrique limitée dans le temps, l'espace et le personnel. C'est aussi vers ce groupe d'individus que l'hygiène mentale préventive doit concentrer ses efforts pour être le plus efficace possible. Dans une perspective d'avenir, l'aide apportée à l'hygiène mentale va beaucoup plus loin que l'aide immédiate apportée au nombre de patients sous traitement.

D'une façon plus spécifique, la clinique procure au patient les moyens de découvrir la nature de ses difficultés, d'arriver à une meilleure compréhension de lui-même et à une plus grande efficacité sociale. La psychothérapie est le meilleur traitement pour arriver à ces fins. La durée du traitement est basée entièrement sur les besoins individuels.

A la lumière de ces buts, la clinique a établi une politique dont voici les principaux points:

a) seuls les patients, qui ne peuvent réellement rien payer, sont exempts de tout honoraire. Pour

tous les autres et en vue de respecter les sentiments d'indépendance et d'estime propre des patients, une échelle d'honoraires est établie de façon approximative.

b) La clinique limite le nombre maximum de patients que chaque psychiatre peut traiter en même temps. La liste d'attente ne contient qu'un nombre raisonnable de patients; quant aux autres, ils sont priés de s'adresser à d'autres cliniques.

c) Les patients sont dirigés à la clinique soit par le dispensaire de l'hôpital, soit par les médecins eux-mêmes, par le clergé ou par différentes agences sociales; certains viennent d'eux-mêmes sans aucune recommandation.

d) Inutile de dire que l'envoi d'un patient à la clinique ne suffit pas pour qu'il soit accepté. Chaque cas est étudié le plus adéquatement possible et il est accepté ou refusé après décision de toute l'équipe de la clinique, basée sur une étude du cas prenant de 3 à 4 heures. Le patient accepté en thérapie est placé sur la liste d'attente; il est confié au psychiatre, au psychologue ou à la travailleuse sociale lorsqu'il ne s'agit que de « case work ».

e) Notre clinique s'occupe à peu près exclusivement des adultes et elle n'accepte pas en général les malades ayant moins de 15 ou 16 ans.

### 2° — LE PATIENT SE PRÉSENTE À LA CLINIQUE

Pour le patient qui se présente à la clinique, le facteur important qui demande une attention et une compréhension immédiate n'est pas l'anxiété spécifique découlant de ses problèmes propres, mais l'anxiété qu'il éprouve du fait de se présenter à la clinique psychiatrique, car il craint la nature des traitements psychiatriques et il redoute la révélation des conflits personnels; il a peur qu'on les découvre et il essaie de les contrôler par des attitudes diverses.

L'effort, que met le patient à préserver son estime de lui-même en face des conflits de toute sorte qui menacent cet amour-propre, nous indique le degré d'anxiété qu'il éprouve, lorsqu'il se présente à nous.

En conséquence, notre première responsabilité est de chercher à minimiser efficacement cette anxiété additionnelle; sinon le traitement pourra

se terminer avant d'avoir commencé. Cette première responsabilité incombe au personnel administratif de la clinique. Car l'atmosphère thérapeutique de la clinique ne doit pas exister seulement dans les entrevues, mais commencer à la porte d'entrée de la clinique. A ce sujet, il faut savoir reconnaître que le patient désire être accepté comme un individu avec des problèmes et non comme un numéro de statistiques. L'attitude du personnel professionnel envers le patient est de toute première importance pour aider le personnel administratif à comprendre ce problème. Le thérapeute, qui ridiculise un patient après une entrevue en face du personnel administratif, peut s'attendre que ce dernier en fera autant lorsque le patient se présentera de nouveau à la clinique. Au fait le problème se présente essentiellement de la façon suivante: les attitudes que le patient adopte envers vous sont déjà motivées par les conflits qu'il a avec les personnes qui comptent pour lui, i.e., dans sa famille, l'époux, l'épouse, etc. C'est le problème crucial qu'il faut bien comprendre. Il faut donc s'attendre à ce que le fait même de venir à la clinique psychiatrique demander de l'aide intensifie les attitudes que le patient a adoptées antérieurement pour contrôler ses conflits; ainsi le patient très dépendant est encore plus exigeant envers nous et se comporte comme si nous étions responsables de sa détresse. Il est de toute première importance de comprendre alors que l'attitude du patient envers nous est motivée par des conflits qui n'ont en réalité rien à voir avec nous. Alors la compréhension de ces processus, jointe à l'attitude du personnel administratif assure à la clinique l'atmosphère propice à l'induction de la thérapie.

Bien que le patient se soit un peu détendu par suite de l'attitude sympathique avec laquelle il a été accueilli, il faut s'attendre à ce que son anxiété rebondisse au début de son entrevue avec le thérapeute ou la travailleuse sociale; puis à mesure que se déroule l'entrevue, l'anxiété secondaire diminue progressivement pour faire place à l'anxiété spécifique due aux conflits du patient. A ce moment, le thérapeute cherche à saisir l'attitude que le patient adopte pour exprimer ses sentiments et à dépister la première résistance qu'il lui oppose. Reconnaître les sentiments du patient et ses attitudes défensives sert à orienter le but immédiat de l'entrevue initiale qui est d'interviewer et de traiter en même temps; reconnaître précocement ces attitudes défensives du patient fournit le premier outil pour commencer la thérapie.

L'entrevue initiale porte exclusivement sur les difficultés présentes. Ce qui nous intéresse d'abord, c'est de savoir comment le patient se sent actuellement, depuis combien de temps il en est ainsi et comment cet état s'est manifesté en fonction de ses expériences actuelles; les expériences passées ne semblent dynamiques qu'en autant qu'elles surgissent, spontanément associées aux expériences présentes.

Pour résumer, l'entrevue initiale porte sur: 1) le comportement, les attitudes du patient. 2) l'histoire de ses problèmes actuels. 3) les associations spontanées qu'il apporte.

Dans cette entrevue initiale, différentes formes de résistances immédiates doivent être étroitement surveillées.

Le patient peut exprimer une certaine agressivité, si l'entrevue initiale est faite par la travailleuse sociale et non par le médecin; il sera alors porté à mettre en doute la compétence de cette dernière.

Le sexe de la personne peut aussi être un problème auquel il faut faire face dans cette entrevue initiale.

Il y a le patient qui arrive tellement anxieux et tendu qu'il lui est impossible de verbaliser ses problèmes.

Un autre phénomène se constate, lorsque le patient cherche à avoir le contrôle absolu de l'entrevue initiale.

Toutes ces formes de résistance doivent être reconnues immédiatement et il faut aider le patient à en prendre conscience sans tarder.

La phase finale de cette entrevue initiale consiste à concrétiser les problèmes du patient qui doivent donner lieu au traitement.

### 3° — IMPORTANCE DE COMPRENDRE LE RÔLE DE CETTE ENTREVUE INITIALE

L'atmosphère dans lequel s'opère ce premier contact avec le patient et les impressions qui en découlent sont aussi importantes au point de vue émotionnel que les renseignements qu'il peut nous fournir durant l'entrevue. C'est d'ailleurs souvent après ce premier contact que le patient décide de revenir ou non à la clinique.

Pour saisir ce point-là, il nous faut comprendre la situation du patient qui arrive à la clinique. Celui-ci se présente à la clinique avec l'anxiété découlant de ses problèmes actuels, mais aussi avec l'anxiété inhérente au fait même de venir nous voir. Effectivement, le patient vient, parce que ses difficultés émotionnelles sont devenues si intenses

qu'on le presse de toute part de demander de l'aide; ces interventions amènent une révolte plus ou moins déguisée chez le patient qui, en plus et très souvent, craint de devenir fou ou d'être jugé anormal. Il faut donc par tous les moyens possibles éviter d'accroître ces résistances au traitement alors que le patient se présente à nous.

Ceci nous amène à la création de cette atmosphère thérapeutique dont on a parlé. Qu'est-ce que c'est? Nous entendons par l'atmosphère thérapeutique une situation globale, où tous les membres du personnel de la clinique comprennent les difficultés du patient psychiatrique et savent lui en marquer de la sympathie. Cette atmosphère peut être facile avec certains patients, beaucoup moins avec d'autres. Dans tous les cas, il ne faut jamais oublier que le comportement du patient est indépendant de nous, mais que l'anxiété qu'il présente et son attitude consécutive peuvent être augmentées ou diminuées par notre contact avec lui, selon qu'il se sent accepté ou rejeté par nous. Que pouvons-nous faire dans l'entrevue pour créer cette atmosphère thérapeutique?

1) Ecouter le patient sans porter de jugement, sans le ridiculiser.

2) Lui manifester le plus de tolérance possible tout en restant à l'intérieur de certaines limites pré-établies.

3) Manoeuvrer avec empathie, car l'empathie constitue avant tout la qualité essentielle d'un bon thérapeute. L'empathie est cette capacité de se dédoubler volontairement, de se mettre dans la peau de l'autre tout en demeurant soi-même.

Ainsi, graduellement le patient en arrivera à voir la relation entre ses problèmes émotionnels et ses symptômes et il pourra effectuer les changements qui lui permettront de vivre en meilleure harmonie avec lui-même et avec son milieu.

C'est également au cours de cette entrevue initiale que doivent être élucidés les points suivants:

1) la motivation envers le traitement;

2) la possibilité pour la clinique de satisfaire ses demandes;

3) la question des honoraires.

Cette procédure établit un contrat entre le patient et la clinique, où les deux parties comprennent les conditions sous lesquelles le traitement sera institué.

#### 4° — NOTRE MÉTHODE PSYCHOTHÉRAPEUTIQUE

Il existe un grand nombre de conceptions complètement fausses au sujet de la psychothérapie. On s'imagine souvent qu'il suffit de désirer réelle-

ment aider le patient, surtout si ce désir s'accompagne de manières gentilles et aimables; également l'on croit parfois que le simple bon sens et que sa propre expérience de la vie constitue une base suffisante.

Au fait, nous essayons de faire de la psychothérapie un processus basé sur les principes psychanalytiques et sur une compréhension des processus émotionnels.

La première tâche consiste à ne pas imposer au patient nos idées préconçues sur les sources de ses problèmes émotionnels en se basant sur notre intuition, notre bon sens ou notre bagage livresque. Très souvent les idées préconçues découlent beaucoup plus de nos propres problèmes que de ceux du patient. Notre travail est donc d'apprendre du patient lui-même ce qui le trouble en utilisant à cette fin nos connaissances scientifiques. L'investigation et le traitement des problèmes émotionnels du patient sont deux processus qui se déroulent en même temps.

#### *Le problème émotionnel actuel*

L'anxiété dont le patient souffre actuellement vient sûrement de conflits inconscients de l'enfance réactivés par une situation actuelle. Mais quel que soit le passé émotionnel du patient, il se présente à la clinique à cause de ses problèmes émotionnels actuels. Le patient se défend contre l'anxiété présente par les différents mécanismes de défense connus et il vient demander de l'aide lorsque ces mêmes mécanismes ne suffisent plus.

Ces mécanismes déterminent les attitudes du patient envers le thérapeute et l'approche de ces attitudes constitue la première porte d'entrée vers les conflits actuels du patient. Il faut comprendre les attitudes du patient comme des tentatives susceptibles de lui éviter des émotions plus pénibles. C'est pourquoi le thérapeute travaille avant tout sur les attitudes défensives du patient et non sur ses symptômes qui n'en sont que le résultat. Comme ces attitudes déguisent les émotions profondes du patient, il faut donc ensuite aider le patient à prendre conscience de ces émotions refoulées. En résumé, les problèmes émotionnels actuels du patient s'expriment dans son attitude présente. Il faut donc:

1) Bien établir le mode de comportement du patient.

2) Aider le patient à reconnaître la nature des sentiments contre lesquels il se défend par ce comportement particulier.

3) Porter beaucoup d'attention aux associations spontanées dans le contexte dynamique interper-

sonnel du présent et du passé. L'importance de ces associations vient du fait qu'elles clarifient les sentiments du patient, non seulement envers les personnes de son entourage actuel et passé, mais aussi envers le thérapeute.

Dans une telle situation thérapeutique, deux éléments se combinent:

1) L'opportunité pour le patient d'une prise de conscience de son comportement envers le thérapeute, donc possiblement d'une expérience émotionnelle correctrice.

2) L'opportunité d'examiner les situations stressantes présentes et anciennes à la lumière des émotions découvertes sous les attitudes défensives.

#### CONCLUSION

Il ressort de tout ce qui précède que notre clinique est orientée essentiellement dans le sens dynamique. Il va sans dire que cette orientation dynamique ne va aucunement à l'encontre de l'utilisation des traitements physiques et de l'arsenal médicamenteux.

La thérapeutique psychologique et la thérapeutique biologique doivent viser à s'intégrer de plus en plus.

Mais nous nous refusons à ce que notre clinique devienne un dispensaire de pilules.

Certes la psychothérapie est un travail difficile, personne ne connaît toutes les réponses et chaque nouvelle expérience nous enseigne quelque chose. Mais nous croyons fermement que notre travail doit être orienté vers la psychothérapie chez les

patients qui possèdent de bonnes ressources dans leur personnalité; chez ces patients, elle peut amener des changements permanents et avantageux non seulement pour eux mais aussi pour leurs proches et tout leur entourage. C'est dans ce sens que nous comprenons la nécessité primordiale des cliniques externes de psychiatrie des hôpitaux généraux en vue de l'hygiène mentale préventive.

#### Résumé

Notre clinique externe de psychiatrie concentre la majeure partie de son temps à assurer aux patients qui peuvent en bénéficier une psychothérapie adéquate.

Pour poursuivre ce but, l'article mentionne la politique suivie pour la sélection des patients. La majeure partie est consacrée cependant à l'entrevue initiale avec son importance et ses difficultés inhérentes, son but et l'atmosphère thérapeutique nécessaire de la clinique.

Dans ce contexte, la clinique externe joue un rôle primordial en hygiène mentale.

#### Summary

Our out-patient psychiatric clinic spends the greatest portion of its time insuring that the patients able to benefit receive adequate psychotherapy.

To attain this goal, the article deals with the policies followed for the selection of patients. The major part concentrates on the following: the initial interview and its importance and inherent difficulties; the goal, and the necessary therapeutic atmosphere of the clinic. In this context, the out-patient clinic plays a primary role in mental hygiene.

## L'OPHTALMOLOGIE ET LA PRATIQUE GÉNÉRALE

Laurent LAMER et Claude MICHAUD,

Service d'ophtalmologie, Hôpital Notre-Dame (Montréal).

« Ita valet corpus, ut valent oculi ». Ainsi s'exprimait un adage ancien: « Tel est le corps, tels sont les yeux ». Si les médecins de l'ère hippocratique ont formulé cet aphorisme avec des méthodes diagnostiques rudimentaires, c'est qu'ils avaient un sens d'observation très sagace. Mais aujourd'hui, sur le plan « examen oculaire », ce sens d'observation semble émoussé. Sans examiner son patient, on s'empresse de le référer immédiatement. Conséquemment, les médecins de pratique générale (et ils l'admettent spontanément) ne sont plus consultés pour des troubles oculaires, à moins qu'il ne s'agisse d'une infection ou d'un traumatisme évident. La médecine serait-elle compartimentée à ce point qu'on devrait laisser tomber l'étude de la séméiologie d'un organe qui permet environ 85% de nos connaissances?

Cet article et les autres qui suivront ont pour but de jeter un peu de lumière sur les rapports qui doivent exister entre le médecin de pratique générale et l'ophtalmologie comme telle, i.e. comme science médicale dont il faut posséder certains éléments afin de pouvoir apporter à son patient sinon les premiers soins, du moins des conseils judicieux. Nous nous efforcerons de mettre en valeur l'immense rôle que peut jouer le médecin de famille soucieux du bien-être de ses malades.

Au cours du présent article, nous traiterons les sujets suivants: les rapports de l'oeil avec la pathologie générale, l'attitude actuelle du praticien général vis-à-vis des problèmes oculaires, l'infiltration du champ médical par les paramédicaux, l'examen systématique possible, le matériel requis en pratique générale. Bien sûr, nous ne ferons qu'effleurer les sujets; nous nous adressons aux médecins de pratique générale et non aux ophtalmologistes.

### LES RAPPORTS DE L'OEIL AVEC LA PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Dès les premiers pas de la médecine, on s'est rendu compte de l'importance de l'examen ophtalmologique en pathologie générale. L'étroite relation entre l'oeil, le système vasculaire, le système nerveux central et le métabolisme en général est connue de tous. Passer en revue toutes les maladies où l'examen ophtalmologique est sinon indispensable, du moins de quelque utilité, nous en-

traînerait à une revision de toute la pathologie. Nous ferions alors un exposé analytique fastidieux et sans intérêt. Force nous est donc d'étudier les principaux troubles oculaires qui reflètent une atteinte à un des systèmes ci-haut mentionnés.

### LES TROUBLES OCULAIRES DES AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES

L'oeil, par l'intermédiaire de la rétine, est le seul organe du corps humain où nous pouvons observer directement les vaisseaux sanguins. Les renseignements que peut nous fournir leur observation impliquent nécessairement une certaine maîtrise de l'ophtalmoscopie qui ne doit pas être exclusivement réservée à l'ophtalmologiste, sauf pour certains cas spéciaux. En réalité, tout médecin devrait savoir manier l'ophtalmoscope aussi bien que l'otoscope ou même le stéthoscope. Cela peut paraître étonnant, mais la pratique quotidienne de l'ophtalmoscopie dans les cas indiqués en apporte un démenti formel. Se priver de l'examen funduscopique, c'est enlever une flèche à son arc. D'ailleurs le contrôle de cet appareil n'est pas aussi difficile qu'il ne paraît. Un peu de persévérance suffit pour apercevoir les modifications des tuniques vasculaires, leur conformité anatomique et leurs anomalies significatives. Par exemple, la sclérose des vaisseaux rétiniens débute par une dilatation et un allongement des vaisseaux, pour ensuite montrer un reflet cuivré sur les artérioles. A ce moment déjà, on peut apercevoir le signe du croisement (signe de Gunn) qui consiste en l'effacement de la colonne sanguine veineuse par une artériole qui la croise. Plus la sclérose progresse, plus les artères deviennent filiformes, plus on observe une différence de calibre dans le rapport A/V qui est habituellement  $A/V = 2/3$ . A un stade avancé, on notera facilement des hémorragies rétiniennes qui se manifestent par des effusions rougeâtres, généralement périphériques. Quel rapport existe-t-il entre la sclérose rétinienne et la sclérose cérébrale? On peut dire sans crainte que lorsque les vaisseaux rétiniens sont sclérosés, les vaisseaux cérébraux le sont; mais l'inverse n'est pas nécessairement vrai.

De la sclérose rétinienne à l'hypertension ou à la rétinite hypertensive, il n'y a qu'un pas. Les symptômes subjectifs se manifesteront par des céphalées, des points noirs, des phosphènes (vision d'étoiles)

les) et même une cécité spasmodique, partielle ou totale, le plus souvent monoculaire. Les symptômes ophtalmoscopiques, à part ces lésions de sclérose rétinienne décrites ci-haut, consistent en hémorragies, en exsudats (taches blanchâtres) et dans un oedème de la papille. Evidemment il y a des degrés et c'est là que la finesse du sens d'observation s'exerce.

#### LE SYSTÈME ENDOCRINIEN (ET MÉTABOLIQUE)

Il y a une kyrielle de maladies qui donnent des manifestations oculaires. Nous n'avons même pas l'intention de les énumérer toutes, car bon nombre d'entre elles ne suscitent pas d'intérêt pour le médecin de pratique générale. Mentionnons le diabète qui peut donner une baisse de l'acuité visuelle, soit par rétinopathie (anévrismes artério-veineux typiques, exsudats disséminés, hémorragies en flammèche), soit par hémorragies du vitré, soit par cataractes. Il nous est souvent arrivé de soupçonner un diabète par le seul examen des fundi, méthode rapide qui évite certaines investigations inutiles. Inversement, dans tout cas de diabète, on s'enquerra de l'état oculaire. Il faudra démontrer au patient l'importance de bien se faire suivre sans quoi il risque d'y laisser une partie de sa vision. Au moindre symptôme visuel, on demandera un examen médical poussé.

#### MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL

Nombreuses sont les affections du système nerveux central qui retentissent sur l'appareil sensoriel et moteur de l'oeil. Les tumeurs intracrâniennes seraient soupçonnées plus tôt, si on recherchait les signes de l'hypertension intracrânienne: stase papillaire (sans diminution de l'acuité visuelle au début) — hypertension des vaisseaux rétiniens — hémorragies péripapillaires. Au début de l'évolution d'une tumeur, l'oedème papillaire existe dans 60 à 70 pour cent des cas. Lorsque l'affection est complètement déclarée, elle existe dans 85 à 95 pour cent des cas. Ces statistiques parlent d'elles-mêmes. Les amputations de champs visuels, faciles à repérer avec les doigts, reflètent toujours une atteinte quelque part. Si les milieux oculaires sont normaux, il y a nécessairement atteinte des voies optiques, soit par compression sur leur trajet, soit par une atteinte débilante telle que la sclérose en plaques (scotome central) ou bien même par une maladie oculaire trop peu soupçonnée: le glaucome. Les atteintes motrices de la musculature oculaire (ptose des paupières, limitation des mouve-

ments du globe, etc.) demandent toujours une investigation *immédiate*, car elles peuvent être le premier signe d'un anévrisme d'un gros vaisseau du crâne ou d'une tumeur qui progresse depuis déjà longtemps. Tous ces signes, même si on se sent incapable de les interpréter, sont facilement observables pour qui se donne la peine de s'y arrêter. Le malade vous saura toujours gré d'avoir dépisté précocement une affection qui peut mettre sa vie en danger.

#### L'ATTITUDE ACTUELLE DU MÉDECIN DE PRATIQUE GÉNÉRALE VIS-À-VIS LES PROBLÈMES OCULAIRES.

Les cas graves ne retiendront guère notre attention: règle générale, le praticien réfère ces cas immédiatement à un ophtalmologiste. Nous parlerons plutôt des cas insidieux. Dans ces cas, le patient n'offre aucune symptomatologie ou bien se plaint tout simplement de ne pas bien voir. Ceux-là, malheureusement, sont trop négligés. Sous prétexte qu'on ne peut pas prescrire de verres, on les prive d'un examen systématique, examen auquel tout patient a aussi droit qu'à une auscultation! Il est bien téméraire d'affirmer, sans procéder à un examen médical oculaire complet, qu'un malade n'a besoin que d'une paire de verres. C'est là un expédient facile dont on ne voit pas la justification. Car, après tout, l'oeil fait partie intégrante de l'organisme humain aussi bien que l'oreille ou le pharynx et pourtant personne n'hésite à examiner une gorge ou une oreille. Les conséquences d'une telle indifférence ont amené certains paramédicaux à envahir le domaine médical, domaine qui n'est pas le leur.

En ce qui regarde les soins oculaires, il existe à l'heure actuelle une confusion totale dans le public. Le patient confond facilement *ophtalmologiste* ou oculiste, *opticien* et *optométriste*. De ces quatre termes, les deux premiers désignent un médecin spécialisé en chirurgie et en médecine oculaire; opticien désigne celui qui est spécialisé dans la fabrication des verres et l'exécution des ordonnances médicales; le terme optométriste désigne celui qui a suivi un cours de trois ans pour lui permettre de faire une réfraction et de corriger ainsi une erreur optique de l'oeil. Ce dernier n'est pas médecin; trop souvent hélas! on le confond avec un oculiste, car les optométristes s'accordent le titre de « docteur » et de « spécialiste de la vue ». Même certains réussissent à ouvrir un bureau parmi un groupe de médecins; ils s'assurent ainsi un prestige qui n'a pas pour base la formation médicale nécessaire. Bien sûr, l'optométrie est une

partie de l'ophtalmologie; elle consiste à mesurer les erreurs de réfraction sans l'aide de médicaments. Il va de soi que cette science ne permet pas à celui qui la pratique de faire un diagnostic ou d'instituer un traitement médical, pas plus d'ailleurs qu'une infirmière ne peut ouvrir un cabinet de consultation. C'est donc une erreur de croire que l'optométriste puisse se substituer au médecin en ce qui regarde les troubles oculaires. Cette erreur, trop souvent le patient en paie la note. La première limite des optométristes c'est qu'ils ne sont pas médecins. Pour fin de publicité, ils répètent à qui veut bien l'entendre que le médecin de pratique générale ne connaît rien aux yeux et conséquemment qu'ils sont tout désignés pour le remplacer. Il est donc urgent que le praticien remédie à cette situation en accordant plus d'attention à l'examen oculaire. Il lui faut considérer l'oeil comme de son ressort et il ne doit pas reléguer cette partie de la médecine à des non-médecins; un matériel relativement restreint et de la bonne volonté suffisent pour un examen oculaire élémentaire.

En effet, tout médecin possède un ophtalmoscope, une lampe de poche et une bonne paire d'yeux! Plusieurs praticiens rétorquent que les malades ne viennent pas les consulter pour des troubles visuels. Sans doute, mais pourquoi? Tout simplement parce qu'on refuse de s'occuper de leurs ennuis oculaire; croyant souvent que le malade a besoin d'une paire de lunettes, on se refuse à les examiner sans penser qu'il y a peut-être une hémianopsie, un glaucome ou une tumeur cérébrale cachée derrière une symptomatologie visuelle vague. Et souvent ces malades tombent dans les mains de non-médecins pour leur plus grand malheur. En fait, on ne peut exiger du praticien un examen ophtalmologique complet. En résumé, tout médecin peut faire: 1) un examen externe attentif; 2) une évaluation aussi précise que possible de l'acuité visuelle; 3) une étude du fond d'oeil; 4) la recherche de la tension oculaire aux doigts; 5) une étude des réflexes pupillaires et 6) celle de la motilité oculaire. Tout le matériel exigé pour un tel examen systématique se résume en une carte d'acuité visuelle qu'on peut se procurer facilement. Cette carte permet d'évaluer suivant la fraction connue 20/20 ou 20/30 ou 20/40 et ainsi de suite jusqu'à 20/400, le numérateur indiquant la distance entre le patient et la carte (il y a des cartes pour 10 pieds) et le dénominateur indique la distance à laquelle un oeil normal verrait la même lettre. Ainsi une acuité 20/80 indique que l'oeil voit à 20 pieds une lettre qu'un oeil normal verrait à 80 pieds. Plus la frac-

tion s'éloigne de 20/20, moins la vision est bonne. Cet examen permet de dénicher les déficiences d'acuité visuelle qui peuvent mettre sur la piste d'une foule de lésions des systèmes ci-haut mentionnés.

La tension prise aux doigts permettra de savoir si le globe est trop dur; il faudra toujours redouter le glaucome chez les plus de 30 ans. Une anomalie des réflexes pupillaires n'est pas nécessairement en soi significative dans la plupart des cas; cependant, jointe à d'autres signes anormaux, elle mérite une investigation plus poussée. L'étude de la motilité oculaire se pratique en demandant au malade de bouger les yeux dans tous les quadrants afin de faire ressortir une paralysie, une parésie ou un strabisme s'il en existe. Bien entendu, il s'agit-là d'un *screening test*. Cependant, dans 95 pour cent des cas, il n'est pas fait et le patient y a droit de la part de son médecin. On pourrait approfondir bien d'autres domaines de la séméiologie oculaire, mais nous y reviendrons plus tard. Une erreur qu'il faut éviter au départ: *ne pas croire qu'une paire de lunettes est le remède à tous les malaises oculaires*; il faut donc examiner, dans la mesure où on le peut, puis, si nécessaire référer le cas à un ophtalmologiste. Les lunettes sont une forme de traitement qui demande, au préalable, un examen médical.

Tout médecin, quel qu'il soit, doit se faire un devoir impérieux de considérer l'oeil comme un organe essentiel et de lui accorder une attention particulière. Il faut se rappeler que l'être qui voit constitue un capital social indispensable. Lorsqu'on sait qu'il y a dans la province de Québec une personne aveugle sur 673, soit deux fois plus que la moyenne pour le Canada tout entier, cela donne à réfléchir. Ces aveugles ont-ils eu les soins adéquats de la part de leur médecin? Il serait difficile de l'admettre sans éprouver certains remords.

Dans un autre article, nous parlerons de sujets plus spécifiques, tels que le strabisme, les maladies systémiques à manifestations oculaires, les erreurs de réfraction, les cataractes, le glaucome, les greffes cornéennes, les exercices oculaires, etc., tout en respectant la perspective d'un médecin de pratique générale.

#### Résumé

Le présent article veut attirer l'attention sur l'examen oculaire que peuvent faire les médecins de pratique générale à leur cabinet de consultation ou à domicile. Il démontre l'importance des signes oculaires qu'on peut observer dans des ma-

ladies comme le diabète, l'hypertension et les affections cérébrales. Une mise au point est faite en ce qui regarde l'invasion du champ médical par des non-médecins. Enfin, un plan d'examen oculaire systématique est proposé aux médecins de pratique générale.

#### Summary

The present paper emphasizes the importance of the ocular examination by the general practitioner in his office or at home calls. It underlines the ocular signs that may be observed in diabetes, hypertension and cerebral diseases. Attention is focused on the invasion of the medical field by non-medical men as far as the eyes are concerned. Finally, a routine examination plan is proposed to the general practitioner.

## CORRESPONDANCE

### LETTRE DE PARIS

#### INTÉRÊT DE LA RECHERCHE DE LA NADI-RÉACTION DANS LES INFARCTUS MYOCARDIQUES ET LES RAMOLLISSEMENTS CÉRÉBRAUX.

Dans un mémoire récent présenté à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, P. Tanert et Mlle L. Balan, confirmant ainsi les importantes études sur les réactions biologiques humorales contemporaines de certaines nécroses tissulaires, ont montré l'intérêt de la Nadi-réaction pratiquée dans les urines de sujets atteints de nécrose myocardique ou cérébrale. Cette réaction qui se traduit par l'apparition d'une coloration bleue rapide et intense serait due à la libération de cytochrome oxydase, enzyme oxydant présent en grande quantité dans ces deux tissus.

La technique en est simple. Le réactif utilisé est formé de chlorure de diméthylparaphénylenediamine 0,17 gr., naphthol 0,14 gr., et d'alcool à 50° Q.S.P. 100 cm<sup>3</sup>.

On prélève à la pipette 1,5 cm<sup>3</sup> du réactif, on ajoute 1,5 cm<sup>3</sup> d'une solution de carbonate de soude à 0,25 gr. pour 100 cm<sup>3</sup>. Dans un tube à essai où l'on a déposé 10 cm<sup>3</sup> d'urine, on verse, sans agiter le mélange précédent. On opère de même sur un autre tube contenant 10 cm<sup>3</sup> d'urine d'un sujet bien portant. Car la réaction est comparative et se lit au bout de 15 à 30 minutes.

En cas de réaction positive, il se développe à la surface du liquide un bleuissement beaucoup plus rapide et beaucoup plus dense que dans les urines témoin.

Il est certaines précautions à prendre pour assurer une bonne lecture de la réaction.

Le réactif doit avoir moins de quatre jours de date. Il ne faut pas prendre pour témoin de l'eau même distillée où la réaction risque de se développer spontanément. Une certaine habitude enfin est nécessaire dans les cas où la réaction n'est pas franchement positive.

Cette réaction est positive avec une très grande fréquence dans les premiers jours d'un infarctus du myocarde: 25 fois sur 30. La précocité et l'intensité de la réaction variant dans le sens même des signes électrocardiographiques.

Il se peut que la réaction soit positive au cours d'une simple crise d'angor, sans infarctus, toutefois, sa durée est alors très courte; sa persistance par

contre, les jours suivants, doit faire redouter un infarctus que les signes électriques peuvent secondairement authentifier.

Dans les ramollissements cérébraux, la Nadi-réaction est habituellement positive les premiers jours: 15 fois sur 21. La positivité est ici encore très précoce, dure quatre à cinq jours, pour diminuer ensuite et disparaître. Dans les mêmes conditions, la Nadi-réaction est négative dans le liquide céphalo rachidien.

Chez les sujets bien portants, la réaction a été négative 45 fois sur 47, douteuse seulement dans deux cas.

Il est intéressant de noter que la Nadi-réaction recherchée sur 150 malades, tout venant d'un service de médecine générale s'est toujours révélée pratiquement négative dans l'infarctus pulmonaire, l'asystolie chronique, les hémorragies méningées, les métastases cérébrales, en dehors des formes avec ramollissement cérébral associé, les cirrhoses, les comas hépatiques mêmes.

L'interprétation de ces faits repose sur la notion théorique que la plupart des tissus donne la réaction du bleu d'indonaphtol, et que la substance cérébrale et le muscle cardiaque sont, à cet égard, des tissus très riches en cytochrome oxydase.

Le ferment mis en évidence dans les urines ne peut guère correspondre qu'à un catalyseur d'oxydation, une oxydase. Ce ferment pourtant est thermostable; d'autrepart, l'eau distillée ou même bi-distillée, est capable de donner une Nadi-réaction positive.

Cette dernière réaction s'effectue dans la masse même du liquide, elle serait liée à l'oxydation rapide du réactif par l'oxygène dissous dans l'eau. On sait en effet que les urines sont moins oxygénées que l'eau et ce serait à cette pauvreté des urines en oxygène qu'il faudrait rapporter la lenteur et le peu d'intensité de la réaction au réactif Nadi dans les urines normales.

La Nadi-réaction représente donc au cours de l'infarctus du myocarde un des tests permettant de mettre en évidence la présence dans les urines d'un ferment oxydant.

La pyrocatechine est également un réactif sensible dont la couleur est plus pâle que celle donnée par la réaction Nadi-positive et qui peut se pré-

ter au test suivant: des lanières de papier filtre, sans cendre, sont imprégnées d'une solution de pyrocatéchine à 10 % et séchées à l'étuve. Plongées rapidement dans l'urine à examiner, elles sont mises ensuite à sécher complètement.

Une réaction positive se traduit par une coloration rose de toute la surface du papier virant au mauve par un séchage prolongé. Cette réaction, négative dans six ramollissements cérébraux, s'est montrée positive dans trois infarctus de myocarde.

La discussion demeure sans doute sur la nature même et l'origine du ferment en cause. On sait que la Nadi-réaction est donnée pratiquement directement par les extraits alcalins de substance cérébrale. Dans les ramollissements récents, la réaction est aussi positive que dans l'extrait de tissu sain. Dans les ramollissements anciens, la réaction est moins positive.

Dans les infarctus du myocarde, les extraits alcalins faits dans les urines négatives, pauvres en oxygène, se sont montrés plus nadi-positifs qu'avec le myocarde sain.

Pour donner à cette réaction son maximum d'intérêt, il faut, selon les auteurs, préciser certains points. Lors d'une réaction douteuse: égalité de teinte presque complète entre les deux tubes, on peut recommencer en dissolvant d'abord dans chacun des tubes une petite pincée (0,05 gr.) de pyrocatéchine. Les urines positives donneront alors une réaction beaucoup plus rapide et plus intense.

On confirmera cette réaction en prenant 10 cm<sup>3</sup> d'urine du malade, 10 cm<sup>3</sup> d'urine témoin et en ajoutant 0gr. 20 d'acide ascorbique en nature et 0gr. 05 de pyrocatéchine. Après dissolution, on fait la Nadi-réaction dans ces deux tubes, les urines positives donneront un bleuissement plus rapide.

Dans certains cas, les urines du malade ne bleussent pas du tout, alors que les urines du témoin ont déjà bleui. Ce qui semble bien être en rapport avec l'existence d'un inhibiteur de la réaction dans les urines en cause. On recommencera alors la réaction en dissolvant dans chacun des deux tubes 0,15 gr. de carbonate d'éthyl. Le bleuissement plus rapide des urines du malade témoigne d'une réaction positive.

La réaction peut être fausement positive dans des urines trop aqueuses, on versera dans deux tubes d'urine du malade 1 cm<sup>3</sup> d'une solution fraîche de pyrocatéchine à 5 % en recouvrant l'un des tubes d'une couche de parafine. En cas de réaction positive, la surface du tube sans parafine se colore en rose tandis que sous huile de parafine il n'y a pas encore de coloration une heure après.

Ainsi, l'on peut conclure qu'au cours de l'infarctus du myocarde, la Nadi-réaction est le plus souvent positive pendant les trois premiers jours, elle perd ensuite de son intensité et devient négative vers le cinquième jour. Dans l'angine de poitrine, elle n'est positive que pendant quelques heures, sa prolongation doit faire craindre un infarctus.

Dans le ramollissement cérébral, la réaction est également positive dans les premiers jours seulement, par contre, elle s'est montrée négative dans quatre cas sur six d'hémorragie cérébrale, et dans sept cas sur sept d'hémorragie méningée.

Il nous paraît donc intéressant de signaler cette réaction biologique qui s'ajoute à celles déjà étudiées au cours de l'infarctus du myocarde, et qui, par sa simplicité et la valeur des bases théoriques sur lesquelles elle repose, est susceptible d'orienter utilement le clinicien.

Maurice PESTEL

## 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

M. DEROT, J. GUEDON, G. TCHOBROUTSKY et M. LEGRAIN:  
**Les hypertension artérielles avec hypokaliémie.** "La Presse Médicale", 70: 4 (6 janv.) 1962.

Les auteurs ci-dessus mentionnés envisagent, dans une étude détaillée en se basant sur les divers cas glanés dans la littérature médicale et leurs propres cas, les aspects les plus variés de cette question d'actualité.

I. L'étiologie: certaines causes ne sont en rien propres aux hypertendus. Ce sont la carence d'apport; les pertes de potassium par voie digestive; les pertes de potassium par voie urinaire, par les diurétiques; l'administration des corticoïdes. Pratiquement, ce sont les causes les plus fréquentes.

Il est des cas où hypertension et hypokaliémie ont entre elles des liens qui tiennent à une cause commune. Ex: les pyélonéphrites chroniques par atteinte tubulaire. Ici l'hypokaliémie est associée à une alcalose urinaire et à une acidose sanguine. Il en est de même du syndrome de Cushing. L'hyperaldostéronisme primaire ou le Syndrome de Conn avec son cortège classique: hypertension artérielle permanente, évoluant depuis des années, des céphalées, l'asthénie, les crises parétiques avec dérobement des jambes, des urines abondantes de faible densité au pH neutre ou alcalin, l'hypokaliémie avec alcalose métabolique. Souvent une protéinurie. L'absence d'œdème, la difficulté de la recharge en potassium et l'hyperaldostéronurie achèvent de caractériser l'affection. Il existe également une hypertension avec syndrome d'hyperaldostéronisme clinique et biologique dont le point de départ est hors de la surrenale, en rapport avec une lésion rénale unilatérale. L'observation de Dérot et coll. permet de préciser certains points: le rein inschémié ne semble pas à l'origine de la fuite de potassium et de protéine, le rein contro-latéral responsable de toutes les anomalies urinaires ne présente pas de lésions tubulaires de néphropathie hypokaliémique.

Certaines hypertension dites essentielles s'accompagnent d'hypokaliémie. L'abaissement de la kaliémie s'accompagne d'une alcalose métabolique.

II. La physio-pathologie: l'existence d'une part du syndrome de Conn et d'autre part d'une hypokaliémie dans le cadre de l'hypertension dite essentielle a poussé les chercheurs vers l'étude de la sécrétion de l'aldostérone chez les hypertendus. Le premier, Genest, montre dans une série de travaux qu'il existe une hyperaldostéronisme urinaire dans toutes les formes d'hypertension. L'interprétation de cette hyperaldostéronurie chez les hypertendus doit être prudente car la sécrétion quotidienne d'aldostérone varie en fonction du bilan sodé et potassique. Laragh trouve une étroite corrélation entre l'hyperproduction d'aldostérone et les troubles du métabolisme électrolytique avec fuite urinaire du potassium.

Pour Conn l'hyperaldostéronisme est responsable de l'hypertension artérielle et le cadre de cette maladie, curable par l'ablation d'un adénome, doit être élargi. Mais les constatations anatomiques faites lors des interventions, semblent freiner l'enthousiasme. Si bien que beaucoup d'arguments plaident pour la nature secondaire de l'hyperaldostéronisme dans l'hypertension artérielle. Finalement le schéma pathogénique de Laragh semble prévaloir: augmentation des taux sanguins de rénine et d'angiotensine expliquant l'hypersecretion d'aldostérone.

III. La conduite à tenir: le dosage du K sérique, l'alcalose, le dosage du K urinaire, le test de surcharge sel, l'épreuve thérapeutique par les antialdostérones de synthèse.

M. KALUDI.

Jerome G. PORUSH, Abner J. DELMAN et Martin M. FEUER:  
**Ictère idiopathique chronique avec biopsie hépatique normale.** (*Chronic Idiopathic Jaundice with Normal Liver Histology.*) "Arch. of Int. Med.", 109: 302 (mars) 1962.

Ces dernières années de nombreuses publications ont rapporté de nombreux cas d'hyperbilirubinémie familiale, non hémolytiques et sans obstruction.

Grosso modo, on peut les diviser en deux groupes: a) les cas où la bilirubine élevée est du type nonconjugué (indirecte), donc ne passant pas dans les urines. A l'exemple de Gilbert, qui fut le premier à la décrire, plusieurs cas ont été publiés;

b) le deuxième groupe se compose de malades présentant des niveaux élevés de bilirubine sérique conjuguée et nonconjuguée. Ces patients ont souvent de la bilirubiurie.

C'est dans cette catégorie que se place le syndrome de Dubin, Johnson, Sprinz et Nelson, découvert en 1948 et connu depuis sous le vocable de Syndrome de Dubin-Johnson. L'étude histologique met en évidence la présence de l'accumulation d'un pigment spécial semblable au lipochrome. Rotor a l'occasion de décrire un syndrome, qui porte actuellement son nom, caractérisé par une élévation du taux de la bilirubine directe, ressemblant au syndrome de Dubin-Johnson mais sans accumulation de pigment. Ainsi, les trois auteurs rapportent un cas de syndrome de Rotor, le neuvième de la littérature, découvert chez un malade italien de 40 ans et atteint d'ictère dès l'âge de sept ans. Les découvertes majeures furent la bilirubinémie élevée, conjuguée et nonconjuguée; la bilirubinurie; la rétention accusée de la B.S.P.; l'imprégnation de la vésicule biliaire par les substances radiopaques et une architecture hépatique normale sans accumulation de pigment.

La similitude des deux syndromes ne leur échappe pas; une discussion est entamée et ils concluent en nous disant que dans ces syndromes il semble exister une perturbation de la fonction excrétrice du foie due à un défaut congénital de l'activité enzymatique.

Une place importante est consacrée aux idées régnantes sur le métabolisme de la bilirubine. Ceci amène les trois auteurs à fournir certaines notions assez souvent oubliées sur le syndrome de Crigler-Najjar, sur la maladie de Gilbert, sur l'ictère physiologique du nouveau-né et sur l'hyperbilirubinémie familiale transitoire.

M. KALUDI.

R. WELSH, J. STRONG, H. MCGILL, Jr.: **Goitre colloïde et athérosclérose.** (*Colloid Goiter and Atherosclerosis.*) "Circulation", 24: 777 (oct.) 1961.

Chez l'animal expérimental, il semble exister une relation bien évidente entre l'hypothyroïdie et la sévérité de l'athérosclérose. Par contre, malgré les affirmations classiques, il n'est pas suffisamment confirmé que chez l'homme l'hypothyroïdie vienne aggraver la sévérité de l'athérosclérose. Quelques rapports substantiels provenant de différentes régions goitrigènes conduisent à des conclusions tout à fait contradictoires.

Lors de 453 autopsies pratiquées dans une région goitrigène du New Orleans, les auteurs confrontèrent d'une part le degré d'athérosclérose aortique

et coronarienne et d'autre part l'état de la glande thyroïde. De cette analyse, il ne ressort aucune relation entre le goitre colloïde et le degré d'athérosclérose. Egalement dans les pourcentages de mort par athérosclérose, il ne prévaut aucune différence entre les patients porteurs d'un goitre et les états euthyroïdiens.

Comme une étude semblable en Finlande favorise une forte association entre les deux maladies, les auteurs suggèrent l'analyse de régions différentes. Il est possible qu'un goitre diffère en ses manifestations fonctionnelles selon les territoires géographiques étudiés.

B. DUMAIS.

#### CHIRURGIE

U. GUEVARA, H. GREENBERG et A. J. HERTZOG: **Blessure traumatique du coeur à la suite de massage cardiaque.** (*Traumatic damage to the heart from cardiac massage.*) "Surgery", 51: 211-215 (fév.) 1962.

La fréquence des arrêts cardiaques augmente à mesure que les risques opératoires semblent s'améliorer, depuis surtout que la chirurgie et l'anesthésie permettent les interventions directes sur le coeur et les gros vaisseaux.

Le massage cardiaque, l'usage du « pace maker » cardiaque et l'emploi du défibrillateur électrique trouvent des indications impératives de jour en jour croissantes.

La faillite de la ressuscitation est reprochée à une lésion cérébrale irréversible ou à une maladie cardiaque sous-jacente; rarement le dommage fait au myocarde par un massage cardiaque à thorax ouvert a été retenu comme une cause de mort.

Les auteurs, qui sont des pathologistes, basent leurs constatations sur 28 autopsies faites à Touro Infirmary de 12 enfants et de 16 adultes décédés après un arrêt cardiaque; sauf un, tous ces cas ont subi l'arrêt cardiaque, alors qu'anesthésiés et opérés et ils ont été soumis à la ressuscitation cardio-respiratoire par thoracotomie et massage cardiaque direct.

Le coeur de neuf des douze enfants montrait des signes évidents de traumatisme: contusions et surfaces épicaudiques ecchymotiques diffuses, myocarde sombre et hémorragique.

Le coeur des enfants qui ont eu des injections intra-cardiaques décelait souvent des hémorragies à la surface du coeur au lieu même de la piqûre.

Le coeur des adultes, dont l'âge variait de 19 à 78 ans, montrait à l'autopsie des lésions moindres que celles présentées dans le coeur des enfants; six sur seize cas portaient des signes d'hémorragie;

quatre avaient une hémorragie étendue de la cloison interventriculaire; un cas avait une hémorragie du myocarde plus étendue que la lésion habituelle rencontrée dans l'infarctus récent; 12 sur 16 des cas avaient des lésions bilatérales d'atélectasie pulmonaire; six avaient un épanchement pleural; six avaient des signes de broncho-pneumonie; cinq présentaient des sécrétions muco-hémorragiques dans les petites bronches.

Les auteurs attirent l'attention sur les lésions graves qu'entraîne le massage cardiaque direct par thoracotomie et ils n'hésitent pas à recommander le choix d'une méthode de ressuscitation moins traumatique, telle que le massage externe à thorax fermé préconisé par Kouwenhover, Jude et Knickerbocker; cette technique s'impose avant tout chez les nourrissons, les enfants de tout âge et chez les porteurs d'infarctus du myocarde.

Edouard DESJARDINS.

G. L. WATKINS: **L'apoplexie abdominale.** (*Abdominal Apoplexy.*) "Ann. of Surgery", **155**: 153-160 (janv.) 1962.

L'apoplexie abdominale est un accident vasculaire rare qui apparaît surtout chez les hypertendus du sexe masculin. Watkins en a relevé 38 cas dans la littérature et il apporte dans son article la contribution de deux cas personnels.

L'expression « apoplexie abdominale » découle de la ressemblance de ce syndrome avec l'hémorragie spontanée rencontrée dans l'apoplexie cérébrale.

Les causes de cette hémorragie intra-abdominale, intra-mésentérique ou intra-mésocolique sont obscures, exception faite de la pancréatite aiguë hémorragique, des ruptures génitales, des anévrysmes rupturés, des lésions traumatiques abdominales.

Les cas publiés accusent des lésions variées: hématome de l'artère gastrique gauche, de l'artère gastrique droite, de la colique droite, de la mésentérique supérieure, de la colique moyenne, de l'iléocolique, de l'artère splénique ou de la gastro-épiploïque; l'origine du sang libre dans l'abdomen est demeurée inconnue dans douze cas sur 38.

L'apoplexie abdominale apparaît dans 70 % des cas chez des hommes d'âge variant de 14 à 83 ans, avec une bonne moitié appartenant à la cinquantaine ou à la soixantaine; l'hypertension artérielle et l'artériosclérose jouent un rôle prédisposant indéniable.

Le début du syndrome varie avec les cas; il s'agit le plus souvent de l'apparition subite d'une douleur vive qui augmente rapidement avec état de choc concomitant et à l'opération on retrouve chez ces

malades une grande quantité de sang libre dans l'abdomen; un second groupe présente des signes prémonitoires: douleurs abdominales d'abord vives, puis amenuisées; l'évolution est moins rapide et elle procède par étapes; après une rémission de quelques jours, réapparition de la douleur, avec choc cette fois; à l'opération, quantité considérable de sang libre et avec hématome intramésentérique.

Le troisième tableau de ces patients qui saignent en quantité moindre et présentent des douleurs abdominales graduellement décroissantes, porte au diagnostic d'appendicite aiguë ou d'iléite que l'opération révèle comme faux.

Trois images cliniques différentes peuvent donc se rencontrer dans l'apoplexie abdominale.

Le diagnostic clinique pose l'indication opératoire; l'intervention doit être faite précocement et consiste en une exploration minutieuse de tout l'abdomen en vue de rechercher le vaisseau qui saigne pour en faire la ligature.

Edouard DESJARDINS.

T. W. JONES et K. A. MERENDINO: **L'artère épigastrique profonde: le syndrome du grand droit.** (*The deep epigastric artery: rectus muscle syndrome.*) "Amer. J. of Surg.", **103**: 159-169 (février) 1962.

L'hématome du grand droit dû à une hémorragie venant de l'artère épigastrique profonde semble avoir été connu de longue date.

Les auteurs en ont observé récemment quatre cas au King County Hospital de Seattle; ce qui leur a fourni l'occasion de publier une excellente revue générale de la question.

L'aspect anatomique, le premier abordé, est important à connaître, car le muscle grand droit se contracte avec moins de vigueur chez les multipares, les obèses et les ascitiques et il est par conséquent plus exposé aux hémorragies de l'artère épigastrique inférieure.

Les cas rencontrés par les auteurs étaient un homme de 53 ans qui souffrait depuis une semaine de broncho-pneumonie avec toux violente, une femme de 73 ans artério-scléreuse et grabataire, une femme de 87 ans artério-scléreuse et hypertendue avec sténose aortique et défaillance cardiaque et un homme de 56 ans cardiaque reconnu depuis six ans, chez qui des signes de thrombo-phlébite avaient conduit les médecins à prescrire des anticoagulants.

Les uns et les autres ont été opérés avec le diagnostic d'abdomen aigu: douleur vive, masse localisée, défense musculaire, nausées, vomissements; la laparotomie a montré chez tous la présence d'un hématome du grand droit.

Le muscle était parfois déchiré sans lésion vasculaire ou rupturé avec lésion de l'artère ou de la veine épigastrique; dans d'autres cas, il y a eu déchirure veineuse ou artérielle sans lésion musculaire.

Les causes prédisposantes de cet hématome sont l'anticoagulothérapie, les maladies débilitantes, l'artério-sclérose, la grossesse, le travail, la période puerpérale, l'ascite, l'anévrisme de l'aorte ou les tumeurs abdominales. Il existe des cas toutefois qui apparaissent spontanément, sans étiologie connue.

L'évolution clinique est rapide et se déroule à la façon de toutes les affections abdominales aiguës: douleur violente qui augmente avec les heures, température élevée, pouls et respiration augmentées dans leur rythme, hyperleucocytose, masse palpable douloureuse qui apparaît habituellement dans le quadrant inférieur droit, parfois dans le quadrant inférieur gauche, dans celui de droite en haut, tantôt dans toute la moitié inférieure ou dans toute la moitié supérieure de l'abdomen.

L'ecchymose cutanée n'apparaît que le troisième ou quatrième jour.

Le diagnostic radiologique oriente vers une masse appartenant aux parties molles; l'aspiration de la tumeur indique la présence de sang.

Le traitement est chirurgical: il signe le diagnostic sans équivoque; l'opération permet de faire l'hémostase et de réparer la rupture musculaire.

L'hématome du grand droit survient le plus souvent à l'occasion d'un effort brusque ou à la suite d'une toux opiniâtre; ce fut le cas d'une de nos malades qui fut opérée d'urgence sous l'impression clinique d'une cholécystite aiguë et qui, en fait, présentait une hémorragie abondante de l'artère épigastrique profonde.

Edouard DESJARDINS.

#### PNEUMOLOGIE

G. DE REN, J. P. GRILLAT, A. SIMON, D. MEXER, G. SIMON: **Place des sulfamides hypoglycémiantes dans le traitement des tuberculeux diabétiques.** "Revue de la Tuberculose" et de Pneumologie", 24: 1380 (déc.) 1960.

Il s'agit de malades souffrant de diabète et de tuberculose associés. Cette étude a été faite uniquement chez des femmes ayant 45 à 75 ans. Au point de vue diabétique, ces malades étaient d'abord des tuberculeuses. La découverte du diabète a été constatée au cours de l'hospitalisation.

Dans 50 % des cas environ, c'était plutôt des malades hyperglycémiques (glycémie entre 1 gr. 20 à 2 gr.) plutôt que de véritables diabétiques. Comme

traitement antidiabétique, on les avait placées à un régime hypoglycémique, mais plutôt mal suivi, mal observé. Mais dans les autres cinquante pour-cent, c'était de véritables diabétiques (glycémie supérieure à 2 gr. même jusqu'à 4 gr). L'insulinothérapie était pratiquée.

Comment la tuberculose est apparue chez ces malades? Par des signes généraux caractérisés par de l'asthme, de l'amaigrissement, de la fièvre plus ou moins élevée. Il a été exceptionnel qu'un coma diabétique ait nécessité l'hospitalisation permettant la découverte d'une tuberculose pulmonaire évolutive.

Comment s'est présentée cette tuberculose évolutive? On a été témoin d'une forme inflammatoire intense: sédimentation très augmentée avec hyperfibrinémie. Quelle thérapeutique a été appliquée? On a employé les trois antibiotiques classiques d'une façon intense. On a ajouté la thérapeutique en préférant les sulfamides hypoglycémiantes.

Les doses ont été variables surtout si les malades avaient été soumises à une thérapeutique antérieurement insulinique. Les auteurs ont toujours eu l'idée de supprimer aussi vite que possible l'insuline. Seuls les cas de diabète instable ont dû être traités par les sulfamides et les injections régulières d'insuline.

Il a semblé que les sulfamides ont agi mieux chez des malades souffrant des deux affections plutôt que de diabète seulement. L'état clinique et les images radiologiques se sont améliorés d'une façon spectaculaire telle que la condition pulmonaire qui s'est plus vite améliorée que le diabète. Les auteurs ont pensé qu'« une action de synergie médicamenteuse réciproque » est possible et que « les sulfamides hypoglycémiantes accentuent l'efficacité antibiotique du P.A.S. et, inversement, que le P.A.S. accentue aussi le pouvoir de régulation glucidique de ces sulfamides hypoglycémiantes ». C'est une opinion que les auteurs s'empressent d'émettre devant ce fait qu'il existerait une parenté clinique entre ces sulfamides hypoglycémiantes et le P.A.S.

Une conclusion s'impose devant ces résultats: les sulfamides hypoglycémiantes ont été d'une efficacité remarquable chez ces tuberculeuses ainsi traitées.

Enfin, les auteurs ajoutent qu'ils ont soumis leurs malades à une thérapeutique héparinique en injections intra-veineuses quotidiennes.

Paul-René ARCHAMBAULT.

GASTRO-ENTEROLOGIE

A. CZYZYK et J. CAROLI: **Amylose hépatique primaire.**  
"Rev. Intern. Hépat.", 11: 589 (juillet) 1961.

L'amylose hépatique appartient à deux chapitres bien distincts. L'amylose hépatique secondaire est la plus anciennement connue. Sa fréquence a diminué avec celle de la tuberculose et des suppurations incurables; toutefois deux formes étiologiques (le myélome et la polyarthrite amylogènes) ont donné un regain à ce chapitre de pathologie. D'autre part, l'amylose hépatique primaire semble plus fréquente que ne l'avait laissé prévoir Lubarsch.

A l'occasion de 6 observation personnelles, les auteurs parlent surtout des syndromes cliniques, des problèmes diagnostiques, thérapeutiques posés par l'amylose hépatique primitive, utilisant ce terme pour « désigner tous les cas où la maladie, par ailleurs à peu près latente, se manifeste avant tout et surtout par une hépatomégalie progressive atteignant souvent une dimension énorme qu'aucune autre circonstance étiologique n'explique ».

Dans tous les cas, la symptomatologie clinique évolutive se rapproche de celle des néoplasies primitives du foie: anorexie, amaigrissement, asthénie, douleurs.

La symptomatologie physique se réduit à une hépatomégalie qui se constitue rapidement. Il s'agit d'un foie énorme, généralement lisse, indolore au palper, de consistance ferme, élastique sans avoir la dureté qui caractérise les néoplasmes.

En réalité, le diagnostic est anatomique. La laparoscopie a une valeur d'orientation précieuse: la teinte claire du foie, tirant sur le rose, éventuellement couleur lilas, est un indice fondamental. La ponction-biopsie est la pièce de touche du diagnostic; il est connu que la propriété tinctoriale essentielle de la substance amyloïde est la mé-tachromasie.

Le diagramme biologique révèle la faillite des tests de floculation, mais la supériorité et la sensibilité de la B.S.P.

Le protéinogramme n'est pas uniforme, en dehors d'une hyperprotidémie. La principale modification consiste en une augmentation des macroglobulines, globulines normales, des groupes alpha-2 ou bêta-2. Dans une observation, le protéinogramme présentait seulement une augmentation des gamma-globulines. Ces gammaglobulines étaient anormales, mais sans aucune référence, ni biologique ni histologique, à un myélome.

D'autres examens ont orienté l'étude des observations vers la recherche d'un myélome. Tout au plus ont-ils révélé des modifications traduisant une

certaine atteinte des plasmocytes, mais loin de ce que l'on observe dans les myélomes.

La gammagraphie hépatique a confirmé les images histologiques, montrant que les troubles ont un siège extra-cellulaire, qu'il existe une légère altération du fonctionnement de l'hépatocyte.

Le traitement efficace de l'amylose hépatique ne semble pas exister. Les auteurs insistent sur quelques effets thérapeutiques concernant l'amélioration de l'état général. Actuellement, ils appliquent un traitement médical associant: la pyridoxine, la viobin (hydrolisat pulvérisé de foie total), et les antibiotiques à haute dose. Le recul n'est pas suffisant pour une opinion définitive.

Un deuxième article étudiera les signes électro-niques de l'amylose hépatique humaine et expérimentale. Ce travail paraîtra dans la Rev. Intern. hépat., 1962, tome 12, no 2.

Cecil GENDREAU.

NEUROLOGIE

K. ANDERMAN, S. BERMAN, P. COOKE, J. DICKSON, H. GASTANT, A. KENNEDY, J. MARGERISON, D. A. POND, J. P. M. TEZARD, E. G. WALSH: **L'épilepsie intentionnelle.** (*Self-Induced Epilepsy.*) "Arch. of Neurology", 6: 49-65 (janv.) 1962.

L'existence de l'épilepsie photogénique est reconnue depuis longtemps. Mais ce n'est que récemment qu'on a découvert son emploi intentionnel pour induire une crise. L'épilepsie intentionnelle est très rare: 31 cas seulement ont été rapportés. Les auteurs en ont observé 21 cas.

Le sexe féminin prédomine, soit 12 filles, 7 garçons et 2 non identifiés. Il pourrait exister un facteur hormonal; mais d'autre part, la coiffure féminine donne plus d'occasions de découvrir accidentellement les effets lumineux.

L'âge d'apparition, de 11.2 ans en moyenne, varie de 5 à 22 ans. Plus de la moitié présente un développement retardé et une intelligence sous la normale, ce qui peut être dû à la fréquence des crises. Parfois il est à se demander s'ils ne sont pas en état de mal continu. Seulement 2 patients ont une intelligence au-dessus de la normale: ils ont moins de crises et, curieusement, tous deux sont mâles. Enfin, deux ont une lésion cérébrale importante: hydro-céphalie et atrophie globale de l'hémisphère gauche.

Le type de crise présentée inclut petit mal, grand mal, myoclonies, confusion, chutes, épisodes caractériels. Seuls 4 patients n'ont qu'un type de crise; 10 en ont 2, 4 en ont 3 et 2 en ont 4. Le petit mal est le plus fréquent, soit chez 16 patients. Le grand mal est rare: seuls 8 patients en ont présenté quel-

ques épisodes. Au point de vue conscience, il y a perte complète chez les patients et observation d'intensité variable chez 11 autres. Quant à la fréquence des crises, 9 en présentent plusieurs par jour, 2 moins de une par jour et, chez 6 autres, le nombre de crises varie selon l'abondance des stimuli disponibles.

La méthode la plus employée pour produire une crise consiste à agiter devant ses yeux sa main, doigts écartés. Une lumière vive peut être ou ne pas être indispensable. Les autres moyens sont de sauter, bouger la tête, cligner des yeux, fixer un fin quadrillé, passer de l'ombre à la lumière. Quinze enfants n'emploient qu'une seule méthode. Trois s'en servent de 2 et deux de 3 moyens différents.

Pourquoi ces patients s'induisent-ils en état de crise? Leurs réponses sont vagues, souvent évasives. Chez plusieurs, c'est une habitude dont ils ne peuvent se défaire et dont certains ont honte. D'autres se servent de leurs crises pour se sortir de situations difficiles, pour obtenir quelque chose, pour punir leurs parents. Enfin d'autres, sans aimer faire des crises, tirent une certaine jouissance de la lumière scintillante.

A l'EEG, l'activité alpha, thêta et bêta n'est aucunement caractéristique. Tous présentent des points souvent associés à des ondes lentes rythmiques, soit spontanément, soit à la stimulation lumineuse. 70 % présentent des polypointes typiques. Il semble que les pointes soient plus rapprochées les unes des autres et leur durée plus courte dans l'épilepsie intentionnelle que dans l'épilepsie photogénique habituelle. En plus, les épileptiques intentionnels sont sensibles à un très large champ de fréquence de lumière stroboscopique. Un des patients réagit aux fréquences variant de 4 à 32 par seconde. On a démontré la possibilité de réponse à une fréquence au-delà de 50.

L'épilepsie intentionnelle est donc engendrée à la fois par une très forte sensibilité à la lumière et par une motivation encore obscure. Le tout peut expliquer la rareté de l'affection et aussi les difficultés du traitement, car probablement le patient ne tient pas à être guéri. En plus, on ne connaît pas encore de médicaments qui réduisent la sensibilité à la lumière. On suggère les anticonvulsivants du groupe des diones seuls ou associés ou soit des verres teintés.

Terminons en disant que cette épilepsie n'est pas un réflexe simple, ni un réflexe conditionné. Certains auteurs se sont déjà demandés si l'épilepsie intentionnelle pouvait se provoquer autrement que

par la vision. Dans aucun cas, on n'a pu induire de crise dans l'obscurité ou par le toucher. Cependant, il est bien possible que les mécanismes oculomoteurs jouent un rôle dans la production de cette épilepsie.

Pierre C. DAVID.

G. ARNOULD, J. LEPOIRE, B. PIERSON et D. BARRUCAND:  
**Les méningiomes malins.** "Rev. Neurologique", 105: 469-479 (décembre) 1961.

Il existe au niveau des méninges des tumeurs bénignes ou méningiomes et des tumeurs malignes et parmi ces dernières les méningiomes malins et les sarcomes primitifs des méninges. La littérature contient une quarantaine d'observations de ces « méningiomes malignisés » où l'on peut affirmer aussi bien la bénignité primitive que la malignité secondaire à la fois locale se manifestant par l'invasion du cerveau et générale déterminant alors des métastases par ordre préférentiel au niveau du poumon, du foie, du rein.

Les auteurs exposent une observation analogue:

Un homme de 34 ans se présente en 1958 pour cervico-brachialgies bilatérales prédominant à gauche et paraparésie spasmodique; donc compression de la moelle cervicale. Le L.C.R. contient 180 mg. d'albumine et le lipiodol intra-rachidien bloque à C6-C7. L'intervention découvre un méningiome et on l'extirpe en totalité. Il s'agit d'un méningiome méningothéliomateux sans signe histologique suspect de malignité.

Le patient revint en 1959, un an plus tard, pour réapparition de ses signes fonctionnels. Le L.C.R. contient 320 mg. d'albumine et le lipiodol bloque encore à C6. L'intervention révèle une masse tumorale s'étendant en plaque très loin vers le haut et vers le bas, inextirpable. L'examen histologique met en évidence des noyaux présentant des atypies structurales assez prononcées dont le caractère de malignité ne peut toutefois être assuré. On traite le patient par radiothérapie.

Un an plus tard, en 1960, le patient est revu. Le membre supérieur gauche est amyotrophié, aréflexique, impotent. On note une discrète voussure latéro-cervicale gauche sensible à la pression. Le L.C.R. contient 256 mg. d'albumine. Les clichés de la colonne cervicale montre des images d'ostéolyse importante au niveau de C5-C6 et C7. Le traitement radiothérapique est repris.

Enfin, 6 mois plus tard, le patient est réhospitalisé pour une impotence complète brutale des 2 membres inférieurs. La tuméfaction cervicale a considérablement grossi et est douloureuse. On re-

trouve l'hyperalbuminorachie à 390 mg. et l'ostéolyse cervicale. On découvre aux poumons des opacités arrondies volumineuses bilatérales et des fractures de côtes. Le malade décède après une intervention palliative de décompression. L'examen histologique des tissus prélevés montre en bordure l'aspect méningo-théliomateux ancien et au centre des cellules épithéliales à cytoplasme clair, à noyaux polymorphes souvent mitotiques, hyperchromatiques, fortement nucléolés et présentant des formes de dégénérescence pycnotique. Bref, un méningiome malin.

Le diagnostic de malignité des méningiomes se heurte à des difficultés. On connaît certes les méningio-sarcomes d'emblée malins, mais l'affirmation de passage à la malignité d'un méningiome est plus problématique. Les anomalies histologiques ne s'accompagnent pas nécessairement de dégénérescence visible sur le plan clinique. L'histologie ne peut distinguer entre méningiomes cliniquement bénins et cliniquement malins et toute prévision est hasardeuse. On ne devrait donc parler de méningiomes malins qu'à propos de tumeurs qui sont histologiquement et cliniquement malignes.

Si des images atypiques à un premier examen ne suffisent pas à affirmer ou à prévoir la malignité, les modifications successives au sein d'une même tumeur, des aspects histologiques permettent des déductions cliniques valables.

L'extension locale n'est pas en soi un caractère de malignité. Si on observe non l'hyperostose habituelle, mais l'ostéolyse, la suspicion doit naître. Le doute s'implante si la tumeur se développe rapidement pour prendre une consistance dure et se révéler douloureuse. Enfin les métastases authentifient le méningiome malin.

Pierre C. DAVID.

H. M. ASKENASY, I. Z. KOSARY et J. BRAHAM: **Thrombose du sinus longitudinal: diagnostic fait par l'artériographie carotidienne.** (*Thrombosis of the longitudinal sinus. Diagnosis by carotid angiography.*) "Neurology", 12: 288 (avril) 1962.

La thrombose du sinus longitudinal supérieur ou de ses branches principales est rarement diagnostiquée durant la vie du malade et si elle l'est, c'est purement sur une base d'exclusion. L'aspect clinique n'est pas systématisé et comprend des paralysies des troubles du langage, des altérations de la conscience ou encore des accès convulsifs. L'évolution est aiguë ou insidieuse et peut comprendre des améliorations transitoires ou des épisodes de détérioration; la marche de la maladie est cependant et habituellement progressive et fatale.

Une histoire d'infection ou de traumatisme crânien permet de soupçonner cette condition, mais le diagnostic final n'est souvent énoncé qu'à l'autopsie. Certains auteurs ont déjà affirmé l'utilité de l'artériographie carotidienne dont la phase veineuse pouvait préciser le diagnostic.

Dans cet article, l'on présente 3 cas de cette affection avec conformations anatomiques. La première présentation consiste en l'histoire d'un jeune homme de 26 ans frappé au vertex lors d'une joute de « football ». Il n'accusa pas de signes ni symptômes immédiats et put continuer la partie. Le lendemain, apparurent une hémiparésie gauche et un état confusionnel de légère intensité. A l'examen, il était parfaitement conscient bien que lent à répondre aux questions. La seule constatation par ailleurs fut une faiblesse de son hémicorps gauche, plus marquée au membre supérieur. Pas de fièvre, pouls à 70 par minute et pression artérielle à 120/75. L'E.E.G. montra des évidences de souffrance cérébrale diffuse, plus marquée sur les dérivations temporales à droite. L'on crut à la possibilité d'un hématome intra-cranien post-traumatique et l'on pratiqua une trépanation bilatérale qui ne montra pas d'évidence d'hématome épi ou sous-dural. Cette intervention améliora son état confusionnel, mais n'altéra pas l'hémiparésie. Des E.E.G. furent répétés à plusieurs reprises qui montrèrent un rythme de fond adéquat fréquemment remplacé sur les dérivations antérieures par des ondes lentes irrégulières de haut voltage à 3 cycles par seconde habituellement bilatérales mais prédominantes sur la région temporale antérieure droite. Un pneumoencéphalogramme s'avéra normal; il en fut ainsi du L.C.R. On nota une leucocytose à 18,000 dans le sang périphérique; 80 % de ces éléments étaient des polynucléaires. Trois semaines après l'admission, le patient présenta plusieurs crises convulsives majeures après lesquelles il devint comateux et complètement hémiparétique à droite, tout en conservant son hémiparésie gauche. D'autres E.E.G. réaffirmèrent une souffrance temporale à droite.

Une artériographie carotidienne gauche fut pratiquée. La phase artérielle fut normale mais, au phlébogramme, les veines corticales et les principaux sinus duremériens ne furent pas injectés; ceci fut attribué à une thrombose de ces vaisseaux. Le patient décéda peu de temps après. A l'autopsie, l'on nota une thrombose des sinus longitudinale et latérale ainsi que de leurs veines tributaires avec un ramollissement bilatéral des 2 hémisphères cérébraux.

Le deuxième cas est celui d'une diabétique de 5 ans qui fut admise pour une céphalée brutale ayant débuté une semaine avant l'admission, des vomissements et de la confusion. A l'examen, l'on nota une fièvre à 120° et une raideur de la nuque importante; l'examen fut par ailleurs négatif. Une P.L. fit voir un L.C.R. teinté de sang. Après traitement à l'insuline et aux antibiotiques, la fièvre s'amenda, mais la confusion persista. L'E.E.G. montra une souffrance cérébrale diffuse importante avec un maximum d'anomalies à droite. Une nouvelle P.L. confirma le saignement sous-arachnoïdien. L'artériographie carotidienne droite fit voir un système artériel normal mais au phlébogramme, l'on nota une absence d'injection du sinus longitudinal supérieur dans ses 2/3 antérieurs, ainsi qu'une absence des veines cérébrales tributaires. L'état de la patiente se détériora et apparut une hémiplégié gauche. Elle mourut 2 jours plus tard. A l'autopsie, il fut prouvé une thrombose de la portion antérieure du sinus longitudinal supérieur et des veines corticales sur les 2 côtés du cerveau. Plusieurs régions de ramollissement furent mises en évidence sur le cerveau droit.

Le troisième cas est celui d'une thrombose veineuse due à une infection puerpérale. Ici encore l'angiographie montra cette évidence qui fut confirmée par l'autopsie.

Guy GEOFFROY.

#### ENDOCRINOLOGIE

P. BERTHELOT et Coll.: **Hypercorticisme et cancer de l'utérus.** "La Presse Médicale", 69: 1899 (21 oct.) 1961.

Les auteurs rapportent le cas d'une femme de 52 ans atteinte d'un cancer de l'utérus et deux syndromes de Cushing clinique et biologique.

Ils revoient 64 cas déjà publiés dans la littérature de cancers avec hypercorticisme; cancer bronchique, thymique, pancréatique, etc.

Cet hypercorticisme présente quelques particularités:

1. hypercorticisme biologique franc souvent sans correspondance clinique;
2. l'obésité est rare;
3. la pigmentation fréquente;
4. l'évolution est rapidement fatale;
5. l'exérèse de la tumeur ou la surrénalectomie sont très mal tolérés;
6. la glycémie est presque toujours supranormale 34/38;
7. le potassium sérique est plus bas que dans « le Cushing »;

8. les bicarbonates plus élevés que dans « le Cushing »;

9. les 17 cétostéroïdes et 17 hydroxy urinaires sont plus élevés que dans « le Cushing ».

C'est une étude exhaustive de ce syndrome: 85 références bibliographiques.

Pierre PESANT.

M. S. RABEN: **Aspects physiologiques de l'hormone de croissance.** (*Growth Hormone — Physiologic Aspects.*) "New Eng. J. of Med.", 266: 31 (janv.) 1962.

L'auteur dans deux articles consécutifs fait une mise à jour des acquisitions récentes concernant l'hormone de croissance.

Chez l'homme, seule l'hormone de croissance humaine, ou de singe, agit. Elle provoque la croissance de tous les tissus sans avancer ni promouvoir le développement sexuel et ceci, en l'absence de toute autre hormone hypophysaire.

L'insuline favorise les dépôts graisseux alors que l'H. de C., elle, favorise les dépôts musculaires même au dépens des graisses.

L'hormone thyroïdienne favorise la sécrétion hypophysaire d'hormone de croissance. Sur l'os, l'hormone thyroïdienne agit surtout sur la maturation, l'hormone de croissance sur la dimension.

Paradoxalement, le contenu hypophysaire en H. de C. ne varie pas avec l'âge.

L'auteur rappelle des notions connues de tous sur le métabolisme azoté; il décrit ensuite l'action de la STH sur les lipides, les glucides, les minéraux. Il rapporte par ailleurs l'expérience récente de plusieurs chercheurs sur l'action de la STH humaine dans les cas de nanisme hypophysaire, de pan-hypopituitarisme, etc., en présentant les dosages.

Pierre PESANT.

#### ANATOMO-PATHOLOGIE

D. KORN, I. GORE, A. BLENKE et D. P. COLLINS: **Ponts fibreux et membranes étoilées des artères pulmonaires: signes méconnus d'embolies pulmonaires organisées.** (*Pulmonary Arterial Bands and Webs: An Unrecognized Manifestation of Organized Pulmonary Emboli.*) "Am. J. Path.", 40: 129 (février) 1962.

Les auteurs soulignent tout d'abord que les phénomènes d'embolie pulmonaire échappent tout aussi bien au clinicien qu'à l'anatomo-pathologiste dont les rapports nécropsiques ne rendent généralement pas justice à la fréquence de ces accidents.

La présente étude a porté sur 52 cas d'autopsie présentant les lésions décrites. Huit de ces cas étaient morts d'embolies pulmonaires aiguës, 5,

de cœur pulmonaire chronique. (Un tableau détaillé mentionne les autres causes de décès).

*Aspect macroscopique des lésions.* Ces lésions sont généralement bilatérales et elles siègent au niveau des artères pulmonaires primaires, secondaires ou tertiaires. Elles se présentent sous forme de plaques intimes fibreuses et isolées, sous forme de ponts plus ou moins filiformes ou encore sous forme de membranes étoilées dont les prolongements grêles s'implantent sur l'intima. Ces membranes sont parfois très minces, même translucides, parfois épaisses et nettement fibreuses. Aux points d'attachement des ponts ou des prolongements d'implantation des membranes (webs), l'intima présente souvent un épaississement localisé. Habituellement, ces lésions paraissent anciennes par leur aspect fibreux et leur surface lisse de coloration blanc-nacré; toutefois, elles sont fréquemment le siège de petits nodules ou de petits prolongements rouge brunâtre plus récents. Elles présentent un siège de prédilection au niveau des bifurcations vasculaires. Quelques-unes ont été découvertes dans les veines pulmonaires.

*Aspect microscopique.* A l'examen histologique, il s'agit de lésions d'âges divers. Les plus récentes sont formées d'un axe fibrineux se recouvrant précocément d'endothélium et dont l'organisation procède à partir de leur implantation intinale. Les lésions plus anciennes sont constituées en proportions variées par un tissu de granulation progressivement remplacé par une fibrose de plus en plus acellulaire et hyaline et au niveau de laquelle

persistent quelques foyers de sidérophages. On remarque de plus la présence de fibres élastiques et musculaires, dont la continuité avec la région intinale a parfois pu être établie mais qui en demeurent habituellement isolées. Les auteurs les associent à une néogénèse élastique et musculaire in situ. Enfin, ces formations arciformes ou membraneuses sont souvent parcourues de néo-vaisseaux.

*Discussion.* Les relevés de la littérature médicale ne rapportent que de rares descriptions de crêtes intimes et d'épaississement en plaques de la surface intinale des artères pulmonaires. Les premières observations datant de 1889 sont celles de Zahn qui assimile ces formations à une origine congénitale. En 1922, Moller, puis Saphir et Belt en 1932 et 1939 en enfin Castleman et Bland en 1949, ré-évaluent la question et suggèrent l'origine thrombo-embolique de ces lésions. En 1949, Irving présente quelque cas et en revient à l'opinion de Zahn.

Des études expérimentales ayant porté sur la production d'embolies pulmonaires chez les animaux ont démontré la désintégration fibrinolytique très poussée à laquelle celles-ci sont livrées avant d'être organisées sous forme de plaques intimes fibro-élastiques. Dans quelques études, on a rapporté des formations membraneuses ou filiformes identiques à celles décrites dans ce travail.

A la lumière des données cliniques, morphologiques et expérimentales de ces lésions, les auteurs leur attribuent une origine embolique ou thrombo-embolique.

René VAUCLAIR.

## SOCIÉTÉS

### LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL

Séance du 17 avril 1962

Tenue au Centre Social de l'Université de Montréal.  
Présidence du docteur Jacques Gélinas.

#### SYMPOSIUM SUR LA SURDITÉ

##### Anatomie et physiologie de l'oreille

Dr M. OSTIGUY.

L'appareil auditif se situe sur l'os temporal et c'est l'oreille moyenne qui est responsable de l'audition et comprend le marteau, l'enclume et l'étrier. L'organe de Corti est placé dans le limaçon et il peut se comparer à un clavier de piano.

Le rôle de la trompe d'Eustache consiste à protéger le tympan contre les changements de pression atmosphérique.

Le docteur Ostiguy explique ensuite, à l'aide de diapositives, certaines conditions particulières où la physiologie de l'oreille se perturbe afin de protéger l'appareil auditif.

##### Facteurs étiologiques de la surdité

Dr L. HUOT.

Malheureusement, le docteur Huot a été dans l'impossibilité de se rendre pour présenter sa communication.

##### Audiométrie

Mlle L. Benfante.

Cette science a subi une évolution considérable depuis quelques années. Son rôle principal est de compléter le diagnostic dans les cas de surdité. Elle peut servir à l'évaluation quantitative et qualitative. Elle permet, en outre, d'évaluer la gravité du handicap chez un patient donné. Il faut pratiquer cet examen, avoir recours à certaines précautions, telles que l'isolement complet dans une chambre insonore double. De plus, l'audiométrie peut servir au dépistage de certaines affections de l'appareil auditif. Elle permet, en outre, de décider du traitement qui sera, soit médical, soit chirurgical. La prothèse auditive est habituellement appliquée d'après la courbe d'audiométrie.

##### Traitement médical de la surdité

Dr L. MARCHAND.

Le bouchon de cérumen est une cause fréquente de surdité. Pour le faire disparaître, il faut avoir

recours aux douches ou aux lavages avec un liquide à la température du corps. Parfois, il faudra faire appel à la glycérine ou au peroxyde d'hydrogène pour amollir le bouchon et ainsi favoriser son évacuation.

Les corps étrangers sont aussi une cause fréquente de surdité. Il s'agit le plus souvent de pois ou de fèves qui sont introduits par accident dans l'oreille. Il faut alors déshydrater ces particules avec de l'alcool à 95 % et les enlever, par la suite, avec une pince ou une curette mousse. Parfois, il s'agira de mouches ou de papillons qui viendront se coler sur le tympan. L'usage de l'éther servira à les décoller et à favoriser leur extraction.

Une autre affection assez fréquente est la rupture du tympan qui résulte d'un traumatisme. Le traitement consiste à attendre et à prévenir l'infection. Habituellement, le tympan se ferme de lui-même assez rapidement. Les infections sont souvent rencontrées, soit dans le canal auditif externe et peuvent provoquer un œdème considérable. Le traitement consiste à rendre le canal perméable à l'aide d'une mèche et à faire usage des antibiotiques.

Les mycoses sont de plus en plus rencontrées et le traitement consistera à nettoyer l'oreille et à faire usage de substances antimycotiques, telles que le desenex ou la griséofulvine. Parfois, l'infection atteindra l'oreille moyenne pour provoquer l'otite catharale. Les enfants sont certainement plus exposés à cette infection, à cause des végétations adénoïdes qui obstruent la trompe d'Eustache. Le traitement consiste à faire usage des antibiotiques, des gouttes nasales, ainsi que des antihistaminiques. Parfois, on devra avoir recours à la paracentèse.

Dans les infections de l'oreille interne, il faut distinguer la labyrinthite et le cholestéatome. Ce dernier doit être enlevé par mastoïdectomie.

Une affection qui est de plus en plus rencontrée est l'aérootite qui survient dans les montées rapides en avion chez les personnes qui ont un rhume. Il se fait une distension du tympan et les troubles surviennent à la descente. Le patient éprouve de fortes douleurs ainsi que de la surdité. Le traitement consiste à faire pénétrer de l'air dans la trompe d'Eustache. On peut avoir recours à la paracen-

tèse ou à l'inspiration à l'aiguille de l'oreille moyenne. L'otite séreuse est à peu près identique, mais les causes sont différentes. Il s'agit d'allergie dans 75 % des cas environ et d'infection dans 20 %.

La maladie de Ménières se rencontre occasionnellement et résulte d'une augmentation de pression intra-labyrinthique. Elle provoque des étourdissements, ainsi que de la surdité. Le traitement médical consiste à employer des vaso-dilatateurs, de l'istamine, une diète sans sel, ainsi que du diamox.

#### Traitement chirurgical

Drs R. THIBERT et A. ARSENAULT.

Plusieurs techniques chirurgicales ont été proposées pour le traitement de l'otosclérose ou de l'otospongiose. Celles qui sont employées le plus fréquemment sont: 1) La Fenestration qui consiste à relier le labyrinthe à la cochlée; 2) La Mobilisation de l'étrier; 3) Le stapellectomie qui consiste à enrouler un lobule de graisse avec un fil d'acier autour de l'enclume.

La complication la plus souvent rencontrée est l'ankylose, qui survient dans 50 % des cas environ. Avec les nouvelles techniques, il peut survenir plusieurs mois après l'intervention et l'explication est encore mal connue. La paralysie faciale est toujours possible, mais elle n'est jamais permanente. L'otite moyenne vient, parfois, compliquer le tableau pour provoquer des vertiges qui peuvent durer de cinq à six mois.

Par la suite, le docteur Arsenault décrivait le traitement chirurgical employé dans les supurations chroniques de l'oreille. Ce traitement consiste à faire une tympanoplastie qui permet d'isoler la fenêtre ronde. Cette intervention est indiquée dans tous les cas où il y a lieu de faire cesser la supuration et de protéger l'appareil auditif. Plusieurs techniques ont été mises de l'avant, dont les principales sont la méatuantrotomie, la tympanoplastie avec mastoïdectomie partielle, ainsi que la tympanoplastie avec fenestration.

*Le secrétaire des séances,*  
Gilles LEDUC

## NÉCROLOGIE

---

### LE DOCTEUR LUCIEN BROSEAU

Le docteur Lucien Brosseau est décédé le 31 mai 1962, à Montréal, à l'âge de 58 ans.

Le docteur Lucien Brosseau exerçait sa profession dans la partie Nord de Montréal.

Il avait fait ses études médicales à l'Université de Montréal et il fut reçu médecin en 1932.

Le docteur Brosseau fit un stage d'internat à l'hôpital Sainte-Justine avant de se consacrer à la pratique générale.

### LE DOCTEUR JOSEPH A. T. COALLIER

Le docteur Joseph A. T. Coallier, de Contrecoeur, est décédé le 5 juin 1962, à l'âge de 72 ans.

Né à Varennes, le docteur Coallier a fait ses études classiques au Collège de Montréal et il a obtenu son doctorat en médecine de l'Université Laval de Montréal, en 1916.

Il a toujours exercé sa profession à Contrecoeur. Il fut un temps maire de sa municipalité.

### LE DOCTEUR CHARLES E. DUMONT

Le docteur Charles E. Dumont est décédé à Campbellton, N.B., le 7 mars 1962, à l'âge de 66 ans.

Né à St-Anselme de Dorchester, le docteur Dumont avait fait ses études de médecine à l'Université Laval de Québec; il y obtint son doctorat en 1920.

Le docteur Charles Dumont fonda en 1943 avec son frère, le docteur Georges Dumont, actuellement ministre de la Santé du Nouveau-Brunswick, la Clinique Dumont.

Le docteur Charles E. Dumont était président du Bureau Médical de l'Hôtel-Dieu de Campbellton et il fut président de la Société Médicale de Restigouche et de la New-Brunswick Medical Society.

Toutes nos condoléances sont acquises à son frère, le docteur Georges Dumont, ancien président de l'A.M.L.F.C.

### LE DOCTEUR J.-ARTHUR MARCOUX

Le docteur J.-Arthur Marcoux, de Thetford-Mines est décédé récemment à l'âge de 80 ans.

Le docteur Marcoux, qui obtint son doctorat en médecine de l'Université Laval de Québec, en 1907, était un des membres fondateurs de l'Hôpital Saint-Joseph de Thetford-Mines. Il a toujours pratiqué sa profession dans cette ville et il s'intéressa tout au cours de sa carrière aux choses publiques. Il fut maire de Thetford de 1939 à 1941.

### LE DOCTEUR GEORGES-HENRI PRÉVILLE

Le docteur Georges-Henri Prévile est décédé le 1er juin 1962, à l'âge de 63 ans.

Le docteur Prévile avait fait ses études secondaires et sa médecine à l'Université Laval de Montréal, où il obtint son doctorat en 1928.

Il avait pratiqué sa profession pendant 34 ans dans la paroisse de l'Enfant-Jésus du Mile-End, à Montréal.

### LE DOCTEUR J.-E. SAINT-PIERRE

Le docteur J.-E. Saint-Pierre est décédé à Amos, le 19 avril 1962, à l'âge de 60 ans.

Le docteur J.-E. Saint-Pierre avait fait ses études de médecine à l'Université Laval de Québec; il obtint son doctorat en 1927.

Le docteur J.-E. Saint-Pierre exerçait sa profession à Amos, Abitibi.

### LE DOCTEUR HONORÉ TOUCHET

Le docteur Honoré Touchet est décédé à Verdun, le 24 mai 1962, à l'âge de 85 ans.

Le docteur Touchet obtint son doctorat en médecine de l'Université Laval de Montréal en 1903.

Il exerça sa profession dans l'Ouest Canadien pendant plus de trente ans; après quoi, il revint s'installer à Montréal, où il avait d'ailleurs commencé l'exercice de sa profession.

Il prit sa retraite il y a un an.

LE DOCTEUR DANIEL THAW

Le docteur Daniel Thaw, membre de longue date de l'Association des Médecins de Langue Française, est décédé tragiquement à Pittsburg.

Agé de 61 ans, le docteur Daniel Thaw était attaché au département de psychiatrie de l'Hôpital Militaire de Pittsburg; il a été assassiné dans son bureau par un de ses patients.

Le docteur Daniel Thaw avait fait ses études de médecine à l'Université Laval de Québec et il obtint son doctorat en 1928.

LE DOCTEUR J.-EDGAR VERREAUULT

Le docteur J.-Edgar Verreault est décédé à l'âge de 67 ans, le 12 mars 1962.

Né à Québec, il y poursuivit toutes ses études secondaires et médicales. Il reçut son doctorat en médecine en 1919 de l'Université Laval de Québec.

Après un stage d'internat à l'Hôtel-Dieu de Québec, il se rendit à Paris pour y compléter ses études post-scolaires en chirurgie.

Le docteur J.-Edgar Verreault était membre à charte depuis 1931 du Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada.

---

## NOUVELLES

### LE DOCTEUR JACQUES GENEST, NOMMÉ GOUVERNEUR DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Vendredi, le 22 juin 1962, le recteur de l'Université de Montréal, Mgr Irenée Lussier a annoncé la nomination du docteur Jacques Genest comme membre du conseil des gouverneurs de l'université pour un mandat de quatre ans.

Directeur du département des recherches cliniques de l'Hôtel-Dieu de Montréal et président du comité exécutif du même hôpital, le docteur Genest a fait ses études au collège Brébeuf, à la faculté de médecine de l'Université de Montréal ainsi qu'aux universités Harvard et John Hopkins et à l'institut Rockefeller à New-York. Le docteur Jacques Genest succède au docteur Donatien Marion, dont le mandat expirait ces jours derniers. Le recteur a tenu à remercier le docteur Marion des services qu'il a rendus à l'université depuis sa nomination qui remonte à 1950. L'Union Médicale du Canada, dont le docteur Jacques Genest est un des directeurs et l'un des collaborateurs les plus assidus et l'Association des Médecins de langue française du Canada, dont le docteur Jacques Genest est un des membres actifs, puisqu'il est en ce moment secrétaire général du XXXIIe Congrès, se réjouissent de la nomination du nouveau gouverneur et y voient l'aurore de magnifiques réalisations qui seront à l'avantage de la médecine canadienne-française.

Le Conseil des Gouverneurs de l'Université de Montréal mérite des félicitations pour cette heureuse nomination.

### LE DOCTEUR ROGER DEMERS, RAPPORTEUR À WINNIPEG ET À CHICAGO

Le docteur Roger Demers a présenté le 18 juin 1962 devant les membres de la Canadian Rheumatism Association réunis à Winnipeg et le 22 juin 1962 au Congrès annuel de l'American Rheumatism Association qui se tenait à Chicago un travail original qui a suscité un énorme intérêt intitulé: « L'emploi de Norethynodrel (enovid) dans le traitement de l'arthrite rhumatoïde ».

Ce travail, basé sur bon nombre d'observations, a été préparé en collaboration par les docteurs Roger Demers et J. Antoine Blais, de la section de rhumatologie de l'Hôtel-Dieu de Montréal.

### LA LOI DES HÔPITAUX DU QUÉBEC

Le projet de loi des hôpitaux doit revenir prochainement devant l'Assemblée législative en comité plénier. Le projet a été publiquement discuté en comité des Bills publics les 19 et 20 juin 1962; la réimpression du bill 14 doit tenir compte des suggestions apportées lors des trois séances de discussions publiques.

Le Collège des Médecins, la Commission Générale des Hôpitaux Catholiques du Québec et l'Association des Hôpitaux du Québec ont fini par s'entendre sur l'article 20 dont la portée a été considérablement réduite de l'accord de tous.

L'addition des centres de recherches cliniques a été comprise dans la définition du mot « hôpital » au sens de la loi.

Les modifications apportées sont de nature à satisfaire pleinement la profession médicale.

### L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL REÇOIT UN OCTROI DE \$178,500

La Fondation John A. Hartford, de New York, vient de consentir un octroi de \$178,500 à l'Université de Montréal pour la poursuite de recherches sur le rôle du stress et des hormones dans les maladies du coeur provoquées en laboratoire. Cette nouvelle vient d'être annoncée à la fois par M. Ralph W. Burger, président de la Fondation et Mgr Irenée Lussier, recteur de l'Université. Le projet de recherche sera sous la direction du docteur Hans Selye, directeur de l'Institut de médecine et de chirurgie expérimentales, et s'étendra sur une période d'environ trois années.

### UN NOUVEAU DIRECTEUR MÉDICAL EST NOMMÉ À L'INSTITUT ALBERT-PRÉVOST

Le docteur Gérard Bélanger a été nommé directeur médical de l'Institut Albert-Prévost.

La nomination a été annoncée à la suite d'une assemblée régulière du Conseil d'administration de l'Institut par la directrice, Mlle Charlotte Tassé.

Celle-ci a précisé que le nouveau directeur occupe ses fonctions depuis quelque temps déjà.

La directrice a de plus noté que la nomination comblait une vacance que le Conseil d'administration s'efforçait de remplir depuis deux ans.

### LE DOCTEUR JEAN SIROIS, EN MISSION D'ÉTUDE EN EUROPE ET AU MOYEN-ORIENT

Le docteur Jean Sirois, professeur à l'université Laval, neuro-chirurgien en chef à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus, quittera Québec sous peu pour aller faire une enquête dans les pays du Moyen-Orient et aux Indes, pour le compte de la Fédération internationale de neuro-chirurgie, à la demande du National Institute, de Washington.

Le docteur Sirois a pour principale mission de s'enquérir des installations cliniques actuelles, au point de vue de la neuro-chirurgie, de l'enseignement universitaire et hospitalier, et des recherches en cours dans ce domaine, en vue d'établir un plan d'aide futur au développement complet de la neuro-chirurgie dans ces pays éloignés.

L'enquête du docteur Sirois se déroulera dans les pays suivants: le Liban, la Grèce, la Turquie, l'Iran, l'Inde (Nouvelle-Delhi, Bombay, Madras), l'Italie, le Portugal, l'Espagne et l'Allemagne.

### LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ CRÉE UNE DIVISION DES SERVICES PSYCHIATRIQUES

Le ministre de la santé, le docteur Alphonse Couturier vient d'annoncer la création dans son ministère, d'une division des services psychiatriques.

Les principales fonctions de ce nouveau service seront d'agir comme conseiller du ministre de la santé et du

Conseil des ministres, et de représenter le ministère dans tous les litiges médico-administratifs qui pourraient survenir dans les hôpitaux psychiatriques.

Selon la déclaration du ministre de la santé, l'une des principales fonctions des services psychiatriques du ministère sera, comme le spécifie le rapport de la commission d'étude, de « développer et diriger un programme d'expansion des services psychiatriques de toutes sortes dans la Province en se basant sur le principe fondamental de la décentralisation accompagnée d'une intégration aux services communautaires locaux. La commission, devra, en outre, établir immédiatement un programme d'assistance financière ou autre qui permettra la formation d'un personnel spécialisé en psychiatrie et en toute autre discipline connexe et diriger la mise en oeuvre de ce programme en collaboration avec les universités et autres organismes compétents. Elle devra aussi instituer un programme d'éducation populaire sur la nature, les causes, les manifestations, le traitement, la prévention des maladies mentales et répandre dans le public des principes et des techniques d'hygiène mentale.

Enfin, le directeur aura toute latitude quant à l'engagement du personnel, professionnel, administratif et clérical qu'il jugera indispensable au bon fonctionnement des services psychiatriques. »

Le docteur Couturier a aussi annoncé que le docteur Dominique Bédard, spécialiste en psychiatrie assumera la direction du nouveau service.

« Le docteur Bédard est parfaitement qualifié pour remplir ces fonctions, continue le ministre de la santé. Après avoir fait sa médecine à l'université Laval, il a poursuivi des études en psychiatrie en Europe. Il est certifié spécialiste en psychiatrie (1954) par le Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec et par le Collège royal du Canada. »

Assistant universitaire à la faculté de médecine de Laval, il est aussi assistant régulier (service des hommes) à la clinique Roy-Rousseau, de Mastai, médecin consultant en psychiatrie, clinique Neuro-psychiatrique, Hôtel-Dieu de Québec, chargé de cours à la faculté de médecine de Laval, membre du comité exécutif de l'Association des psychiatres de la province de Québec, auteur de travaux scientifiques (psychiatrie et alcoolisme), membre de plusieurs sociétés médicales et psychiatriques, locales, provinciales et canadiennes, membre du comité d'étude et d'information sur l'alcoolisme.

Le 9 septembre dernier, il a été nommé président de la Commission d'étude des hôpitaux psychiatriques.

#### CONGRÈS INTERNATIONAL DE RADIOLOGIE

Le dixième Congrès international de radiologie aura lieu à Montréal du 26 août au 1er septembre 1962.

#### COLLOQUES

Les quatre domaines principaux: le diagnostic, la thérapie, la physique et la biologie feront l'objet des colloques. Il y aura également des colloques d'ensemble réunissant des participants de ces quatre disciplines, pour discuter des questions d'intérêt commun. Les sujets sélectionnés pour ces séances sont:

#### Le radiodiagnostic:

Angiographie sélective des circulations cérébrale et coronaire, de l'aorte abdominale et de ses branches. — Application clinique de la cinématographie et de la cinématosc-

pie. — Affections rénales, y compris leurs manifestations systématiques. — Radiologie en pédiatrie. — Neuroradiologie. — Dose de radiation permise dans les procédés de diagnostic radiologique.

#### La radiothérapie:

Etablissement d'un plan de traitement. — Effets des irradiations sur les tissus. — Thérapie intracavitaire et interstitielle. — Thérapie par les radio-isotopes métabolisés.

#### La physique des radiations:

Unités et dosimétrie, y compris la dosimétrie des faisceaux d'électrons et de neutrons. — Mesures physiques fondamentales comprenant la spectrométrie, la calorimétrie, et la puissance relative d'arrêt. — Recherche minutieuse et mesure du rayonnement dans tout le corps; application à la recherche clinique et aux dangers d'irradiation. Rôle du physicien en radiologie: ses responsabilités, ses possibilités et ses limites.

#### La radiobiologie:

Isotopes radioactifs et autoradiographie en biologie moderne. — Recherches expérimentales sur les effets de l'irradiation totale du corps; affections résultantes et carcinogénèse; réactions immunologiques; transplantation de moelle osseuse — Protection chimique contre les radiations; répartition des doses et toxicité des émetteurs internes.

#### COLLOQUES D'ENSEMBLE

Dépistage externe des processus pathologiques par les isotopes radioactifs. — Perfectionnements récents dans l'amplification, la transmission et l'enregistrement de l'image: physique et technologie. — Evaluation des effets radiothérapeutiques par les procédés radiodiagnostiques. — Dose absorbée; concepts physiques fondamentaux et leur application en radiothérapie. — Thérapie par un faisceau externe, avec référence spéciale aux radiations de haute énergie. — Protection contre les radiations. — Effets des radiations sur les cellules et sur les molécules. — Effets des radiations ionisantes sur la population et son hérédité.

Les langues officielles du Congrès sont l'anglais, le français, l'allemand et l'espagnol.

Président du Congrès: Docteur Arthur C. Singleton, de Toronto.

Secrétaire général: Docteur Carleton B. Pierce, de Montréal.

#### JOURNÉE MÉDICALE DE L'HÔTEL-DIEU DE SAINT-JÉRÔME

Une journée médicale a été tenue à l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme, le 26 mai 1962.

Le programme scientifique se lisait comme suit:

« Rhumatisme articulaire aigu » — docteur Roger Blanchard; « Les arythmies » — docteur Marcel Barrette; « Les tumeurs du gros intestin » — docteur Gaston Forget; « Séance Anatomique-Clinique », Présidence, docteur J. C. Boivin, cas présenté par docteur J. M. Beauregard, Chef du Département de Médecine, Hôpital Général de Verdun; « Equilibre électrolytique post-opératoire » — docteur P. M. St-Pierre; « Menaces d'avortements et avortements à répétition » — docteur Marcel Laurence; « Considérations sur la clinique pré-natale » — docteur Jacques Champagne; « Radiobiologie (données récentes) » — docteur Roger Pinard et docteur Chagnon; « Soins d'urgence des grands blessés » — docteur Paul Mailhot; et « Traitement du diabète » — docteur Charles Filteau.

#### LE DOCTEUR JULES HARDY, RAPPORTEUR EN HOLLANDE ET EN BELGIQUE

A la réunion commune des Sociétés de Neuro-Chirurgie de Langue Française et Néerlandaise qui a eu lieu récemment à Groningen en Hollande, le docteur Jules Hardy, de Montréal, a présenté en collaboration avec le docteur G. Guiot, de Paris, une communication sur « le repérage électro-physiologique des structures profondes du cerveau ».

Le docteur Jules Hardy a également été invité à participer à la Séance Neurologique des Journées Médicales de Bruxelles où ont été discutés les récents progrès de la chirurgie stéréotaxique des mouvements anormaux.

#### FÉDÉRATION CANADIENNE DES SOCIÉTÉS DE BIOLOGIE

La Fédération canadienne des Sociétés de biologie a tenu son cinquième congrès annuel à la Faculté de médecine de l'université Laval en juin, premier congrès à Québec de cette Fédération qui groupe la Société canadienne de physiologie, la Société canadienne de biochimie, l'Association canadienne des anatomistes et la Société de pharmacologie du Canada. A l'occasion de cette réunion, la Société de nutrition du Canada et la Société canadienne de chimie clinique ont également tenu leurs congrès annuels à Québec.

Les réunions scientifiques débutèrent le 6 juin et se poursuivirent jusqu'au 8 juin. Le symposium de la Fédération a eu lieu le 8 juin et il a porté sur les erreurs chromosomiques et leurs rapports avec les anomalies du développement. Les sujets suivants ont été traités:

Howard B. Newcombe, du Service de biologie de l'Atomic Energy of Canada; Perspectives biologiques de la cytogénétique.

Charles E. Ford, du laboratoire de recherches en radiologie de Harwell, Angleterre: Le complément chromosomique de l'homme et les anomalies des chromosomes sexuels.

Irène Uchida, du Service de pédiatrie de l'université du Manitoba: Anomalies des autosomes et origine des erreurs chromosomiques.

Kurt Hirschhorn, du Service de médecine de l'université de New York: Aspects métaboliques et biochimiques des erreurs chromosomiques; regard sur l'avenir.

Le docteur Pierre Jobin présidait le comité local du Congrès. Il était assisté, des docteurs Jean-Marie Loiselle, Guy Lamarche, Gilbert Rucart, André Lemonde, Jacques Leblanc, Gilles Marceau, Didier Dufour, André Gagnon, Lévi Chouinard, Louis Berlinguet, Fernand Martel, Louis-Marie Babineau et Richard Bernard.

A l'occasion de la tenue à Québec du congrès de la Fédération, le Conseil de recherches médicales du Canada a tenu des réunions à Québec, les 8 et 9 juin 1962.

#### ÉLECTIONS À L'ASSOCIATION CANADIENNE ANTI-TUBERCULEUSE

Le docteur Hugh Burke, directeur médical du Royal Edward Institute a été élu président de la *Canadian Anti-Tuberculosis Association* lors du Congrès annuel tenu récemment à Edmonton.

Le docteur Ruben Laurier de l'hôpital du Sacré-Coeur a été élu président de la section médicale. Le docteur Roland Guy a été choisi comme vice-président pour la province de Québec.

Parmi les directeurs, on compte les docteurs Philippe Landry, Roland Desmeules, Camille Lessard, Guy Cardinal et Paul Desrochers.

#### LES DOCTEURS JACQUES CANTIN ET ROBERT PRIMEAU, ENVOYÉS DE LA CROIX-ROUGE EN TUNISIE

La Croix-Rouge Internationale a désigné deux résidents de l'Hôtel-Dieu de Montréal, comme attachés médicaux en Tunisie; ce sont les docteurs Jacques Cantin et Robert Primeau.

Ces deux médecins ont été attachés à la section médicale du centre de rapatriement des Tunisiens en exil.

#### SYMPOSIUM SUR LA RADIOSENSIBILITÉ

Un symposium sur la radiosensibilité (recherches fondamentales et applications cliniques) aura lieu les 4 et 5 septembre 1962 à la Faculté de médecine de l'Université Laval de Québec.

Le symposium sera sous la présidence conjointe du professeur Antoine Lacassagne, directeur de la Fondation Curie et du professeur Roy Farhquarson, président du Conseil médical de recherches du Canada.

Le programme scientifique sera le suivant:

4 septembre:

##### *Les radiolésions primaires.*

*La radio-sensibilité subcellulaire:* docteur Anna Goldfeder, The City of New York Department of Hospitals, Cancer and Radiobiological Research Laboratory, New York, U.S.A.; docteur D. W. Van Bekkum, Radiobiological Institute of the National Health Research Council; T.N.O., Ryswyk, Z. H., Nederland.

*La radiosensibilité cellulaire:* docteur Lenzi, Instituto di Radiologia, Università degli Studi di Modena, Modène, Italie.

*La radiosensibilité tissulaire:* docteur J. L. Van Lancker, The Medical School, Department of Pathology, The University of Wisconsin, Madison, Wisconsin, U.S.A.

##### *La réponse de l'organisme.*

*L'influence des facteurs nucléaires dans la radiosensibilité tumorale:* docteur Roger Mathieu, Service de radiologie, Hôpital Notre-Dame, Montréal, Canada.

*L'influence des réactions immunologiques de l'hôte sur la radiosensibilité tumorale:* docteur Joseph Maisin, Institut du cancer, Université de Louvain, Louvain, Belgique.

*L'influence des facteurs métaboliques sur la radiosensibilité:* docteur Roger Ghys, département de biochimie, Faculté de médecine, Université Laval, Québec, Canada; docteur Z. M. Bacq, laboratoire de pathologie et thérapeutique générales. Université de Liège, Liège, Belgique.

Mercredi, 5 septembre

##### *Influence des conditions d'irradiation.*

*L'influence de l'intensité et de la durée d'irradiation dans la radiosensibilité:* docteur D. G. Baker, Banting and Best Institute of Medical Research, University of Toronto, Toronto, Canada; docteur Boris Rajewsky, Max Planck Institut für Biophysik, Frankfurt am Main, Deutschland.

*L'influence de la protraction et du fractionnement des doses en radiothérapie:* docteur J. Dutreix, Institut Gustave-Roussy, Villejuif, Seine, France; docteur Fr. Ellinger, Division of Pharmacology and Radiological Biology, Naval Medical Research Institute, Bethesda, Maryland, U.S.A.

*Associations chimioradiothérapeutiques:* docteur Roger Inch, Department of Therapeutic Radiology, Faculty of Medicine, The University of Western Ontario London, Ontario, Canada; docteur Jacques Cleon, Centre anticancéreux près l'Université de Liège, Liège, Belgique.

*Réactions tardives.*

*Séquelles neurologiques tardives de l'irradiation aiguë:* docteur L. Yamamoto, Montreal Neurological Institute, McGill University, Montréal, Canada.

*Séquelles de l'irradiation chronique:* docteur J. F. Lemerton, Department of Physics, The Institute of Cancer Research, Royal Cancer Hospital, Belmont near Sutton, Surrey, England; docteur G. A. Sacher, Division of Biological and Medical Research, Argonne National Laboratory, Argonne, Illinois, U.S.A.

Le Comité du symposium est présidé par le docteur Rosaire Gingras, directeur du département de Biochimie; le docteur Roger Ghys en est le secrétaire et le docteur Maurice Thibault le trésorier.

LES DOCTEURS JASMIN ET BAJUSZ À LA SOCIÉTÉ DE  
PHYSIOLOGIE DE MONTRÉAL

La Société de Physiologie de Montréal, The Montreal Physiological Society a tenu sa seconde séance le 5 avril au Montreal General Hospital.

Parmi les rapporteurs au programme, on note les noms des docteurs Gaétan Jasmin et Bajusz du département d'Anatomie Pathologique de l'Université de Montréal qui ont parlé de la prévention de certaines lésions cardiaques par la sérotonine dans les cas reproduits expérimentalement par la chirurgie ou par les agents chimiques.

LA SOCIÉTÉ D'ORTHOPÉDIE ET DE TRAUMATOLOGIE  
DE LA PROVINCE DE QUÉBEC REÇOIT LES  
TRAVELLING FELLOWS D'ANGLETERRE

Les 3, 4 et 5 juillet prochain, les *Travelling Fellows* d'Angleterre seront les hôtes de la Société d'Orthopédie et de Traumatologie de la province de Québec, à l'occasion de leur passage au Canada. Le programme, auquel participeront plusieurs hôpitaux, ne sera tenu qu'à trois endroits et sera distribué comme suit:

3-7-62 — Montréal

9.00 a.m. — Hôpital Shriners — Matinée clinique. Président: Docteur J.-G. Petrie.

2.00 p.m. — Hôpital Général. Président: Docteur Shannon.

7.00 p.m. — Souper offert par la Société aux visiteurs —

4-7-62 — Montréal

9.00 a.m. — Hôpital Sainte-Justine — Matinée clinique. Président: Docteur J.-C. Favreau.

2.30 p.m. — Visite de la Région.

5-7-62 — Québec

9.00 a.m. — Hôtel-Dieu — Matinée clinique. Président: Docteur J.-M. Lessard.

Le 4 juillet, au cours de l'après-midi, il y aura visite des laboratoires de Médecine et Chirurgie — Université de Montréal. Conférence: Docteur Hans Selye.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE MICROBIOLOGIE

Le 7e Congrès International de Microbiologie aura lieu sous la présidence du docteur E. G. D. Murray, du 19 au 24 août 1962 à l'Hôtel Reine Elizabeth de Montréal. Le programme général se résume comme suit:

*Structure et fonction.*

Perméation des membranes (président: K. McQuillen, Cambridge, Angleterre). — Propriétés des particules cellulaires isolées (président: R. B. Roberts, Washington, Etats-Unis).

*Microbiologie agricole.*

Microbiologie des insectes (président: L. Bailey, Herpenden, Angleterre). — Micro-organismes psychophiles (présidents: M. Ingram, Cambridge, Angleterre et R. Buttiaux, Lille, France). — Les enzymes du sol (président: G. H. Peterson, Lafayette, Etats-Unis). — Effets des mesures de contrôle chimique et biologique sur les micro-organismes du sol (président: H. Katznelson, Ottawa, Canada).

*Virologie.*

Mécanismes d'immunité dans les maladies infectieuses (conjointement avec la section E) (président: P. Lépine, Paris, France). — Interférence et interféron (président: A. W. Downie, Liverpool, Angleterre). — Démonstration de virus dans les néoplasies (président: A. B. Sabin, Cincinnati, Etats-Unis).

*Microbiologie médicale et vétérinaire.*

Les P. P. L. O. (*Mycoplasma*) dans les infections de l'homme et des animaux (président: H. E. Morton, Philadelphie, Etats-Unis). — La virulence des staphylocoques (président: R. E. Q. Williams, Londres, Angleterre).

GÉNÉRALITÉS

Classification microbienne (président: V. Zhdanov, Moscou, U.R.S.S.). — Influence du milieu ambiant sur l'épidémiologie des mycoses (président: C. W. Emmont, Bethesda, Etats-Unis).

DISCUSSIONS DE GROUPES

*Microbiologie industrielle.*

Automatisation et contrôle des facteurs variables (présidents: J. J. H. Hastings, Londres, Angleterre et K. L. L. Phillips, Saskatoon, Canada). — Génétiques appliquées à la microbiologie industrielle (président: G. Pontecorvo, Glasgow, Ecosse). — Production microbienne des acides aminés (présidents: T. Asai, Tokyo, Japon et M. J. Thirumalachar, Pimpri, Inde). — « Opérations évolutives » (EV VOP) et perspective de la microbiologie industrielle (président: J. C. Sylvester, North Chicago, Etats-Unis).

THÈMES DE DISCUSSION

Structure et fonction. — Microbiologie agricole. — Microbiologie industrielle. — Virologie. — Microbiologie médicale et vétérinaire.

INCORPORATION DE L'ASSOCIATION DES OBSTÉTRICIENS  
ET GYNÉCOLOGUES

L'Association des Obstétriciens et Gynécologues de la province de Québec vient d'obtenir son incorporation en vertu de la 3e partie de la loi des Compagnies.

La charte provinciale a été accordée à la demande des docteurs René Simard et Samuel L. Pollack de Québec,

Charles-Antoine Attendu, Simon Gold, Roger Lapointe et Roland Vadeboncoeur de Montréal.

Le siège social de l'Association est à Montréal.

#### LE DOCTEUR ANDRÉ BARBEAU PROPOSE UN CENTRE POUR MALADES CHRONIQUES

À cause de leur nature généralement chronique, les maladies neurologiques posent des problèmes médicaux, sociaux et économiques très particuliers.

C'est pourquoi le docteur André Barbeau, assistant professeur de neurologie à l'Université de Montréal, a proposé, en recevant une nouvelle subvention de l'Association montréalaise de la sclérose en plaques, la création d'un centre de recherches de traitement et d'information autour duquel seraient annexées des cliniques et des institutions pour les malades.

Il a signalé que l'on n'a jamais vraiment dénombré, dans la région de Montréal, tous les malades relevant de la neurologie. On estime toutefois à 10,000 le cas de la maladie de Parkinson sur laquelle, entre parenthèses, le docteur Barbeau a fait des travaux très remarquables.

Si l'on calcule que chaque cas coûte à la société au moins \$10,000 par année à cause des soins et de l'inactivité forcée, il est facile de comprendre les pertes énormes qu'ils constituent au point de vue économique. Et il ne s'agit là que d'une seule maladie neurologique.

Un centre tel que proposé par le docteur Barbeau assurerait la coordination de la recherche et des traitements. Aucun centre semblable n'existe dans le monde, mais il s'impose de toute évidence.

L'Association de la sclérose en plaques a renouvelé ses subventions à trois autres chercheurs de Montréal: le docteur Bram Rose, chef de la clinique de l'allergie à l'Université McGill; le docteur Jacques G. Susset, urologue à l'hôpital Royal Victoria; le docteur K. A. Sowden, directeur, des services de médecine au Centre de thérapie d'occupation et de réhabilitation.

#### CONGRÈS DE L'ASSOCIATION CANADIENNE POUR LA SANTÉ MENTALE

L'Assemblée annuelle de l'Association canadienne pour la santé mentale a eu lieu du 31 mai au 2 juin à Fredericton, N.B., à l'université du Nouveau-Brunswick.

Plusieurs personnalités dans le domaine de la maladie mentale et de la santé mentale furent les principales figures de ce congrès: le docteur François Cloutier, psychiatre de Montréal, très connu, maintenant directeur général de l'Association mondiale pour la santé mentale; le docteur C. A. Roberts, surintendant médical du Verdun Protestant Hospital et président du Conseil national de planisme scientifique de l'ACSM; le docteur Paul V. Lemkau du Johns Hopkins University, Baltimore, E.-U.; le docteur James S. Tyhurst de l'université de British Co-

lumbia et président du Comité des services psychiatriques de l'ACSM; le docteur J. D. M. Griffin, directeur général de l'ACSM; ainsi que plusieurs autres.

L'ACSM, division du Québec, était représentée par M. E. Dugald Ramsay, vice-président, par M. Paul-Marcel Gélinas, directeur général, par une déléguée-membre du Comité féminin de la Croix Blanche et par M. Jacques A. Herdt, directeur des relations extérieures.

#### L'HÔPITAL SAINT-LUC DE MONTRÉAL REÇOIT UN OCTROI DE \$8,000,000 DU PROVINCIAL

Membres de l'opposition et députés ministériels ont voté, à l'unanimité, en troisième lecture, le bill no 51 qui permettra au gouvernement d'accorder une subvention spéciale de \$8,000,000 à l'hôpital Saint-Luc de Montréal, afin de lui permettre de terminer les travaux d'agrandissement en cours.

#### THÈSE DE DOCTORAT EN BIOLOGIE

M. Raymond Desrochers a soutenu une thèse pour l'obtention d'un doctorat (Ph. D.) en bactériologie mardi le 22 mai 1962 à la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal.

La thèse était intitulée: « Etude éco-physiologique d'une population de bactéries réductrices du soufre dans la rivière Ottawa ».

#### CHRONIQUE DE L'A.B.M.H.P.Q. Inc.

Le 12 mai dernier, lors d'une séance régulière de l'Association des Bureaux Médicaux des Hôpitaux de la Province de Québec Inc., les directeurs inauguraient leur siège social, ainsi que leur secrétariat permanent, au numéro 50 avenue de l'Eglise, Verdun (Montréal).

Durant cette réunion, plusieurs sujets intéressants furent traités parmi lesquels la Loi des Hôpitaux, sujet qui reviendra de nouveau à l'étude à la prochaine rencontre.

Le secrétaire fit la lecture au complet des nouveaux Statuts et Règlements de l'A.B.M.H.P.Q. Inc., lesquels seront soumis à l'assemblée générale annuelle pour ratification. Nous aurons alors le plaisir d'en faire parvenir une copie à tous les bureaux médicaux de nos hôpitaux membres.

Après avoir sérieusement étudié des problèmes particuliers de certains de nos hôpitaux membres qui avaient sollicité notre collaboration, les directeurs quittèrent l'assemblée enthousiasmés de la nouvelle organisation ainsi que du nombre toujours grandissant de nouvelles adhésions.

Les préparatifs vont bon train pour la prochaine réunion générale de l'automne. Nous reviendrons d'ailleurs bientôt sur cette question.

Robert LACHANCE,  
Secrétaire-trésorier.

## REVUE DES LIVRES

**Problems of Hereditary Chondrodysplasias.** Par Andreas HOBAEK. Norwegian Monographs on Medical Science. Oslo University Press, édit., 1961.

L'auteur inclut dans ce titre toutes les maladies qui aboutissent à une malformation congénitale, d'origine cartilagineuse.

Ces lésions sont plus fréquentes qu'on ne le croit et constituent les affections les plus importantes du squelette.

Une étude complète de la littérature sur le sujet permet de reviser tous les cas rapportés jusqu'à ce jour sous forme de tableaux groupant: le gargoylisme, la chondrodystrophie congénitale calcifiante et les chondrodysplasies héréditaires.

L'auteur présente 70 cas personnels rencontrés chez 43 familles. Un grand nombre de cas présentent des symptômes caractéristiques, mais les problèmes se posent lorsque l'on a affaire à des formes frustrées.

Par exemple, certains cas de maladie de Calve-Legg-Perthes familiale et bilatérale et même d'ostéochondrite disséquante à multiples localisations peuvent représenter souvent des formes frustrées d'une chondrodystrophie épiphysaire héréditaire.

L'auteur propose également une classification de ces chondrodysplasies que voici:

1. Gargoylisme.
2. Chondrodystrophie fœtale.
3. Chondrodystrophie congénitale calcifiante.
4. Chondrodysplasie infantile héréditaire:
  - A) Lésion généralisée;
    - a) avec lésion extra-cartilagineuse;
    - b) sans lésion extra-cartilagineuse.
  - B) Lésion épiphysaire surtout;
  - C) Lésion vertébrale surtout.
5. Lésions non classifiables.

Enfin, une étude biochimique des lésions cartilagineuses semble mener à la conclusion qu'un trouble du métabolisme des mucopolysaccharides est à la base de toutes les lésions et que la complexité de la molécule basale des différents mucopolysaccharides peut expliquer la multiplicité des évolutions.

JEAN LOUIS LÉGER

**Traumatologie crânienne.** Par D. WERTHEIMER et J. DESCOTES. Un volume de 351 pages. Masson et Cie, édit., Paris, 1961.

Du point de vue strictement neurochirurgical, le chapitre de la traumatologie crânienne est pratiquement résolu et l'auteur doit être félicité de n'avoir pas surchargé cet ouvrage de détails techniques, désormais bien codifiés.

Il présente une synthèse des grands problèmes connexes relevant de la traumatologie générale et des perturbations biologiques post-agressives, en insistant particulièrement sur leur retentissement cérébral et leur rôle dans la dissolution des fonctions nerveuses déjà lésées par le traumatisme crânien.

En plus des lésions directes du tissu cérébral, il attire l'attention sur la constitution de lésions secondaires rencontrées dans les comas prolongés et « dépassés » et qui sont caractérisées par l'importance des altérations myéliniques du centre ovale allant même jusqu'à la nécrose véritable de la substance blanche, la fréquence des ramollissements du corps calleux, et au contraire, de l'intégrité relative du tronc cérébral. Mais, puisque ces lésions sont diffuses et ne correspondent à aucun territoire vasculaire, leur genèse ne peut répondre à un facteur anoxique par réduction circulatoire. Elles semblent plutôt faire appel à un « ébranlement myélinique » total, selon les conceptions de Sabina et Strich.

Dans un rappel des données actuelles de la neurophysiologie, clairement résumées dans le chapitre par Jouvét, il ressort que les troubles de la perceptivité chez un sujet par ailleurs conscient, relèvent d'une perturbation des fonctions corticales, et que les troubles de la vigilance et de la conscience sont liés à une atteinte de la Formation Reticulée Activatrice ascendante, dont une lésion partielle produit l'absence totale de réaction numérique ou vocale ou le mutisme aknétique de Cairns.

Grâce à la démonstration par Jouvét des deux systèmes hypniques télencéphalique et rhombencéphalique, il devient désormais possible de pouvoir interpréter la mort physiologique du Système nerveux central dont l'évidence ne peut être acquise que par l'implantation d'une électrode intrathalamique. L'iso-électricité à ce niveau est le critère ultime qui permet d'abandonner tous les efforts de réanimation.

Au chapitre de la thérapeutique, le souci didactique enlève de la clarté à l'exposé; les discussions théoriques font perdre de vue la conduite pratique qui est préconisée par l'auteur, dont la vaste expérience l'a sûrement amené à codifier les indications et les procédés employés dans la lutte contre les déséquilibres végétatifs et humoraux consécutifs à l'agression traumatique. Toutefois, la lutte contre les conséquences du coma est préconisée de la façon suivante: décubitus latéral, aspirations pharyngées et trachéotomie. Le maintien de l'état circulatoire par transfusion sanguine ou plasma, la lutte contre les troubles végétatifs par la neuroplégie et l'hypothermie. L'hibernation n'est indiquée qu'en présence d'agitation et d'hyperthermie précoce et doit être maintenue au minimum trois jours. Elle n'est pas indiquée si le malade est calme et normothermique et même contre-indiquée si le malade, dans un coma carus, a perdu toutes ses capacités réactionnelles post-

agressives. Dans ce cas, la noradrénaline ou l'hydrocortisone intraveineuse sont préférables.

Enfin, en présence d'une syncope respiratoire, l'auteur préconise la respiration artificielle sous Engström comme ultime tentative de sauver la vie. Ce dernier effort de sauvetage doit être maintenu jusqu'à ce qu'on ait la preuve de la mort du Système Nerveux Central qui se traduit sur le plan clinique par l'aréflexie généralisée et la mydriase aréflexique, la perte des fonctions végétatives; arrêt respiratoire et effondrement de la tension artérielle et la porkilothermie. La démonstration est confirmée par l'angiographie carotidienne qui montre l'arrêt circulatoire encéphalique, et par un tracé isoélectrique recueilli par une électrode intrathalamique.

L'auteur attire l'attention sur une complication souvent méconnue parce que non recherchée: c'est l'insuffisance rénale aiguë, souvent responsable d'états de chocs inexplicables.

JULES HARDY.

## COMMUNIQUÉS

### SUBVENTION FÉDÉRALE À UN HÔPITAL DU QUÉBEC

Le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social a annoncé l'attribution d'une subvention de \$3,240 à l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme, comté de Terrebonne, province de Québec.

La subvention aidera l'hôpital à réaliser des modifications qui permettront de mieux utiliser l'espace disponible et d'augmenter de 12 lits la capacité de l'établissement qui est actuellement de 220 lits.

### FILM SUR "LA VALVULE MITRALE"

Squibb annonce que le Festival International du Film médical et chirurgical a honoré « The mitral valve » par une citation spéciale. Cette pellicule a été projetée à la nouvelle Faculté de Médecine de Paris.

Ce film, auquel le Festival vient d'accorder une telle distinction, a galement été vu par environ 20,000 médecins en dehors de Paris. Il fut l'un des cinq choisis parmi 190 films scientifiques. La cinémathèque Squibb à Montréal le compte dans sa collection.

« The mitral valve » illustre les caractéristiques essentielles de la valvule mitrale ainsi que sa fonction dans les circonstances normales et pathologiques. Cette démonstration se fait à l'aide de l'appareil pulsateur « Presbyterian » qui reproduit le mouvement naturel des valvules dans un cœur post mortem. Plusieurs séquences ont été tournées au ralenti pour faciliter l'observation.

Cette pellicule de 16 mm., sonore et en couleur, est un témoignage de Squibb à la chirurgie dont l'importance grandissante en fait un instrument de première grandeur pour le traitement de l'affection valvulaire du cœur. Durée de la projection: 19 minutes.

Ce film est à la disposition gratuite des sociétés ou groupements médicaux et scientifiques. Prière de s'adresser à E. R. Squibb & Sons Ltd, B.P. 599, Montréal, Québec

### ANNONCE DE SUBVENTIONS FÉDÉRALES D'UN MONTANT TOTAL DE \$1,200,000 POUR LES HÔPITAUX DU QUÉBEC

Ottawa, le 25 mai 1962 — L'honorable J. Waldo Monteith, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, a annoncé l'attribution de subventions fédérales d'un montant supérieur à \$1,000,000 afin d'aider à la construction de nouveaux hôpitaux dans le Québec.

Les trois subventions s'élèvent en tout à \$1,285,339.

L'Hôtel-Dieu St-Michel, de Roberval, recevra \$424,853 pour aider l'hôpital dans la construction de bâtiments qui doubleront presque sa capacité actuelle.

L'Hôpital général de Lachine recevra \$386,286 pour la construction d'une aile de 118 lits et des réfections majeures dans l'immeuble actuel.

L'Hôpital général Lakeshore, à Pointe-Claire, recevra \$474,200 pour la construction d'un nouvel hôpital de 184 lits.

A Roberval l'hôpital actuel de 141 lits sera transformé en un hôpital de 246 lits avec environ 12,500 pieds carrés d'espace supplémentaire pour les services de santé publique; il y aura également 53 berceaux de nouveau-nés. L'installation de climatisation dans les salles de chirurgie et d'obstétrique fera partie des travaux; on installera également un système d'intercommunication dans l'hôpital, un nouveau système de chauffage, un système de ventilation mécanique des corridors et des services et un groupe électrogène de secours. La nouvelle aile, qui doit être terminée en juillet 1963, desservira le comté de Roberval depuis Debienville jusqu'à Normandin, une région qui compte une population de 40,000 habitants et qui devrait en compter 50,000 en 1972.

A Lachine, une subvention de \$320,286, servira à une nouvelle construction et une subvention de \$66,000 permettra des réfections de l'immeuble actuel. La nouvelle construction aura une capacité de 118 lits ainsi que des services d'obstétrique, de radiologie, de laboratoire, de pédiatrie, de malades externes et d'urgence. Les réfections seront faites dans une partie de l'immeuble actuel qui compte 48 lits et serviront à augmenter l'espace affecté aux services. L'hôpital général de Lachine dessert la partie ouest de l'Île de Montréal, depuis Lachine jusqu'à Dorion. La population actuelle de cette région est de 125,000 habitants et on s'attend qu'elle atteigne 200,000 au cours des dix prochaines années.

A Pointe-Claire, on projette la construction d'un nouvel hôpital de 184 lits avec, en plus, de la place pour 60 berceaux de nouveau-nés et plus de 17,000 pieds carrés pour des services à l'usage des malades externes et des hospitalisés. La construction sera de ciment armé avec murs de brique et de terracotta. L'hôpital desservira les rives du lac St-Louis et la partie ouest de l'Île de Montréal ainsi que les régions adjacentes de l'Ontario. La population actuellement desservie se situe entre 75,000 et 100,000 habitants et peut doubler dans une dizaine d'années.

#### UN HÔPITAL DE MONTRÉAL REÇOIT UNE SUBVENTION FÉDÉRALE DE \$446,100

L'attribution d'une subvention fédérale de \$446,100 à l'Hôpital de la Miséricorde de Montréal, a été annoncée par l'honorable J. Waldo Monteith, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social.

La subvention est attribuée au titre du programme d'aide fédérale à la construction des hôpitaux. Elle contribuera à couvrir d'importants frais de réfection des salles d'hospitalisation ainsi que les frais de modernisation et d'agrandissement des services de laboratoire, de cuisine et de buanderie.

Cet hôpital de 264 lits, construit en 1923, est géré par les Sœurs de la Miséricorde.

#### BULLETIN ÉPIDÉMIOLOGIQUE <sup>1</sup>

(13 avril 1962)

##### INFLUENZA

###### Québec

Des écloisions d'influenza ont été rapportées de plusieurs localités de la province de Québec depuis notre dernier

1. Division de l'épidémiologie Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.

numéro. Elles se sont déclarées en février et mars, et atteignent surtout la population écolière.

###### Neuve-Ecosse.

On rapporte une écloision de 250 cas d'influenza dans le comté de Hants, en Nouvelle-Ecosse. Le début remonte au 9 mars.

Source: Docteur G. M. Smith, directeur, Unité sanitaire de Fundy, le 13 mars 1962.

###### Colombie-Britannique.

On rapporte une épidémie modérément grave d'influenza parmi la population écolière de Prince-Rupert. Vingt pour cent environ des écoliers ont été malades et, notamment, deux écoles durent être fermées du 7 au 9 mars inclusivement.

Source: Docteur G. P. Bland, médecin-hygiéniste, Unité sanitaire de Skeena, le 12 mars 1962.

On rapporte aussi deux écloisions d'influenza épidémique dans les camps de bûcherons à l'Anse Toba et l'Anse Loughborough. Quarante cas sont rapportés à l'Anse Toba, et 90 pour 100 des travailleurs au camp de bûcherons de Loughborough ont été malades. Les deux écloisions ont débuté vers le 1er mars.

###### Manitoba.

Une écloision d'influenza est rapportée à Negginen et à la rivière des Peupliers. Le début remonte au 16 mars et environ le tiers de la population a été atteinte.

Le 2 avril 1962.

#### HÉPATITE INFECTIEUSE

###### Québec.

Des écloisions d'hépatite infectieuse se sont déclarées à Deschambault, à Grondines et à St-Marc des Carrières. Le début remonte au 10 mars, et elles touchent environ 2 pour 100 de la population. L'écloision semble actuellement sur son déclin.

Source: Docteur A.-B. Gignac, médecin-hygiéniste, Unité sanitaire de Portneuf, le 2 avril 1962.

###### Manitoba.

On rapporte une écloision d'hépatite infectieuse à Norway House. Quinze cas se sont déclarés dans la région au cours du mois de mars.

Le 4 avril 1962.

###### Alberta.

Seize cas d'hépatite infectieuse se sont déclarés dans la région de Hinton depuis le début de l'année. L'âge des malades s'échelonne de 2½ ans à 28 ans, mais 75 pour 100 des cas sont chez des enfants au-dessous de 12 ans. La globuline *gamma* a été administrée à 84 contacts et, ultérieurement, deux cas se sont déclarés dans ce groupe de personnes.

Source: Docteur I. H. Lewis, médecin-hygiéniste, Unité sanitaire d'Edson, le 12 mars 1962.

#### RAGE

###### Québec.

On rapporte un cas suspect de rage dans la région du lac des Îles. Il s'agit d'un cultivateur qui a été mordu à la jambe par un chat. Celui-ci, disparu depuis 3 ou 4 jours, était revenu à la grange le 14 mars et l'on avait remarqué ses allures étranges. Comme le cultivateur passait près du chat, celui-ci l'a attaqué, le mordant à la jambe, et l'homme a dû l'étouffer pour lui faire lâcher

prise. Un échantillon du cerveau a été analysé et, le 19 mars, rapporté positif pour les corps de Negri.

Source: Docteur L. Cadotte, médecin-hygiéniste, Unité sanitaire de Labelle, le 22 mars 1962.

#### TÉTANOS

##### Manitoba.

On rapporte un cas de tétanos chez un homme de 40 ans de Le Pas (Manitoba).

Source: Docteur R. Kohn, chef, Section de la santé publique, Bureau fédéral de la statistique, le 27 mars 1962.

#### TRICHINOSE

##### Québec.

La province de Québec rapportait trois cas de trichinose pour la semaine terminée le 17 mars 1962.

Source: Docteur R. Kohn, chef, Section de la santé publique, Bureau fédéral de la statistique, le 27 mars 1962.

#### AUTO-INOCULATION VACCINALE DE L'ŒIL

En novembre 1961, un bébé de 23 mois recevait une primovaccination antivariolique. Il a réagi normalement au vaccin, avec une légère élévation de température le 5e jour. Le 7e jour, la mère a remarqué une rougeur du côté temporal de la paupière inférieure gauche et cru d'abord qu'il s'agissait d'un orgelet. Elle a commencé à s'inquiéter quand elle a vu se former un petit bouton aqueux et elle a amené l'enfant chez son médecin de famille. Celui-ci a posé le diagnostic d'auto-inoculation vaccinale de l'œil.

Le même soir, 5 cc. de globuline *gamma* ont été administrés et l'enfant a été revu le lendemain. On rapporte à ce moment une petite vésicule, un peu d'œdème et de rougeur, mais sans fièvre ni irritation notables.

L'immunoglobuline vaccinale fut administrée une quinzaine d'heures après la globuline *gamma*. Vingt-quatre heures plus tard, l'œdème avait régressé, il ne restait qu'une légère rougeur, et la vésicule avait formé une petite croûte qui se détacha le soir même. Quarante-huit heures plus tard, il ne restait ni œdème ni rougeur, mais seulement un peu de décoloration bleuâtre et une petite tache rouge, grande comme une tête d'épingle.

La pustule de la primovaccination avait alors formé une croûte sans autre réaction intempestive.

Source: Docteur I. H. Lewis, médecin-hygiéniste, Unité sanitaire d'Edson (Alberta), le 29 mars 1962.

#### RAPPORTS DE L'ÉTRANGER

##### Influenza

##### Etats-Unis.

Des éclosions isolées d'influenza sont rapportées au Maine et au Vermont. Même en l'absence de confirmation virologique, on est sûr qu'il s'agit des éclosions d'influenza B diffusées des Etats plus au sud.

Le Kentucky et l'Arkansas rapportent d'autres éclosions d'influenza B confirmées, ce qui porte à 38 le nombre d'Etats qui ont rapporté ce type grippal cette saison.

La Caroline du Nord et l'Etat de Washington rapportent plusieurs cas d'encéphalite, peut-être secondaire à l'influenza, quoique l'étiologie précise ne soit pas encore établie.

A Seattle (Washington), on a obtenu chez des tuberculeux un taux de protection de 70 pour 100 avec le vaccin antigrippal polyvalent. Les cas d'influenza de type B ont été moins nombreux chez les malades qui avaient accepté le vaccin que chez ceux qui l'avaient refusé.

Source: Communicable Disease Center, Influenza Surveillance Report No. 71 (le 22 mars 1962).

##### Autres pays.

Des éclosions d'influenza B sont rapportées à Berlin, à Gelnhausen, et à Francfort-sur-le-Main dans la république fédérale d'Allemagne, et à Rennes, en France.

Les pays qui rapportent des éclosions d'influenza A2 sont la Corée, la France, la Hongrie, la Finlande, la Suède et les Pays-Bas.

Au Danemark, on rapporte qu'une épidémie d'influenza B atteignait son apogée à la mi-janvier. Elle a été suivie immédiatement d'une éclosion d'influenza type A, dont le sommet était atteint à la mi-mars et dans laquelle des souches ressemblant au virus A2 ont été isolées chez certains cas.

Source: Bulletins épidémiologiques hebdomadaires de l'OMS du 23 mars et des 6 et 30 avril 1962.

##### Variole

##### République fédérale d'Allemagne.

La ville d'Aachen a été déclarée exempte de variole le 19 mars. Il n'y avait eu qu'un cas, isolé le 19 février.

La région de Monschau-Kreis est encore infectée. Trente-deux cas confirmés ont été rapportés jusqu'ici et 184 personnes sont encore en isolement.

##### Royaume-Uni.

Au 22 mars, la région urbaine de Rhondda (Pays de Galles) avait rapporté 13 cas confirmés, dont quatre décès, et la région rurale de Llantrisant, 11 cas confirmés dont deux décès. Dans la région urbaine d'Ogmore (en bordure des précédentes), on rapporte un cas confirmé qui avait été contaminé dans la région de Rhondda.

Source: Bulletins épidémiologiques hebdomadaires de l'OMS des 23 et 30 mars 1962.

#### ANNOTATIONS

##### Enquêtes sur l'arthrite.

Malgré les progrès notables dans le traitement de l'arthrite et le soulagement de la souffrance qui lui est imputable, on est encore loin de savoir tous les pourquoi et les comment de cette affection. Au cours des derniers dix ans, les rhumatologues de renommée mondiale se sont mis d'accord sur des critères soigneusement définis afin de pouvoir mesurer avec précision l'évolution et la gravité des maladies arthritiques. Ce système permet de comparer des études effectuées dans diverses parties du monde et de tracer graduellement un tableau plus exact de la distribution géographique. Le système comprend trois formes d'examen clinique: 1° l'examen physique; 2° la radiographie des articulations et 3° des analyses sanguines spéciales. L'examen complet est donc plus objectif et réduit les risques d'erreur subjective.

La nécessité d'un tableau géographique exact est bien établie parce que, avec l'espoir d'améliorer le sort des arthritiques, les médecins ont recommandé au cours des siècles des changements de climat, d'altitude ou de latitude, sans prouver pour autant qu'il y ait quelque bénéfice durable à déménager les malades d'un lieu à un autre. Même certains écrits médicaux sur le sujet ressemblent plus à des légendes populaires qu'à des textes scientifiques.

La première étape de l'étude la plus considérable jamais entreprise aux Etats-Unis sur l'arthrite et le rhumatisme vient d'être franchie. La population étudiée est la tribu des Pieds-Noirs, où l'on a examiné 1.059 personnes de

29 ans ou plus, soit 85 pour 100 environ de toute la population de ce groupe d'âge dans la tribu. Les examens comprennent la trilogie: examen physique, radiographies des mains, des pieds, du cou et de la région lombaire, et des analyses sanguines spéciales. Ces résultats peuvent donc être comparés objectivement avec ceux d'études analogues, effectuées chez d'autres populations, dans n'importe quelle partie du monde.

Le résultat final sera interprété par comparaison avec la deuxième phase de l'étude, où les mêmes examens seront répétés l'an prochain chez une tribu indienne du sud-ouest, vivant dans le climat chaud et sec du désert de l'Arizona. Les deux climats ainsi comparés sont les extrêmes sur le bloc continental des Etats-Unis et, si l'on peut démontrer que l'arthrite des climats chauds ne déclenche pas les mêmes lésions que celle des climats froids, il se peut que l'on en vienne à trouver les causes de l'arthrite et, éventuellement, des moyens de guérison.

Source: Communiqué HEW-T32 du U.S. Public Health Service, le 5 avril 1962.

*Vaccin anti-morbilleux atténué — épreuve clinique massive.*

Le U. S. National Institute of Health terminait récemment, à Ouagadougou (Haute-Volta), une étude-pilote de deux mois sur l'épreuve du vaccin vivant anti-morbilleux. Le vaccin utilisé était préparé à partir de la souche d'Edmonston atténuée, mise au point à l'université Harvard par le docteur Enders et ses collaborateurs.

L'étude avait pour but d'établir si ce vaccin, administré à 10,000 enfants aux Etats-Unis et d'une innocuité parfaite, présenterait la même sécurité pour des enfants de l'Afrique noire, où la rougeole par contamination naturelle se caractérise par une mortalité très élevée. On rapporte que, dans la Haute-Volta, la rougeole a tué dans le passé jusqu'à 25 ou 50 pour 100 des enfants en bas âge, alors qu'elle ne cause qu'un décès par 10,000 aux Etats-Unis.

Les observateurs craignaient que le virus vivant atténué, qui déclenche un peu de fièvre mais aucune maladie sérieuse chez les enfants américains, provoque des réactions plus graves chez les jeunes Africains qui vivent dans une ambiance si différente, et dont un grand nombre souffrent de maladies nutritionnelles ou parasitaires.

Cette vaccination a donc été pratiquée chez 439 enfants (âgés de 7 mois à 3 ans), dont la moitié n'ont reçu que le vaccin et l'autre moitié une injection de globuline *gamma* à la suite du vaccin. Aucun enfant n'a souffert de réaction sérieuse, ni dans un groupe ni dans l'autre, quoique la plupart aient été à ce moment atteints d'une ou de plusieurs infections aiguës ou chroniques, notamment, les affections respiratoires, le paludisme, la diarrhée, la dysenterie, ou des lésions pyogènes de la peau.

Des échantillons de sang ont été prélevés pour études sérologiques, juste avant la vaccination et quatre semaines

après. Les analyses sérologiques ont démontré: 1° que presque tous les enfants vaccinés (94 pour 100) n'avaient pas d'anticorps anti-morbilleux avant la vaccination, donc étaient sensibles à la maladie; 2° que tous les enfants en état de sensibilité ont développé des anticorps. Le titre des anticorps était un peu plus élevé chez les enfants vaccinés qui n'avaient pas reçu de globuline *gamma*.

Source: Communiqué HEW-T21 du U.S. Public Health, le 28 mars 1962.

*Zoonoses et micro-organismes particuliers*

Depuis janvier 1962, les laboratoires provinciaux d'hygiène publique rapportent mensuellement tous les cas confirmés de micro-organismes pathogènes particuliers, tant pour les malades que pour les porteurs de germes. Le docteur J. McKiel, chef du laboratoire des Zoonoses au Laboratoire d'hygiène, réunira tous ces rapports provinciaux en un rapport national, et celui-ci sera publié régulièrement dans notre Bulletin épidémiologique. Nous présentons ici un rapport combiné pour les trois premiers mois de l'année.

CINQ SUBVENTIONS FÉDÉRALES À LA SANTÉ  
DÉPASSENT \$117,000

Le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social a annoncé l'attribution de cinq subventions, dont le total dépasse \$117,000.

L'Ontario Hospital de North Bay, Ontario, a obtenu \$56,866 pour défrayer le coût de construction d'un laboratoire. Le laboratoire sert non seulement l'établissement, mais fait aussi des travaux de bactériologie pour les deux hôpitaux généraux de North Bay et assure un service de laboratoire régional pour les médecins du secteur public et privé de la région de North Bay.

La province de Nouvelle-Ecosse obtient \$24,551 pour la création d'une nouvelle clinique d'hygiène mentale qui servira le comté de Lunenburg et le comté Queen. La subvention aidera à équiper un bureau central et deux sous-stations et à rémunérer un psychiatre, un psychologue, un travailleur social et une sténographe. C'est la huitième clinique d'hygiène mentale établie en vertu d'un plan destiné à étendre ce genre de service à toute la Province.

La ville de Verdun, province de Québec, recevra \$14,315 pour l'achat d'un plus gros appareil de rayons X, devenu nécessaire à cause de l'augmentation du volume de travail de la clinique anti-tuberculeuse de Verdun.

L'hôpital Général de Montréal recevra \$12,812 qui couvriront une partie des frais de modifications de sa structure, ce qui améliorera les salles de chirurgie et de radiologie.

Le Royal Jubilee Hospital de Victoria, Colombie Britannique, recevra \$8,549 qui couvriront une partie des frais d'amélioration de la buanderie de l'hôpital.

## LIVRES RECUS

**Manuel de médecine.** Par Henri PEQUINOT. Deuxième édition entièrement refondue. Un vol. de 710 pages, avec 111 fig. Broché: 43 NF.; cartonné demi-souple: 53 NF. Masson et Cie, édit., Paris, 1961.

Ce manuel de médecine, dont la première édition a connu le succès, se présente toujours comme un livre didactique conçu dans l'exercice de fonctions enseignantes, au contact des étudiants de tous les âges et de toutes les années, dans les salles d'hôpital.

L'étudiant n'avait trop souvent à sa disposition, pour s'instruire, qu'une série de tableaux sans liens: chapitres de gros traités, conférences magistrales consacrées à un sujet, ou à l'un de ses aspects d'actualité, « question » faite pour être récitée en une heure ou en cinq minutes après avoir été posée en termes rituels, mise au point brève du clinicien au lit du malade.

Comme l'a écrit à l'époque le Professeur Lemaire, en présentant la première édition dans « La Presse Médicale »: « La démesure des programmes d'enseignement, l'impulsion rénovante que subit la médecine, faisaient depuis quelques années sentir aux jeunes étudiants comme aux médecins chevronnés, la nécessité d'un ouvrage qui mieux que les gros traités fût pour les uns une référence commode, pour les autres un instrument de travail. La tâche était difficile. Pour la réussir il fallait pouvoir allier beaucoup de science et d'expérience à une grande habitude de l'enseignement. Il fallait aussi avoir mesuré l'indigence fragmentaire des connaissances que procure aux étudiants un enseignement de la pathologie devenu trop parcimonieux. H. Péquignot nous apporte un Manuel de médecine. Il s'est proposé modestement de bâtir une trame sur quoi ses jeunes lecteurs pourront apposer les connaissances qu'ils acquerront par la suite. En réalité, dans cette image que se fait, de la pathologie, un médecin cultivé et très savant, c'est une conception synthétique de la médecine actuelle qu'il faut voir, et H. Péquignot a réussi une manière de chef-d'œuvre... »

L'ouvrage aidera donc chacun, à son stade, à organiser ses connaissances. Sans être encyclopédique, il a cherché à être complet. L'auteur a voulu éviter les fausses frontières, et utiliser tout ce qui lui paraissait nécessaire à son propos. On ne peut faire un exposé sincère de la pathologie sans esquisser un minimum de pathologie générale, et il est indispensable de préfacier l'étude de chaque secteur de la pathologie des organes par un exposé des techniques d'examen cliniques et paracliniques. Partout où cela est nécessaire, il faut rapprocher des données cliniques, les données anatomiques, et il est souvent indispensable de rapprocher le fait pathologique des données physiologiques (dont elles ont généralement favorisé la découverte).

La 2e édition a été refondue, non pas en « ajoutant », en « soustrayant », ou en « substituant », mais, comme le dit l'auteur lui-même, en « intégrant » — dans le même esprit — les progrès intervenus depuis la première édition: « Un progrès technique déterminé — par exemple de meilleurs opacifiants biliaires ou l'expansion rapide de la chirurgie cardiaque — n'est pas des alinéas à ajouter à tel chapitre de diagnostic ou de traitement. Il déclenche de nouvelles

attitudes de raisonnement devant les malades, une nouvelle manière de conduire nos explorations, d'apprécier le pronostic, de diriger le traitement. Mettre au point cette deuxième édition, ce fut pour nous essayer d'intégrer cinq ans de vie médicale, en tentant d'être le reflet loyal, bien que personnel, de ce « fonds commun », de ces données communément admises par l'ensemble des médecins d'aujourd'hui, qui peuvent seules être objet d'un enseignement magistral. Et ceci nous a imposé de penser de façon renouvelée presque la moitié de cet ouvrage ».

La présentation matérielle de l'ouvrage a été maintenue. Elle cherche à venir en aide au lecteur par une suite de titres marginaux qui visent à dégager le mouvement des exposés, et à en faire comprendre l'esprit.

**Les glandes endocrines — Tome I: Thyroïdes — Surrénales — Endopancréas.** Par le prof. GILBERT-DREYFUS et Coll. Un volume de 108 pages: 22 NF — Franco: 23,50. L'Expansion, édit., Paris, 1962.

Conçu et exposé dans l'esprit de la Collection « Diagnostic, Pronostic, Traitement » que dirige le Professeur Lian à l'intention des praticiens, cet ouvrage « Les Glandes endocrines » a été rédigé par le Professeur Gilbert-Dreyfus qui, depuis 30 ans, consacre l'essentiel de ses recherches à l'étude des hormones et des affections glandulaires.

Il s'agissait ici, non point de faire œuvre d'érudition ni d'exposer une doctrine personnelle, mais, dans la masse des découvertes et des publications dont le nombre va chaque jour en croissant, de choisir l'essentiel de ce que le praticien submergé serait aujourd'hui impardonnable d'ignorer.

Les principales qualités de cet ouvrage sont: la simplicité, la clarté et la concision.

L'auteur a délibérément laissé de côté les considérations théoriques sans application immédiate. Contrairement à l'usage on ne trouvera pas ici de chapitres d'anatomie, d'histologie, ni même de physiologie, à laquelle il est cependant fait largement allusion chaque fois que le besoin s'en fait sentir, à propos des indications et de l'interprétation des examens de laboratoire.

Gilbert-Dreyfus s'est mis à la place du médecin de médecine générale en face d'un malade dont les troubles pourraient être imputables aux glandes endocrines et qui se propose de porter un diagnostic exact, d'évaluer la gravité du cas et de formuler une thérapeutique adéquate.

A propos de chaque glande et de ses syndromes d'hypo et d'hyperfonctionnement, est envisagé le déroulement des étapes du diagnostic, lequel, cliniquement évident dans les formes complètes de la maladie, requiert dans les formes frustes, incomplètes et atypiques, la mise en œuvre de procédés paracliniques, radiologiques ou biologiques, comportant des dosages hormonaux systématiques, des épreuves dynamiques d'excitation et de freinage, l'étude des différents métabolismes.

Chemin faisant est soulignée la fréquence relative, par rapport aux endocrinopathies organiques, des maladies de systèmes à composante endocrinienne et des réactions secondaires de l'appareil endocrinien.

# OSMOPAK

*contient*

**58% SULFATE MAGNESIUM**

**+ VERT BRILLANT**

**+ BENZOCAINE**

**LOCALISE  
SÛREMENT  
L'INFECTION**

REMPLECE AVANTAGEUSEMENT LE PANSEMENT HUMIDE

**Herdt & Charton Inc.**

2245, RUE VIAU — MONTRÉAL

Sans détails superfétatoires, l'auteur a mis à profit sa grande expérience pour préciser les indications du traitement, son mode d'application et ses résultats.

L'ensemble constitue un tout cohérent, hautement original dans la mesure où il diffère profondément de tous les autres traités, manuels et précis antérieurs, et dont l'utilité s'avèrera incontestable.

Le premier tome est consacré à la thyroïde, aux surrénales et au pancréas endocrine; il sera suivi d'un deuxième tome consacré à l'hypophyse, aux gonades et aux glandes parathyroïdes.

**Vade-mecum des antibiotiques et agents chimiothérapeutiques anti-infectieux (1962).** Par Maur NEUMAN. Un vol. de 412 pages. Cartonné: 40 NF. Librairie Maloine S. A., édit., Paris, 1962.

Cet ouvrage vient de combler une lacune très ressentie dans la thérapeutique par les antibiotiques et agents chimiothérapeutiques. Le besoin se faisait sentir d'une monographie pratique et condensée, s'adressant au médecin praticien de toutes les spécialités réalisant une mise au point dans cette thérapeutique si mouvementée, s'enrichissant constamment. Profitant d'une certaine stabilisation dans le domaine des antibiotiques, l'auteur expose clairement tous les problèmes complexes posés par la pratique des antibiotiques. Des figures et de nombreux tableaux synoptiques complètent utilement le texte.

La *première partie* donne les définitions, les classifications, l'analyse de la résistance microbienne aux antibiotiques et ses conséquences, les limites des traitements antibiotiques et les critères de choix d'un antibiotique (les principes de base), le mode d'action, la toxicité et les effets secondaires.

La *deuxième partie* expose la description détaillée de chaque antibiotique et agent chimiothérapeutique utilisé actuellement; sulfamides et sulfones, dérivés nitrofuraniques, P.A.S. et ses dérivés, isoniazide et ses dérivés, les diverses pénicillines, y compris les récentes amino-pénicillines de synthèse, les streptomycines, le chloramphenicol, les tétracyclines, la bacitracine, les antibiotiques du groupe de l'érythromycine et de la néomycine, les antifongiques, les antibiotiques et agents chimiothérapeutiques d'utilisation exclusivement locale, les agents chimiothérapeutiques et antibiotiques d'action antiprotozoaires.

Chaque antibiotique est étudié d'une manière détaillée, d'après un plan commun; composition chimique et origine, standardisation, propriétés physico-chimiques, spectre d'action, pharmacologie clinique: absorption, concentration sanguine, métabolisme, élimination, toxicité et effets secondaires, mode d'action, développement de la résistance microbienne, indications cliniques, mode d'administration et posologie, associations, préparations spécialisées en France et dans le Marché Commun Européen.

La *troisième partie* traite les problèmes à l'ordre du jour et discutés, des associations des antibiotiques, de la prophylaxie par les antibiotiques et agents chimiothérapeutiques.

La *quatrième partie* est dédiée aux applications cliniques des antibiotiques dans les différentes spécialités: maladies infectieuses, médecine interne, pédiatrie, dermatologie, urologie et chirurgie générale.

La *cinquième partie* décrit les méthodes de laboratoires nécessaires dans le traitement par les antibiotiques et leur utilisation dans les techniques de laboratoire.

En résumé un ouvrage qui dans une forme condensée contient une abondante documentation sur les problèmes journallement posés aux praticiens dans l'emploi des antibiotiques et qui sera pour eux un précieux auxiliaire.

**Echec à l'obésité et à la cellulite.** Par Dr P. JACQUEMART. Illustrations de JOURCIN. Un vol. de 116 pages, 40 figures. 8,80 NF. Librairie Maloine S. A., édit., Paris, 1962.

L'obésité pose de graves problèmes. Sur le plan esthétique, elle joue déjà un rôle des plus défavorables mais, ce sont surtout les complications qu'elle entraîne qui doivent être tenues en considération.

La morphologie des obèses permet de distinguer des tempéraments qui réagissent de façon différente et ne sont pas atteints des mêmes complications: les uns sont frappés d'hypertension artérielle, de diabète, etc., les autres doivent redouter surtout la formation de calculs dans la vésicule biliaire.

Les modérateurs de l'appétit, les rations caloriques amaigrissantes, l'indispensable thyroïde, les diurétiques, les aliments et condiments de régime sont minutieusement décrits. Plusieurs tableaux indiquent la valeur calorique de tous les aliments solides et liquides.

Dans l'important chapitre réservé à la cellulite, est souligné le rôle des massages, depuis les plus classiques jusqu'aux méthodes les plus modernes, massages sous air rythmé, etc.

Les stations thermales, les traitements psychique, la chirurgie esthétique font l'objet de paragraphes particuliers.

Très abondamment illustré de dessins humoristiques et de hors-texte de Jourcin, cet ouvrage est à la fois concis, complet et très agréable à lire.

**Le docteur Doyen, chirurgien de la belle époque.** Par Robert DIDIER. Un vol. de 240 pages, 19 planches hors-texte. 20 NF.

Tous ceux qui ont connu la fin de la « belle époque », de cette période qui s'arrête au début de la guerre de 1914, ont entendu parler du docteur Doyen, chirurgien prestigieux dont la réputation avait dépassé nos frontières. Alors qu'il fallait de l'audace pour se risquer à faire ces grandes opérations qui, avec les progrès réalisés depuis, nous semblent bien simples, Doyen s'est montré comme un des plus habiles opérateurs de son temps. Il a apporté à la chirurgie des perfectionnements incessants en en modifiant l'instrumentation et la technique et, hardi novateur, a osé pratiquer des interventions qu'il était alors le seul à pouvoir entreprendre; il est aussi le premier à avoir eu l'idée du cinéma chirurgical.

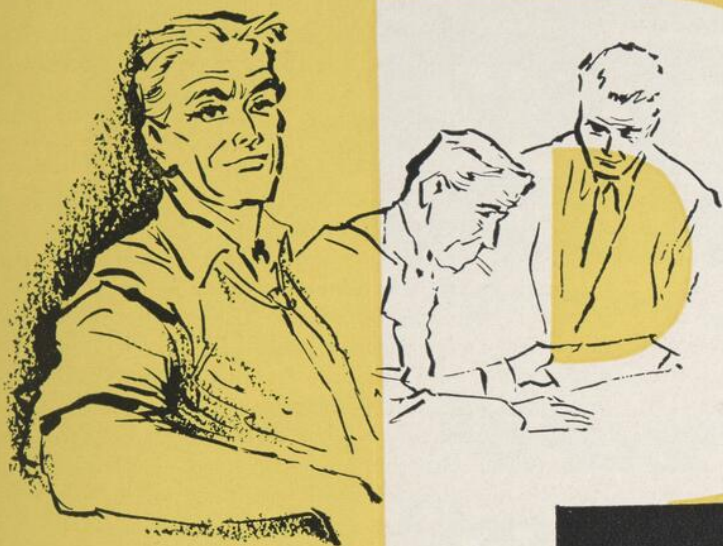
A côté de cela, personnalité un peu trop en vue du Tout-Paris, il reste une figure bien pittoresque du monde médical de cette époque.

On lui a d'ailleurs beaucoup reproché d'avoir un peu trop fait parler de lui et d'avoir été la vedette de trop de tapageuses aventures. Il a été un peu partout chansonné et caricaturé, mais cela créait autour de lui un climat de réclame qui était loin de lui déplaire.

Le docteur Robert Didier, dans le livre qu'il vient de consacrer à sa mémoire, a rassemblé les souvenirs de sa vie, et, semant son récit d'anecdotes souvent amusantes, rappelé l'essentiel de l'oeuvre de Doyen; très objectivement il a essayé de démêler la part de qualités et la part de défauts qu'on peut y rencontrer.

# MARRO-DAUSSE

MAINTENANT PRÉSENTÉ SOUS FORME DE DRAGÉES



LA PRÉPARATION LA PLUS  
RICHE EN VITAMINES  
"P" NATIVE

**11,000**  $\gamma$

DE VITAMINE P PAR CC. DE  
SOLUTION OU PAR DRAGÉE

4 FORMES



DRAGÉES



POMMADE



SUPPOSITOIRE



SOLUTION

## HÉMORROÏDES

CRISES HÉMORROÏDAIRES AIGÜES  
TRAITEMENT D'ENTRETIEN  
VARICES • PHLÉBITES

ET TOUS LES TROUBLES CIRCULATOIRES VEINEUX  
FRAGILITÉ CAPILLAIRE • ENGELURES

Posologie: 1 ou 2 dragées deux ou trois fois par jour, aux repas.

Présentation: Solution: Flacons de 1 oz. et 4 oz.

Pommade: Tubes de 40 grammes avec canule spéciale.

Suppositoires: Boîte de 10 suppositoires.

Dragées: Flacons de 50, 100 et 500 dragées.

Echantillon et documentation sur demande.

Préparé par les LABORATOIRES DAUSSE, Paris, France

Représentants exclusifs au Canada:

**Herdt & Charton Inc.**

2245, RUE VIAU • MONTRÉAL

Il nous semble qu'il était indiqué d'empêcher cette figure remarquable et originale de tomber dans l'oubli.

**Massage des zones réflexes dans la musculature et dans le tissu conjonctif.** Par Wolfgang KOHLRAUSCH. Traduit de l'allemand sous la direction de H.-J. CULIOLI. Un vol. de 160 pages, avec 47 figures en noir et en couleurs. 26 NF. Masson et Cie, édit., Paris, 1962.

La théorie des zones réflexes décrites pour la première fois à la fin du siècle dernier par Head et Mackenzie, trouve depuis quelques années une audience toujours croissante.

Ce livre fait suite aux travaux fondamentaux de l'auteur sur les rapports réflexes entre viscères et musculature. Le traitement des maladies nerveuses a tiré profit de l'expérience montrant que les changements d'état des zones réflexes peuvent servir de point de départ à une action thérapeutique. Il est démontré que le massage des zones réflexes de la musculature et du tissu conjonctif, en revivifiant et en rééquilibrant les centres de régulation situés dans la moelle épinière, le bulbe ou le diencéphale, agit sur l'organe malade par voie réflexe directe et même indirecte. Ce dernier, trop tôt stimulé, peut réagir fortement de façon nocive pour le malade. C'est pourquoi le massage des zones réflexes se pratique initialement à distance de ces régions sensibles.

Après avoir analysé la technique de ce massage, l'auteur passe en revue ses indications, qui sont multiples et restent à développer dans de nombreuses directions. A ce titre cet ouvrage intéressera kinésithérapeutes et médecins praticiens, auxquels il donnera sans doute de nouvelles possibilités thérapeutiques comme il leur permettra peut-être de compléter les indications de cette technique moderne de massage.

#### *Grandes divisions de l'ouvrage*

I. Bases théoriques du traitement. — II. Forme et situation des zones. — III. La technique du massage du tissu conjonctif. — IV. Zones réflexes dans les maladies chirurgicales et orthopédiques. — V. Zones réflexes lors des troubles vasculaires. — VI. Zones réflexes du rhumatisme chronique. — VII. Zones réflexes lors des douleurs à la tête et aux reins. — VIII. Zones réflexes lors des maladies des organes internes. — IX. Zones réflexes lors des maladies des voies respiratoires. — X. Zones réflexes lors des maladies des organes abdominaux. — XI. Zones réflexes dans les maladies neurologiques. — Remarque finale. — Bibliographie.

**Les graisses dans l'athérosclérose — Les acides gras éthyléniques et l'athérosclérose.** Par J. ENSELME. Un volume de 160 pages (\$5.50). Gauthier-Villards, édit., Paris, 1962.

Ce livre expose les résultats d'un très grand nombre d'études expérimentales sur l'animal ou d'observations humaines, relatives à l'activité des différentes graisses sur le syndrome d'athérosclérose et ses complications, l'infarctus du myocarde étant le plus fréquent dans ce cas. Dans sa première partie, l'auteur étudie les graisses naturelles et leur action, graisses animales et graisses végétales, sans tenir particulièrement compte de leur constitution chimique. Puis, il examine le retentissement des différents types alimentaires selon les races, les coutumes dans les différents peuples. Dans une deuxième partie, il s'attache à expliquer chimiquement les résultats observés.

Une question se pose, en effet, actuellement: convient-il de modifier complètement les habitudes alimentaires de certains peuples particulièrement affectés par l'athérosclérose, en substituant des huiles aux graisses animales et au beurre? Pour répondre à cette question, l'auteur a mené une vaste enquête bibliographique dont il expose les résultats.

L'ouvrage s'adresse à des médecins et à des étudiants en médecine qui trouveront un certain nombre de définitions des termes chimiques le plus souvent utilisés. Il doit également intéresser les pharmaciens et tous les hommes de sciences, ou simplement tout homme cultivé. C'est pourquoi, il apporte aussi des définitions médicales, en sorte que les uns et les autres peuvent le lire en entier sans préparation préalable.

#### *Table des matières*

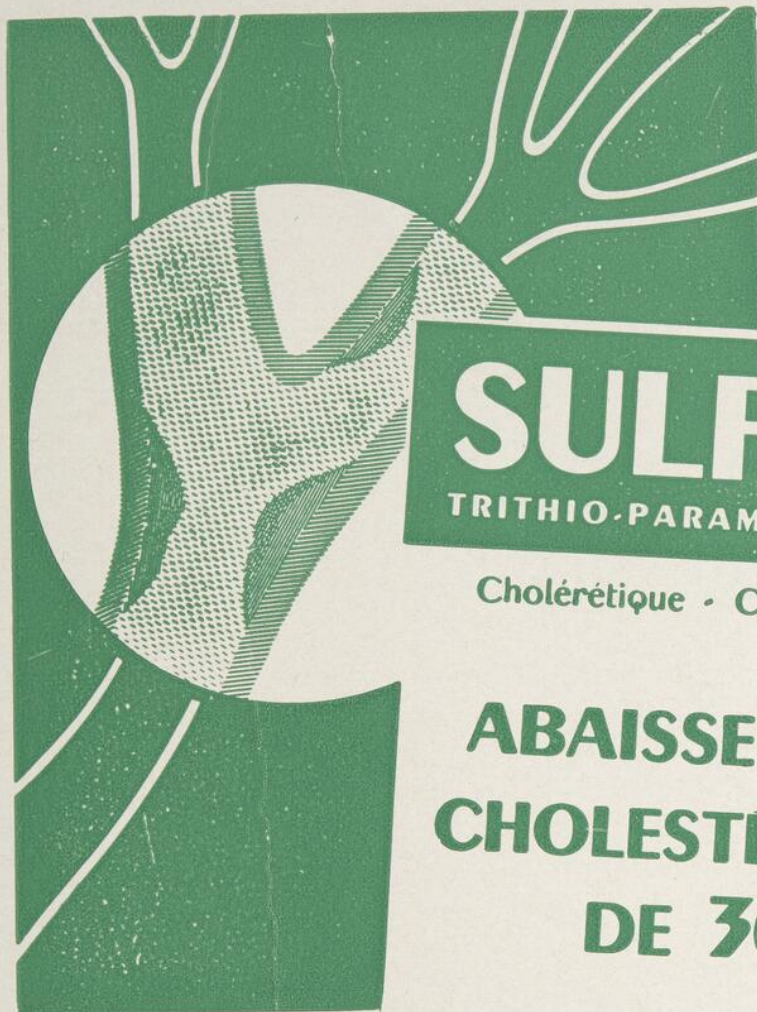
Première partie: *Les faits relatifs aux éléments chimiques naturels athéroscléreux.* — I. Les aliments athérosclérogènes. — II. Les aliments lipidiques antiathérosclérogènes. — III. Les aliments lipidiques neutres par rapport à l'athérosclérose. — IV. Les influences de l'alimentation sur l'athérosclérose vues à travers les études épidémiologiques. — V. L'étude de quelques corps naturels non lipidiques actifs sur l'athérosclérose.

Deuxième partie: *Essai d'explications des faits.* — I. La composition chimique des artères. Modifications dues à l'âge et à l'athérosclérose. — II. Le rôle des divers facteurs dans la genèse de l'athérosclérose. — III. Accumulation et genèse des éléments pathogènes. — IV. L'évolution des acides gras éthyléniques dans l'organisme. — V. Conclusions générales.

Appendice: I. Définitions chimiques. — II. Définitions médicales. — III. Dosages des acides gras éthyléniques.

**Normes européennes applicables à l'eau de boisson.** O. M. S., Genève, 1962; 50 pages. Prix: \$0.60.

Une précédente publication de l'Organisation mondiale de la Santé intitulée *Normes internationales applicables à l'eau de boisson* (1958), a défini les normes chimiques et biologiques minimums auxquelles doit normalement répondre l'eau mise à la disposition du public pour ses usages domestiques. Ce texte donne une description détaillée des méthodes de contrôle admises. En fait, les possibilités économiques et techniques variant avec le pays considéré, certaines régions peuvent prétendre à observer des normes plus exigeantes que celles proposées pour l'ensemble du monde. Bien entendu, c'est là une ambition qu'il convient d'encourager, notamment en Europe. Quelques pays faisant partie de la Région européenne de l'OMS ont même fixé déjà leurs propres normes de qualité applicables à l'eau destinée à la consommation humaine; ils ont aussi uniformisé dans une certaine mesure leurs méthodes d'analyse et la formulation des résultats. En collaboration avec les Etats Membres, et avec l'aide de nombreux experts appartenant à 12 pays européens, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a étudié la situation afin de pouvoir conseiller au point de vue technique les administrations de santé publique soucieuses de rénover les prescriptions relatives au contrôle de la qualité de l'eau. Le rapport rédigé à la suite de ces travaux a été révisé après quelques délibérations qui ont tenu compte de l'expérience acquise et des observations reçues. Ce rapport est publié, dans son état définitif, sous le titre *Normes européennes applicables à l'eau de boisson*.



# SULFARLEM

TRITHIO-PARAMÉTHOXY-PHÉNYLPROPÈNE

Cholérétique · Cholestérololytique · Azoturique

**ABAISSSE LE TAUX DU  
CHOLESTÉROL SANGUIN  
DE 30 à 50 %**

**TOUTES LES HYPERCHOLESTÉROLÉMIES**

Voie intramusculaire profonde,  
1 ampoule tous les 2 jours  
associée au traitement péroral  
de 1 à 2 granules avant chaque repas

Dernière référence bibliographique  
ALGÉRIE-MÉDICAL N° 2 - 1953, p. 137.

Tube de 40 granules

Boîte de 6 ampoules

## LATÉMA

**LABORATOIRES DE THÉRAPEUTIQUE MODERNE**

31, RUE DE LISBONNE · PARIS 8<sup>e</sup>

*Représentants exclusifs au Canada:*

**HERDT & CHARTON, INC.**

2245, rue Viau, Montréal-4, Canada.

Il recommande des normes de qualité, chimiques et bactériologiques, et diverses méthodes qui ne sont en aucune façon impératives, car la constante apparition de techniques nouvelles et leur adoption laisse prévoir que les méthodes et critères proposés devront être révisés de temps à autre. Certains problèmes nouveaux, comme ceux qui résultent de la pollution industrielle, peuvent même inciter à modifier les normes.

Outre une liste de références internationales complète, le rapport contient des recommandations détaillées sur les examens bactériologiques et physico-chimiques qu'utilisent

les Services des Eaux pour leurs contrôles de surveillance systématiques. Le traitement éventuel de l'eau avant sa distribution sous conduites n'entre pas dans le cadre de ce rapport qui laisse également de côté l'étude microscopique des matières en suspension ou l'identification des protozoaires et des parasites pathogènes. Susceptible d'intéresser les ingénieurs et les Services des Eaux chargés du traitement et de la distribution, cette publication consacrée exclusivement à l'eau destinée aux populations devrait apporter une aide précieuse aux autorités responsables de la santé publique qui veillent à ce que le consommateur reçoive une eau pure, exempte de tout danger.

## L'Union Médicale du Canada en 1893

### LE BUREAU PROVINCIAL DE MÉDECINE ET LA LOI MÉDICALE

Juillet 1893

Comme nos lecteurs ont pu s'en rendre compte par notre livraison de juin contenant le rapport officiel de l'assemblée de mai du Bureau Provincial de médecine, les Gouverneurs du Collège ont discuté, à cette assemblée, plus d'un sujet important pour la profession.

Le premier point en litige a été le suivant: Il y a dans l'Acte médical qui nous régit actuellement une clause qui se lit ainsi:

«... Des quatre années d'études exigées par le présent Acte<sup>1</sup>, au moins trois termes, de six mois chacun, seront employés à suivre des cours dans une Université, Collège ou Ecole de médecine incorporée reconnu par ce Bureau; les premiers de ces cours seront ainsi suivis *durant la session qui suivra immédiatement l'examen préliminaire*, et les derniers le seront *durant la quatrième année d'étude*, et le candidat devra subir son examen sur les matières finales du curriculum *à la fin de la session de sa quatrième année d'étude.*»

Conformément à ces dispositions, le Bureau ne tient aucun compte des années de cours universitaires qu'un élève peut avoir suivis avant l'obtention de son brevet. De même aussi il ne peut permettre qu'un élève subisse dans les écoles et universités son examen final avant la fin de sa dernière année de cours, laquelle doit ainsi coïncider avec la quatrième année d'études.

A la réunion de mai, plusieurs gradués se sont présentés dont le *brevet* était daté de mai 1889, le diplôme l'étant de mai ou avril 1893 quoique l'examen final eût été subi un an auparavant, en 1892. Après une assez vive discussion, il a été résolu que, pour la dernière fois, le Bureau accorderait la licence à ces candidats, mais qu'à

1. Par les mots *quatre années d'étude* on doit entendre ici l'espace de quatre années complètes (48 mois) entre la date de l'admission à l'étude de la médecine et la date de la licence provinciale.

l'avenir, le texte de la loi, tel que nous venons de le citer, serait rigoureusement appliqué.

La question du *Bill médical* est derechef sur le tapis. Discussion prolongée et très agaçante pour ceux qui sont médecins avant d'être avocats. L'établissement d'un Bureau central d'Examineurs pour l'admission à la pratique et pour l'octroi de la licence *ad praticandum* a été le sujet de récriminations, d'interpellations, de réponses aigres-douces qui menaçaient de prendre une allure chronique quand M. le docteur Marsil, le Nestor du Bureau, ennuyé avec raison de ce verbiage inutile, a proposé la formation d'un comité dit *Comité de législation médicale*, chargé de préparer, s'il y a lieu, un projet de loi médicale qui devra être soumis à la prochaine session de la Législature de Québec. Ce Comité sera composé de neuf membres: quatre représentants de la profession médicale en dehors des Facultés, quatre représentants des universités (un pour chaque Faculté de médecine) avec M. le Président du Bureau *ex officio*.

Cette proposition a été acceptée avec plaisir par la presque totalité de l'assemblée, heureuse de pouvoir se débarrasser d'une question brûlante que la discussion et la polémique n'avaient guère avancée jusque là.

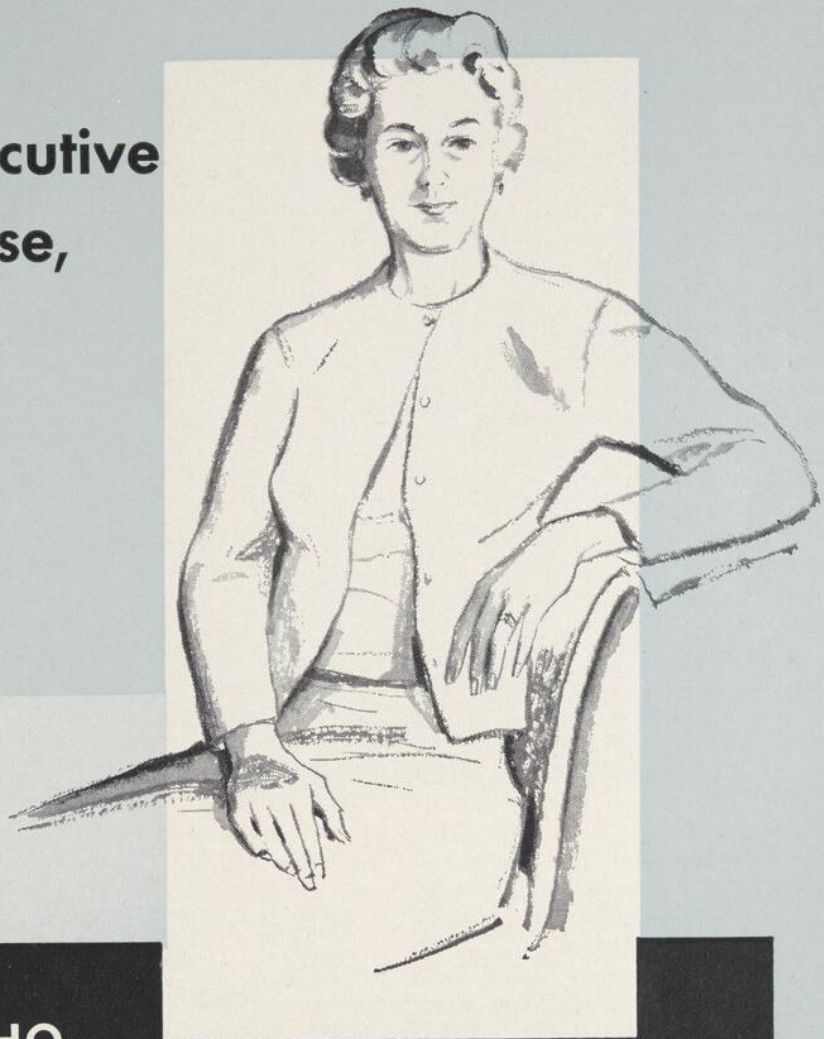
Le Comité s'est réuni à Montréal le premier mercredi de juin. Etaient présents: les docteurs Marsil, Gibson, Chèvrefils, Beausoleil, Craik (McGill), Campbell (Bishop), Simard, Laval, Québec), Rottot (Laval, Montréal), et Brosseau, secrétaire de la section montréalaise. En l'absence du docteur J. J. Ross, président *ex officio*, M. le docteur Campbell occupait le fauteuil de la présidence, le docteur Beausoleil agissait comme secrétaire du comité.

Après une discussion assez accidentée au sujet du Bureau central et des amendements à faire subir à la loi médicale actuelle, on a adopté la résolution suivante, sur proposition du docteur Rottot appuyé par le docteur Chèvrefils:

«Que les assesseurs du Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec aient le pouvoir d'examiner les candidats aux divers examens de médecine;

**dans la  
vaginite consécutive  
à la ménopause,**

**la vaginite atrophique,  
et avant la chirurgie  
plastique du bassin,**



**ORTHO**  
**Dienestrol Cream**

procure une  
oestrogénothérapie locale  
pour une prompt  
cicatrisation  
de l'épithélium vaginal



ORTHO PHARMACEUTICAL (CANADA) LTD., Toronto, Ont.

« Qu'un système uniforme d'examen médical soit basé sur cette proposition;

« Que telle organisation constitue le Bureau provincial d'examen en rapport avec l'examen des facultés médicales de la province;

« Que lorsque MM. les assesseurs du Collège des médecins et chirurgiens ne seront pas satisfaits de l'examen d'un élève, ils auront le pouvoir d'examiner de nouveau tel élève, et de faire un rapport conforme à leur appréciation;

« Que le Bureau médical devra nommer autant d'assesseurs que chaque Faculté médicale formera de jurys d'examen, jusqu'à concurrence de six;

« Que cette proposition soit transmise à chaque Faculté médicale, avec prière de faire rapport, par son représentant, à la réunion du cinq juillet prochain, du *Comité de législation médicale.*»

Comme il est facile de le voir, la proposition Rottot-Chèvrefils n'a qu'un but, celui d'augmenter les pouvoirs des assesseurs en les autorisant à prendre une part active à l'examen des élèves des Facultés, à interroger les candidats, tout comme si l'examen se subissait devant un Bureau central.

Le cinq juillet, autre réunion du comité. Présents: les docteurs Marsil, Gibson, Chèvrefils, Beausoleil, Rottot, Simard, Craik, McConnell (substitut du docteur Campbell) et Brosseau. Le docteur Marsil préside. Le docteur Simard communique une lettre de M. l'abbé Laflamme, alors secrétaire de l'Université Laval de Québec, informant le représentant de la Faculté de Québec que l'Université Laval n'a aucune objection à ce que les assesseurs interrogent les candidats aux examens du Baccalauréat et du Doctorat en médecine.

A son tour, le docteur Rottot donne lecture d'une résolution de l'École de médecine et de chirurgie de Montréal, Faculté de médecine Laval à Montréal, adoptée le 15 et le 20 juin 1893 et par laquelle l'École-Faculté approuve la proposition Rottot-Chèvrefils.

M. le docteur Craik fait ici rapport, oralement, que l'Université McGill est opposée à l'idée de donner aux assesseurs du Bureau médical le pouvoir d'interroger les candidats aux examens de médecine.

M. le docteur McConnell dit que la Faculté Bishop n'a pu se réunir pour discuter ce sujet, mais il est sous l'impression que cette Faculté est aussi opposée à l'augmentation des pouvoirs des assesseurs.

Le docteur Gibson se lève alors et, appuyé par le docteur Brosseau, propose que le Comité approuve la proposition Rottot-Chèvrefils et en fasse rapport au Bureau médical qui doit se réunir en septembre prochain, à Québec. Cette motion est adoptée par un vote de sept contre deux.

Les docteurs Brosseau et Chèvrefils proposent enfin qu'au cas d'insuccès de la motion Rottot-Chèvrefils, une dernière proposition, rédigée par M. le docteur Simard, soit soumise au comité. Cette proposition se lit comme suit:

« Attendu qu'il appert que le Bureau de médecine de la province d'Ontario serait disposé à accorder la réciprocité *aux diplômés licenciés* du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec, pourvu que ce diplôme ait été obtenu par un examen subi devant le dit Bureau de médecine de la province de Québec;

« Et attendu que par suite de l'uniformité de la formule de la licence octroyée par le Bureau provincial de Qué-

bec, ceux qui ont subi déjà ou qui subiront à l'avenir l'examen devant le dit Bureau provincial ne pourraient pas prouver *primâ facie* leur droit à une telle réciprocité;

« Qu'il soit résolu que la formule de la licence provinciale indique à l'avenir: si cette licence a été donnée sur simple présentation d'un diplôme universitaire, ou si elle a été donnée à la suite d'examens devant ce Bureau;

« Et qu'il soit résolu, en outre, de demander au Bureau provincial de médecine d'Ontario la réciprocité pour ceux des médecins de la province de Québec qui sont dans ce dernier cas, c'est-à-dire qui ont subi leur examen médical devant ce Bureau.»

Nous n'avons pas à discuter ici les avantages que peut offrir ou ne pas offrir la motion Simard. Il ne suffit pas qu'il *appert* que l'Ontario acceptera notre licence après examen devant le Bureau de Québec. Il faut, en plus, avoir la preuve *écrite* et libellée en bonne due forme par l'Ontario, acceptant cet arrangement et accordant la réciprocité dans les mêmes conditions. Plus d'une fois on nous a dit et répété que le Conseil médical d'Ontario n'accordera jamais la réciprocité des licences tant que, dans les provinces-sœurs désirant cette réciprocité, on n'exigera pas cinq années d'études médicales. Dans le cas où cet *on-dit* serait l'expression de la simple vérité, il faudrait y regarder à deux fois.

Nous ne sommes pas étonnés de voir les Facultés anglaises McGill et Bishop, s'opposer à la proposition Rottot-Chèvrefils, en faisant appel aux *droits et privilèges* conférés à ces institutions par leurs chartes respectives. Nous aurions été, au contraire, très surpris de les voir accéder — sans grincer — à cette mesure, comme étant de la plus grande opportunité.

Mais il est un point qu'il ne faut pas oublier et qui peut singulièrement modifier l'action du Bureau et du Comité de législation dans cette question. La loi médicale qui nous régit actuellement dit ceci:

« Le Bureau provincial de médecine fera de temps en temps, quand l'occasion le demandera, des règlements:

« 1. Pour la ligne de conduite des examinateurs, et pour prescrire les sujets et le mode d'examen, le temps et le lieu où seront tenus ces examens, et en général, fera les règlements qu'il jugera convenables et nécessaires relativement à ces exercices, pourvu que ces règlements ne soient pas contraires aux dispositions de cet acte;

« 2. Pour réglementer l'étude de la médecine, de la chirurgie et de l'art obstétrique, quant aux qualifications préliminaires, à la durée de l'étude et au cours d'étude que devront suivre les étudiants; pourvu toujours que ces règlements ne soient pas contraires aux dispositions de cet acte, et qu'aucun changement dans le cours d'étude établi par le Bureau ne vienne en vigueur qu'un an après qu'il aura été fait;

« 3. Pour nommer des assesseurs, pour visiter et assister aux examens médicaux dans les diverses universités, collèges et écoles incorporées de la province, et faire rapport au Bureau provincial sur la nature de ces examens... et au cas où tel rapport serait, en aucun temps, défavorable à aucune université, collège, et école incorporée, le Bureau provincial pourra, dans ce cas et dans ces circonstances, refuser la licence et l'enregistrement des degrés ou diplômes des institutions au sujet desquelles il a été fait tel rapport, tant que tels examens n'auront pas été amendés.

« A cette fin, le Bureau provincial nommera ou élira des assesseurs, dont deux ou plus devront assister aux exa-



## Après le festin

# Festal®

Les plaisirs de la table ne sont pas toujours appréciés par nos estomacs. Les digestions sont différemment supportées: faciles pour les uns, elles provoqueront chez d'autres incommodités et lourdeurs. Aussi dans beaucoup de cas, il est nécessaire d'aider le système digestif dans ses fonctions. Ceci s'applique surtout après avoir mangé certains légumes et fruits.

Les personnes âgées, dont les fonctions digestives sont réduites, auront un grand avantage à employer Festal.

Une ou deux dragées Festal après les repas augmentent l'activité digestive et préviennent l'inconfort.

Festal contient des enzymes standardisés et des constituants biliaries dans les mêmes proportions que celles qui existent dans l'organe vivant.



HOECHST PHARMACEUTICALS  
OF CANADA LTD.

mens de chaque université, collège ou école de médecine incorporée, d'accord avec un règlement à être passé ci-après par le Bureau.»

Ceci posé, il devient facile de conclure que le Bureau provincial de médecine n'est peut-être pas obligé de se

présenter devant la Législature à la prochaine session pour faire amender le code qui régit actuellement la profession. Il n'a qu'à confirmer les règlements déjà adoptés et mis en force, à en faire d'autres au besoin, comme la loi l'y autorise, et à se moquer des mécontents et des grincheux.

## NOUVELLES PHARMACEUTIQUES

### SALUTENSINE\*

#### Une nouvelle formule hypotensive

*Description.* Salutensine est une association cliniquement éprouvée et efficace de trois hypotenseurs en proportion équilibrée et bien tolérée, qui abaisse la tension artérielle d'une façon plus immédiate, plus sûre et plus facile. Chaque comprimé de Salutensine contient: Saluron\* (hydrofluméthiazide) 50 mg.; Réserpine 0.125 mg. et Pro-tovératine A 0.2 mg.

*Indications.* Hypertension essentielle, troubles cardiovasculaires hypertensifs.

*Posologie.* Dose ordinaire pour adultes: Un comprimé deux fois par jour. Pour un abaissement rapide de la tension artérielle, 3 ou 4 comprimés par jour peuvent être administrés au début du traitement, mais aussitôt qu'un résultat satisfaisant se manifeste, il y a lieu de réduire la dose au minimum. Il ne faut jamais dépasser la dose maximum de 4 comprimés par jour.

*Précautions.* Les patients atteints d'insuffisance rénale, particulièrement ceux recevant de la digitaline, devront être traités avec prudence.

*Présentation.* Flacons de 60 comprimés. No de Liste 5-425-6.

### "LEDERLE TUBERCULINE TINE TEST"

Un nouvel appareil individuel pour détecter les cas éventuels de tuberculose vient d'être mis sur le marché par la Division Lederle de la compagnie Cyanamid of Canada Limited, sous le nom de «Lederle Tuberculin Tine Test» (Rosenthal).

Cet appareil consiste en une sorte de bouchon circulaire en plastique, d'un pouce de long, ressemblant à un dé à coudre et qui sert de manche pour l'application du test. Il s'adapte sur un disque en acier inoxydable, d'où sortent quatre pointes, en acier inoxydable également. Les pointes ont environ deux millimètres de long et sont espacées de quatre millimètres; elles sont enduites d'un filtrat concentré de bacilles tuberculeux tués à la chaleur et desséchés. Les appareils sont livrés dans des pochettes en plastique qui s'enlèvent facilement et qui protègent les pointes et les disques.

L'appareil, qui est stérilisé complet et prêt à l'emploi, offre de nombreux avantages:

1. Son application est plus rapide parce qu'il ne nécessite aucun travail préparatoire.

2. Sa précision est comparable à celle du Mantoux.

3. Les tests peuvent facilement être faits sur des groupes, ou sur des cas isolés dans le cabinet du médecin.

4. Les enfants ont moins peur de cet appareil — qui est d'ailleurs pratiquement indolore — que de l'aiguille.

5. Le nombre de pointes contribue à éliminer les échecs du test.

6. La dose étant mesurée à l'avance, on évite le risque des erreurs de dosage.

Pour utiliser l'appareil, il suffit de la presser avec fermeté sur la peau, de façon à ce qu'elle soit perforée par les pointes. Comme pour le test Mantoux, la lecture s'effectue de 48 à 72 heures après l'application. L'utilisation de l'appareil ne nécessite aucun instrument supplémentaire, sauf pour stériliser l'emplacement avec de l'alcool.

Les appareils «Tine Test» sont présentés en boîtes de 5 ou de 25.

### BREVETS POUR SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES

Une réglementation tendant à rendre plus difficile l'obtention au Canada des brevets pour les spécialités pharmaceutiques a été soumise à la Commission Royale sur les Services Sanitaires sous la forme d'un projet présenté ici même aujourd'hui par un comité groupant 27 fabricants de produits pharmaceutiques.

Dans son projet, le comité — formé pour défendre la recherche créatrice dans l'industrie pharmaceutique et les industries connexes — a demandé la suppression des dispositions spéciales de la loi sur les médicaments brevetés selon lesquelles le possesseur d'un brevet peut être forcé d'autoriser ses concurrents à fabriquer le produit même si ledit fabricant répond à la demande du marché canadien. Le comité cependant préconisa de garder le système de l'autorisation forcée dans les cas où un médicament breveté n'était pas vendu au Canada à des prix raisonnables par des producteurs canadiens.

Le projet recommande aussi de supprimer ce qu'on appelle les «incapacités» (*disabilities*) interdisant à un inventeur d'une nouvelle drogue, obtenue par un procédé chimique classique, de recevoir un brevet. Selon la loi actuelle sur les spécialités pharmaceutiques les brevets ne

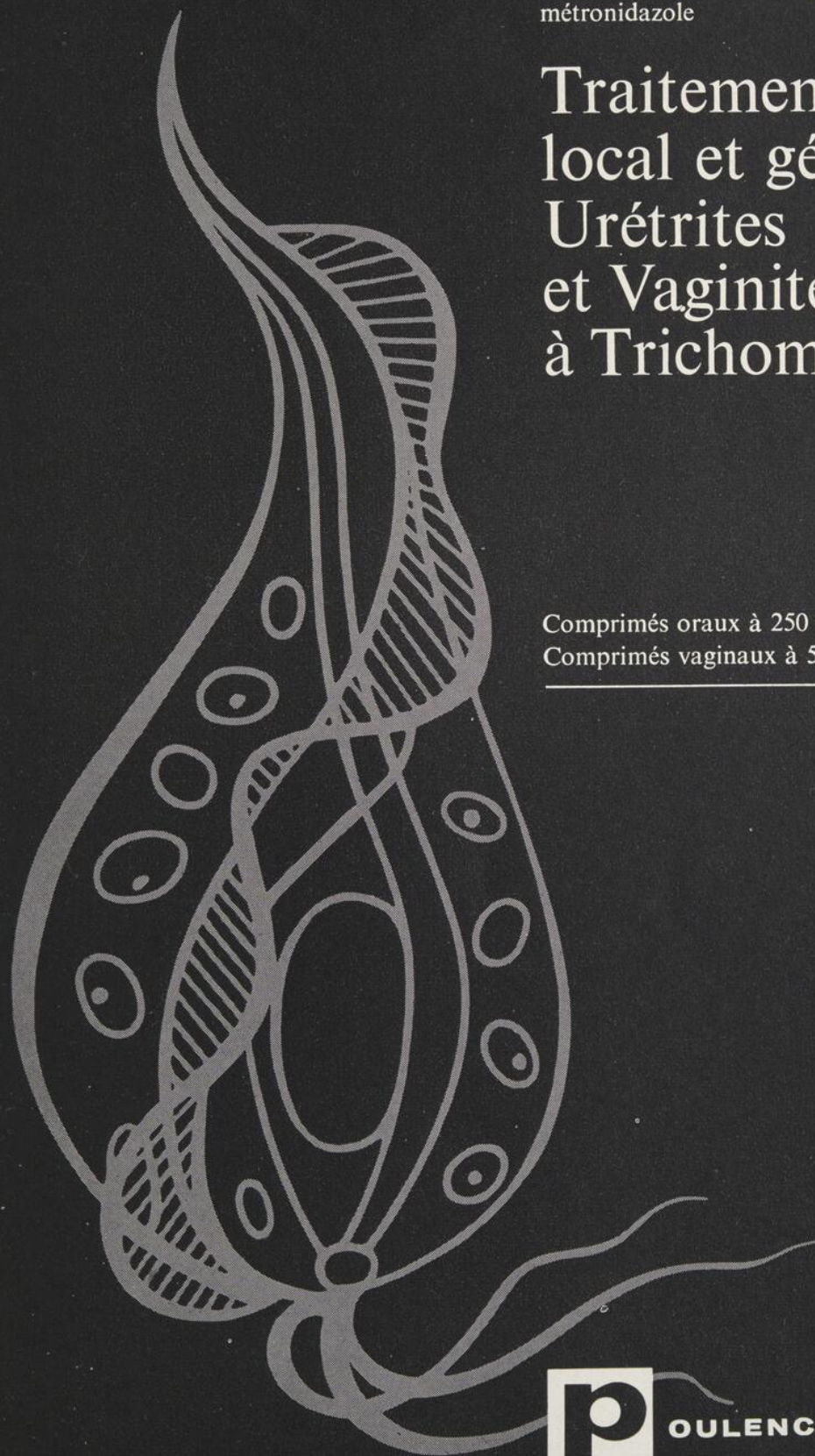
\* Marque déposée (Bristol Lob. of Canada Ltd.)

# FLAGYL

métronidazole

Traitement  
local et général des  
Urétrites  
et Vaginites  
à Trichomonas

Comprimés oraux à 250 mg.  
Comprimés vaginaux à 500 mg.



**POULENC LIMITÉE**

8580 Esplanade, Montréal

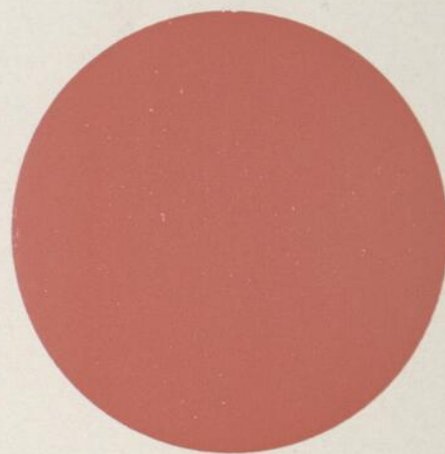
peuvent être obtenus que lorsque le produit est fabriqué par un procédé purement physique ou biologique; si la drogue est obtenue par un procédé chimique, un brevet ne peut être délivré que si le procédé, comme la drogue, sont entièrement nouveaux.

Selon le comité, la grande majorité des drogues produites par les industries manufacturières pharmaceutiques le sont par des moyens chimiques. Le comité demande où se trouve la justification des investissements dans la recherche pharmaceutique au Canada si la concurrence locale et étrangère peut à tout moment s'approprier les fruits de ces investissements.

La note fait mention du récent programme gouvernemental d'aide financière directe à la recherche industrielle et suggère que « la préoccupation actuelle et urgente du Canada en ce qui touche la recherche doit logiquement être accompagnée d'une préoccupation similaire pour la solidité et la valeur du système de délivrance des brevets ».

Une élimination possible de la recherche pharmaceutique au Canada « avec, par suite, la continuation de l'exode de nos savants vers l'étranger et la diminution probable des programmes scientifiques dans les universités », fut prédite par le comité si l'on perpétue le présent système ou si l'on préconise un système plus faible.

La note avertit qu'à moins d'une amélioration prochaine du climat de la recherche pharmaceutique, « le Canada pourra être privé de renseignements importants sur l'efficacité et l'amélioration des drogues ».

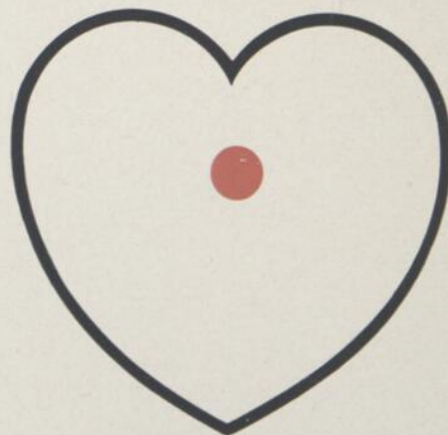


---

**SIGNAL**

---

**SILENCIEUX**



## UN TAUX ÉLEVÉ DE CHOLESTÉROL SÉRIQUE EST LE SIGNAL SILENCIEUX DE LA MENACE D'UNE MALADIE CARDIAQUE ARTÉRIOSCLÉROTIQUE ...

Le rapport Framingham contient cet AVERTISSEMENT: "Il existe un risque croissant de maladie cardiaque artériosclérotique chez les personnes ayant un taux élevé de cholestérol sérique..."<sup>1</sup>


### UN SIGNAL SILENCIEUX ET MÊME PLUS!

Des recherches appliquées à des sujets humains font apparaître "... que l'élévation prolongée du taux sérique des lipoprotéines de faible densité (particulièrement celles qui sont riches en cholestérol) est associée à une morbidité et une mortalité accrues dues à l'athérosclérose... des expériences faites sur des animaux ont démontré que lorsqu'une augmentation de la concentration de cholestérol sérique est obtenue par un régime alimentaire ou d'autres moyens, il en résulte généralement des changements vasculaires analogues au début de l'athérosclérose chez l'être humain."<sup>2</sup>

### LA MENACE EST ÉVIDENTE — LE TAUX ÉLEVÉ DE CHOLESTÉROL SÉRIQUE DOIT ÊTRE RÉDUIT ET MAINTENU AU NIVEAU NORMAL

**POURVOIR A CETTE NÉCESSITÉ AVEC** **choloXin**  
(sodium dextro-thyroxine)

une dose de 4,0 mg par jour  
une seule dose quotidienne de 4,0 mg, administrée par voie orale, fera revenir le taux de cholestérol à la normale, chez la plupart des malades.



#### continuité de l'efficacité

le taux élevé de cholestérol sérique se trouve abaissé et maintenu dans les limites normales pendant de longues périodes (plus d'un an).<sup>3,4</sup>

#### le cholestérol est physiologiquement "contrôlé"

la réduction du cholestérol s'effectue par des voies physiologiques, sans entraver sa synthèse — pas d'accumulation anormale de précurseurs — accélère le taux d'excrétion de cholestérol dans les fèces.<sup>5</sup>

#### chez plus de 2 000 malades

des recherches cliniques approfondies, effectuées sur plus de 2 000 malades, ont démontré une réduction du cholestérol chez la grande majorité des malades atteints d'hypercholestérolémie.<sup>6-15</sup>

#### pratiquement non-calorigène d-isomère hypocholestérolémique puissant

en doses thérapeutiques, agent sélectif et puissant de l'hypocholestérolémie, attribuable à l'action du dextro-isomère de la thyroxine.

#### la réduction du cholestérol est en moyenne de 25 pour cent

l'abaissement moyen du niveau de cholestérol sérique atteint 25 pour cent, les taux de réduction individuels variant de 16,9 à 75 pour cent.<sup>16</sup>

#### ample marge de sécurité

possède une marge de sécurité ample, lorsqu'il est utilisé conformément aux doses recommandées.

#### contre-indications

ne doit pas être administré aux malades souffrant d'infarctus aigu du myocarde, de fibrillation auriculaire ou d'angine de poitrine réfractaire.

#### présentation

disponible en boîtes de 30 comprimés blancs, sécables, de 4 mg.

#### RÉFÉRENCES

1. Dawber, T. K., Moore, F. E. et Mann, G. V.: Am. J. Pub. Health 47:4 (avril) 1957.
2. Van Itallie, T. B. et Felch, W. C.: New England J. Med. 263:1243 (15 déc.) 1960.
3. Recherches cliniques sur CHOLOXIN, documentation des Laboratoires Baxter, division médicale.
4. Cohen, B. M. et Bindelglass, I. L.: communication personnelle.
5. Hoobler, S., Colwell, C. et Beierwaltes, W. H.: Sodium D-Thyroxine Symposium, Chicago, 1959, p. 43.
6. Boyd, G. S. et Oliver, M. F.: Brit. M. Bull. 16:138, 1960.
7. Boyd, G. S. et Oliver, M. F.: J. Endocrinol. 21:33, 1960.
8. Starr, P., Roen, P., Freibrun, J. L. et Schleissner, L. A.: A.M.A. Arch. Int. Med. 105:530, 1960.
9. Best, M. M. et Duncan, C. H.: (à être publié dans Circulation).
10. Starr, P.: Clinical Pharmacology & Therapeutics 1:716, 1960.
11. Cohen, B. M. et Bindelglass, I. L.: Clinical Med. 7:1781, 1960.
12. Best, M. M. et Duncan, C. H.: Clinical Med. Research 8:81, 1960.
13. Owen, W. R.: Scientific Exhibit, The Clinical Meeting, Am. Med. Assn., Washington, D.C. (28 nov.-1 déc.) 1960.
14. Jones, R. J.: Sodium D-Thyroxine Symposium, Chicago, 1959, p. 71.
15. Oliver, M. F. et Boyd, G. S.: The Lancet 1:783 (15 avril) 1961.
16. Anonyme: S. Dakota Med. & Pharmacy J. 14:207 (mai) 1961.

# Rapport sur une Technique Spectaculairement Différente en Dermatothérapie

DEC. 9. 1960



Malade A. W., âge 62 ans, un de 152 cas — Psoriasis remontant à 4 ans. Traitement institué le décembre 1960.

**Mode de Traitement** La méthode est simple, les malades n'ont besoin que de peu d'instructions pour la suivre.

1. Enlever premièrement les desquamations superficielles au moyen de compresses humides ou de bains de goudron.
2. Appliquer l'Onguent Topique d'ARISTOCORT en frottant pour le faire pénétrer dans les lésions.
3. Appliquer en pressant fermement une matière occlusive (Saran† Wrap) sur la surface traitée.
4. Recouvrir d'une bande de gaze pour maintenir l'Onguent et le plastique occlusif en contact étroit avec les lésions.
5. Les pansements sont habituellement laissés en place de 1 à 3 jours selon le cas.

La Triamcinolone dans le  
Psoriasis et Autres Dermatoses

Maladie

Eczéma allergique
Eczéma
Granulome annulaire
Chéloïdes
Lichen simplex chronique
Lichen plan (type hypertrophique)
Lupus érythémateux
Morphée
Neurodermatite
Eczéma nummulaire
Pityriasis rubra pilaire
Psoriasis
Sclérodermie
Eczéma de stase (type hypertrophique)

TOTAL

\* Marque Déposée

\*\* Exposition Scientifique, American Academy of General Practice, Las Vegas, 9-12 avril 1962.

† Marque de commerce de Dow Chemical of Canada.

# Aristocort\*

**ONGUENT TOPIQUE**

Triamcinolone Acetonide Lederle

DEC. 20, 1960

le 20 décembre 1960 — après 11 jours de traitement avec l'Onguent Topique d'ARISTOCORT et pansements occlusifs.

**Avantages**

**Efficace:** Les résultats ont été bons ou excellents dans 88% de 152 cas.

**Commode:** Les malades peuvent eux-mêmes changer leurs pansements.

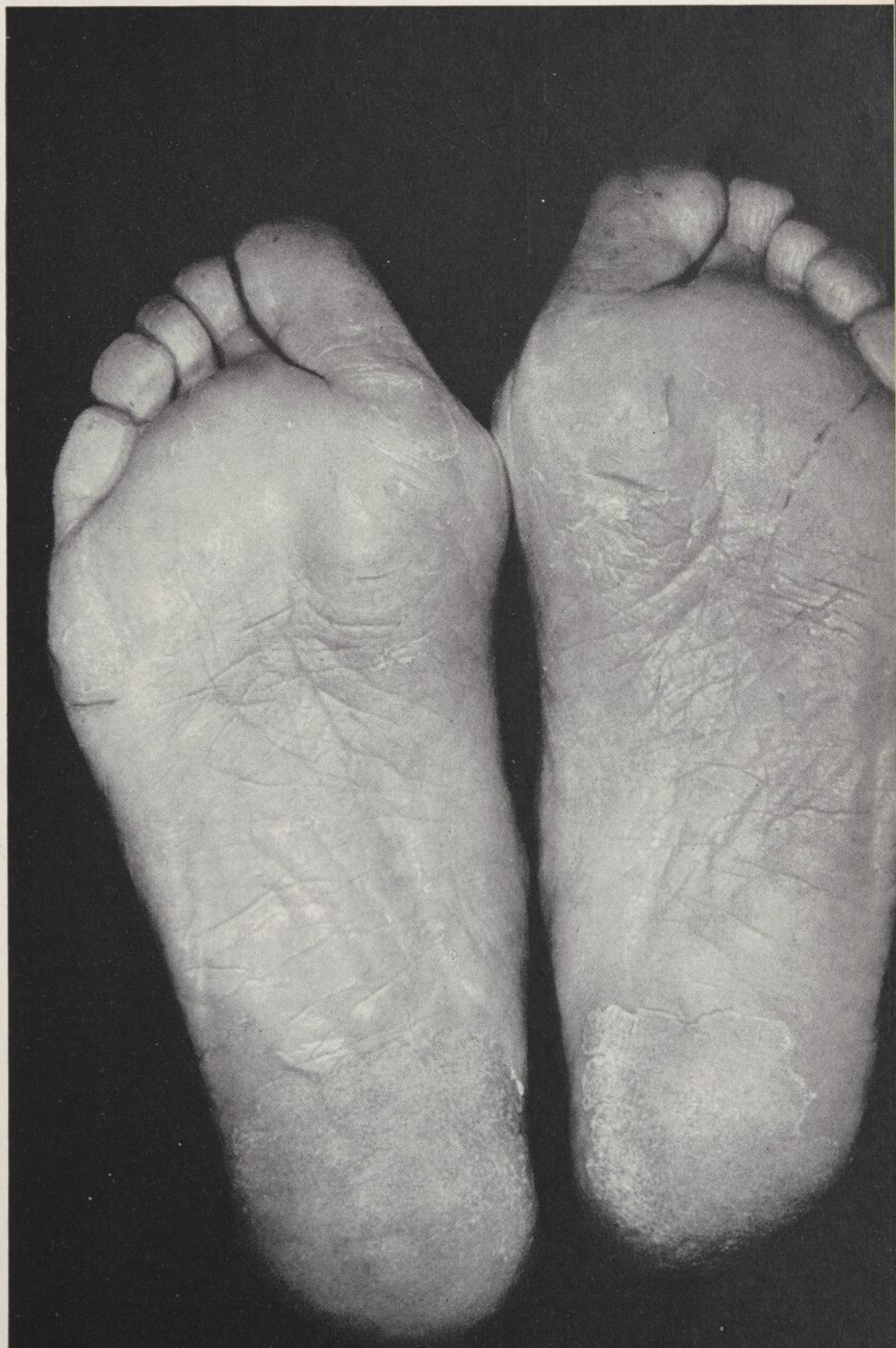
**Economique:** Le médicament ne s'enlève pas par frottement ou absorption par les vêtements ou les bandages.

Les résultats produits par l'Onguent Topique d'ARISTOCORT avec pansements occlusifs se sont montrés comparables ou supérieurs à ceux obtenus avec d'autres genres de corticostéroïdes employés comme topiques.

**Discussion**

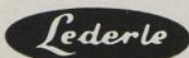
Les excellents résultats proviennent probablement:

- . De la macération des couches superficielles de la peau hyperkératosique, permettant au médicament de pénétrer plus profondément.
- . De la prévention de l'évaporation.
- . Du maintien du médicament en contact étroit avec toute la superficie de la lésion.

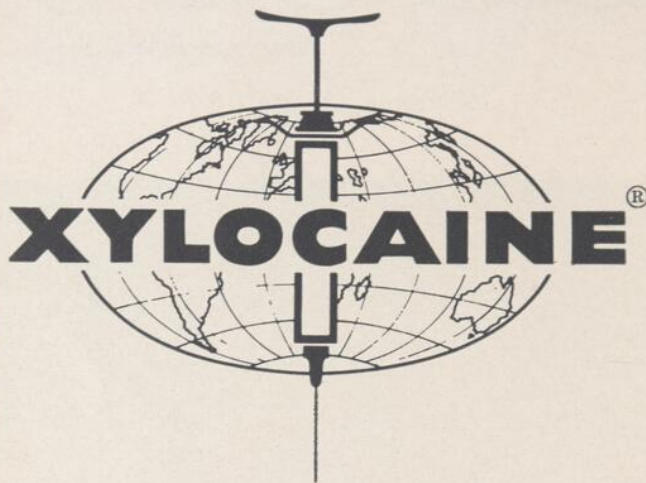


ouvelle Méthode d'Application Locale\*\*  
 Murray Nierman, M.D., Chicago, Illinois

Nombre de cas	Réponse			
	Excellente	Bonne	Assez bonne	Médiocre
1	1	—	—	—
26	13	10	2	1
1	—	—	—	1
1	—	1	—	—
6	6	—	—	—
8	4	3	1	—
1	—	—	1	—
1	—	—	1	—
2	1	1	—	—
4	3	1	—	—
1	—	1	—	—
95	60	26	6	3
2	1	—	1	—
3	1	1	1	—
52	90	44	13	5



ANESTHÉSIE LOCALE DIGNE DE CONFIANCE

**ASTRA**

Pharmaceuticals (Canada) Ltd.  
Cochsville, Ont.

IL EXISTE D'AUTRES COMPAGNIES ASTRA DANS LES PAYS SUIVANTS:  
SUÈDE • ARGENTINE • AUSTRALIE • BRÉSIL • COLOMBIE •  
DANEMARK • ANGLETERRE • FINLANDE • MEXIQUE • ITALIE •  
HOLLANDE • NORVÈGE • ALLEMAGNE DE L'OUEST • ÉTATS-UNIS  
621F

À TOUT ÂGE DANS L'ANÉMIE FERRIPRIVE

**MOL-IRON**

(sulfate ferreux et oxyde de molybdène)

**SUPÉRIORITÉ CLINIQUE SOUTENUE**—  
Au cours des derniers 12 ans, la tolérance  
supérieure et l'efficacité exceptionnelle de  
MOL-IRON ont été confirmées par un  
nombre plus considérable de rapports  
cliniques édités\* qu'on n'en compte pour  
toute autre préparation ferrugineuse.

Formes de présentation de MOL-IRON:  
conçues pour répondre aux besoins  
variés de malades souffrant d'anémie—  
MOL-IRON sous forme de COMPRIMÉS,  
de LIQUIDE, de GOUTTES et MOL-IRON  
avec VITAMINE C.

Pour obtenir de meilleurs résultats,  
choisissez—MOL-IRON— Il ne coûte pas  
plus cher que les préparations  
ferrugineuses ordinaires.

**CONDITIONNEMENT:**  
GOUTTES—en flacons de 15 et de 50 cc.  
avec compte-gouttes gradué.  
LIQUIDE—en flacon de 16 onces.  
COMPRIMÉS—en flacons de 100,  
de 1,000 et de 5,000.  
COMPRIMÉS avec VITAMINE C—  
en flacon de 100.

\*Bibliographie complète sur demande.

Produit mis au point par:  
**WHITE LABORATORIES, INC.**  
KENILWORTH, N.J.

Fabriqué et distribué par:  
**SCHERING CORPORATION LIMITED**  
MONTRÉAL, QUÉBEC



# BETAGENE

**FACTEURS DE LA VITAMINE "B"**  
**AVEC ASSOCIATIONS DIVERSES**  
*elixirs:* BETAGENE

BETAGENE FER ET FOIE  
BETAGENE ET B<sub>12</sub>

*comprimés:* BETAGENE ET FOIE  
BETAGENE FER ET FOIE  
BETAGENE SUPER

*injectables:* BETAGENE (10cc.)  
BETAGENE ET B<sub>12</sub> (10cc.)

**CANADA DRUG LTÉE LTD., MONTRÉAL**

*l'antidépresseur aux propriétés distinctives*

# ELAVIL\*

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

**soulage PROMPTEMENT l'anxiété, la tension**

**et l'insomnie associées à la dépression**

(“L'anxiété est très rarement exempte de dépression.”<sup>1</sup>)

**-et s'attaque ensuite à la dépression sous-jacente**

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

*champ d'action  
des médications  
agissant sur  
le psychisme*

TRANQUILLISANTS

ANTIDÉPRESSEURS

**ELAVIL**

- TIRE TOUT SON EFFET D'UN SEUL AGENT
- EST EFFICACE POUR TOUS GENRES DE DÉPRESSIONS—  
SOULAGE PROMPTEMENT L'ANXIÉTÉ, LA TENSION ET  
L'INSOMNIE ASSOCIÉES À LA DÉPRESSION
- N'EST PAS UN INHIBITEUR DE LA MONOAMINEOXYDASE (MAO)

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

*Documentation complète à la disposition des médecins.*

**PRÉSENTATION:** *Comprimés* dosés à 10 et à 25 mg., en flacons de 100 et de 500. *Forme injectable* (i.m.) en fioles de 10 cc. Chaque cc. renferme 10 mg. de chlorhydrate d'amitriptyline.

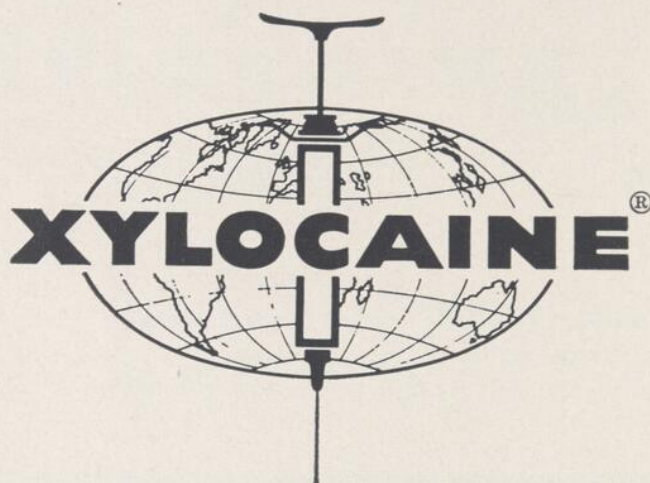
1. Ayd, F. J., Jr.: Recognizing the Depressed Patient, Grune & Stratton, New York, 1961, p. 55.

\*MARQUE DE COMMERCE



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

## ANESTHÉSIE LOCALE DIGNE DE CONFIANCE

**ASTRA**

*Pharmaceuticals (Canada) Ltd.*  
*Cooksville, Ont.*

IL EXISTE D'AUTRES COMPAGNIES ASTRA DANS LES PAYS SUIVANTS:  
SUÈDE • ARGENTINE • AUSTRALIE • BRÉSIL • COLOMBIE •  
DANEMARK • ANGLETERRE • FINLANDE • MEXIQUE • ITALIE •  
HOLLANDE • NORVÈGE • ALLEMAGNE DE L'OUEST • ÉTATS-UNIS

621F

AVIS CONCERNANT  
LES EXAMENS

Les examens pour admission au Titre d'Associé (Fellow) en Médecine ou en Chirurgie générale, avec modification de ces examens pour certaines spécialités, et pour la Certification dans les spécialités médicales et chirurgicales approuvées ont lieu à chaque automne. Les listes de candidats pour les examens de 1962 sont closes, mais on acceptera les demandes d'admission aux examens de 1963 jusqu'au 30 avril 1963.

On peut se procurer, sur demande, les Règlements et Normes de Formation post-universitaire régissant les Examens, ainsi que les formules de demande d'admission aux examens, la liste des hôpitaux canadiens reconnus par le Collège royal pour la formation post-universitaire et les formules de demande d'évaluation de la formation. On doit spécifier la spécialité à laquelle on est intéressé.

**Le Collège Royal des Médecins et  
Chirurgiens du Canada**

74, avenue Stanley, Ottawa 2, Ontario

*L'UNION MÉDICALE DU CANADA est heureuse d'annoncer que ses bureaux sont transférés, depuis le 8 juin 1962, à l'adresse suivante:*

**5064, AVENUE DU PARC, MONTRÉAL 8, P. Q.**

*Téléphone: 273 - 3065*

*L'UNION MÉDICALE DU CANADA is happy to announce that, since June 8th, 1962, its offices are located at:*

**5064 PARK AVENUE, MONTREAL 8, P. Q.**

*Telephone: 273 - 3065*

## TABLE DES ANNONCEURS

	Pages		Pages
Abbott Laboratories Ltd. (Erythrocin — Selsun)	7 - 8	Lilly, Eli, and Co. (Canada) Ltd. (Atasorb)	20
Ames Co. of Canada Ltd. (Clinitest)	14	Merck, Sharp & Dohme (Aquamephyton)	3
Ames Co. of Canada Ltd. (Decholin - BB)	18	Merck, Sharp & Dohme (Aramine)	25
Arlington-Funk Laboratories (Duo - C.V.P.)	36	Merck, Sharp & Dohme (Benemid)	42
Astra Pharmaceuticals (Canada) Ltd. (Xylocaïne)	62 - 64	Merck, Sharp & Dohme (Elavil)	63
Austin Laboratories Ltd. (Furoxone)	21	Ministère de la Santé de la Province de Québec, Le (Hygiène de la première enfance)	34
Ayerst, McKenna & Harrison, Ltée (Mesulfin)	27 - 28	Ministère de la Santé de la Province de Québec, Le (Vaccins)	38
Baxter Laboratories of Canada Ltd. (Choloxin)	58 - 59	Nestlé (Canada) Limited (Pelargon)	40
Becton, Dickinson & Co., Canada Ltd. (Bandage ACE)	29	Ortho Laboratories (Dienestrol)	53
Bristol Laboratories of Canada Ltd. (Naldecoll)	4	Parke, Davis & Co. Ltd. (Benadryl)	35
Bristol Laboratories of Canada Ltd. (Prostaphline)	31	Pitman-Moore of Canada Ltd. (Néo-Polycin)	66
Canada Drug Limited (Betagene)	62	Poulenc Limitée (Panectyl)	5
Canada Drug Limited (Paveral)	65	Poulenc Limitée (Flagyl)	57
Canadian Tampax Corporation Ltd. (Tampax)	22	Robins Co. of Canada Ltd., A. H. (Donnatal)	41
Ciba Limitée (Danabol) ..... Deuxième page de la couv.		Rougier Inc. (Fermalac) ..... Première page de la couv.	
Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada, Le (Avis concernant les examens)	64	Roussel (Canada) Ltée (Soframycine)	39
Cyanamid of Canada Ltd. (Soie siliconée)	12 - 13	Schering Corporation (Metimyd)	6
Eddé, J., Limitée (Fragonal)	30	Schering Corporation Ltd. (Diloderm)	15
Frosst, Chas. E. & Co. (Mequelon)	11	Schering Corporation Ltd. (Polaramine)	33
Geigy Pharmaceuticals (Sterazodiline)	17	Schering Corporation Ltd. (Celestone)	37
Geigy Pharmaceuticals (Tofranil)	32	Schering Corporation Ltd. (Sorboquel)	43
Herd & Charton, Inc. (Vichy Célestins)	2	Schering Corporation Ltd. (Mol-Iron)	62
Herd & Charton, Inc. (Osmopak)	47	Searle Co. of Canada Ltd., G. D. (Pro-Banthine)	26
Herd & Charton, Inc. (Marro-Dausse)	49	Sherman Laboratories Ltd. (Elixophyllin)	24
Herd & Charton, Inc. (Sulfarlem)	51	Smith & Nephew Ltd. (Elastoplast)	16
Hoechst Pharmaceuticals of Canada Ltd. (Festal)	55	Warner-Chilcott Laboratories (Peritrate)	23
Lederle Laboratories (Aristocort)	1	Wyeth & Bros. (Canada) Ltd., John (Purodigin, Thiomerin)	9
Lederle Laboratories (Filibon Forte)	19	Wyeth & Bros. (Canada) Ltd., John (Spartase)	44
Lederle Laboratories (Varidase)	45 - 46	Wyeth & Bros. (Canada) Ltd., John (Zactirin)	
Lederle Laboratories (Aristocort)	60 - 61	Troisième page de la couv.	
Lederle Laboratories (Declomycine) Quatrième p. de la couv.			

# PAVERAL

reste toujours un médicament de choix pour le traitement scientifique de la

• • **COQUELUCHE** • •

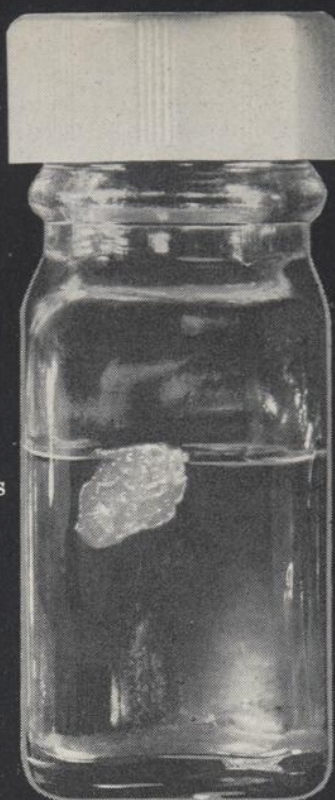
est journellement prescrit avec succès pour les cas de coqueluche et  
des toux coqueluchoïdes. — Ne cause ni intolérance ni complications.

*Littérature sur demande.*

**CANADA DRUG LTÉE LTD., MONTRÉAL**

Imprimée dans les Ateliers de la  
Librairie Beauchemin Limitée, Montréal.

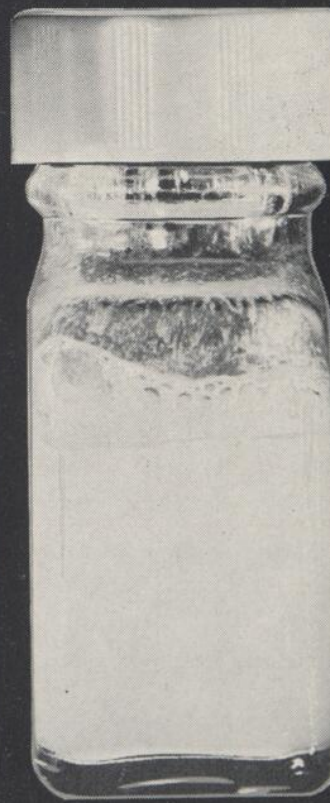
Onguent à excipient gras



Neo-Polycin



## Agitez



Contrairement aux onguents à excipient gras, Neo-Polycin se mélange facilement à l'eau. Grâce à Fuzene, excipient unique en son genre, Neo-Polycin est parfaitement miscible au sang, au pus et aux exsudats de tissus, libérant ainsi une plus grande concentration d'antibiotiques dans la lésion. Cet excipient exceptionnel est combiné à trois antibiotiques, généralement préférés pour les infections topiques: la néomycine, la polymyxine et la bacitracine. Neo-Polycin couvre

donc le spectre complet des bactéries que l'on trouve normalement dans les lésions topiques, et il est hautement efficace en cas de suintement. Son excellent pouvoir de diffusion permet un traitement complet et concentré de toutes les infections cutanées, y compris celles qui sont difficiles à identifier en vue d'une thérapie définitive. Neo-

Polycin: disponible en tubes de 5 ou 15 grammes. Neo-Polycin HC avec 1% d'hydrocortisone: disponible en tubes de 5 grammes seulement.



**P** PITMAN-MOORE DIVISION  
**M** DOW CHEMICAL OF CANADA, LIMITED  
DON MILLS/ONTARIO



## **pour soulager la douleur sans narcotiques**

La ZACTIRIN apporte un prompt soulagement à divers types de douleur, courants et exceptionnels. La ZACTIRIN possède de puissantes propriétés analgésique et anti-inflammatoire qui sont précieuses dans maints troubles douloureux <sup>1-3</sup>, notamment dans ceux de l'appareil locomoteur, les douleurs obstétricales et gynécologiques et celle qui résulte de légers traumatismes. La ZACTIRIN agit bien tout en éliminant le danger de l'addiction et de l'accoutumance ou le risque de la constipation. Sans compter l'économie réalisée!

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

# Zactirin\*

Citrate d'éthoheptazine et acide acétylsalicylique, Wyeth.

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

PRESENTATION: En flacons de 100 et de 1000 comprimés.



Les auteurs déclarent que sur 26 malades souffrant de pyélonéphrite, les urines de 18 étaient stériles après traitement par la DÉCLOMYCINE<sup>†</sup> et 5 autres ont retiré un certain bienfait du traitement. Ils suggèrent que la DÉCLOMYCINE est la tétracycline de choix.

<sup>†</sup>Déméthylchlortétracycline Lederle  
\*Marque Déposée

**Lederle**

CYANAMID OF CANADA LIMITED, *Montreal*

Tunevall, G., and Frisk, A. R.: Bacteriological and Clinical Evaluation of Deméthylchlortétracycline. *Antibiotic Medicine*, 7:306, (May) 1960.

