

BIBLIOTHEQUE  
SAINT-SULPICE MONTRÉAL

S

PER

U-19

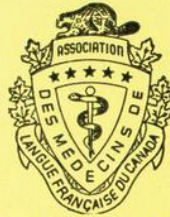
5)

U-18



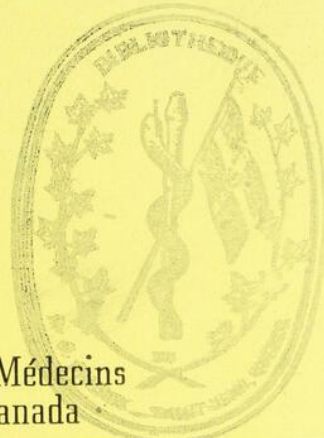
# L'Union Médicale

du Canada  
1872 - 1960



Fondée à Québec en 1902

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



## BULLETIN

LA PLACE DE LA PSYCHIATRIE DANS L'ASSURANCE-HOSPITALISATION <i>Jean-Marc Bordeleau</i>	413
LE XXXe CONGRES DE L'ASSOCIATION DES MEDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DU CANADA, A WINDSOR, Ont. <i>Pierre Smith</i>	416

VIE DE L'ASSOCIATION DES MEDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DU CANADA <i>Pierre Smith</i>	418
--	-----

ACQUISITIONS RECENTES SUR LA MALADIE DE WILSON <i>A. Barbeau, R. Reilly et J.-B. Kirsner</i>	422
HYPOGLYCEMIES SPONTANÉES DE L'ENFANT <i>P. Dagenais-Pérusse, Edmond Baril, François Oulerich et Roland Touboul</i>	429

## RECUEIL DE FAITS

EVALUATION CLINIQUE DE LA TRIFLUOPERAZINE EN PEDIATRIE <i>Norbert Vézina</i>	436
THYROIDITE SUBAIGUE DE DE QUERVAIN <i>A. Chapdelaine, C.-E. Grignon et J. Grignon</i>	445
TORSION D'UNE TROMPE UTERINE <i>André Cormier</i>	447

## MOUVEMENT MÉDICAL

RECENTES ACQUISITIONS EN RHUMATOLOGIE <i>de Guise Vaillancourt</i>	450
TRAITEMENT CHIRURGICAL DES ACCIDENTS VASCULAIRES CÉRÉBRAUX <i>Jean Sirois</i>	454
PHARMACOLOGIE DES TRANQUILLISANTS <i>Aurèle Beaulnes</i>	458
ASPECTS PHYSIOLOGIQUES DU VIEILLISSEMENT <i>Eugène Robillard</i>	462

L'ANESTHÉSIE EN GÉRIATRIE <i>Léon Longtin</i>	466
--	-----

## ÉDITORIAL

LA PROPHYLAXIE DE LA PANCRÉATITE AIGUE <i>Edouard Desjardins</i>	470
---	-----

## HYGIÈNE ET MÉDECINE SOCIALE

HYGIÈNE HOSPITALIÈRE. LES DANGERS DE LA SALLE COMMUNE <i>Wilfrid LeBlond</i>	473
INFLUENCE DE L'ALIMENTATION SUR LA SANTÉ DE L'HOMME <i>J.-E. Sylvestre</i>	476
LA SANTÉ MENTALE <i>J.-E.-A. Marcotte</i>	478
L'EXERCICE <i>Jules Gilbert</i>	481
LA PRÉVENTION DES ACCIDENTS À DOMICILE <i>Ant.-B. Valois</i>	483
L'ALCOOLISME, LE TABAGISME ET LE NARCOTISME <i>J.-M. Roussel</i>	489

## VARIÉTÉS

LE MÉDECIN DANS LE ROMAN CANADIEN-FRANÇAIS <i>Antonio Drolet</i>	493
---	-----

## CORRESPONDANCE

LETTRE DE FRANCE	500
LETTRE DES ÉTATS-UNIS	502

## ANALYSES

SOCIÉTÉS	515
NOUVELLES	519
REVUE DES LIVRES	520
LIVRES REÇUS	522
COMMUNIQUES	530
L'Union Médicale du Canada en 1891	548
NOUVELLES PHARMACEUTIQUES	550



Contre le SPECTRE de l'ACNÉ

# KERABEC

COMPOSÉ Thérapie vitamino-thyroïdienne et sédation

Eloigne le danger de la lésion cutanée  
et psychique.

## KERABEC SIMPLE

vitamino-thérapie intensive A B<sub>2</sub> C



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

# SER-AP-ES



Un contrôle efficace de l'hypertension par cinq points d'attaque — un seul comprimé . . .

Action synergique

1. abaisse la pression artérielle
2. soulage l'anxiété, la tension
3. active l'irrigation sanguine du rein
4. réduit l'hypertonie cérébrale
5. résout l'œdème

L'association Ser-Ap-Es

supprime l'inconvénient d'une posologie multiple  
permet des doses réduites,  
minimise les effets secondaires

Ser-Ap-Es est l'association de:

Serpasil  
(réserpine)  
0,1 mg.

Apresoline  
(hydralazine)  
25 mg.

Esidrix  
(hydrochlorothiazide)  
15 mg.

principe essentiel en thérapeutique antihypertensive  
tranquillisant  
régulateur cardiaque  
hypotenseur à action centrale  
augmente l'irrigation sanguine du rein  
réduit l'hypertonie cérébrale  
diurétique sûr, efficace  
hypotenseur  
synergisant antihypertensif

indications:

Cas modérés et graves d'hypertension, plus particulièrement ceux accompagnés d'anxiété, de troubles de la circulation rénale et d'œdème.

posologie:

Dose initiale — 1 comprimé 3 fois par jour. Dose moyenne — 1 ou 2 comprimés 3 fois par jour. Dose d'entretien — minimum nécessaire à assurer l'effet thérapeutique.

remarque:

L'effet hypotenseur de Ser-Ap-Es est graduel et son efficacité optimum peut n'être obtenue qu'au bout de deux semaines.

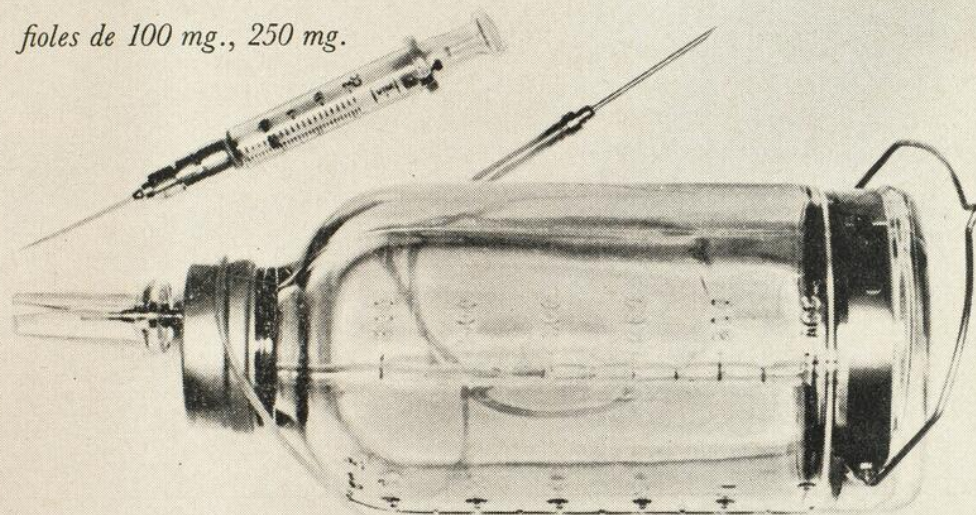
## C I B A

où la recherche est de tradition

Pour plus amples détails, écrire à  
CIBA Company Limited, Dorval  
Québec

Quand la voie  
orale est  
impraticable  
...Achromycine\*  
intramusculaire

*foles de 100 mg., 250 mg.*



ou quand les  
minutes comptent  
...Achromycine  
intraveineuse

*foles de 100 mg., 250 mg., 500 mg.*

**Achromycine\***

Tétracycline-HCl Lederle

la certitude parentérale de concentrations  
thérapeutiques immédiates.

\*Marque déposée



CYANAMID OF CANADA LIMITED Montreal

# L'Union Médicale

du Canada

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

## DIRECTION SCIENTIFIQUE

### MEMBRES D'HONNEUR

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

Son. Exc. Philippe Panneton,  
Wilfrid 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;  
T. Parizeau,  
A. Marin,  
Paul Letondal.

### BUREAU DE REDACTION

Rédacteur en chef: Roma AMYOT

Assistant-rédacteur en chef:  
Edouard Desjardins.

Secrétaire de la Rédaction:  
Jean-Marc Bordeleau.

### BUREAU DE COLLABORATION

MM. J.-M. Beauregard, M. Belisle, Jacques Bernier, Marcel  
Berthiaume, Jean-Marc Bordeleau, Léandre Décarie,  
Edouard-D. Gagnon, Jacques Gagnon, Maurice Gervais,  
Fernand Grégoire, Roland Guy, P.-P. Julien, M. Kaludi,

MM. Camille Laurin, J.-Guy Laurin, Simon Lauzé, R. Lebeau,  
André Leduc, Charles Lépine, J. Mathieu, Gérard Mi-  
gnault, P. Poirier, André Proulx, Rosario Robillard,  
Henri Smith, Maurice St-Martin.

### CORRESPONDANTS

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

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

## INDICATIONS:

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

Indispensable dans les convalescences post-opératoires.

# VICHY CÉLESTINS

EAU MINÉRALE ALCALINE NATURELLE PROPRIÉTÉ DE L'ÉTAT FRANÇAIS

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

RECOMMANDÉE ET PRESCRITE PAR LE CORPS MÉDICAL DANS LE MONDE ENTIER

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

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

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



# NEO-SPASMYL ELIXIR

" LE SEDATIF DES ENFANTS "

au délicieux goût d'orange

DISTRIBUTEURS

**MILLET, ROUX & CIE, LIMITÉE**

MONTRÉAL, 18

P. Q.

# L'Union Médicale

du Canada

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

## ADMINISTRATION

### OFFICIERS

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, Edmond Dubé, Origène Dufresne,

MM. Roger-R. Dufresne, Paul Dumas, Jacques Genest, Albert Jutras, Wilfrid LeBlond, Jean-Louis Léger, Donatien Marion, J.-P. Paquette, Laurent Potvin, Jean Saucier, L.-C. Simard, Pierre Smith, J.-A. Vidal.

ADMINISTRATION et **SECRETARIAT:**  
PUBLICITÉ: Jacques-D. Clerk.

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

pour le  
**CONTRÔLE**  
**RAPIDE**  
et **PROLONGÉ** de

# L'HYPERACIDITÉ

COMPOSÉ d'  
**"ALAMINO"**

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

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

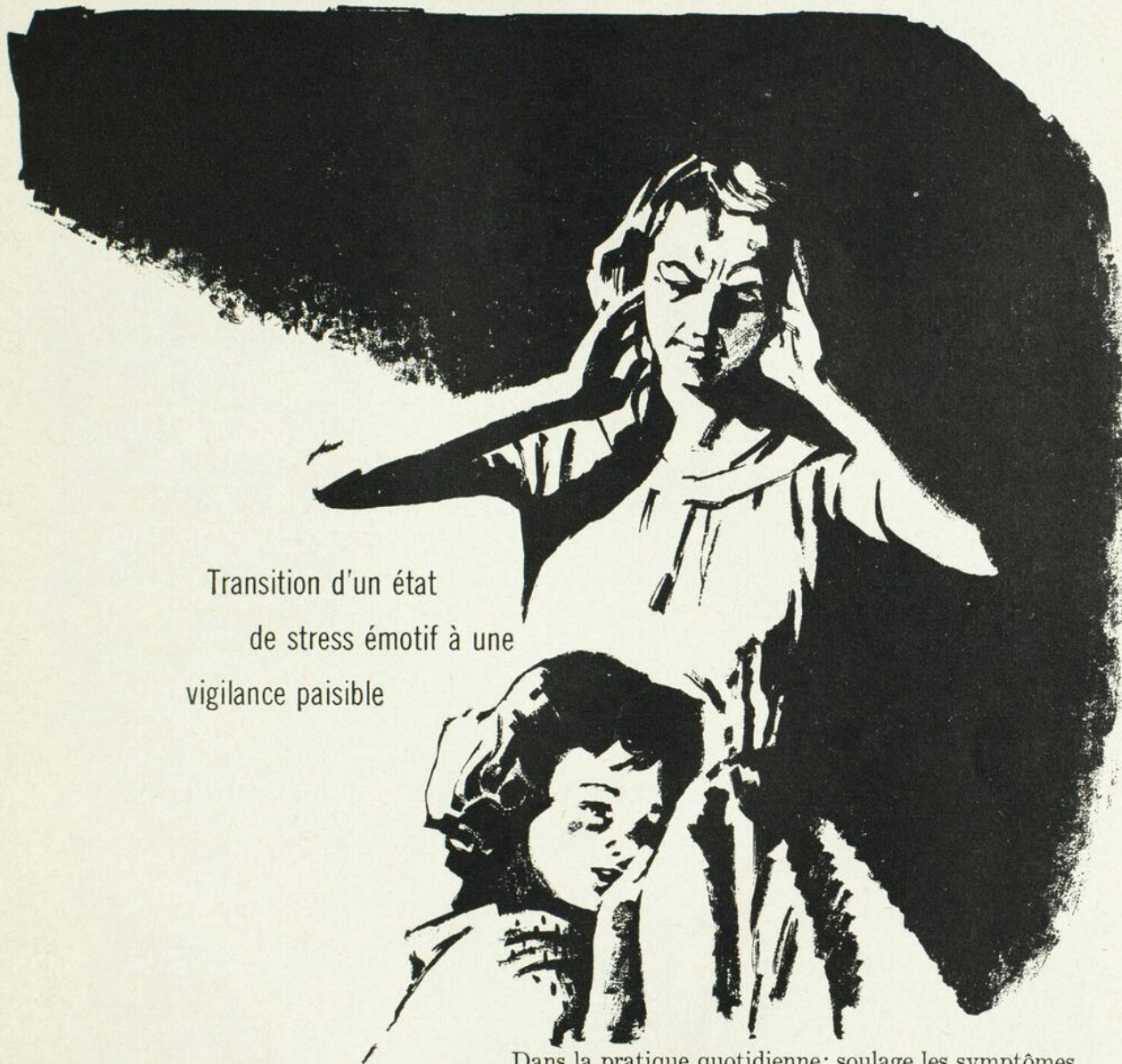
Flacons de 100 comprimés.

\*Breveté en 1951

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



**Charles E. Frosst & Co.**  
MONTRÉAL CANADA



Transition d'un état  
de stress émotif à une  
vigilance paisible

avec

**TRANCIN**\*

(fluphénazine)

Dans la pratique quotidienne: soulage les symptômes de la tension, de l'anxiété, de l'agitation et de la fatigue émotive sans effet dépressif, euphorique et soporifique, ni ralentissement de la fonction intellectuelle.

- Agent anti-anxiété au plus faible dosage (0.25 mg. b.i.d.)
- absence d'effets secondaires aux doses recommandées
- action rapide; effet prolongé • commodité d'une posologie b.i.d. • plus grand (et plus sûr) contrôle s'étendant à un plus grand nombre d'applications.

Présentation: comprimés de 0.25 mg., flacons de 50 et de 500.

\*MARQUE DE COMMERCE

Schering   
CORPORATION LIMITED MONTREAL

## CONDITIONS DE PUBLICATION

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



# IL EST LIBRE DES SYMPTÔMES ET DES EFFETS SECONDAIRES AVEC MEDROL\*

Le malade asthmatique qui devient asymptomatique sous Medrol ne présente que rarement, même à l'oeil du clinicien averti, les changements perturbateurs en apparence, comportement ou métabolisme souvent associés avec une thérapeutique corticoïde.

Les réactions secondaires sont moindres et moins graves avec des doses thérapeutiquement efficaces — voilà la marque de distinction de Medrol.

Présenté sous forme de comprimés de 2 et de 4 mg. en flacons de 30 et de 100 comprimés.

**Upjohn** Au Premier Rang en Recherches Stéroïdes  
865 YORK MILLS ROAD, DON MILLS (TORONTO), ONTARIO, CANADA

\*Marque déposée, Méthylprednisolone, Upjohn

STABILISATEUR DU SYSTÈME NEURO-VÉGÉTATIF, le



# Stémétil

*exerce une  
action puissante et rapide ne provoquant ni  
sommolence ni dépression*

## PRÉSENTATIONS

comprimés à 5 mg., 10 mg. et 25 mg., flacons de 50, 500, 1000

suppositoires à 5 mg., 10 mg. et 25 mg., boîtes de 10 et 100

ampoules de 2 ml. et de 5 ml., à 5 mg. par ml., pour injection intramusculaire,  
boîtes de 10 et 100

flacons multi-doses de 10 ml., à 5 mg. par ml.

STÉMÉTIL Liquide 5 mg., 5 mg. par cuillerée à thé (5 ml.),  
POUR USAGE GÉNÉRAL

STÉMÉTIL Liquide 15 mg., 15 mg. par cuillerée à thé (5 ml.),  
SPÉCIALEMENT POUR USAGE PSYCHIATRIQUE

flacons de 115 ml., 450 ml., demi-gallons et gallons

## POSOLOGIE

*variable avec le sujet et l'indication*

**adultes:** dose usuelle—5 mg. 3 f. par jour; peut être augmentée, si nécessaire, jusqu'à  
25-30 mg. par jour, en 5 ou 6 prises.

En psychiatrie, la posologie peut être encore plus élevée.

**enfants:** de plus de 2 ans—1 mg. par kg. de poids, en plusieurs prises

Documentation et échantillons sur demande

**p**oulenc Limitée

8580 Esplanade, Montréal

*dans ces deux indications rencontrées très souvent en pratique générale . .*

**NAUSÉES ET VOMISSEMENTS  
D'ÉTIOLOGIES DIVERSES**

**NÉVROSES LÉGÈRES OU MOYENNES  
ET TROUBLES ÉMOTIFS**



# Stémétil

PROCLORPÉRAZINE (6140 R.P.)

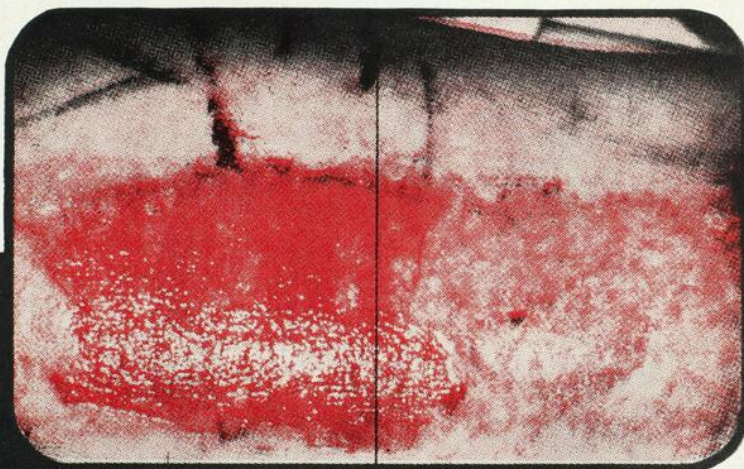


*un médicament neurostatique  
actif à faible dose*



Versatilité de la  
**CRÈME**  
**FURACIN**

topique sous  
une nouvelle  
forme bactéricide



*Siège d'un prélèvement de peau après un traitement de 2 semaines avec . . .*

gaze de vaseline  
officinale — un tissu  
encore plein de  
granulations

gaze **FURACIN** — surface  
complètement épithélioïde

**INDICATIONS:**

**INTRAVAGINALE** — Avant et après: accouchement-chirurgie gynécologique—traitement au bureau ou irradiation—prévention ou traitement des infections et pour aider la cicatrisation du col et du vagin.

Contre les vaginites et les cervicites bactériennes (non spécifiques).

**TOPIQUE** — Comme traitement anorectal post-opératoire et en application sur parties infectées.

**COMPOSITION** — 0.2% de Furacin (Marque de nitrofurazone) dans une crème finement divisée, miscible à l'eau et qui s'émulsifie dans les sécrétions.

**AVANTAGES**

- (1) Bactéricide à large portée, efficace sur les exsudats et les débris organiques.
- (2) Résistance bactérienne très faible, aucun développement de moniliasse.
- (3) Atoxique pour les tissus cicatrisés.
- (4) Un pH légèrement acide (5.0) aide à rétablir dans le vagin un équilibre physiologique normal.
- (5) Indolore et plaît à l'esthétique.

**PRÉSENTATION** — Tubes de 3 onces, muni d'un applicateur vaginal en plastique avec plongeur.

**POSOLOGIE ET ADMINISTRATION** — Usage intravaginal, un plein applicateur, matin et soir. Usage topique application sur parties infectées.

*Bibliographie* (1) Weiner, A. L., et Fixler, Z. C.: J.A.M.A. 169:346, 1959. (2) Nesbitt, R. E. L., Jr.: Communication personnelle au Bureau Médical, Eaton Laboratories. (3) Jennette, R. J.: Communication personnelle au Bureau Médical, Eaton Laboratories.

**AUSTIN LABORATORIES LIMITED**

**GUELPH**



**CANADA**

# 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 DE L'ASSOCIATION

**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, 156, avenue Willowdale, Outremont.

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

## EXÉCUTIF DE L'ASSOCIATION

**Emile BLAIN**, Montréal.

**E.-Rolland BLAIS**, Montréal.

**André LEDUC**, Montréal.

**Raymond CARON**, Montréal.

**Roma AMYOT**, Montréal.

**René-L. DuBERGER**, Sherbrooke.

**Pierre JOBIN**, Québec.

**J.-M. LAFRAMBOISE**, Ottawa.

**Armand RIOUX**, Québec.

Directeur des Relations Extérieures:

**Pierre SMITH.**

Directeur de l'Exposition du Congrès:

**B.-G. BEGIN.**

## ANCIENS PRÉSIDENTS

**Albert PAQUET,**  
**Richard GAUDET,**  
**A.-L. RICHARD,**  
**J.-A. VIDAL,**

**J.-A. DENONCOURT,**  
**J.-B. JOBIN,**  
**René-L. DuBERGER,**  
**Roma AMYOT,**  
**J.-M. LAFRAMBOISE,**

**L.-P. MOUSSEAU,**  
**Lucien LaRUE,**  
**Georges-L. DUMONT,**  
**Pierre SMITH.**

## COMITÉ DU XXX<sup>e</sup> CONGRÈS

Président: **Ernest BEUGLET**, Windsor, Ont.

Secrétaire: **Alphonse-E. LeBLANC**, Windsor, Ont.

Trésorier: **Paul QUENNEVILLE**, Tecumseh, Ont.

## MEMBRES DU CONSEIL

**ARCHAMBAULT**, François, 1150 est, boul. St-Joseph, Montréal.  
**ARCHAMBAULT**, Gérard, 472, avenue Laurier, St-Jean, Qué.  
**BEAUDOIN**, Robert-A., 375, ave Coolidge, Manchester, N.H.  
**BEGIN**, B.-G., 3440, rue Hutchison, Montréal.  
**BEUGLET**, Ernest, 605, Medical Arts Bldg., Windsor, Ont.  
**BIGUE**, Germain, B. P. 728, Val d'Or, Qué.  
**BONIN**, Wilbrod, 575, avenue Davaar, Outremont.  
**BOURGEOIS**, Clifford, 188, St-Georges, Moncton, N.-B.  
**BRETON**, Gérard-J., North Battleford, Sask.  
**BUNDOCK**, Benoît, 182, Daniel, Ottawa, Ont.  
**CAMPBELL**, Maurice, 384, N.-Dame, Cap-de-la-Madeleine, Qué.  
**CARON**, Wilfrid, 1191, des Erables, Québec.  
**CHEVALIER**, Paul, Edifice Continental, Sherbrooke, Qué.  
**CHRETIEN**, Maurice, 537, Station, Shawinigan, Qué.  
**CORMIER**, J.-G., B. P. 537, Sydney, N.-E.  
**DAVID**, Paul, 3 avenue McCulloch, Outremont.  
**DECARIE**, Roland, 524 est, rue Sherbrooke, Montréal.  
**DESJARDINS**, Edouard, 3484, avenue Laval, Montréal.  
**DOUCET**, Calixte, Campbellton, N.-B.  
**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., 366, de Lanaudière, Joliette, Qué.  
**FORTIER**, Jean-Paul, 9, Gordon, Sherbrooke, Qué.  
**GAUTHIER**, J.-Dominique, Shippegan, N.-B.  
**GOYETTE**, Roger-B., 415 est, avenue Laurier, Ottawa, Ont.  
**HAMEL**, Jean-F., 168, Charlotte, Ottawa, Ont.

**ISABELLE**, Gaston, 66, rue Notre-Dame, Hull, Qué.  
**JOANNETTE**, Albert, Ste-Agathe-des-Monts, Qué.  
**LAFRAMBOISE**, Jean, 249, River Road, Eastview, Ont.  
**LAROCHELLE**, Ls-Napoléon, 80, rue St-Louis, Québec.  
**LAROCHE**, Gérard-L., 126 sud, rue Brooks, Sherbrooke, Qué.  
**LAURIN**, Camille, 2715, ave Maplewood, app. 1, Montréal.  
**LEBLANC**, J.-B., 975, St-Prosper, Trois-Rivières, Qué.  
**LeBLOND**, Sylvio, Hôtel-Dieu St-Vallier, Chicoutimi, Qué.  
**LECOURS**, J.-A., 538, King Edward, Ottawa, Ont.  
**LEDUC**, Aimé, 79, Ste-Cécile, Salaberry de Valleyfield, Qué.  
**LESSARD**, Richard, 115 est, Grande-Allée, Québec.  
**MORISSET**, Jean, Rimouski, Qué.  
**MORISSET**, Pierre, St-Georges-de-Beauce, Qué.  
**NADEAU**, Honoré, 55, rue St-Jean, Québec.  
**PAIEMENT**, Horace, C. P. 400, Sturgeon Falls, Ont.  
**PILON**, Jean-Louis, 389 est, boul. St-Joseph, Montréal.  
**POTVIN**, Laurent, 623, Noranda, Eastview, Ont.  
**POWERS**, Arthur, 11, rue Front, Hull, Qué.  
**RIOUX**, J.-Emile, 101, Grande-Allée, Québec 4, P.Q.  
**ROULEAU**, J.-Maurice, St-Grégoire (Nicolet), Qué.  
**ROULEAU**, Yves, Hôpital St-Michel-Archange, Mastai, Qué.  
**ST-JEAN**, Conrad, 210, rue Principale, Granby, Qué.  
**SIROIS**, Jean, 580 est, Grande-Allée, app. 1, Québec.  
**TERRIEN**, Jean, 189, Bronson, Ottawa, Ont.  
**THIBAUT**, Eugène, 4070, boul. Lasalle, Verdun.  
**TRUDEL**, Hermile, 1990 est, rue Rachel, Montréal.  
**WHISSELL**, Georges-L., Westlock, Alberta.

SECRÉTARIAT: 326 est, boul. St-Joseph, Montréal 14, Qué. — Tél.: VI. 5-8076

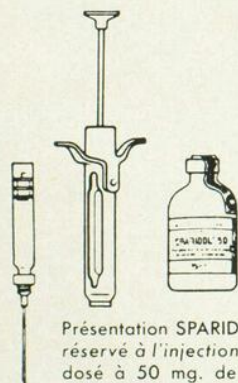
Analgésie et plus encore en obstétrique,  
en chirurgie, soulagement des douleurs vives

Nouvelle association mépéridine-promazine

# SPARIDOL\* 50

Chlorhydrate de promazine  
et chlorhydrate de  
mépéridine, Wyeth

- permet d'obtenir l'analgésie avec une association qui a fait ses preuves
- permet de réduire la posologie de l'analgésique narcotique, grâce à la potentialisation de la promazine
- aboutit à des actions supplémentaires: sédative, amnésique, anti-émétique . . . et le SPARIDOL apporte ceci
- au patient opéré
- au malade qui souffre de douleurs rebelles (p.ex. phase terminale d'un carcinome)
- sans entraîner de dépression notable des fonctions vitales



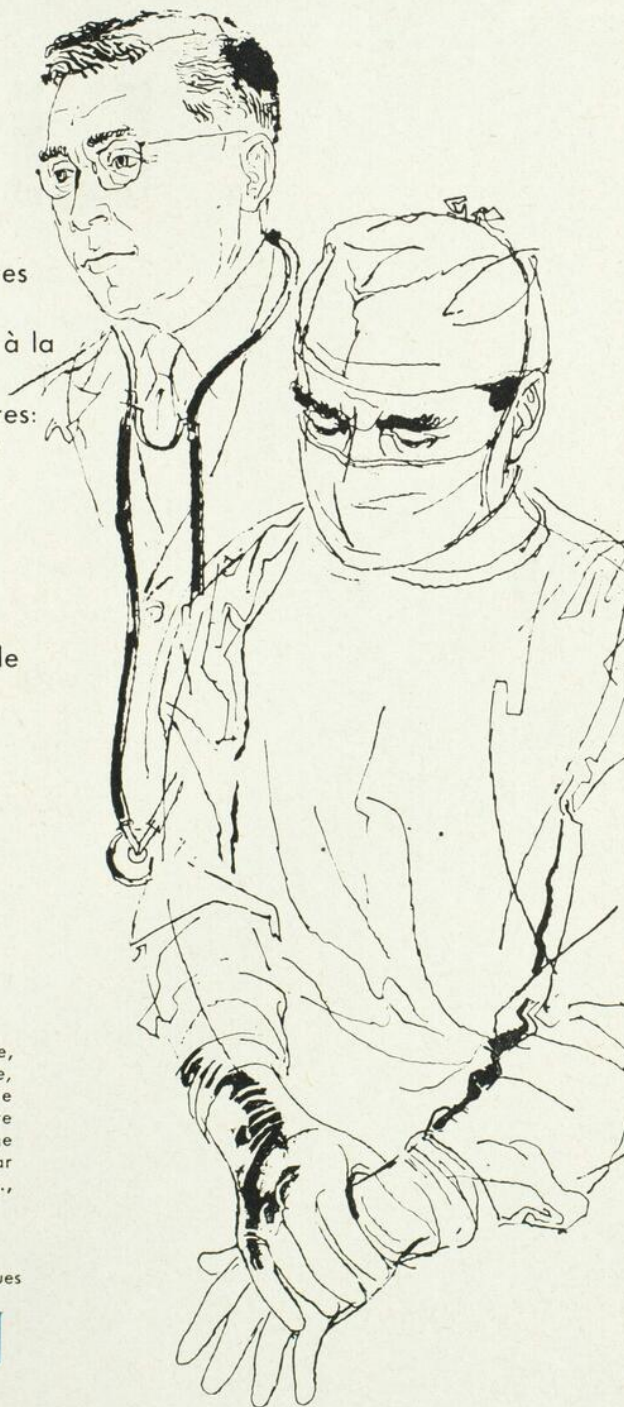
Présentation SPARIDOL 50 injectable, réservé à l'injection intramusculaire, dosé à 50 mg. de chlorhydrate de promazine et 50 mg. de chlorhydrate de mépéridine par cc.—en assemblage Tubex—aiguille stérile de 1 cc., par boîte de 6 unités; en fioles de 1 cc., de 10 cc. et de 30 cc.

\* Marque de commerce

(N) Sujet aux règlements des narcotiques

**Wyeth**

\* Marque Déposée  
WALKERVILLE, ONTARIO





# Roche

à l'avant-garde des recherches  
en médecine et en chimie  
a le plaisir de présenter

## Librium

nouveau psycho-médicament unique en son genre pour le traitement de la tension et de l'anxiété.

Conformément aux critères de la nomenclature psychopharmacologique, Librium peut se classer dans la catégorie des psycholeptiques bien qu'il n'ait aucun rapport avec les tranquillisants ou autres psycho-sédatifs tant au point de vue chimique et pharmacologique qu'au point de vue clinique. Librium a été décrit comme "... le progrès le plus significatif de l'heure dans le domaine des psycho-médicaments pour le traitement des états d'anxiété."<sup>1</sup>

*Présentation:*

*Capsules, 10 mg., flacons de 100 et 500.*

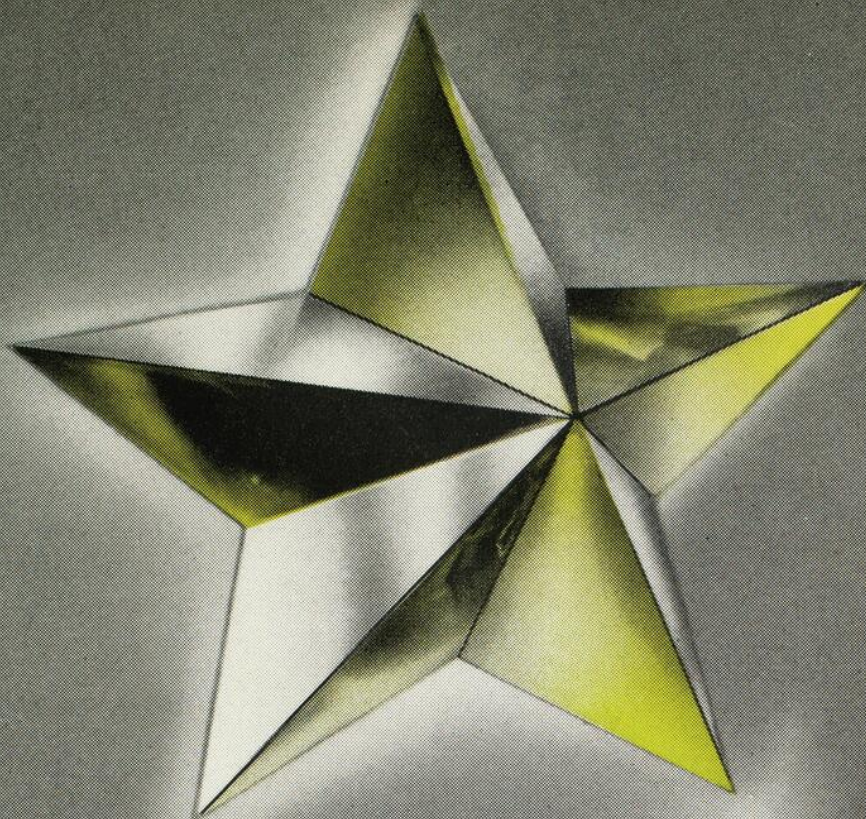
*Librium:®*

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

*1. H. A. Bowes, Conférence donnée lors d'un Symposium sur les nouveaux antidépresseurs et autres médicaments psychothérapeutiques. Galveston, Nov. 13-14, 1959.*

Hoffmann-La Roche Limitée, Montréal

Nouvelle  
étoile  
brillante  
dans le  
firmament  
antibactérien



Nous présentons

# ★ ALTAFUR

le premier nitrofurane  
efficace par voie orale contre les  
infections bactériennes systémiques

## ★ ALTAFUR

marque de furaltadone

*Efficace cliniquement contre les infections  
des voies respiratoires supérieures, la  
pneumonie, les infections des tissus mous,  
la bactériémie, la septicémie, l'ostéomyélite,  
les infections des plaies et les pyodermites.*

Efficace in vitro contre les germes suivants  
(provenant d'infections cliniques comme suit):

Germe	Sensibles	Résistants	% Sensibilité
Staphylocoques*	181	1	99.4
Streptocoques	65	1	98.5
D. pneumoniae	14	0	100.0
Coliformes	34	3	91.8
Proteus	5	5	50.0
A. aerogenes	8	0	100.0
Ps. aeruginosa	5	4	55.5

\*Comprend plusieurs souches résistantes aux antibiotiques.

L'ALTAFUR, comme tous les nitrofurans après des années d'usage clinique, offre peu ou pas de résistance bactérienne.

NITROFURANS — une catégorie *unique* d'antimicrobiens — ni antibiotique, ni sulfamidé. Usagers exclusifs de la marque déposée ALTAFUR de Norwich Pharmacal Company, division Eaton Laboratories.

AUSTIN LABORATORIES LIMITED

GUELPH



CANADA

*pour le malade atteint de névrite*  
 le "Jour S"  
*peut être demain*

Le "Jour S" — *moment du soulagement* — peut se produire tôt chez les malades atteints de névrite non inflammatoire (non-traumatique) si le traitement à la Protamide est institué rapidement après l'installation de la maladie.

La Protamide est la thérapeutique de choix pour un traitement précoce ou tardif, mais utilisée dès le début, elle assure une plus grande efficacité.

Par exemple, au cours d'études ayant duré respectivement 4 ans<sup>1</sup> et 26 mois<sup>2</sup>, un total de 374 malades névritiques traités à la Protamide la première semaine où apparurent les symptômes réagirent de la façon suivante:

*60% n'eurent besoin que de 1 ou 2 injections par jour pour obtenir un soulagement complet*

*96% accusèrent des résultats favorables ou excellents avec 5 injections ou moins*

Ainsi, la première consultation du sujet névritique — particulièrement au début de l'attaque — permet de hâter l'arrivée de son "Jour S".

La Protamide s'obtient aux pharmacies ou aux dépôts d'approvisionnement en boîtes de 10 ampoules de 1.3 cc. Une ampoule par jour, par voie intramusculaire seulement.

# PROTAMIDE

*Sherman Laboratories*  
 Windsor, Ontario.



1. Lehrer, H. W., et coll.: Northwest Med. 75:1249, 1955.

2. Smith, Richard T.: New York Med. 8:16, 1952.



**LE ROI  
DES  
NEUROLEPTIQUES**

**LARGACTIL**

chlorpromazine

*en 7 ans, plus de 8,000 publications ont  
confirmé sa valeur encore INÉGALÉE en*

COMPRIMÉS  
GOUTTES  
SUPPOSITOIRES  
AMPOULES

PSYCHIATRIE  
MÉDECINE INTERNE  
ANESTHÉSIE  
CHIRURGIE



**poulenc** LIMITÉE

8580 ESPLANADE, MONTRÉAL

(N)  
**SULFATUSSIN**  
Sulfa Triple plus Dihydrocodénone et Antihistamine

Sulfatussin avec Pénicilline G Potassium 200,000 U.I.

(N)  
**SULFATUSSIN-PEN**

CES DEUX PRODUITS SONT DISPONIBLES EN SUSPENSION POUR ADMINISTRATION PAR VOIE BUCCALE ET EN COMPRIMÉS

Sulfatussin — 7½ gr. de Sulfa Triple par cuillerée à thé ou comprimé, traite l'infection. La dihydrocodénone et la diphénylpyraline soulagent la toux et les malaises qui accompagnent de nombreuses infections. De plus, elles offrent des propriétés analgésiques, sédatives et antihistaminiques. Si un traitement à la pénicilline est indiqué, Sulfatussin-Pen est disponible.

Ecrivez pour demander des échantillons et des prospectus.

**BELL-CRAIG LTD.**  
Toronto 2b



traitez l'infection  soulagez les malaises

**POUR LE CONTRÔLE DE L'OBÉSITÉ PROBESE TD & VM**

*présenté maintenant sous deux nouvelles formes:*



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

**PROBESE**



**PROBESE T.D.**

La formule vraiment efficace conçue pour répondre aux besoins du patient lors de l'absorption. Le médicament se libère en 3 phases: immédiate, 4 heures et 8 heures.



**PROBESE V.M.**

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

**BELL-CRAIG LTD.**

TORONTO 2B

**TOUT D'ABORD  
CONSIDÉREZ  
LA GRANDE  
UTILITÉ,  
SÉCURITÉ ET  
ÉCONOMIE...**



**DES  
TROIS  
SULFAS**

*la thérapie  
par excellence  
à cause de...*

**L'EFFICACITÉ**

l'action additive de tous les sulfas procure des taux sanguins entièrement efficaces, une solubilité satisfaisante dans l'urine, et une diffusion méningée.

**LA SÉCURITÉ**

la teneur de chaque sulfa à un niveau inférieur au niveau utile de 5 mg./100 ml. élimine, pour ainsi dire, tout risque de lésion rénale ou de sensibilisation<sup>2-5</sup>

**'TRULFA''**  
DES TROIS SULFAS MARQUE DÉPOSÉE

**COMPRIMÉS et SUSPENSION de saveur agréable**  
chaque comprimé ou cuillerée à thé de 5 cc. renferme:

Chlorfadiazine.....	175 mg.	} <b>7½ gr.</b>
Chlorfamérazine.....	150 mg.	
Chlorfathiazole.....	175 mg.	

**'TRULFA-ZINE''**  
MARQUE DÉPOSÉE

**COMPRIMÉS et SUSPENSION de saveur agréable**  
chaque comprimé ou cuillerée à thé de 5 cc. renferme:

Chlorfadiazine.....	167 mg.	} <b>7½ gr.</b>
Chlorfamérazine.....	167 mg.	
Chlorfaméthazine.....	167 mg.	

**SE EN GARDE:** Bien que le danger des phénomènes toxiques généralement associés à la sulfamidothérapie soit grandement réduit par l'administration des préparations "Trulfa" et "Trulfa-Zine", il ne faut pas cesser d'exercer une constante vigilance dans la recherche et le diagnostic de ces phénomènes, tels que l'agranulocytose, la fièvre, les douleurs articulaires, les manifestations cutanées, etc.

**REMERCIEMENTS:** 1. Terrell, W., et coll.: "The Newer Sulfonamides", Clin. North America, mars, 1957, p. 539. 2. Harris, W. H.: "The Sulfonamides — Twenty-Five Years Later", Virginia M. Month. 65, 1959. 3. Ceder, E. T.: "The Current Appraisal of Cutaneous Drug Eruptions", Minnesota Med. 41:363, 1958. 4. A.M.A. Council on Drugs: "New and Non-official Drugs 1959", Philadelphia, J.B. Lippincott, 1959, p. 49. 5. Kempe, C. H.: "A Rational Approach to

**EFFICACE DANS**

les infections à pneumocoque, staphylocoque, méningocoque, gonocoque et streptocoque hémolytique la fièvre scarlatine, la rougeole, l'otite moyenne, l'amygdalite, l'angine de Vincent, la méningite et les infections du tractus urinaire.

**POSOLOGIE**

**Bébés et enfants:**

une cuillerée à thé (0.5 G.) par jour pour chaque 8 livres de poids corporel. À volonté, administrer en 2 doses à 12 heures d'intervalle, ou en 4 doses à 6 heures d'intervalle. Dans le dernier cas, la dose initiale doit être le double des doses subséquentes.

**Adultes:** quatre comprimés (2 G.) toutes les 12 heures, ou une dose initiale de 4 comprimés suivie de 2 comprimés toutes les 6 heures.

Flacons de 16 onces liquides ou de 100 comprimés.



**Charles E. Frosst & Co.**  
MONTRÉAL CANADA

# 'Darenthin'



Une percée importante  
dans la lutte contre

## l'hypertension

Il agit par inhibition sympathique spécifique. L'absence d'effets de blocage parasympathique qui en résulte constitue un progrès marquant sur les modes de traitement antérieurs.

### 'Darenthin'\*

Tosylate de Brétylium Comprimés rainurés de 200 mg.

Boura, A. L. A.; Green, A. F.; McCoubrey, A.;  
Laurence, D. R.; Moulton, R., et Rosenheim, M. L.:  
*Lancet*, 2:17 (juillet 11) 1959. Article principal, *ibid.*, p. 27.

\*NOM DÉPOSÉ



**BURROUGHS WELLCOME & CIE. (CANADA) LTD., Montréal**



**Le traitement  
de tétracycline  
par excellence...  
affranchie de son dard**

# MYSTECLIN-V

Complexe phosphaté de tétracycline Squibb et nystatine (MYCOSTATIN)

Le complexe phosphaté de tétracycline possède une efficacité insurpassée contre un vaste réseau microbien.

Le MYCOSTATIN écarte le dard si souvent associé à l'antibiothérapie à grand spectre... et réduit au minimum le risque de prolifération mycétique.

**formes disponibles:**

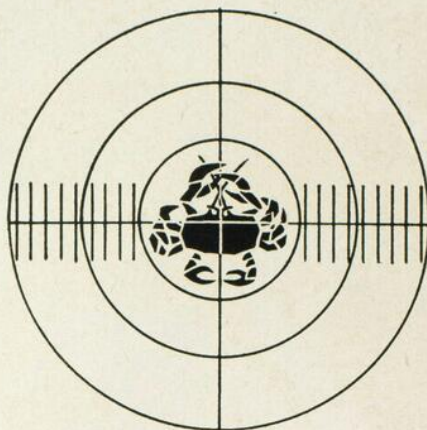
MYSTECLIN-V en capsules de (250 mg-250,000 unités): Flacons de 16 et 100.

MYSTECLIN-V en capsules de (100 mg-100,000 unités): Flacons de 16 et 100.

MYSTECLIN-V pour sirop (125 mg-125,000 u/5 cc.): Bouteilles de 30 et 60 cc.

MYSTECLIN-V pour gouttes pédiatriques (100 mg-100,000 u/cc.): Bouteilles de 10 cc. avec compte-gouttes.





VOICI

*Un nouvel  
agent antimitotique  
bien toléré*

# PROCYTOX

( Cyclophosphamide, Horner )


## POUR LA CHIMIOThERAPIE DU CANCER

Nouvel agent cytotoxique puissant, Procytox apporte un champ thérapeutique plus étendu à la chimiothérapie de diverses maladies néoplastiques. Essentiellement une "forme-véhicule" inactive de la moutarde azotée, Procytox demeure inerte dans l'organisme jusqu'à ce que la scission par l'enzyme phosphamidase libère son composant actif. La concentration relativement élevée de cet enzyme dans le tissu cancéreux produit un certain "tropisme" qui se traduit par une marge de sécurité plus grande et une meilleure tolérance lors de traitements prolongés à fortes doses. Les expé-

riences répétées faites en Europe, aux Etats-Unis et au Canada ont révélé que la drogue est très précieuse pour prévenir les rechutes dans certains cas de carcinomes et de sarcomes, avec régression de la tumeur, soulagement de la douleur et autres symptômes. On a aussi démontré qu'elle est très utile comme complément au traitement chirurgical ou par radiation et qu'elle est surtout efficace chez les malades atteints de lymphosarcome et de la maladie de Hodgkin. Procytox, en fioles et en comprimés, est maintenant disponible dans plusieurs hôpitaux et cliniques du cancer par tout le Canada.

Pour obtenir la brochure sur Procytox, écrire au Service Médical  
Frank W. Horner Limited C. P. 959, Montréal, Qué.



F R A N K W . H O R N E R L I M I T E D  M O N T R E A L C A N A D A



NOUVEAU

*l'importance de*

PERMITIL

DICHLORHYDRATE DE FLUPHÉNAZINE

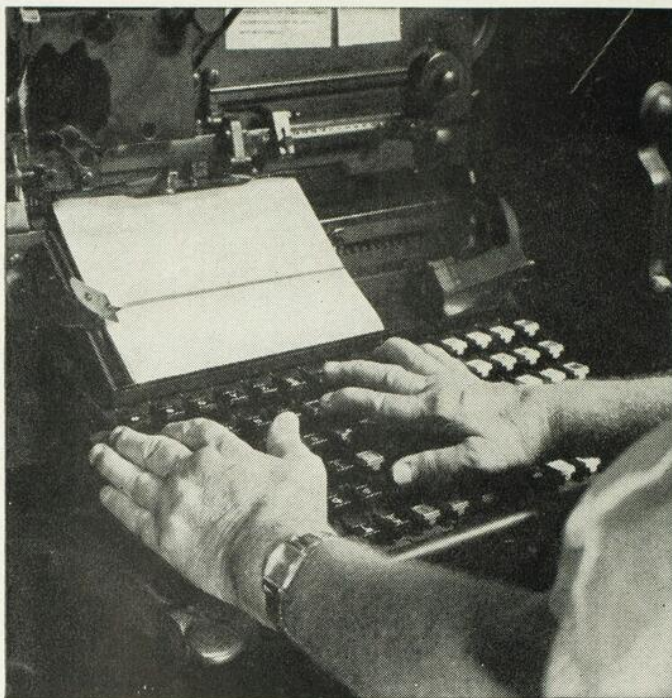
dans la pratique quotidienne:  
plus grand contrôle du  
stress émotif avec le plus  
sûr et le plus petit dosage  
(0.25 mg. b.i.d.) parmi les  
agents anti-anxiété.

Contrôle rapide d'une gamme sensiblement plus étendue de "symptômes spécifiques" de l'anxiété, de la tension, de l'agitation et de la fatigue émotive sans effet soporifique ou dépressif ou ralentissement de la fonction intellectuelle. Les effets secondaires sont rares ou absents aux doses recommandées. La durée d'action prolongée rend possible une posologie pratique (b.i.d.).  
Présentation: Comprimés vert pâle, 0.25 mg., flacon de 50.



WHITE LABORATORIES OF CANADA LTD., MONTRÉAL

# RÉMISSION CLINIQUE



## Cas d'arthrite rhumatoïde rendu impotent

Un imprimeur de 62 ans, impotent depuis trois ans, est traité au moyen de 0.75 mg. par jour de DECADRON.

*Depuis le début du traitement au DECADRON, il y a un an, il n'a pas perdu une journée de travail. Les analyses d'urine et de sang sont normales et le temps de sédimentation est tombé de 36 à 7.*

***Il est en rémission clinique\****

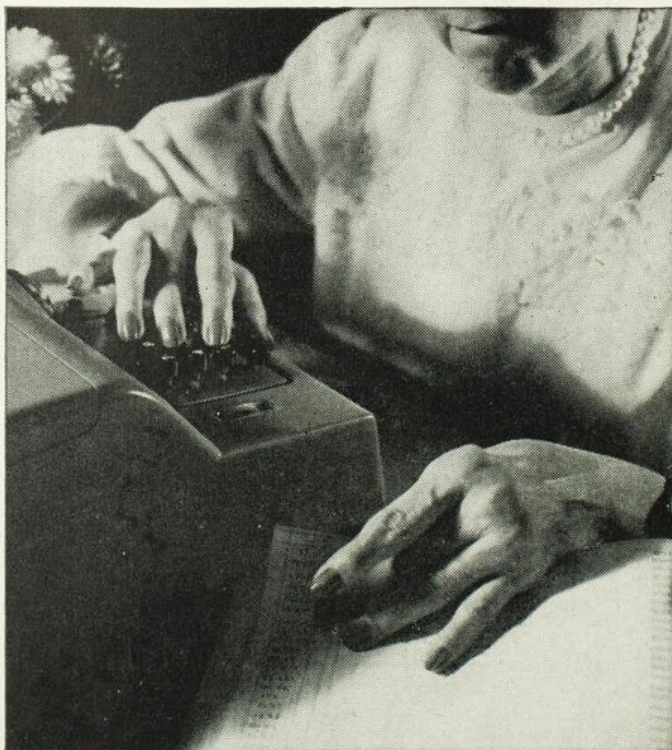


## Cas d'arthrite rhumatoïde compliqué de diabète sucré

Il s'agit d'une diabétique de 54 ans, arthritique depuis quatre ans. En vue d'amender les symptômes graves, on commence un traitement au DECADRON à raison de 0.75 mg. par jour.

*Après une année d'un traitement comportant des doses quotidiennes de 0.5 à 1.5 mg. de DECADRON, la glycosurie a complètement disparu et la malade n'a pas ressenti d'effets secondaires.*

***Elle est en rémission clinique\****



## Cas d'arthrite rhumatoïde rebelle

Une ménagère de 29 ans, arthritique depuis cinq ans, abandonne la triamcinolone pour prendre 2 mg. par jour de DECADRON.

*Une amélioration quasi immédiate est suivie d'une augmentation de la mobilité articulaire. Onze mois plus tard, elle ne prend plus que 1 mg. de DECADRON par semaine.*

***Elle est en rémission clinique\****

Nouvelle posologie commode de deux doses par jour: le degré d'amélioration qu'on obtient du DECADRON permet l'adoption d'une posologie d'entretien b.i.d. chez nombre de malades qualifiés de "chroniques". On commence par attaquer les symptômes aigus au moyen d'une posologie t.i.d. ou q.i.d.



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

# dans 5 cas d'arthrite "embarrassants"

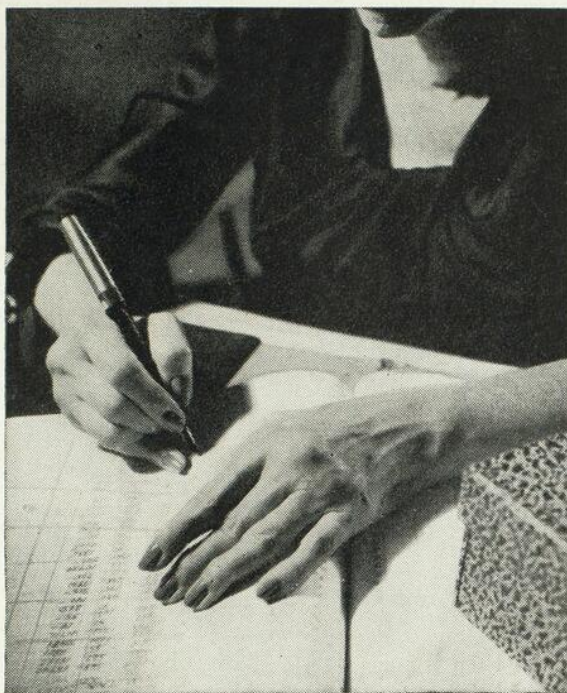


## Cas d'arthrite rhumatoïde graduellement résistant

Après avoir graduellement "échappé" aux effets thérapeutiques d'autres corticostéroïdes, une comptable de 52 ans affligée d'arthrite depuis cinq ans, commence un traitement au DECADRON, à raison de 1 mg. par jour.

*Après dix mois, toujours avec la même posologie de DECADRON, elle garde un poids constant, n'a pas perdu une seule journée de travail et n'a ressenti aucun effet secondaire.*

*Elle est en rémission clinique\**



## Cas d'arthrite rhumatoïde entaché d'effets secondaires sérieux

Très amaigrie et souffrant de troubles digestifs aigus après un traitement à la prednisolone, une comptable de 45 ans, souffrant d'une grave arthrite depuis cinq ans, commence à prendre du DECADRON, 1 mg. par jour.

*La posologie peut être réduite rapidement à 0.5 mg. par jour. Après dix mois de cette cure au DECADRON, elle a repris onze livres, se sent parfaitement bien et n'a plus présenté de symptômes gastriques.*

*Elle est en rémission clinique\**

*\*Extrait d'un rapport clinique soumis à Merck Sharp & Dohme*

Tout médecin qui en fait la demande recevra des renseignements détaillés sur le DECADRON.

Présentation: Comprimés pentagonaux, sécables, à 0.75 mg. et à 0.5 mg., en flacons de 30, 100 et 1000 comprimés.

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

# Decadron



DEXAMÉTHASONE

PERMET DE TRAITER PLUS DE MALADES PLUS EFFICACEMENT

# ARTICHOBYL



MÉDICATION HÉPATIQUE, CHOLAGOGUE ET DIURÉTIQUE

à base d'extrait de feuilles d'artichaut

L'Artichobyl se caractérise par l'extrême douceur de son action. Il n'a pas de contre-indication, et les hépatiques, pourtant si sensibles aux médicaments, peuvent en ingérer des doses élevées sans inconvénient.

•  
4 à 12 dragées par jour, réparties sur la journée.  
•

J. EDDÉ, Limitée, 1154, Beaver Hall Sq.,

MONTRÉAL



exploit sans  
précédent  
de l'administration  
**orale**

Depuis l'apparition d'"Hylenta"  
en 1955, le corps médical n'a  
cessé de lui réserver l'accueil  
le plus favorable.  
ce succès DOIT être fondé

**YLENTA**  
FORTIS RA\* COMPRIMÉS  
N° 891

*1 million* U.I. de  
**pénicilline G potassique**

En outre

"Hylenta" Mitis DR\*\*  
(250,000 U.I.) No 890

"Hylenta" DR\*\*  
(500,000 U.I.) No 888

*Ayerst*

Ayerst, McKenna & Harrison,  
Limitée—Montréal

\*Enrobage Résistant aux Acides  
\*\*Base à Désagréation Régulée

la  
place

est

libre...

déjà!

En chirurgie, dans les maladies chroniques, les états infectieux, les traumatismes par brûlure ou fracture, un complément diététique aux facteurs du complexe B et à la vitamine C, amène plus rapidement le rétablissement du malade.

La capsule renferme:

Vitamine B <sub>12</sub> .....	10.0 mcg
Thiamine.....	25.0 mg
Riboflavine.....	12.5 mg
Niacinamide.....	50.0 mg
Pyridoxine.....	1.0 mg
d-Pantothénate de calcium.....	10.0 mg
Vitamine C.....	250.0 mg

Une à trois capsules par jour.



"Béminal" avec C  
Fortis

Actuellement en vente: ELIXIR "BEMINAL" FORTIS N° 92  
tonique nutritif délectable

# Tofrānil®

## Pour dissiper les affres de la dépression

Dans le traitement de la dépression, Tofrānil a établi un record remarquable en provoquant une rémission ou une amélioration dans environ 80 pour-cent des cas.<sup>1,7</sup>

L'emploi de Tofrānil est de toute sécurité—peut être utilisé aussi bien au bureau qu'à l'hôpital—peut être administré par voie orale ou intramusculaire.

Tofrānil—*thymoleptique puissant pas un inhibiteur de la mono-amino-oxydase.*

*Agit efficacement et sûrement dans tous les genres de dépression quelle qu'en soit la sévérité ou la chronicité. Il n'inhibe pas l'amine oxydase dans le cerveau ou le foie; ne stimule pas le système nerveux central; et n'a pas d'effet potentialisateur sur d'autres facteurs tels que barbituriques et alcool.*

Documentation supplémentaire disponible sur demande.

Tofrānil (chlorhydrate d'imipramine), dragées de 25 mg., flacons de 100 et de 1,000. Ampoules pour administration intramusculaire seulement, chaque ampoule renferme 25 mg. dans 2 cc. de solution, boîtes de 10 et de 50.

#### Références:

1. Ayd, F. J. Jr.: Bull. School Med. Univ. Maryland 44:29, 1959.
2. Azima, H., et Vispo, R. H.: A. M. A. Arch. Neurol. & Psychiat. 81:658, 1959.
3. Lehmann, H. E.: Cahn, C. H., et de Verteuil, R. L.: Canad. Psychiat. A. J. 3:155, 1958.
4. Mann, A. M., et MacPherson, A. S.: Canad. Psychiat. A. J. 4:38, 1959.
5. Sloane, R. B.: Habib, A., et Batt, U. E.: Canad. M. A. J. 80:540, 1959.
6. Straker, M.: Canad. M. A. J. 80:546, 1959.
7. Strauss, H.: New York J. Med. 59:2906, 1959.

## Geigy



Montréal

non un sulfamide  
non un antibiotique  
non un nitrofuran

## Crème Triburon 'Roche'

pour infections vaginales

Triburon, microbicide topique synthétisé récemment, possède toutes les caractéristiques d'un 'antivaginite' idéal.

- Efficacité clinique contre les trois microbes pathogènes les plus communs: T. vaginalis, C. albicans et H. vaginalis et contre une grande variété d'autres microbes pathogènes y compris les cocci antibio-résistants.
- Soulagement symptomatique rapide
- Bonne acceptabilité par la patiente
- Faible incidence de sensibilisation

Présentation:  
Crème Triburon, tubes de 3 oz. avec ou sans applicateur

Triburon®  
N,N'-bis[1-méthyl-3-(2,2,6-triméthylcyclohexyl)propyl]-  
N,N'-diméthyl-1,6-hexanédiamine bis (méthochlorure).

Hoffmann-La Roche Limitée, Montréal



**MAINTENANT,  
DE LA PÉNICILLINE ORALE  
SANS  
INTERRUPTION  
DANS LE SOMMEIL**



**"FALAPEN"**  
MARQUE DÉPOSÉE

**SEULEMENT 1 COMPRIMÉ  
TOUTES LES 12 HEURES**

Pénicilline d'action rapide et prolongée

**par son efficacité B.I.D. évite le besoin de réveiller  
le patient... tout en étant économique**

Des études ont démontré qu'un comprimé de "FALAPEN" toutes les 12 heures a contrôlé la fièvre scarlatine, l'otite moyenne, la pharyngite et les infections à pneumocoque et à gonocoque, <sup>1,2</sup> et que pour être efficace, la pénicilline n'a plus besoin d'être administrée toutes les 6 à 8 heures.

Le "FALAPEN" est relativement sûr; comparée à l'administration parentérale, l'administration orale de pénicilline entraîne beaucoup moins d'aléas de graves réactions de sensibilité.

Chaque comprimé renferme 500,000 unités de pénicilline-G potassique.

**POSOLOGIE** — Adultes: un comprimé toutes les 12 heures. Augmenter ou diminuer la dose selon les besoins du patient.

Flacons de 10 comprimés

**SOURCES:**

1. Malkin, S.: "Oral Versus Parenteral Penicillin". Canad. M.A.J. 81:553, 1959.
2. Hébert, A.: "The Treatment of Acute Gonorrhoeal Urethritis with a Long-Acting Penicillin Tablet (Falapen)". Canad. M.A.J. 80:293, 1959.
3. Grignon, C.-E. et Leboeuf, B.: Une Nouvelle Préparation de Pénicilline pour Administration par Voie Orale. L'Union Médicale du Canada 87:1198, 1958.
4. Ballon, H. C., Thompson, B., Palayew, M. et Lubinski, H.: "Serum Penicillin Levels after the Oral Administration of a Long-Acting Tablet." Canad. M.A.J. 79:751, 1958.

**RAPIDE** — Le dégagement immédiat d'une partie de la pénicilline dans l'estomac produit promptement des taux sanguins.

La couche de "Polymère 37"\* — une substance récemment perfectionnée — résiste à l'action de l'acide stomacal mais se dissout immédiatement dans l'intestin, dégageant ainsi le noyau de pénicilline.

**PROLONGÉE** — Les taux se maintiennent par le lent dégagement de la pénicilline du noyau dans l'intestin.

\*Breveté en 1959



**MISE EN GARDE** — Bien que rarement, l'administration de pénicilline par voie parentérale, et plus rarement encore par voie orale, peut occasionner de l'anaphylaxie aiguë. Les patients souffrant d'asthme bronchique ou d'autres allergies, et ceux qui se sont déjà montrés sensibles à la pénicilline, semblent les plus sujets à cette réaction.



**Charles E. Frosst & Co.**  
MONTRÉAL CANADA

# ARGYROL S.S.

(solution stabilisée)

## nouveau stabilisé

la seule solution stabilisée de protéine d'argent faible

pour les  
infections  
de la  
membrane  
muqueuse



### SÉCURITÉ EFFICACITÉ STABILITÉ

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

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

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

*Wyeth présente*  
un nouveau vaso-  
dilatateur coronarien  
d'une efficacité sans précédent  
dans l'ANGINE DE POITRINE



# CARVASIN\*

Dinitrate d'isosorbitol, Wyeth

**1 début d'action rapide**

en 15 à 30 minutes

**2 action de longue haleine**

qui dure jusqu'à 5 heures

**3 effet uniforme**

plus de malades répondent  
à la médication

**4 haute sécurité**

seul effet secondaire signalé:  
céphalée temporaire

Le CARVASIN réduit sensiblement le nombre, la durée et la gravité des crises angineuses, souvent même dans des cas où ont échoué d'autres vaso-dilatateurs à action prolongée. La tolérance à l'effort est accrue, la douleur réduite et l'emploi de la nitroglycérine peut être radicalement réduit ou même supprimé.

Le CARVASIN agit promptement par rapport à d'autres agents prophylactiques et les malades en ressentent les bienfaits en 15 à 30 minutes. L'effet d'une simple dose persiste durant 4 à 5 heures.

Le seul phénomène secondaire, éphémère et facilement écarté, est une céphalée passagère, considérée comme la manifestation de l'activité pharmacodynamique du produit.<sup>1</sup>

Sherber,<sup>2</sup> résumant ses expériences avec le CARVASIN, déclare: "Cette médication est, à l'heure actuelle, la plus efficace dans le traitement de l'insuffisance coronarienne."

PRESENTATION — Comprimés blancs, sécables — en flacons de 100 et de 500 comprimés.

POSOLOGIE — La posologie moyenne est d'un comprimé (10 mg.) une demi-heure avant chaque repas et au coucher. Afin d'obtenir l'effet thérapeutique maximum, il peut être nécessaire d'adapter les doses à chaque cas particulier. La posologie peut varier de 5 à 20 mg. q.i.d.

1. Riseman, J. E. F., et al.:  
Circulation 17:22-39  
(janv. 1958).

2. Sherber, D. A.:  
Communication  
personnelle  
(oct. 1959).



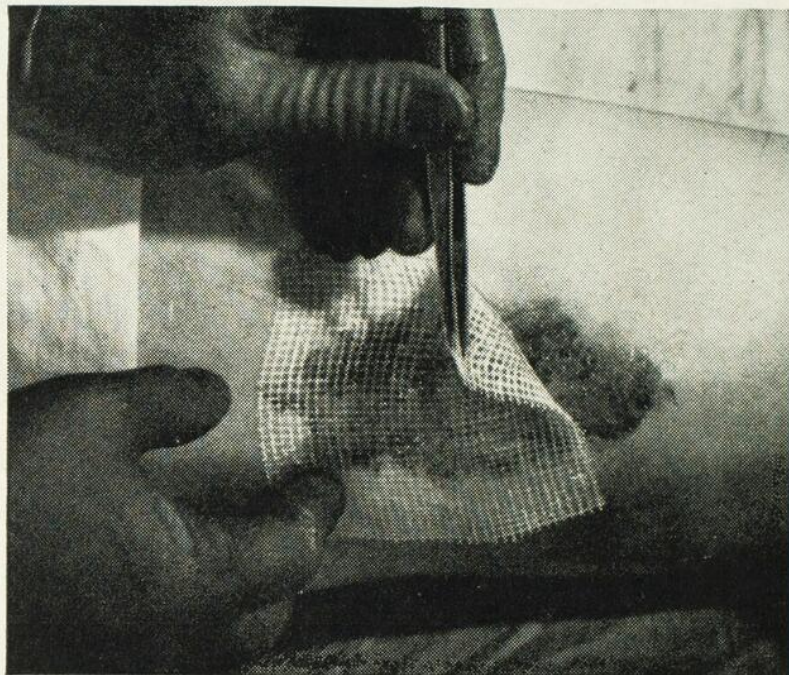
Marque déposée  
WALKERVILLE, ONTARIO

# CARBONET

MARQUE DÉPOSÉE

**Un nouveau pansement non-adhérent  
qui possède ces propriétés importantes**

- ★ Masse imprégnée soluble dans l'eau — S'enlève sans douleur
- ★ Poreux — pas de macération — guérison plus rapide
- ★ Masse stable et inerte
- ★ Manipulation facile



Le 'Carbonet' est un pansement fabriqué d'une gaze à mailles ouvertes imprégnée d'une masse de polyéthylène glycol hydrosoluble. Il est indiqué pour tous les genres de plaies ouvertes et interpose une barrière non adhérente entre la surface de la plaie et les pansements qui la recouvrent. Le plus grand mérite du 'Carbonet', c'est qu'il peut être enlevé d'une plaie ou d'un ulcère sans causer de douleur au patient et sans traumatiser le tissu épithélial ou de granulation.

#### PRÉSENTATION:

Boîtes métalliques scellées de 36 pansements de 3 $\frac{3}{4}$ " x 3 $\frac{3}{4}$ " — (sans interfoliation). Boîtes métalliques contenant une bande de 7 $\frac{1}{2}$ " de largeur par 4 verges de longueur, pliée en zig-zag. Le 'Carbonet' est stérilisé et prêt à être utilisé — Il peut être stérilisé de nouveau.

## CARBONET

**un nouveau pansement non-adhérent**



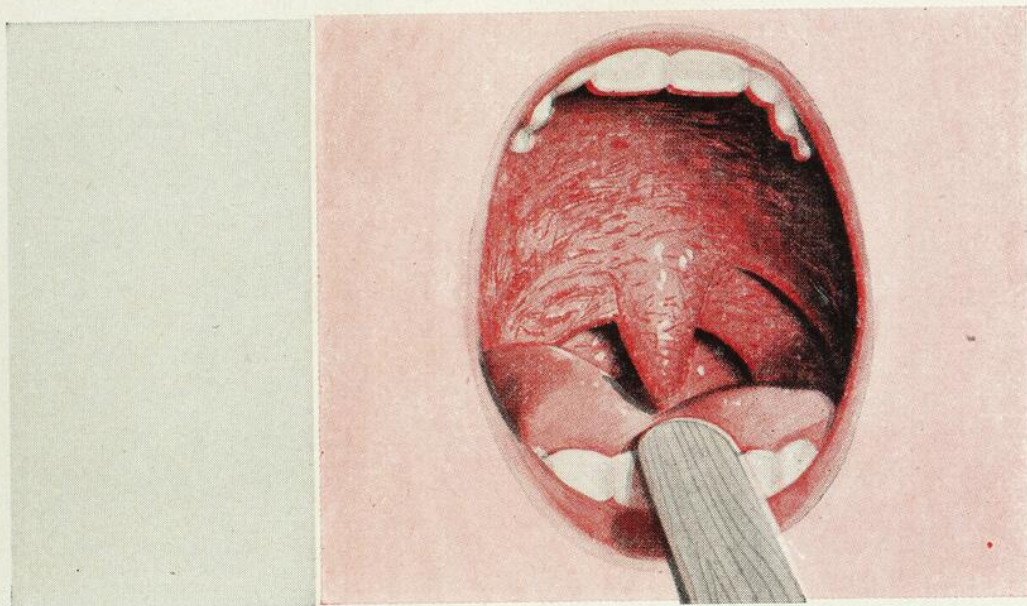
SMITH & NEPHEW LTD., 5640, RUE PARÉ, MONTRÉAL

**MAINTENANT...**

**“un bain bactériostatique”\***

Combat les infections oro-pharyngiennes  
Soulage rapidement le malaise dû au *mal de gorge*

Orabiotic, quand il est mâché, libère un flot de salive douée d'une action calmante et chargée de deux antibiotiques locaux complémentaires très actifs — la néomycine et la gramicidine — ainsi que d'un analgésique local, la propesine, plus efficace que la benzocaïne.



**NE CAUSE PAS DE SENSIBILISATION  
ET N'IRRITE PAS**

**ORABIOTIC**

NOUVELLES TABLETTES DE GOMME ANTIBIOTIQUE-ANALGÉSIQUE

Orabiotic apporte un soulagement symptomatique bienfaisant et constitue en même temps un adjuvant thérapeutique antibactérien, dans les maux de gorge, l'amygdalite aiguë, la péri-amygdalite, l'angine de Vincent (infection oro-pharyngienne), et la gingivite infectieuse.

Chaque tablette renferme: 3.5 mg. de néomycine, 0.25 mg. de gramicidine et 2 mg. de propesine. En paquets de 10.  
Mâcher une tablette pendant 10 à 15 minutes, toutes les 4 heures.

\*Granberry, C., et Beatrous, W. P.: Effet des tablettes à mâcher antibiotiques contre la morbidité consécutive à l'amygdalectomie, E.E.N.T. Monthly (mai) 1957.



**White Laboratories of Canada, Ltd.**  
5100, rue Sax, Montréal, Québec

# UNE HISTOIRE - par Lulu Côté



"Maman avait tellement de douleur qu'elle dut aller se coucher"



"Alors, il a fallu que je fasse le dîner pour papa. J'ai même trouvé les pilules que le docteur avait prescrit"



"Alors la douleur s'en alla très vite - presque avant que j'aie fini la vaisselle"

## POUR LA DOULEUR **Percodan**\*

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

**AGIT PLUS RAPIDEMENT** - en général en 5 à 15 minutes

**ACTION PLUS PROLONGÉE** - en général 6 heures et plus

**SOULAGEMENT PLUS COMPLET** - permet un sommeil ininterrompu pendant toute la nuit.

**CONSTIPE RAREMENT** - excellent pour les malades chroniques ou alités.

**DOSE MOYENNE POUR ADULTES:** 1 comprimé toutes les 6 heures. En vente dans toutes les pharmacies.

(N) Peut être obtenu sur ordonnance verbale.

Brevet canadien 537,946

\*Marque déposée

*Voulez-vous de la littérature?*

*Ecrivez à*

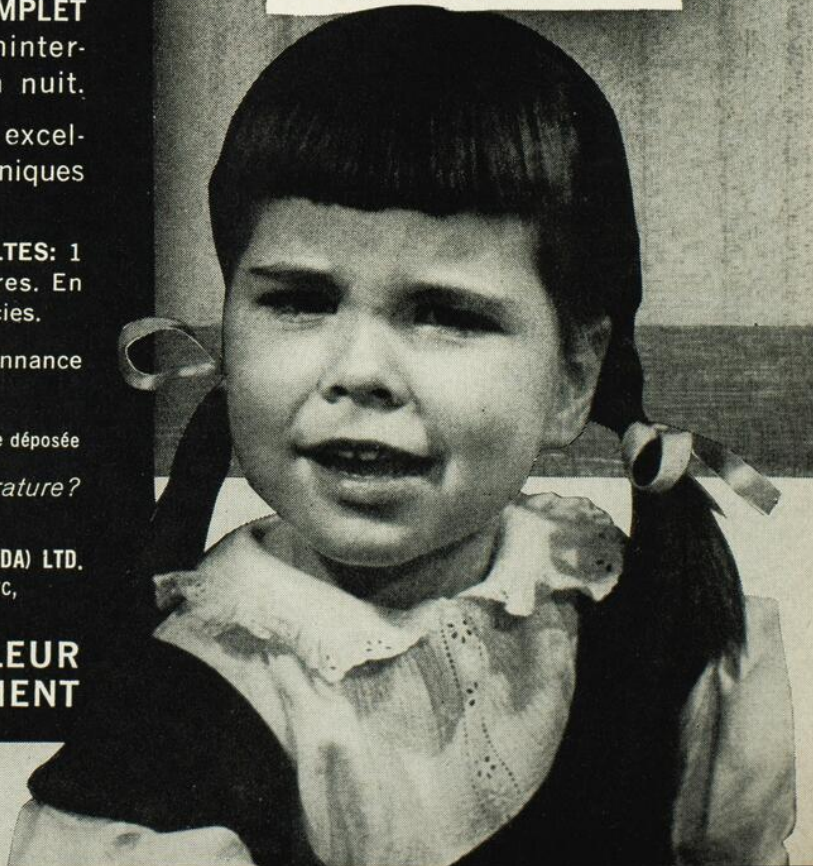
**Endo**<sup>®</sup>

ENDO DRUGS (CANADA) LTD.  
7000 avenue du Parc,  
Montréal 15

**ET LA DOULEUR  
DISPARUT RAPIDEMENT**



"Maintenant, maman est très bien... elle a dit que je pouvais aider à la cuisine... mais papa a dit pour le thé seulement"

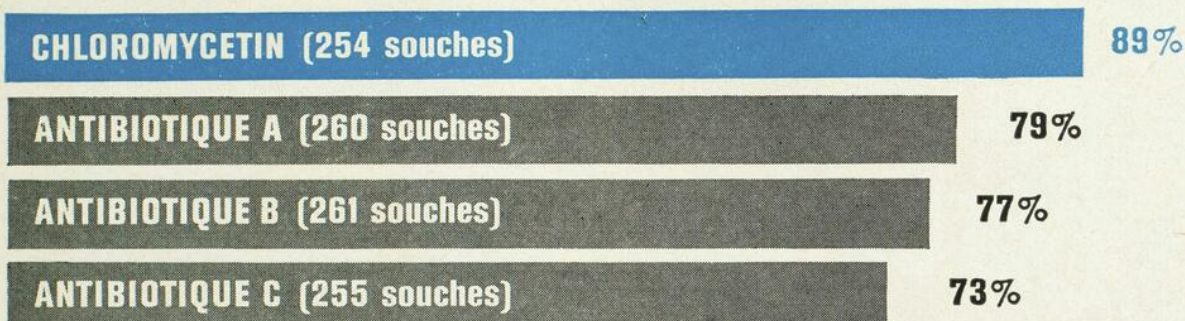


## COUVRANT VRAIMENT UN LARGE SPECTRE... D'UNE EFFICACITE CLINIQUE AVEREE

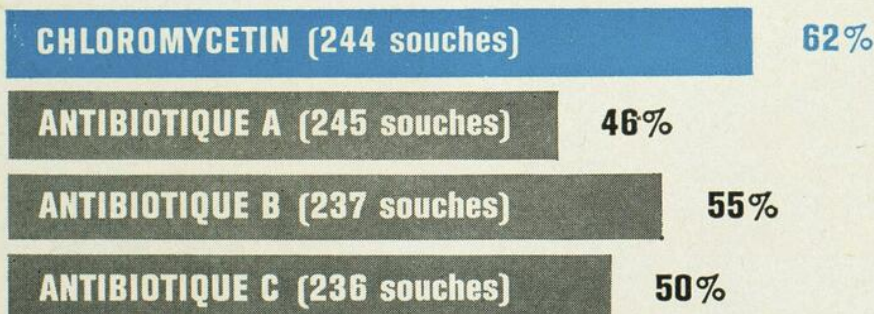
# CHLOROMYCETIN®

PRESENTE UNE ACTIVITE REMARQUABLE CONTRE UNE AMPLE SERIE  
DE GERMES PATHOGENES

SENSIBILITE IN VITRO AU CHLOROMYCETIN ET A TROIS AUTRES  
ANTIBIOTIQUES A LARGE SPECTRE DE GERMES GRAM-POSITIF\*



SENSIBILITE IN VITRO AU CHLOROMYCETIN ET A TROIS AUTRES  
ANTIBIOTIQUES A LARGE SPECTRE DE GERMES GRAM-NEGATIF\*



\*D'après B. H. Leming jr. et C. Flanigan jr. dans H. Welch & F. Marti-Ibañez: Antibiotics Annual 1958-1959, New York, Medical Encyclopedia, Inc. 1959, p. 414.

CHLOROMYCETIN (chloramphénicol, Parke-Davis) est présenté sous plusieurs formes, y compris les Kapseals® de 250 mg., en flacons de 16 et de 100.

CHLOROMYCETIN est un agent thérapeutique puissant et, parce que certaines dyscrasies sanguines ont coïncidé avec son administration, il ne doit pas être employé aveuglément ou pour des infections légères. De plus, lorsqu'il faut poursuivre le traitement de façon prolongée ou intermittente, il convient, comme dans le cas de certains autres médicaments, de pratiquer les examens de sang nécessaires.

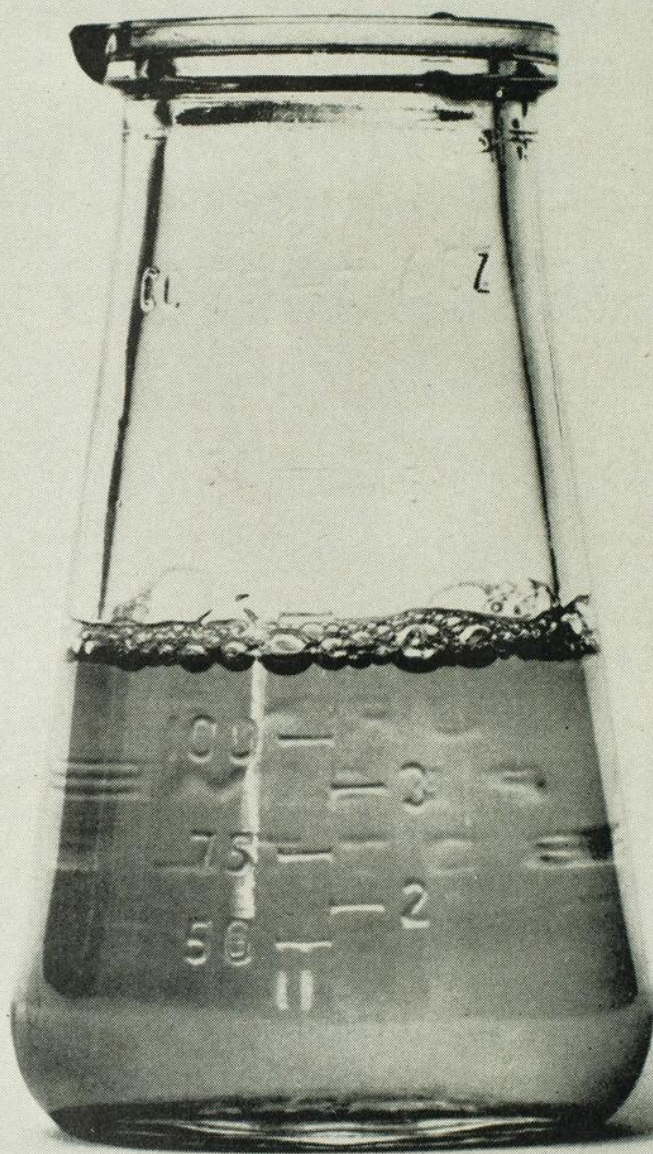
PARKE - DAVIS

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

## soulagement des malaises urinaires en 30 minutes

L'action analgésique spécifique du Pyridium procure un soulagement rapide de la douleur, de l'échauffaison, de l'urgence et de la fréquence. En rétablissant un fonctionnement plus normal, le Pyridium réduit les risques de rétention et d'urine stagnante.

# PYRIDIUM



# PYRIDIUM

Marque de phénylazo-diamino-pyridine HCl

fournit une analgésie sûre selon les besoins. POSOLOGIE MOYENNE:

*Adultes*, deux comprimés trois fois par jour, avant les repas. *Enfants:*

*de 9 à 12 ans,*

1 comprimé trois fois par jour, avant les repas.

PRÉSENTATION: Comprimés à 0.1 Gm. chacun, flacons de 50, 500 et 1000.



## complète tout autre agent anti-infectieux

# Emoussez la douleur

PAR UNE ANALGÉSIE SÛRE ET PLUS EFFICACE

Le Phenaphen avec Codéine accentue les effets de la codéine tout en contrôlant les réactions adverses. Il élimine (ou retarde) l'emploi de la morphine ou des narcotiques synthétiques sujets à accoutumance, même dans les cas de cancer avancé.

*Trois forces —*

**PHENAPHEN NO. 2**

Phenaphen avec Phosphate de Codéine ¼ gr. (16.2 mg.)

**PHENAPHEN NO. 3**

Phenaphen avec Phosphate de Codéine ½ gr. (32.4 mg.)

**PHENAPHEN NO. 4**

Phenaphen avec Phosphate de Codéine 1 gr. (64.8 mg.)

*Autre présentation —*

**PHENAPHEN** Dans chaque capsule

Acide acétylsalicylique 2½ gr. . . (162 mg.)

Phénacétine 3 gr. . . . . . (194 mg.)

Phénobarbital ¼ gr. . . . . . (16.2 mg.)

Sulfate d'hyoscyamine . . . . . (0.031 mg.)

**PHENAPHEN<sup>®</sup> AVEC CODEINE**



*Robins*

A. H. ROBINS CO. OF CANADA, LTD., MONTREAL, QUEBEC

Produits Pharmaceutiques de choix depuis 1878.

TRAVAD est le premier lavement uniservice créé en tenant compte du malade... on a pensé commodité et efficacité... un tube flexible de 18 pouces permet l'auto-administration par le malade en position assise, ou l'administration classique, dans la position latérale gauche, ou en chien de fusil... il est si doux que le malade ne sent pratiquement pas l'introduction du liquide... il nettoie plus à fond et plus uniformément que deux lavements d'une chopine, à l'eau du robinet... il peut être administré, gardé et évacué en moins de 10 minutes\*



la façon la plus agréable et la plus pratique de donner un lavement... rien à préparer et rien à nettoyer... bout rectal pré-lubrifié... soupape métallique empêchant tout écoulement de liquide jusqu'au moment de l'administration épargne du temps... soulage le personnel pour l'accomplissement d'autres tâches... diminue le fardeau de travail... ne coûte pas plus cher que d'autres appareils moins commodes... rien à ranger, donc gain d'espace 100 ml. renferment: 12 Gm. de phosphate de sodium dihydrogéné, 10 Gm. de citrate de sodium.

\*Lavement hydrogogue comme préparation intestinale à l'anoscopie, par J. J. Weinstein. A paraître.

Les produits Travenol Laboratories sont distribués par  
**BAXTER LABORATORIES OF CANADA, LTD., Alliston, Ont.**

## QUELQUES QUESTIONS ET RÉPONSES sur l'emploi du PLAQUENIL avec d'autres produits dans l'Arthrite Rhumatoïde

### 1. Peut-on employer le Plaquenil en même temps que les stéroïdes et les salicylates?

Oui. La tolérance à ces trois produits n'est pas affectée par leur emploi combiné.

### 2. A quel moment la médication stéroïde peut-elle être réduite, après l'institution du traitement au Plaquenil?

Vu que les effets thérapeutiques du Plaquenil ne se font pas sentir avant au moins quatre à six semaines, il faut maintenir la pleine posologie des stéroïdes pendant cette période de temps. Par la suite, l'administration des stéroïdes peut être réduite progressivement.

### 3. Peut-on interrompre brusquement la thérapie aux stéroïdes au moment de l'institution du traitement au Plaquenil?

Non, sauf si l'administration de stéroïdes n'a duré que cinq jours ou moins. Si les stéroïdes ont été donnés pendant plus longtemps, l'interruption soudaine en est contre-indiquée afin d'éviter toute possibilité d'insuffisance cortico-surrénale.

### 4. Comment réduire progressivement la médication aux stéroïdes?

Si la réduction progressive de l'administration de stéroïdes est indiquée, on l'effectuera comme suit: tous les quatre ou cinq jours, diminuer la cortisone de pas plus de 5 à 15 mg., l'hydro-cortisone, de 5 à 10 mg., et la prednisolone et prednisone, de 2.5 à 5 mg.

### 5. L'administration de salicylates peut-elle être réduite progressivement ou interrompue brusquement au cours du traitement au Plaquenil?

Oui. Contrairement aux cas des stéroïdes, il n'y a pas de danger à l'interruption brusque du traitement aux salicylates. Cependant, en général, on en réduit progressivement la posologie au fur et à mesure que diminue le besoin d'une analgésie adjuvante.

• Brochure sur demande •

# Plaquenil

SULFATE

EFFETS  
SECONDAIRES  
NETTEMENT  
RÉDUITS

Toxicité  
harmacologique  
(DLM) environ  
le 1/5 de celle de  
la chloroquine.

*Remarquablement efficace dans*

## L'ARTHRITE RHUMATOÏDE

"... Plaquenil est nettement  
moins toxique et mieux  
toléré par le patient  
moyen, même à hautes  
doses, que ne l'est la  
chloroquine."<sup>1</sup>

**DOSE: Initiale** - 400 à 600 mg. (1 comprimé 2 ou 3 fois par jour).

**D'entretien** - 200 à 400 mg. (1 ou 2 comprimés) par jour.

L'effet est lent à se produire; il faut au moins quatre à douze semaines avant de l'obtenir. Pour un résultat optimum, on recommande de poursuivre le traitement pendant au moins six mois.

**PRÉSENTATION:** Comprimés de 200 mg., flacons de 100.

1. Schoch, A. G., and Alexander, L. J.: The Schoch section, Bull. A. Mil. Dermatologists, 5:25, Nov., 1956.  
Plaquenil (marque de l'hydroxychloroquine) nom déposé aux E.-U.

*Winthrop*  
LABORATORIES  
OF CANADA LTD. ONTARIO

<h1>OPOBYL</h1>		
Cholérétiques végétaux Extraits hépatiques et biliaires.	<i>Affections hépatiques Constipation</i>	
YAB - Spécialités A. BAILLY 19, RUE DU ROCHER - PARIS		<i>1 à 2 pilules aux repas</i>
VINANT Limitée, 8355, Bd St-Laurent, Montréal 11, P.Q.		



**PIPÉRAZINE EFFERVESCENTE MIDY**  
(Granulé effervescent)  
*ANTI-URIQUE TYPE*



**THIODÉRAZINE MIDY**  
(injectable) (Ampoules 5 cc.)  
*Traitement général du RHUMATISME CHRONIQUE*



**THIODÉRAZINE MIDY**  
(buvable) (Gouttes)  
*Traitement général du RHUMATISME CHRONIQUE*



**THIODACAÏNE MIDY**  
(Ampoules 20 cc.)  
*Traitement local de la DOULEUR RHUMATISMALE*

Agents pour le Canada: VINANT Ltée, 8355, Bd St-Laurent, Montréal 11, P.Q.

Neuroleptique efficace et bien toléré

# mellaril®

THIORIDAZINE

élimine les effets  
secondaires

relaxateur psychique  
des troubles  
émotionnels et mentaux  
vus en  
pratique générale,  
psychiatrie  
et pédiatrie.



action tranquillisante

léthargie

jaunisse

hypotension

Parkinsonisme

avantages du **mellaril®** sur les autres phénothiazines

- ▲ champ d'action très sélectif
- ▲ tolérance remarquable même à hautes doses
- ▲ manque quasi-total de tous effets secondaires
- ▲ ne provoque ni dépression ni apathie
- ▲ contrôle efficace de la sphère émotionnelle et des agitations psychomotrices

**posologie générale**

névroses, en médecine générale

psychoses, malades non hospitalisés

psychoses, malades hospitalisés

enfants difficiles et excités

**moyenne**

10 mg. t.i.d.

25 mg. b.i.d.

25 mg. t.i.d.

100 mg. t.i.d.

10 mg. b.i.d.

**variation**

(30-50 mg.)

(75-200 mg.)

(200-800 mg.)

(20-40 mg.)

SANDOZ PHARMACEUTICALS, Dorval, P.Q.

7982F



## Nouvelle Présentation

ROUSSEL (CANADA) Ltée ont le plaisir d'annoncer qu'une nouvelle forme injectable d'Androstalone est à la disposition du Corps Médical Canadien.

# ANDROSTALONE

## INJECTABLE

benzoate d'androstanolone en solution huileuse.

### Indications:

*En gynécologie:* dysménorrhée, syndrome pré-menstruel, méno-métrorragie, fibrome et endométriose, ménopause.

*Stimulant de l'anabolisme protidique:* favorise l'augmentation de poids, améliore l'appétit et entraîne une sensation de bien-être chez les convalescents, les amaigris, les cachectiques, etc.

### Présentation:

Ampoules de 2 cc. titrées à 25 mg. de benzoate d'androstanolone. — Boîtes de 4 ampoules.

### Posologie:

L'injection, par voie intramusculaire d'une ampoule de 25 mg. d'Androstalone Injectable est approximativement égale à l'administration de trois glossettes de 25 mg. par voie sublinguale.



**ROUSSEL (CANADA) LTÉE**

*Distributeurs exclusifs:* Anglo-French Drug Cie, Ltée  
209 est, rue Ste-Catherine, Montréal 18, Téléphone: VICTOR 2-7902

# contrôle prévisible du poids

## POUR LA VICTIME QUI MANGE TROP ET RESTE TROP INACTIVE...



Rx

# BIPHETAMINE

ANOREXIQUE À LIBÉRATION "STRASIONIQUE"

RÉSINE

Grâce à la libération "Strasionique", l'action apaisante qu'exerce la Biphétamine sur l'appétit, et son léger effet stimulant se prolongent de façon uniforme pendant 10 à 14 heures, à la dose d'une seule capsule. L'ingestion calorique est réduite et le rendement de l'énergie, accru. La réduction de poids est prévisible... perte bienfaisante de 1.3 livre par semaine, dans 9 cas sur 10.

C'EST LA  
LIBÉRATION  
"STRASIONIQUE"  
QUI FAIT  
TOUTE  
LA DIFFÉRENCE

### BIPHETAMINE '20' Résine



Chaque capsule noire contient:  
amphétamine ..... 10 mg.  
dextro-amphétamine .. 10 mg.  
à l'état de complexes résineux

### BIPHETAMINE '12½' Résine



Chaque capsule noire et  
blanche contient:  
amphétamine ..... 6.25 mg.  
dextro-amphétamine .. 6.25 mg.  
à l'état de complexes résineux

### BIPHETAMINE '7½' Résine



Chaque capsule blanche contient:  
amphétamine ..... 3.75 mg.  
dextro-amphétamine .. 3.75 mg.  
à l'état de complexes résineux

Une seule Capsule par jour, 10 à 14 heures avant le coucher

Biphétamine—fabriquée et exploitée UNIQUEMENT par

## STRASENBURGH

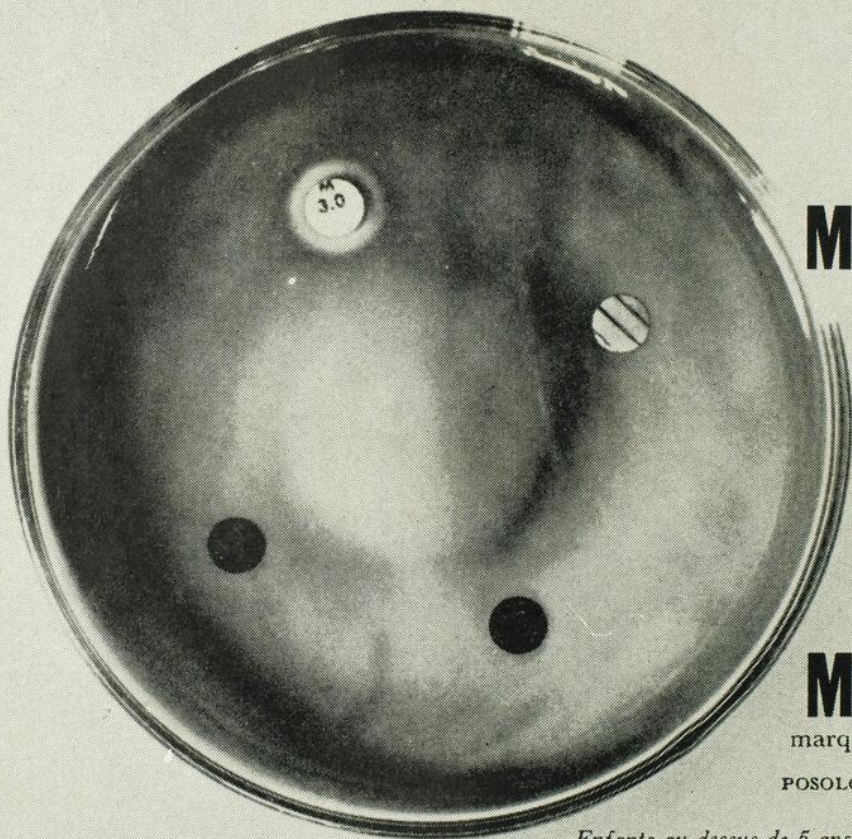
Créateurs de la Libération (ionique soutenue) "Strasionique"  
R. J. STRASENBURGH CO. OF CANADA LIMITED  
4126 BATHURST ST., DOWNSVIEW, ONTARIO



Sur ordonnance seulement

## meilleur contrôle des infections u-g chroniques/récurrentes

Le Mandelamine agit là où d'autres agents font défaut, soit par résistance ou par sensibilisation. Son action se limite exclusivement aux voies urinaires et procure un effet bactériostatique et bactéricide au centre même de l'infection. Le Mandelamine est vraiment antibactérien et non antibiotique; il agit sur les agents pathogènes ordinaires des voies urinaires, surtout chroniques ou antibio-résistants.



# MANDELAMINE

# MANDELAMINE

marque de mandélate de méthénamine

POSOLOGIE: *Adultes*—posologie moyenne, 2 Hafgrams quatre fois par jour.

*Enfants au-dessus de 5 ans*—1 Hafgram quatre fois par jour.

*Enfants au-dessous de 5 ans*—1 cuillerée à thé

de la Suspension de Mandelamine quatre fois par jour.

PRÉSENTATION: Hafgrams (comprimés à 0.5 Gm.) en flacons de 100, 500 et 1000;

comprimés à 0.25 Gm. en flacons de 100, 500 et 1000. Aussi, Suspension de Mandelamine,

au goût agréable, pour les enfants, en flacons de 4 onces.

Chaque cuillerée à thé de 5 cc. renferme 250 mg. de mandélate de méthénamine.

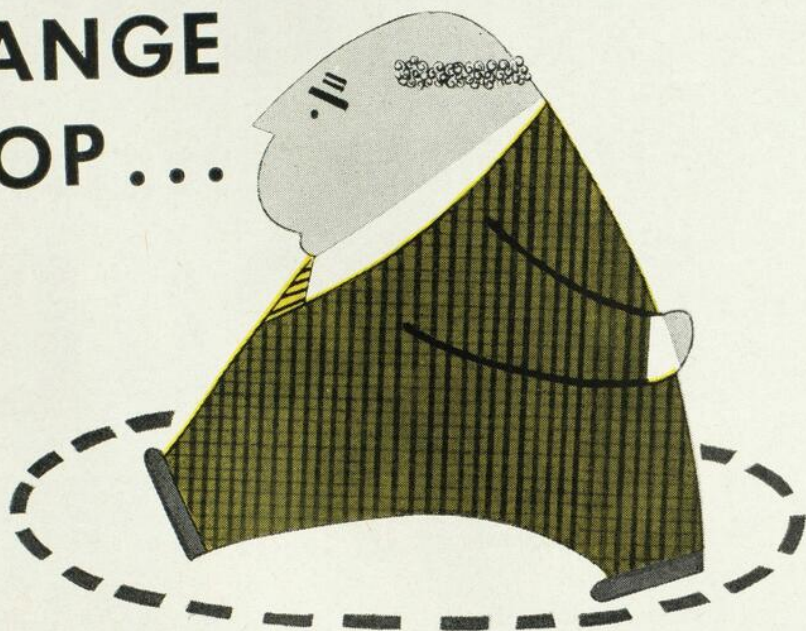


TORONTO, ONTARIO

**non-résistant . . . non-sensibilisant . . . économique**

contrôle prévisible du poids

POUR LA VICTIME QUI  
MANGE  
TROP...



Rx  
NOUVEAU

# IONAMIN

ANOREXIQUE "STRASIONIQUE"

RÉSINE DE PHÉNYL-*TERT*-BUTYLAMINE

Grâce à la libération "strasionique", l'action apaisante qu'exerce Ionamin sur l'appétit se prolonge de façon uniforme pendant 10 à 14 heures, à la dose d'une seule capsule. L'ingestion calorique est réduite à un niveau compatible avec la dépense d'énergie du gros mangeur "actif". La réduction de poids est prévisible... perte bienfaisante de .221 livre par jour, dans les cas moyens.

C'EST LA  
LIBÉRATION  
"STRASIONIQUE"  
QUI FAIT  
TOUTE  
LA DIFFÉRENCE

S'obtient sur  
ordonnance

**IONAMIN™  
'30'**

Chaque capsule jaune contient:  
phényl-*tert.*-butylamine: 30 mg.  
à l'état de complexe résineux.



**IONAMIN™  
'15'**

Chaque capsule jaune et grise  
contient:  
phényl-*tert.*-butylamine: 15 mg.  
à l'état de complexe résineux



Une seule Capsule par jour, 10 à 14 heures avant le coucher

Ionamin—fabriqué et exploité UNIQUEMENT par

**STRASENBURGH**

Créateurs de la Libération (ionique soutenue) "Strasionique"

R. J. STRASENBURGH CO. OF CANADA LIMITED  
4126 BATHURST ST., DOWNSVIEW, ONTARIO



**DOCTEUR,**

# **INNOVATION**

## **LES MENUS ÉQUILIBRÉS**

# **BERROLS**

**A votre disposition : 18 MENUS**

- 3 Menus Amaigrissants** ..... 10 - 12 - 15.  
**6 Menus pour**  
**Hypercholestérolémiques** ... 10C - 12C - 15C - 18C - 20C - 23C.  
**6 Menus pour Cardiaques** ..... 10M - 12M - 15M - 18M - 20M - 23M.  
**3 Menus pour Diabétiques** ..... 2020D - 2030D - 7520D.

10 = 1.000 calories, 12 = 1.200 calories, 15 = 1.500 calories,  
 18 = 1.800 calories, 20 = 2.000 calories, 23 = 2.300 calories.

2020D = 2.000 calories avec 200 hydrates de carbone.  
 2030D = 3.000 calories avec 200 hydrates de carbone.  
 7520D = 2.000 calories avec 175 hydrates de carbone.

"SUR LE QUESTIONNAIRE BERROLS, ENERCLEZ LE MENU CONVENANT À VOTRE PATIENT. VOUS ÊTES SEUL QUALIFIÉ POUR CONNAÎTRE SES BESOINS CALORIQUES JOURNALIERS, TENANT COMPTE DE SES OCCUPATIONS, ÉTAT PHYSIQUE, ETC. FAIRE MENTION DE LA DURÉE: 4, 8 OU 13 SEMAINES. À DÉFAUT, REMETTRE À VOTRE CLIENT UNE PRESCRIPTION MENTIONNANT LE NUMÉRO DU MENU DÉSIRÉ ET LA DURÉE."

"Il vous est présentement possible de prescrire BERROLS à vos patients en commençant par une durée de quatre semaines. Selon les bons résultats obtenus, libre à chacun (Médecin ou Patient) de continuer pour une nouvelle période de quatre semaines ou pour toute la durée complète de la diète fixée à treize semaines."

"Chacun de vos patients, en déboursant seulement \$5.00 pour quatre semaines, \$10.00 pour huit semaines ou \$15.00 pour treize semaines, recevra ses menus établis semaine par semaine, jour par jour, repas par repas. Les Menus BERROLS ne nécessitent aucune cuisine spéciale et changent chaque semaine."

BERROLS est distribué par:

**BERROLS-DIETS LTD., 495 — 3ème Avenue, QUÉBEC 3, P. Q.**

Téléphone: LAfontaine 3-6051 — 3-6626 — Câble: BERROLS QUÉBEC

Casier Postal: 9.500 — QUÉBEC 3, P. Q.

Nouveau... *libérez ce nez obstrué...*

## Oralement

*avec UN seul petit comprimé,  
toutes les 8 à 12 heures*



# Novahistex

*comprimés (à désagrégation lente forme de Novahistine)*

Chaque comprimé de Novahistex, à désagrégation lente, contient 40 mg. de Phényléphrine (sympathicomimétique efficace par la voie orale) et 4 mg. de Diphénylpyraline.

- N'*... augmente pas les pulsations du coeur
- ... émousse pas l'appétit
- Ne*... cause pas d'énervement
- ... perd pas son efficacité après usage répété



PITMAN-MOORE OF CANADA LIMITED

*E. B. Shuttleworth division*

DON MILLS

ONTARIO

**lumière nouvelle**  
dans le  
**traitement de la toux**

pour enrayer la toux  
et calmer le malade  
Action expectorante  
Action anti-toux  
Action antihistaminique  
Action sédatrice

Présentation: En flacons de 16 onces liq. et de ½ gal. Imp.

# Promatussin

EXPECTORANT

Chlorhydrate de prométhazine et dextrométhorphan



\*Marque Déposée  
WALKERVILLE, ONTARIO



### marge de sécurité pour votre patient **cardiaque**

Le Pérétrate procure une vasodilatation sélective et de longue durée, augmente le débit coronarien et, par conséquent, crée une marge de sécurité pour l'activité quotidienne. Les angineux, qui suivent le traitement de base au Pérétrate, à raison de 20 mg. q.i.d., peuvent vaquer à leurs occupations avec plus de confiance. Ils sont sujets à des crises moins fréquentes et moins graves et tolèrent mieux l'exercice. Après les crises, les patients qui prennent du Pérétrate bénéficient d'une meilleure irrigation de leur myocarde, ce qui facilite le développement de vaisseaux collatéraux. La réparation est donc améliorée sans changement appréciable de la pression artérielle.



TORONTO, ONTARIO

*thérapie de base dans les maladies coronariennes*

## **PERITRATE, 20 mg.**

*marque de tétranitrate de pentaérythritol*

*Un aspect physiologique  
du traitement de*

*L'acné Vulgaire*

*Pas d'effets secondaires*

*60% de guérisons*

**GONADYL COMPRIMÉS**

50 U.I. de gonadotrophine sérique F.S.H.

Flacons de 25 comprimés pour administration sublabiale ou sublinguale



**POSOLOGIE:** 2 comprimés par jour pendant 4 semaines (56 comprimés)  
1 comprimé par jour pendant 4 semaines (28 comprimés)  
1 comprimé tous les deux jours (16 comprimés)

**Total: 100 comprimés**

**ROUSSEL (CANADA) LTÉE**

209 est, rue Ste Catherine, Montréal 18. Tel: Victor 2-7902

Distributeurs Exclusifs: Anglo French Drug Compagnie Ltée.

une autre indication de

  
**Ibérol**

*puissante médication anti-anémique  
plus le complexe B en entier*

# **l'anémie de la ménopause**

2 Filmtabs d'IBEROL par jour apportent :

**LA DOSE CONVENABLE DE FER**

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

**PLUS LE COMPLEXE B EN ENTIER**

BEVIDORAL® . . . . . 1 unité U.S.P. (orale)  
(Vitamine B<sub>12</sub> avec concentré de facteur  
intrinsèque Abbott)

Acide folique . . . . . 2 mg.

Fraction hépatique 2, N.F. . . . . 200 mg.

Mononitrate de thiamine . . . . . 6 mg.

Riboflavine . . . . . 6 mg.

Niacinamide . . . . . 30 mg.

Chlorhydrate de pyridoxine . . . . . 3 mg.

Pantothénate de calcium . . . . . 6 mg.

**PLUS LA VITAMINE C**

Acide ascorbique . . . . . 150 mg.

Abbott



aucune douleur...

aucun souvenir...

**aucun  
cauchemar  
épeurant**

*en anesthésie pédiatrique*

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

Et parce que le PENTOTHAL Sodique réduit la dose

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

**PENTOTHAL<sup>®</sup> Sodique**

NOM DÉPOSÉ

(Thiopental Sodique Stérile, Abbott)

Abbott

par voie  
rectale





## BULLETIN

---

### LA PLACE DE LA PSYCHIATRIE DANS L'ASSURANCE-HOSPITALISATION

Des problèmes qui semblaient insolubles l'année dernière trouvent maintenant une solution fort acceptable et lorsque la question des octrois aux universités sera réglée nous espérons que le Gouvernement provincial abordera celle de l'assurance-hospitalisation. Personne peut prévoir à l'heure actuelle l'orientation qu'on voudra donner à un tel plan mais il est légitime de penser que l'expérience des provinces canadiennes souscrivant déjà à ce plan fédéral-provincial servira de base à la constitution québécoise. Quelle place accordera-t-on aux maladies psychiatriques dans ce programme à venir? Répétera-t-on la discrémiation que nous connaissons actuellement avec les compagnies d'assurances qui offrent une protection accident-maladie? Dans certains cas ces compagnies refusent absolument de payer l'hospitalisation lorsqu'il s'agit d'un problème psychiatrique; quelques-unes permettent une seule consultation psychiatrique. L'Association d'Hospitalisation du Québec limite sa générosité à 31 jours pour toute la durée de la vie de la personne assurée et cette limitation concerne aussi bien les maladies psychiatriques que les troubles fonctionnels. Quelques plans fort onéreux permettent un traitement de 90 jours.

Cette politique de restriction des maladies psychiatriques doit être un onéreux fardeau pour ces compagnies tout en restant une menace pour l'état de santé des malades en cause. Nous connaissons tous l'incidence effarante des troubles névrotiques et fonctionnels qui constituent environ la moitié de la clientèle des médecins praticiens, le quart des malades d'un service de médecine interne et probablement le dixième (sinon davantage) des problèmes chirurgicaux. Si on refuse à ce groupe imposant de malades un traitement psychiatrique adéquat, on accepte sans surveiller de payer pour une thérapeutique palliative cherchant à faire disparaître les symptômes. Combien de complexes vitaminiques sont injectés, combien de médicaments plus ou moins dangereux sont prescrits pour combattre une anxiété exprimée par des plaintes somatiques? Combien de malades doivent subir des batteries d'analyses biochimiques, des séries de radiographies de tous les systèmes afin de permettre au médecin traitant d'éliminer une pathologie organique? Combien de malades jeunes ont commencé leur carrière de balafrés

chirurgicaux parce qu'on avait oublié de faire une évaluation de la personnalité et des troubles psychologiques? Dans tous ces cas il y a toujours eu deux victimes : le malade qui subit des examens ou des traitements inutiles et la compagnie d'assurance qui défraie une partie des frais occasionnés par ces mesures. Je sympathise avec le malade, mais je réserve mes doléances pour les compagnies d'assurances. Je ne crois pas par le fait même que les compagnies d'assurances soient entièrement responsables de cet état de chose, mais les limitations qu'elles imposent ont favorisé un camouflage plus ou moins conscient du diagnostic réel. Si le malade doit payer lui-même le compte de l'hôpital parce que le médecin a décelé une névrose d'angoisse et qu'il a donné ce diagnostic sur la formule d'assurance au lieu de parler par exemple d'une hyperchlorydrie gastrique ou d'une colite muqueuse, il est évident que le malade le blâmera de n'avoir pas su protéger ses intérêts. Une situation beaucoup plus grave surviendra si le médecin a eu l'audace de demander l'avis d'un psychiatre pour éclairer le problème et que la seule mention d'une consultation psychiatrique éveille les soupçons de la compagnie et fasse faire une enquête qui se termine par une lettre polycopiée indiquant un refus catégorique de payer. L'assuré ne peut pas discuter cette décision de la compagnie. Comment pourrait-il le faire puisque le médecin lui-même, qui a appris par expérience toutes les subtilités et les restrictions mentales qui prônent dans ce domaine, reste en général impuissant contre les clauses d'un contrat qui a été signé sans qu'on insiste sur les restrictions préconçues.

Nous nous demandons cependant la raison de ces restrictions. Nous pouvons y voir les conséquences des préjugés séculaires contre les maladies mentales et il est certain que les membres de l'exécutif d'une compagnie d'assurance ne sont pas dégagés de ces notions fausses transmises de génération en génération. Nous pensons aussi que la pauvreté des moyens de traitement en psychiatrie, le nombre restreint des spécialistes en ce domaine et l'enseignement primaire de cette spécialité qui était donné auparavant dans nos facultés de médecine pourraient être des facteurs étiologiques d'un réalisme plus noble. Enfin le fait que la charge du traitement des psychotiques, des débiles mentaux, des épileptiques détériorés et des séniles ait été laissée aux gouvernements dans le passé explique aussi l'attitude réticente des compagnies d'assurances dans ce domaine.

Nous ne pouvions pas demander à des organismes privés de jouer un rôle dans le dépistage précoce des maladies mentales et dans le traitement adéquat des troubles névrotiques, mais nous attendons

du gouvernement, qui doit voir aux intérêts de la communauté avant tout, une attitude témoignant d'une plus grande envergure. Nous souhaitons voir disparaître le jeu de cache-cache qui existe actuellement et qui serait encore plus désastreux à cause du gaspillage épouvantable qu'il entraînerait comme service public offert à toute la population mais payé également par toute la population.

Accepter le traitement précoce des conditions psychiatriques permettrait d'augmenter le nombre des cliniques spécialisées dans les hôpitaux généraux, de construire de petits centres de traitement intensif de 100 à 300 lits. Les malades ne seraient pas menacés par la chronicité, pourraient continuer de vivre dans leur milieu et il y aurait probablement une diminution des argents déboursés par le Ministère de la Santé pour payer la pension de ces malades dans nos immenses hôpitaux-cités.

Jean-Marc BORDELEAU.

---

LE XXX<sup>e</sup> CONGRÈS DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE  
LANGUE FRANÇAISE DU CANADA, À WINDSOR, ONT.

Une fois de plus, l'automne dernier, nos assises de 1959 se sont avérées un succès d'ordre numérique et scientifique.

Cette année, nous nous rendons à Windsor, en Ontario, pour notre XXX<sup>e</sup> Congrès, complétant ainsi le cycle de notre expansion hors du Québec, après être allé à Jasper-Vancouver en 1956, et à Saint-André-sur-Mer (Nouveau-Brunswick) en 1958.

Certains regardent d'un œil sceptique ces déplacements trans-canadiens et se demandent s'ils correspondent bien à la mission de notre Association.

Il convient d'abord de rappeler que, dès son premier congrès, à Québec, en 1902, présidé par le docteur Delphis Brochu, l'Association a réuni, à côté de ceux de la province de Québec, des médecins venus de l'Ontario, de la Nouvelle-Ecosse, du Nouveau-Brunswick — voire même des Etats-Unis et de la France — marquant ainsi, dès le début, son caractère national s'étendant à tout le Canada. Or, la longue fidélité de ces délégués des provinces voisines, dont le nombre n'a cessé de s'accroître, méritait bien d'être soutenue.

C'est en partie à cause de ces liens solidement maintenus que l'Association des Médecins de Langue Française du Canada doit être reconnue officiellement par les pouvoirs publics comme *organisation nationale* au Canada. Une telle reconnaissance lui crée des responsabilités de présence et de prestige. Et l'un de ses impérieux devoirs est de porter le double témoignage de sa propre vitalité et des médecins de langue française qu'elle représente.

C'est en vertu de cette vitalité même que, sur le plan strictement médical, les échanges entre l'Ontario et le Québec sont désormais à double courant. Ce n'est pas en vain que de grandes universités, des hôpitaux, des centres de recherche et des laboratoires des mieux équipés s'y trouvent. Et comme partout la compétence appelle la compétence, une osmose s'établit entre leurs travaux et leurs collaborateurs.

Windsor est une ville -témoin à plus d'un titre. Elle possède une élite canadienne française vaillante et bien organisée, au sein de laquelle les médecins ont tenu bien souvent le rôle de tête de file. De plus, Windsor, ville de l'Ontario, vit à l'heure de Détroit, dont une rivière vite franchie la sépare à peine. En face du gigantisme

américain qui s'étale sous ses yeux, Windsor, plus que tout autre, a besoin d'affirmer les différents aspects de son canadianisme, et le témoignage que nous pouvons lui apporter dans ce sens n'est pas sans importance.

C'est un témoignage dont les Anglo-Canadiens sont loin de sous-estimer la valeur et qui confirme, une fois de plus, que notre apport culturel est une force nécessaire à l'équilibre de la nation canadienne.

Ce congrès de Windsor est rempli de promesses et d'intérêt. A nous de nous y rendre les 20, 21, 22 et 23 septembre.

*Pierre SMITH,*  
*Directeur des Relations extérieures*

---

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

---

### L'A. M. L. F. C. À LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE TROIS-RIVIÈRES

Le jeudi 10 mars dernier, la Société Médicale de Trois-Rivières conviait ses membres à un banquet à l'hôtel Château DeBlois pour commémorer le cinquantenaire de sa fondation. C'est en effet en 1910 que le docteur Charles DeBlois fondait cette Société qui a su maintenir sans défaillance ses activités jusqu'à ce jour et qui s'affirme maintenant plus vivante que jamais.

Près d'une centaine de médecins de Trois-Rivières, du Cap-de-la-Madeleine et des environs ont répondu avec empressement à l'appel de leur exécutif pour cette commémoration. En l'absence du docteur Rosaire Saint-Pierre, président actuel, le docteur Jean-Baptiste Leblanc, assumait la présidence du banquet et de la réunion.

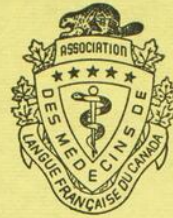
A l'occasion de cette manifestation spéciale, la Société Médicale de Trois-Rivières avait invité les officiers de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada à se joindre à ses membres et à leur parler des activités de l'Association.

D'abord, le docteur Emile Blain, Directeur Général, présenté par le docteur J.-A. Denoncourt, souligna l'importance de Trois-Rivières comme ville historique, comme centre de culture française et comme centre médical. Il rappela les attaches indéfectibles et la collaboration que Trois-Rivières a toujours généreusement apportée à l'Association, les succès des grands Congrès de 1906, 1940 et 1951 qui se tinrent dans cette ville, et il en profita pour insister sur la nature, les réalisations actuelles et les buts de l'A.M.L.F.C.

Puis le docteur Roland Décarie, président de la Filiale du Québec de l'A.M.L.F.C., expliqua les événements qui amenèrent récemment la Fédération des Sociétés Médicales du Québec à devenir partie intégrante de l'A.M.L.F.C. et à se fondre dans la Filiale provinciale du Québec.

Le docteur E.-Rolland Blais, Secrétaire-trésorier général, décrivit le rôle de l'A.M.L.F.C. dans la sauvegarde des intérêts professionnels de ses membres et évoqua notamment les multiples plans d'assurance-groupe, aux taux extrêmement avantageux, qu'offre l'Association à tous ceux qui veulent en faire partie.

Un colloque, animé et prolongé, suivit ces allocutions où les membres présents posèrent différentes questions d'intérêt général et pratique. A tous points de vue, cette réunion fut un succès qui confirma, une fois de plus, la vitalité de la Société Médicale de Trois-Rivières et le rayonnement de l'A. M. L. F. C. dans la Province et en particulier dans la région trifluvienne.



Fondée en 1902

## Association des Médecins de Langue Française du Canada

### BULLETIN D'ADHÉSION

Je, soussigné, vous prie de m'inscrire comme membre de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada.

Je vous inclus mon chèque au montant de **vingt dollars (\$20.00)**, ce qui me donne droit aux privilèges de l'Association et à la réception de sa revue mensuelle durant une année (de juin à juin).

Date:..... Nom:.....

Bureau:.....

Domicile:.....

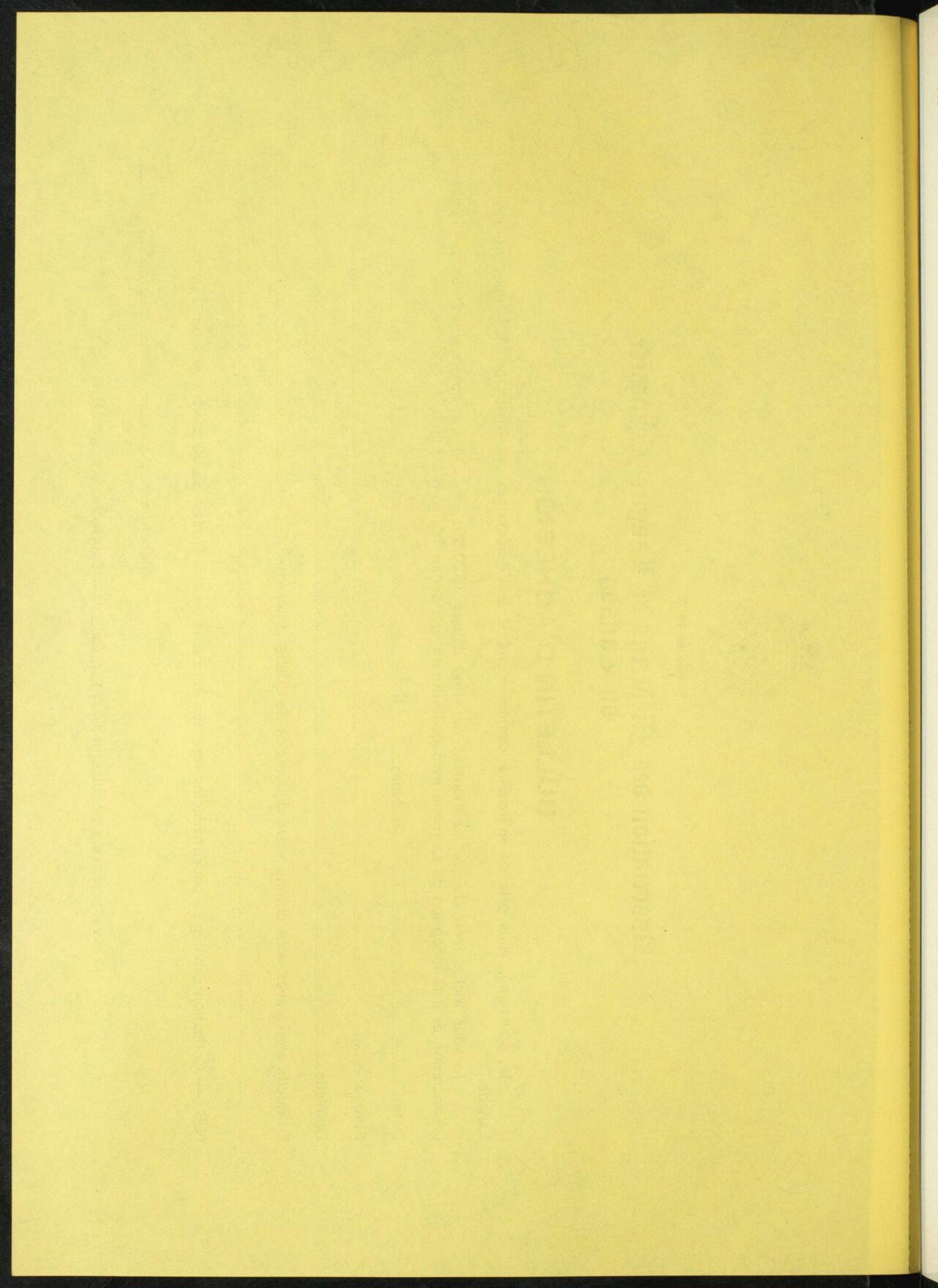
En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme et de quelle Université? .....

.....

N.B. — Cotisation privilégiée pour médecins internes, résidents ou aux études: **\$5.00** par année (juin à juin).

Signature.....

(S.V.P. RETOURNER CE BULLETIN À: 326 EST, BOULEVARD SAINT-JOSEPH, MONTRÉAL 14, P.Q.)



### L'A. M. L. F. C. AU CONGRÈS DU COLLÈGE DE MÉDECINE GÉNÉRALE DU CANADA

Le Collège de Médecine Générale du Canada a tenu sa quatrième assemblée scientifique annuelle à l'hôtel Reine Elizabeth, du 29 février au 3 mars dernier.

Ces réunions scientifiques annuelles ont pour but essentiel de renseigner les médecins de pratique générale en présentant une synthèse des plus récents progrès dans le domaine de la science médicale. L'exécutif de ce Collège a préparé un programme fourni où à côté des nombreux exposants médicaux, se succédèrent communications, forums et films médicaux. Des conférenciers éminents venus de France, des Etats-Unis, de Russie, firent part aux congressistes des travaux les plus récents de la recherche et des acquisitions médicales.

Le docteur Emile Blain, Directeur Général de l'A.M.L.F.C., représentait officiellement notre Association au dîner de clôture.

#### RÉUNION DE L'EXÉCUTIF DE L'A. M. L. F. C. : CONGRÈS DE WINDSOR ET DE QUÉBEC-PARIS

L'Exécutif de l'Association a tenu sa séance régulière dans la soirée du 15 mars dernier. Au nombre des multiples questions inscrites à l'ordre du jour, mentionnons les congrès de Windsor et de Québec-Paris.

Nous publierons, un jour prochain, les grandes lignes du programme scientifique et social du XXX<sup>e</sup> Congrès de Windsor; mais déjà les dates suivantes qui figurent en première page de couverture de *L'Union Médicale du Canada* sont à retenir: les 20, 21, 22 et 23 septembre prochain.

Nos Congrès prennent de plus en plus d'importance à la fois pour les organisateurs et pour les participants. Certains d'entre eux, en raison des longues absences, des préparatifs spéciaux et des dépenses somptuaires qu'ils nécessitent, méritent d'être connus et prévus assez longtemps d'avance.

Aussi, croyons-nous être utiles à tous ceux et celles qui se proposent déjà de prendre part au Congrès jumelé ou conjoint de Québec-Paris en 1961, d'en confirmer les dates dès maintenant et de les inscrire ici de façon évidente:

Première Session du XXXI<sup>e</sup> Congrès: à Québec, les 5, 6 et 7 juin 1961.

Deuxième Session du XXXI<sup>e</sup> Congrès: à Paris, les 21, 22 et 23 sept. 1961.

Pierre SMITH,  
*Directeur des Relations extérieures.*

## ACQUISITIONS RÉCENTES SUR LA MALADIE DE WILSON<sup>1</sup>

André BARBEAU,<sup>2</sup>  
Richard REILLY,<sup>3</sup>  
Joseph B. KIRSNER.<sup>3</sup>

La Maladie de Wilson, entité souvent considérée comme rare, est néanmoins l'exemple le plus frappant des interrelations entre le cerveau et les autres organes. Maladie avant tout neurologique à sa naissance, elle est maintenant classée parmi les désordres du métabolisme. L'intérêt de son étude réside dans le fait qu'elle sert de modèle à la compréhension future des autres troubles plus fréquents des noyaux-gris centraux, tels la chorée et le Parkinson.

### HISTORIQUE

C'est en 1912 que Kinnier Wilson, alors simple *House Officer*, à Queen's Square, décrit sous le titre de "Dégénérescence Lenticulaire Progressive" l'entité qui porte aujourd'hui son nom. (1) Maladie héréditaire, apparaissant surtout chez des sujets jeunes de 15 à 30 ans, elle peut atteindre plusieurs membres d'une fratrie et se caractérise par une trilogie de symptômes: symptômes neurologiques: hypertonie extrapyramidale marquée ou mouvements involontaires du type tremblement; symptômes hépatiques: cirrhose à manifestation généralement latente et quelque fois Syndrome de Banti; enfin symptômes oculaires: troubles pigmentaires manifestés par l'anneau cornéen de Kayser-Fleischer. Chacun de ces groupes de symptômes peut se trouver isolé ou prédominant. (Fig. 1).

Quoique la pathologie cérébrale, ainsi que l'aspect hépatique de la maladie aient bien été fixés dès 1912 par Wilson, il fut un temps de confusion pendant lequel les cas décrits par Westphal (2) et Strumpell (3) à évolution plus lente et moins marqués d'hyperto-

nie n'étaient pas inclus dans le syndrome. C'est le mérite de Hall, en 1921, (4) d'avoir fait le pont, tant au point de vue clinique que pathologique, entre ces deux entités qu'il nomme désormais: "Dégénérescence Hépatolenticulaire". (5)



Fig. 1. — Portrait d'une jeune victime atteinte de maladie de Wilson. A noter l'hypertonie marquée des membres gauches. Gracieuseté du docteur D. N. Buchanan, Chicago.

Depuis 1930 et Kehrer (6), on connaît aussi une forme abdominale de la maladie dans laquelle les symptômes hépatiques ou spléniques prédominent ou même font les frais de l'entière évolution. L'échelle est donc complète de l'hypertonie pure sans cirrhose clinique à la cirrhose familiale sans signe neurologique. Nous verrons plus loin que les deux ex-

1. Communication au XXIX<sup>e</sup> Congrès de l'A. M. L. F. C., Montréal, septembre 1959.

2. Département de Neurologie, *Montreal Neurological Institute*.

3. *Department of Gastro-enterology, University of Chicago*.

trémities de ce syndrome constituent le terrain idéal pour les études étiologiques et biochimiques.

Car la maladie de Wilson est bien un trouble métabolique. Dès 1922, Siemerling et Oloff (7) entrevoyaient le rôle d'une surcharge métallique de l'organisme. Haurowitz, en 1930 (8), Glazebrook, en 1945 (9), confirmaient la présence d'un excès en cuivre au niveau du foie, et, en 1948 Cumings (10), étendait ces découvertes au cerveau. La même année, Uzman et Denny Brown (11), démontraient l'existence d'un trouble du métabolisme protidique traduit par une hyperaminoacidurie. Bientôt le défaut cuprique sera attribué à une déficience en céruloplasmine (12) qui sera considérée comme primaire.

#### ETUDES PERSONNELLES

Au cours des quelques dernières années, nous avons eu l'occasion d'étudier 12 patients atteints de Maladie de Wilson. A la lumière de ces cas et de nos résultats expérimentaux, nous nous permettrons de formuler quelques remarques en marge des acquisitions récentes sur ce problème des plus complexes. Pour plus de 30 ans après sa publication le monographe de Hall constitua le texte classique de référence. Mais il y a quelques mois à peine Cumings (13), en Angleterre, Boudin et Pépin, en France (14), ont publié des revues complètes et stimulantes. Nous nous contenterons donc de ne traiter ici que des points litigieux ou sur lesquels nous pouvons peut-être apporter quelque éclairci grâce à nos observations.

La Maladie de Wilson, autrefois considérée comme rare, ne l'est pas vraiment, tels qu'en témoignent nos 12 cas en deux ans. Cumings croit qu'il y en a plus de 700 dans la littérature et il est maintenant certain que toutes les races peuvent être atteintes. Même les pays latins qui au début semblaient épargnés sont loin d'être indemnes. S'il est vrai que parmi les cas publiés seulement 50% se présentent de façon familiale, nous croyons que ce fait est dû en partie à une investigation incomplète et aux petites familles de certai-

nes séries. Plusieurs auteurs ont en effet retrouvé parmi les ascendants une incidence marquée de troubles neurologiques, hépatiques ou digestifs. Nos 12 cas faisaient partie de 6 fratries et chez tous il fut trouvé parmi les ascendants directs une ou plusieurs victimes de Parkinson, tremblement sénile ou de chorée. Les troubles hépatiques étaient aussi particulièrement fréquents. Dans une de nos familles, 27/180 membres offraient des signes cliniques et biologiques d'atteinte hépatique.

La plupart des auteurs s'accordent à dire que la maladie de Wilson est transmise par mode récessif autosomique. Les études que nous avons entreprises sur une famille typique, et qui seront rapportées ailleurs, suggèreraient la présence de deux facteurs: une susceptibilité pathologique héréditaire des noyaux-gris centraux, ainsi qu'un trouble protéinique héréditaire manifesté souvent par une atteinte hépatique.

Du point de vue clinique, les cadres de cette maladie semblent s'aggrandir. Jusqu'à une date récente on connaissait surtout deux formes évolutives: une à hypertonie prédominante apparaissant chez les plus jeunes et d'évolution rapide (Maladie de Wilson) et une autre où le tremblement est le signe le plus caractéristique et dont l'évolution peut être beaucoup plus longue (Maladie de Westphal-Strumpell). On s'accorde maintenant à dire que le tableau est loin d'être fixé, même chez un seul individu. Toute la gamme des signes et symptômes « extrapyramidaux » peuvent s'y retrouver. Lüthy relève au moins 20% des cas publiés chez qui des signes d'atteinte pyramidale sont aussi évidents. (15)

Depuis Wilson on savait qu'il y avait presque toujours dans cette entité une cirrhose plus ou moins latente. Comme nous l'avons déjà vu, la présence de formes abdominales plus ou moins pures est maintenant reconnue. Nous en avons relevé 78 cas dans la littérature. Parmi ceux-ci il y a de rares exemples où toute l'évolution sera purement abdominale, souvent à forme splénique. Il est à propos de noter ici l'incidence désastreuse des com-

plications neurologiques et mortelles survenant dans la maladie de Wilson au cours des opérations sous anesthésie générale. Les cas de splénomégalie semblent être les plus vulnérables. Sur 19 cas relevés dans la littérature, 18 sont morts en deça de 5 ans après l'opération, et 14 avaient développé des signes neurologiques dès la première année post-opératoire.

Nos études préliminaires sur un grand nombre de parents et sur chacun des 12 cas de maladie de Wilson vus ces dernières années nous permettent peut-être d'élargir les cadres nosologiques du syndrome et d'y inclure des formes jusqu'ici sans liaison apparente. Le « Syndrome de Wilson », selon nous, comprendrait trois principaux groupes :

I — Les maladies extrapyramidales pures et familiales, sans cirrhose hépatique et sans les lésions biochimiques caractéristiques de la D.H.L., mais à pathologie identique.

II — La maladie de Wilson classique avec ses formes aiguës, chroniques et abdominales, toutes marquées de troubles métaboliques.

III — Les cirrhoses familiales, surtout juvéniles. Nous reviendrons plus loin, et dans une autre communication, sur les raisons qui justifient cet aggrandissement des cadres.

Toujours du point de vue clinique il est nécessaire d'insister sur la recherche de l'anneau de Kayser-Fleischer avec l'aide de la lampe à fente. Cependant, contrairement à Boudin et Pépin, nous n'excluons pas le diagnostic de maladie de Wilson en son absence, surtout à l'état peu avancé, car ainsi que nous le verrons plus tard, le trouble du métabolisme cuprique peut être relativement tardif.

L'anatomie pathologique de la maladie de Wilson a également changée depuis quelques années. Il est de plus en plus évident que la lésion n'est pas limitée aux noyaux-gris centraux, même si c'est là le site principal. Les lésions corticales, reconnues surtout depuis Richter (16), sont fréquentes et parfois prédominantes. Nous avons vu avec le Docteur Schulman un cerveau où l'atteinte était telle qu'il ne restait qu'un millimètre de cortex, et

seule une trame irrégulière marquait la substance blanche. Le corps calleux n'était plus, ainsi que la majorité des noyaux caudés et des noyaux gris centraux. Ces cas extrêmes, et plusieurs autres, remettent sur le tapis la question de nomenclature. C'est pourquoi à la suite des auteurs allemands, nous avons abandonné le terme de Dégénérescence Hépatolenticulaire pour celui beaucoup plus exact de Dégénérescence Hépatocérébrale.

Du côté du foie la cirrhose classique peut parfois faire défaut. Il faut la rechercher à l'aide d'une ponction-biopsie, doublée de la coloration des coupes à l'acide rubéanique selon la méthode d'Uzman (17). Ceci permet de voir en vert sombre les pigments cupri-

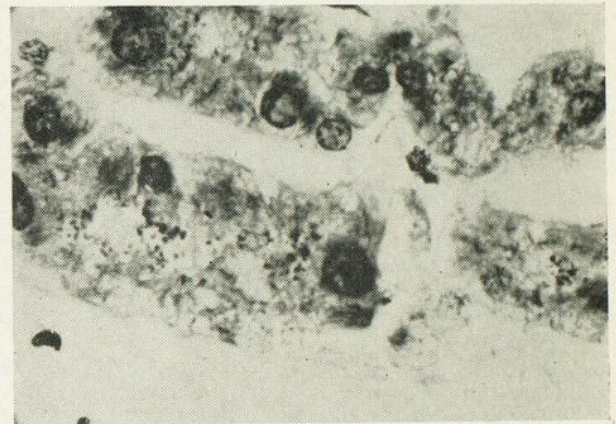


Fig. 2. — Ponction-biopsie du foie à l'acide rubéanique. Les granulations noires intraparenchymateuses correspondent au cuivre. Grossissement X-500.

ques. La biopsie, procédure presque sans danger lorsque faite avec soin, est d'une nécessité absolue dans les cas jeunes. Notons que le pigment cuprique ne se retrouve que dans les cellules hépatiques parenchymateuses et jamais dans les cellules de Kupffer ou le tissu conjonctif. (Fig. 2).

L'intérêt grandissant pour la maladie de Wilson réside dans le fait de la découverte des défauts biochimiques du métabolisme cuprique et protéinique qui peuvent se résumer ainsi :

1. Surcharge tissulaire en cuivre diffuse mais particulièrement nette au niveau du foie, du cerveau, de la cornée et des reins.

2. Diminution habituelle du cuivre plasmatique total par déficit de la fraction globulinique liée à la céruloplasmine, la fraction albuminique étant au contraire augmentée. Le déficit en céruloplasmine serait dû à un défaut de synthèse de cette protéine.

3. Hypercuprurie.

4. Balance cuprique positive avec diminution de l'élimination fécale du cuivre par l'augmentation de l'absorption intestinale de ce métal.

5. Hyperaminoacidurie massive et généralisée sans hyperaminoacidémie et souvent accompagnée de peptidurie, glycosurie rénale, hyperphosphaturie et hypouricémie.

L'accord n'est pas encore fait quand à l'ordre chronologique d'apparition de ces troubles et deux théories principales s'affrontent :

1. La première, formulée par Bearn, Cartwright et Scheinberg, reconnaît en la céruloplasmine le défaut initial à transmission héréditaire. Selon ces auteurs, à cause d'un gradient négatif sang-intestin, un excès de cuivre diffusible est transporté par le sang et secondairement se dépose dans le foie, le cerveau et les reins. Cette accumulation de cuivre résulte en une cirrhose hépatique, une destruction des neurones des noyaux-gris centraux et une atteinte des tubules rénaux conduisant à des troubles de réabsorption des acides-aminés, phosphates, urates et glucose. L'urine contient d'énormes quantités de cuivre et d'acides aminés, alors que la cornée elle aussi accumule du cuivre pour former l'anneau caractéristique.

2. Par contre Uzman blame tout d'abord le métabolisme protidique intracellulaire. Il croit qu'une activité protéolytique accrue conduit à la formation de résidus à grande affinité pour le cuivre qui entrent en compétition au niveau des tubules avec les acides aminés. L'accumulation tissulaire de cuivre ne serait qu'un effet secondaire.

Il est évident que pour trancher la question, il faut se pencher sur les cas frontières, ces cas chez qui le diagnostic est suggéré par l'histoire familiale, mais chez qui le tableau

n'est pas déjà troublé par l'entrejeu complexe des réactions biochimiques. Ce sont ces cas qui vont nous permettre d'entrevoir le défaut initial. Malheureusement ils sont rares. Nous fûmes fortunés d'étudier en détail grâce aux techniques de chromatographie et de radioactivité le plus jeune membre d'une famille de trois. Les deux frères aînés étaient victimes d'une forme à prédominance abdominale de la maladie de Wilson. Le cadet, âgé de 11 ans, était apparemment normal à l'examen général et neurologique. Cependant, après études poussées, il fut confirmé qu'il présentait une forme mineure de la maladie. Chez ce patient donc :

1. Une ponction-biopsie du foie confirme la présence de quantités anormales de cuivre en l'absence de toute cirrhose.

2. Le cuivre radioactif a un comportement définitivement anormal dans le sang et la courbe obtenue s'apparente à celle des cas de cirrhose avancée. La sonde de surface révèle une saturation marquée en cuivre du foie. (Fig. 3)

3. L'excrétion urinaire des acides aminés est légèrement augmentée. (Fig. 4 a, b).

4. Les tests psychologiques et l'encéphalogramme pointent vers une certaine atteinte cérébrale alors que le microscope électronique nous révèle déjà une entaille à l'intégrité tubulaire rénale.

5. Malgré ces défauts au niveau du foie, le cuivre plasmatique ainsi que le taux de céruloplasmine sont normaux.

6. L'ingestion de tryptophane par la bouche révèle une augmentation du taux urinaire de certains de ses métabolites. (Kynurénine et acide anthranilique).

Il est donc possible de concevoir un taux normal de céruloplasmine en présence d'une accumulation certaine de cuivre au niveau du foie. Ces nouveaux faits favorisent donc en partie la théorie d'Uzman suivant laquelle le défaut initial et héréditaire est au niveau du métabolisme protéinique et non uniquement de la céruloplasmine. La découverte en quantités anormales de métabolites du tryptophane

### COURBES DU CUIVRE RADIO-ACTIF MALADIE DE WILSON

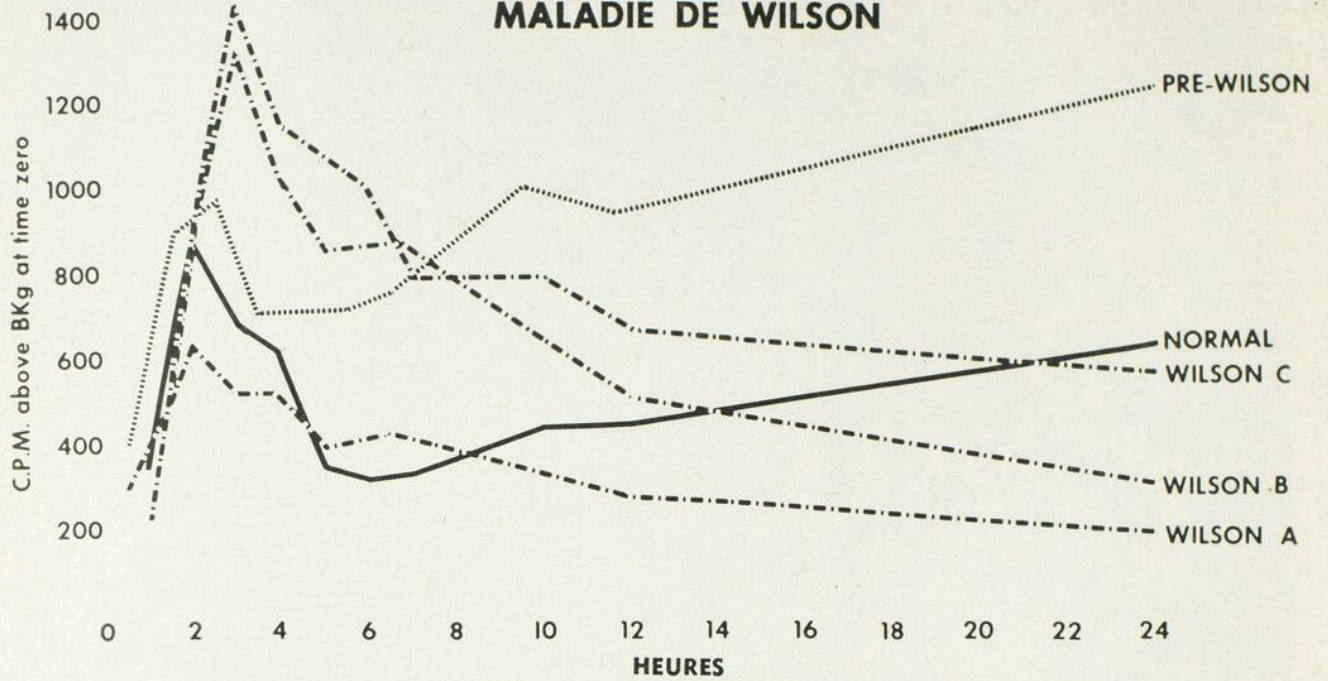


Fig. 3. — Etude du comportement du cuivre radio-actif dans le sang après ingestion de 300 micro-curries. Trois patients classiques, un normal et le jeune cas de 11 ans cité dans le texte au stage pré-symptomatique.

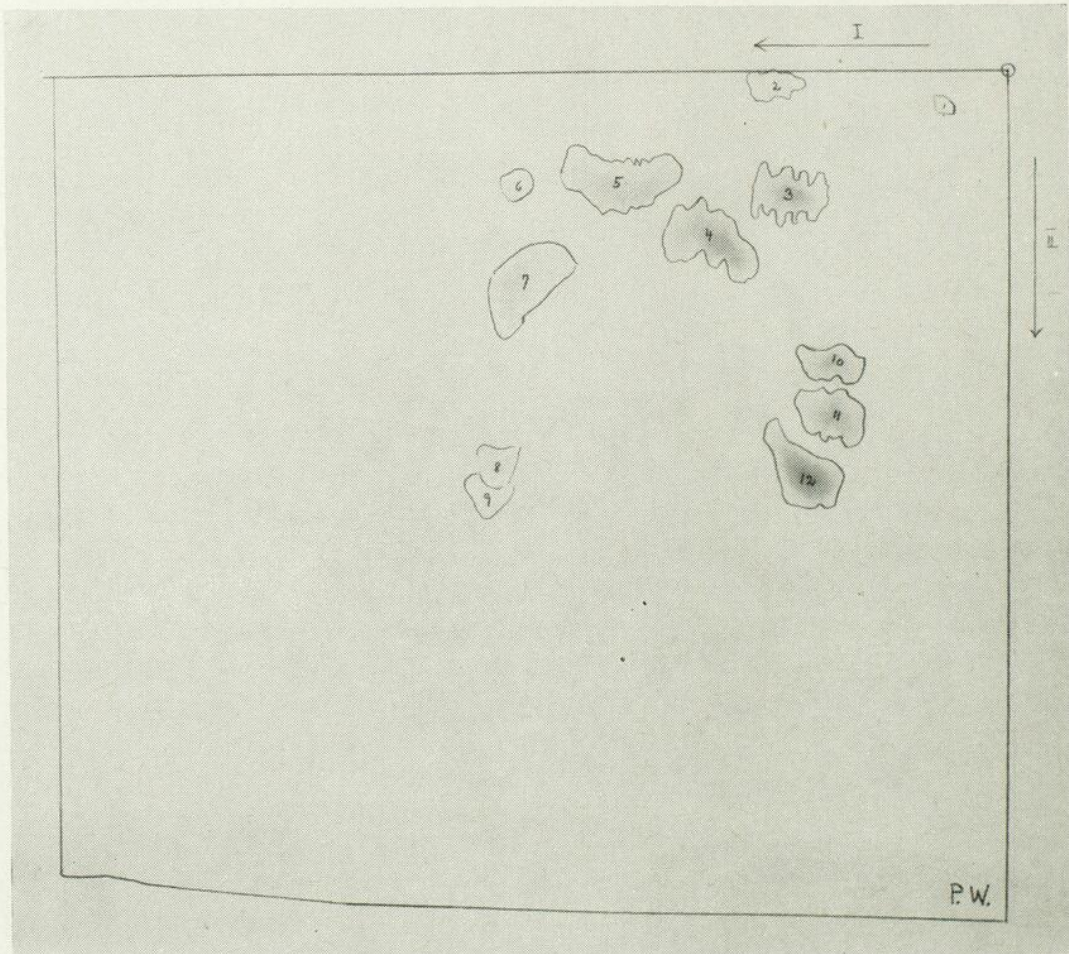


Fig. 4-a. — Chromatographie bipolaire — sujet normal.

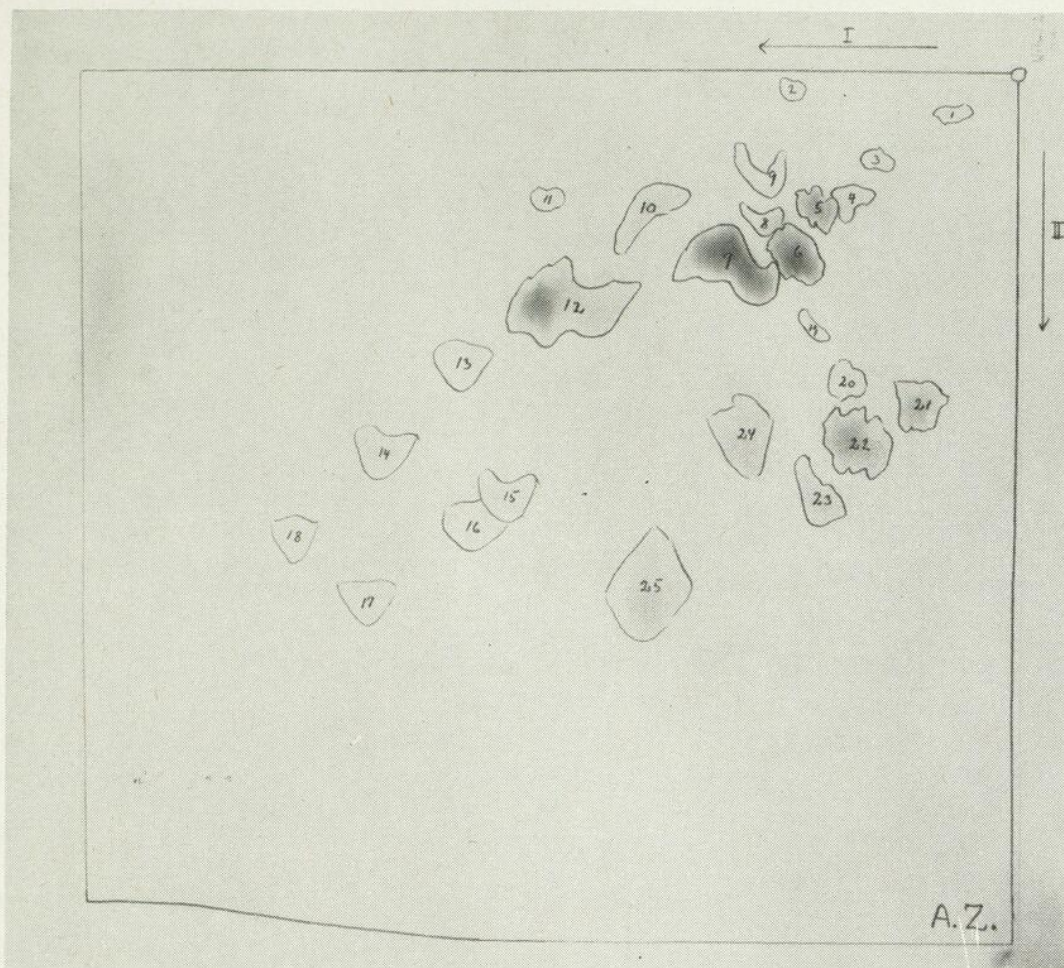


Fig. 4-b. — Chromatographie bipolaire — maladie de Wilson.

ne dans les urines de ce sujet ouvrent aussi la possibilité d'une interaction entre ces métabolites et la céruloplasmine, comme l'ont démontré in vitro Aprison et Austin (18).

Il est donc évident que malgré les apports récents de la biochimie au problème de la maladie de Wilson, le mécanisme étiologique est loin d'être connu et la question reste encore ouverte. En terminant il convient de mentionner les efforts thérapeutiques récents qui découlent de ces observations théoriques. Ils sont basés sur le fait de l'accumulation du cuivre tissulaire qui serait dommageable. Notre expérience sur 12 cas nous a donc conduit au régime suivant :

1. Il faut lutter contre l'absorption du cuivre :

a) diète pauvre en métal (pas chocolats, noix, foie, huitres, poissons écaillés).

b) emploi de résines (CarboResin\*) avec chaque repas.

2. Il faut encourager l'excrétion du cuivre:  
a) Pénicillamine (300 mgs trois fois/jour pour 5 jours sur 7, per os).

b) 10 injections intra-musculaires de B.A.L. tous les trois mois (2cc) à jours successifs.

c) Une injection intra-musculaire de 1.5 à 2.0 cc de B.A.L. toutes les semaines.

3. Il faut enfin remplacer les déficits :

a) suppléments minéraux 2 jours/sept.

b) Pyridoxine 25 mgm chaque soir per os.

Ce régime n'est pas infaillible... loin de là! Il est coûteux et exige de nombreux sacrifices de la part du malade et de la patience du côté du médecin. Par contre nos résultats cliniques à date nous encouragent à le continuer.

En conclusion, la maladie de Wilson, autrefois considérée comme un problème uniquement neurologique ne l'est plus. Etape d'un syndrome beaucoup plus complexe, elle est le prototype des désordres métaboliques hépatocérébraux, et comme telle elle devrait servir de modèle à l'étude systématique de toutes les maladies des noyaux gris centraux. Au cours de cette revue rapide nous avons tenu surtout à souligner les points litigieux et imparfaitement connus et avons tenté de répondre à quelques questions à la lumière de l'étude de 12 cas. Ce travail ne fait que débiter, mais nous espérons qu'il nous conduira à une compréhension plus grande des mouvements involontaires de l'homme.

#### Résumé

1) La maladie de Wilson n'est qu'une partie d'un syndrome extrapyramidal beaucoup plus vaste.

2) Il serait sage désormais de parler de Dégénérescence Hépatocérébrale plutôt qu'Hépatolenticulaire.

3) Les tests spécialisés du métabolisme du cuivre et des protéines seront des plus utiles dans l'étude des cas limites.

4) Il semble que dans le cas cité le déficit en céruloplasmine ne soit pas le défaut initial héréditaire et que des deux principales théories étiologiques, celle de Uzman soit la plus probable à la lumière de nos résultats.

5) La forme abdominale est moins rare qu'on ne croyait d'abord et offre les plus grandes possibilités de recherche.

6) En nous basant sur les considérations théoriques énumérées, un régime thérapeutique est présenté.

#### BIBLIOGRAPHIE

- (1) S.A.K. WILSON: Progressive lenticular degeneration; a familial nervous disease associated with cirrhosis of the liver. *Brain*, **34**: 295, 1912.
- (2) C. WESTPHAL: Ueber eine dem Bilde der cerebralspinalen grauen Degeneration aehnlichen Erkrankung des Centralen Nervensystems ohne anatomischen Befund. *Arch. f. Psych. u. Nerven.*, **14**: 87, 1883.
- (3) A. STRUMPEL: Ueber die Westphalische Pseudosklerose und ueber diffuse hirnsklerose insbesondere bei Kindern. *Deut. Zeit. f. Nerven.*, **12**: 115, 1898.
- (4) H. C. HALL: *La dégénérescence hépatolenticulaire*. Monographie. Masson et Cie, édit., Paris, 1921.
- (5) A. BARBEAU: The understanding of involuntary movements: an historical approach. *J. N. M. Dis.*, **127**: 469, 1958.
- (6) F. KEHRER: Etiology and nosology of Westphal-Wilson pseudosclerosis (pseudosclerosis with lenticular degeneration). *Zeit f. dis gesamte. Neurol. u. Psych.*, **129**: 488, 1930.
- (7) E. SIEMERLING et H. OLOFF: Pseudosklerose mit cornealring und... *Klinische Wochsch.*, **1**: 1087, 1922.
- (8) F. HAUROWITZ: Increased copper content of liver and basal ganglions in Wilson's disease; 2 cases. *Ztschr. f. Physiol. Chem.*, **190**: 72, 1930.
- (9) A. Z. GLAZEBROOK: Wilson's disease. *Edinburgh Med. J.*, **52**: 83, 1945.
- (10) J. N. CUMINGS: The copper and iron content of brain and liver in the normal and in hepatolenticular degeneration. *Brain*, **71**: 410, 1948.
- (11) L. UZMAN et D. DENNY-BROWN: Aminoaciduria in hepato-lenticular degeneration. *Am. J. Med. Sc.*, **215**: 599, 1948.
- (12) I. H. SCHEINBERG et D. GITLIN: Deficiency of ceruloplasmin in patients with hepatolenticular degeneration (Wilson's disease). *Science*, **116**: 484, 1952.
- (13) J. N. CUMINGS: *Heavy Metals and the Brain*. Chs. C. Thomas, édit., Springfield, 1959.
- (14) G. BOUDIN et B. PEPIN: *Dégénérescence hépatolenticulaire*. Masson, édit., Paris, 1959.
- (15) F. LUTHY: Hepatolenticular degeneration with Westphal-Stumpell's pseudosclerosis. *Deutsche Ztschr. f. Nerven.*, **123**: 101, 1931.
- (16) R. B. RICHTER: Pallial component in hepatolenticular degeneration. *J. Neurophth. and Exp. Neurol.*, **7**: 1, 1948.
- (17) L. L. UZMAN: Histochemical localization of copper with rubeanic acid. *Laborat. Invest.*, **5**: 299, 1956.
- (18) M. H. APRISON, K. M. APRISON et D. C. AUSTIN: Studies on Serum Oxidase (ceruloplasmin) inhibition by tryptophan metabolites. *J. N. M. Dis.*, **128**: 249, 1959.

## HYPOGLYCÉMIES SPONTANÉES DE L'ENFANT

Paul DAGENAIS-PÉRUSSE, Edmond BARIL, François OULERICH et Roland TOUBOUL,  
Service de Pédiatrie de l'hôpital Sainte-Jeanne-d'Arc (Montréal).

A l'occasion d'un cas d'hypoglycémie, nous avons tenté, pour nous orienter, une classification simple de toutes les possibilités physiologiques des hypoglycémies chez l'enfant. La littérature américaine, comme européenne, nous a semblé bien dispersée, c'est pourquoi nous aimerions communiquer notre synthèse. On entendra, comme définition tout au long de ce travail, divers syndromes dont le substratum commun est un abaissement de la glycémie au dessous de 0.70, ceci accompagné de manifestations cliniques allant du simple malaise au coma.

Afin de mieux nous orienter permettez-nous d'intercaler ici le tableau des divisions que nous allons maintenant suivre, ceci surtout afin de nous orienter à nouveau au cours de la lecture des prochains paragraphes :

### I — Manifestations cliniques.

- a) Accidents vagues,
- b) Accidents plus évocateurs,
- c) Les trois accidents majeurs: lipothymie, convulsions, coma.

### II — Signes biologiques.

- 1 — La glycémie,
- 2 — La glycosurie,
- 3 — La glycorrachie,
- 4 — Les tests d'exploration pancréatique:
  - a) épreuve de surcharge en glucose,
  - b) test insuline glucose,
  - c) test à l'insuline.
- 5 — Exploration des systèmes glandulaires antagonistes: thyroïde, surrénale, hypophyse.

### III — Formes étiologiques.

#### A — Hypoglycémies organiques:

1. Hypoglycémie extra-pancréatique, glyco-génose hépatique, galactosémie, glycosurie rénale héréditaire, état de malnutrition chronique du nourrisson, insuffisance surrénale, insuffisance ante-hypophysaire.
2. Hypoglycémies organiques pancréatiques: anatomie, clinique, biologie, radiologie.

#### B — Hypoglycémies fonctionnelles:

1. McQuarrie: étiologie, clinique, évolution, biologie, pathogénie.

2. Conn: étiologie, clinique, évolution, biologie, pathogénie.
3. Cochrane: étiologie, clinique, biologie, pathologie.
4. Vomissements acétonémiques.
5. Hypoglycémie de Frader (Zurich).
6. Un problème à part: l'hypoglycémie du nouveau-né (5 groupes).

### IV — Traitements.

- a) De la crise,
- b) Etiologique.

### I — LES MANIFESTATIONS CLINIQUES

L'horaire de ces manifestations peut-être évocateur: à jeun ou loin des repas; mais il peut aussi être trompeur: à rythme digestif, survenant trois ou quatre heures après l'ingestion d'aliments. Nous verrons donc qu'il peut y avoir trois degrés de gravité.

#### A — Les accidents vagues.

Parfois nous noterons subjectivement ou objectivement, séparément ou ensemble, tantôt une faim impérieuse accompagnée de bâillements et de crampes épigastriques, tantôt une fatiguabilité marquée avec somnolence ou une activité excessive suivie d'excitation. Tantôt on rapportera une perte de sommeil avec terreur nocturne. Enfin tous ces accidents prendront une valeur accrue quand ils sont calmés par l'ingestion d'un peu de sucre.

#### B — Les accidents plus évocateurs.

La pente de l'hypoglycémie s'accroissant, on trouvera des sueurs abondantes, froides, s'accompagnant de refroidissement des extrémités. Parfois il y aura un erethysme cardiaque. Parfois encore des alternatives de pâleur et rougeur du visage auront été notées; parfois encore des crampes, puis des strabismes passagers.

#### C — Les trois accidents majeurs.

a) *La lipothymie.* Avec ou sans les signes précurseurs notés antécédemment, le

médecin se trouve parfois face à face avec une perte de conscience qui s'accompagne plus ou moins souvent d'une légère cyanose et même d'une véritable crise aiguë avec décomposition du visage, nez pincé, yeux cernés, yeux vitreux.

b) *Les convulsions.* Ces convulsions se rencontrent de deux types. Dans le premier cas, elles sont pseudo-comitiales, c'est-à-dire généralisées avec obnubilation post-critique, dans le second, elles sont pseudo-tétaniques, c'est-à-dire que l'élément tonique prédomine si elles sont généralisées, elles le sont d'une façon diffuse, mais au contraire, si elles sont réduites, elles peuvent l'être jusqu'à un simple trismus. Il est utile d'ajouter que chez le nouvellement-né, les crises peuvent s'associer à des manifestations respiratoires graves: apnée, cyanose, qui pourrait nous faire penser à une hémorragie méningée.

c) *Le coma hypoglycémique.* Typiquement ce coma se présentera avec les signes traditionnels: coma complet, profond; contractures plus ou moins étendues, surtout trismus; babinski bilatéral; réflexes tendineux vifs; mydriase; sueurs profuses.

Parfois cependant il peut s'agir d'un coma vigile comme parfois d'un coma sans contracture. L'apparition du coma peut-être précédé de troubles neuro-végétatifs comme décrit plus haut, et peut-être aussi suivi de vomissements incrochables quelques heures après. Le diagnostic ne peut être établi avec certitude que par une glycémie abaissée au moment même de l'accident. La compensation biochimique par la voie intraveineuse vient confirmer le laboratoire. Lawrence cependant affirme que, malheureusement, des lésions nerveuses définitives peuvent s'observer après un coma de plus de trois heures.

## II — LES SIGNES BIOLOGIQUES

### A — *La glycémie*

Malgré toutes les discussions qui ont été tenues au sujet de la minima et de la maxima, aujourd'hui on est convenu de reconnaître que 0.70 est l'extrême limite inférieure.

Cependant on doit aussi ajouter qu'il y a une disproportion entre le pointé des accidents et le taux d'hypoglycémie. On invoque plutôt la vitesse de chute de la glycémie pour expliquer ce phénomène.

### B — *La glycosurie*

La présence de quantité minime après un accident hypoglycémique peut se produire et peut être trompeuse dans la mesure où elle risque d'entraîner une injection d'insuline.

### C — *La glycorrachie.*

Ses variations sont moins amples et plus lentes. Elle ne présente d'intérêts que lorsque l'on a pratiqué une ponction lombaire pour exploration méningée lors d'une convulsion, le fond d'œil ayant été fait, et que l'on trouve une glycorrachie nettement abaissée, orientant vers le diagnostic.

### D — *Les tests d'exploration pancréatique.*

a) *L'hyperglycémie provoquée par surcharge en glucose.* Cette technique impose des précautions diététiques préalables; aussi la table la plus fréquemment recommandée est la suivante :

à jeun :

2.5	gm/Kg/	au-dessous de 18 mois
2	gm/Kg/	18 mois — 2 ans
1.75	gm/Kg/	2 à 12 ans
1.25	gm/Kg/	après 12 ans.

Normalement la courbe s'élève de 0.50 à 0.70 gm et le retour à la normale s'accomplit entre deux heures et deux heures trente. Il est important de noter les observations de Depist et Hasenohrl, c'est-à-dire l'existence de l'onde secondaire d'hypoglycémie qui donne de bons renseignements sur l'attitude sécrétoire du pancréas.

b) *Le test insuline plus glucose.* Il donne des renseignements surtout applicables aux diabétiques.

c) *L'épreuve de tolérance à l'insuline.* Cette épreuve, qui compte un danger notable, consiste à donner 0.1 d'unité d'insuline ordinaire par Kg. par voie intraveineuse. Normalement il y a une baisse de 50% du chiffre ordinaire de la glycémie puis retour à la nor-

male en une heure et trente. On peut aussi retrouver une éosinopénie concomitante. Cette dernière épreuve nous renseigne sur une hyperinsulinie absolue ou relative.

E — *L'exploration des systèmes glandulaires antagonistes.*

Cette exploration est guidée par la suspicion d'une étiologie précise à partir des données cliniques ou autres et l'on peut être amené à confirmer ou infirmer.

a) La thyroïde: par le métabolisme basal, le taux de cholestérol, la P.B.I., la courbe de fixation de l'I 131.

b) Les glandes cortico-surrénales: par le dosage des électrolytes, le test de Thorn, le dosage des 17-cétostéroïdes ou des 17-hydroxycétostéroïdes.

c) L'hypophyse: par le phosphorémie on explore le secteur somatotrophique pendant que les épreuves à l'insuline et à l'adrénaline, déjà vues, peuvent donner une idée des possibilités de réaction de l'antehypophyse.

III — LES FORMES ÉTIOLOGIQUES

A — Les hypoglycémies organiques.

1 — *Les hypoglycémies organiques extrapancréatiques.*

a) *La glycogénose hépatique.* Il s'agit ici d'une maladie congénitale récessive et cliniquement elle est caractérisée par un gros foie, du nanisme et une obésité fascio-fronculaire. Les recherches biologiques nous amènent à trouver une hypoglycémie à jeun avec cétonémie. L'épreuve à l'adrénaline montre l'absence caractéristique de flèche hyperglycémique, en même temps que l'épreuve au glucagon montre le plus souvent des résultats identiques. La biopsie hépatique ou musculaire montre toujours une surcharge en glycogène.

L'étiologie serait dû à une absence de glucose-6-phosphatase ou d'amylo-1-6-glucosidase.

b) *La galactosémie.* La deuxième des hypoglycémies organiques extrahépatiques est une maladie congénitale récessive et est caractérisée cliniquement par un arrêt de crois-

sance dès la naissance, une hépatosplénomégalie par ictère, des cataractes bilatérales et de troubles nerveux. Biologiquement on constate une baisse de glucose vraie du sang, et une galactosémie avec galactosurie. Il y a en plus des signes rénaux avec hyperaminoacidurie quantitative et qualitative accompagnée d'albuminurie. Il faut aussi s'attendre à une perturbation des tests de fonctionnement hépatique. Les épreuves d'hypergalactosémie provoquée sont à redouter.

L'étiologie serait due à une absence de phospho-galacto-transférase.

c) *La glucosurie rénale héréditaire.* Nous nous devons de souligner que cette dernière ne donne que très rarement des accidents hypoglycémiques. Biologiquement ce serait une glucosurie sans signes diabétiques. Les accidents hypoglycémiques pourraient être dus, soit à une déperdition de sucre dans les urines, soit, comme tente de le démontrer Debré, à une anomalie d'absorption intestinale du glucose.

d) *Etat de malnutrition chronique du nourrisson.* L'athrepsie post-infectieuse, la Kwashiorkor peuvent présenter une hypoglycémie dont le traitement par des glucides, dès le début est essentiel.

e) *L'insuffisance surrénale.* Chez l'enfant il s'agit surtout d'insuffisance surrénale aiguë type Waterhouse-Friderichsen ou l'hypoglycémie n'est qu'une partie secondaire du syndrome dominé par le purpura fulminans.

f) *L'insuffisance ante-hypophysaire.* Le problème serait ici celui de l'hypoglycémie d'un nain. Dans ce cas, il s'agit bien plus d'une hypersensibilité latente à l'insuline que d'accidents hypoglycémiques vrais. Le diagnostic est établi par l'épreuve à l'insuline qui montre une courbe profonde et anormalement prolongée.

2 — *Les hypoglycémies organiques pancréatiques.*

On peut les grouper quelque soit leur nature, car le problème est en réalité celui d'une indication chirurgicale éventuelle.

Anatomiquement il est possible de trouver:

a) *Un adénome du pancréas.* Celui-ci est rare chez l'enfant. La tumeur est encapsulée, constituée de cellules Beta, sans figure de mitose et riche en insuline. Parfois autour de l'adénome on remarque une zone d'hyperplasie des îlots de Langerhans.

b) *Carcinome du pancréas.* Heureusement celui-ci est encore beaucoup plus rare. La tumeur n'est pas encapsulée, peu métastasiée. Elle est difficilement extirpable.

c) *L'hyperplasie simple des îlots de Langerhans.* C'est la plus fréquente parmi ces affections assez peu courantes. Cliniquement le début des symptômes est le plus souvent progressif, d'abord des manifestations vagues, puis plus évocatrices, puis le malade en arrive à des signes majeurs. Un fait mérite une attention particulière: dans l'hypoglycémie organique l'aggravation est progressive, tandis qu'au contraire dans l'hypoglycémie fonctionnelle le malade profitera de phases d'améliorations transitoires. Il faut enfin souligner que l'hypoglycémie organique pancréatique produira des manifestations à jeun ou très loin des repas.

Biologiquement, le taux de la glycémie à jeun est bas (20 à 50 mgm) et persistera presque constamment. La courbe d'hyperglycémie par glucose est variable, tantôt normale, tantôt plate, tantôt de type diabétique. Ce n'est qu'inconstamment que l'on rencontre une hypersensibilité à l'insuline. Radiologiquement, on cherchera sans grand espoir d'en trouver, un élargissement du cadre duodénal.

#### B — Les hypoglycémies fonctionnelles.

Ce sont les plus fréquentes chez l'enfant.

##### 1 — *Hypoglycémie spontanée idiopathique ou syndrome de McQuarrie.*

Il s'agirait d'une maladie héréditaire ou familiale et elle est caractérisée par son apparition dans le jeune âge; dans 90% des cas avant deux ans, surtout de trois à dix-huit mois. Cliniquement tous les accidents des hypoglycémies peuvent se voir et on ne retrouve

pas de signes physiques à l'examen. L'évolution a ceci d'intéressant, qu'en quelques mois de maladie s'achemine vers la disparition spontanée. Biologiquement, nous retrouvons plusieurs tests caractéristiques. D'abord la glycémie à jeun est basse, ou normale pour Pierre Royer; l'épreuve au glucose montre un retour rapide au taux antérieur. Ensuite, on note surtout une hypersensibilité à l'insuline avec courbe profonde et prolongée. Cependant une cure d'épreuve de quelques jours à l'ACTH va ramener une sensibilité à l'insuline normale, de même qu'une diminution des éosinophiles à jeun et une glycémie normale, également à jeun.

Au point de vue pathogénique, il s'agit d'une affection de caractère purement fonctionnel, il n'y a ni atteinte hypophysaire, ni cortico-surrénale, ni hépatique, ni thyroïdienne, ni pancréatique. Pierre Royer envisagerait l'hypothèse d'une anomalie de réponse à l'hypoglycémie de l'axe hypothalamo-hypophysocortico-surrénale. McQuarrie, de son côté, pense à l'hypersecretion d'un éventuel facteur hypophysaire insulino-trope ou à l'hypersensibilité d'un centre hypoglycémiant hypothalamique.

##### 2 — *L'hypoglycémie fonctionnelle post-prandiale ou post-stimulative ou syndrome de Conn.*

L'âge où survient cette affection se trouve entre le grand enfant et l'adulte. Cliniquement, il s'agit d'enfants nerveux, agités, instables. Ils sont maigres avec appétit capricieux. Les accidents cliniques surviennent deux à quatre heures après un repas riche en sucre. Ils peuvent être provoqués par un trouble émotif ou une infection fébrile; ces enfants faisant facilement beaucoup de fièvre à la moindre infection. Ces accidents surviennent en plus à intervalles irréguliers.

L'évolution vient signer ce syndrome. Il n'y a pas tendance à aggravation des signes. Au contraire, on note une amélioration notable avec les années et les attaques peuvent cesser complètement quand l'enfant devient plus âgé.

Le laboratoire donnera aussi des résultats qui sont caractéristiques: la glycémie à jeun n'est pas très basse, c'est-à-dire habituellement supérieure à 50 mgm. La réponse à l'insuline est normale. La réponse au glucose montre une diminution de la flèche hyperglycémique réactionnelle plus importante que normalement: la réponse à l'adrénaline est normale. Quant à l'explication pathogénique: ce serait une hypoglycémie due à une surproduction d'insuline en réponse à l'hyperglycémie normale post-prandiale. Le système neurovégétatif doit très probablement jouer un rôle important.

### 3 — *Hypoglycémie fonctionnelle de Cochrane et Payne.*

Cette affection a été décrite pour la première fois en 1956 et aurait une étiologie familiale. Cliniquement les accidents seraient aggravés par des repas riches en protéines. Le laboratoire a des caractéristiques nettes. La glycémie est normale à jeun, en dehors des crises de même que les autres épreuves de glycorégulation, alors que la glycémie chute brutalement après l'ingestion ou injection d'hydrolysats de protéines.

C'est Cochrane qui aurait mis en évidence l'acide aminé responsable de l'hypoglycémie: la leucine ou un de ses produits métaboliques: l'acide isovalérique.

### 4 — *L'hypoglycémie fonctionnelle accompagnant la maladie des vomissements périodiques avec acétonurie.*

Dans cette maladie, l'hypoglycémie initiale n'est pas rare et fait place, au bout de 6 à 24 heures, à une hyperglycémie avec glycosurie. Cette hypoglycémie initiale peut être muette ou provoquer des accidents nerveux majeurs qui inaugurent la crise et précèdent les vomissements incoercibles. Les malades atteints présentent un état anarchique de la glycorégulation avec hypersensibilité au glucose (tolérance diminuée) mais aussi une hypersensibilité à l'insuline quoique la réaction à l'adrénaline soit normale: de là nous pourrions conclure à une réserve glycogénique hépatique normale. Il reste à préciser les rapports entre cette maladie et les trois types précédents d'hypoglycémie fonctionnelle.

### 5 — *Hypoglycémie de Frader.*

En 1957, 1958 Frader de chez Fanconi, a décrit une forme heureusement extrêmement rare, d'hypoglycémie fonctionnelle. Il s'agit d'une intolérance au fructose. Cette maladie est héréditaire et récessive. La crise, la plus souvent mortelle, se caractérise par un coma, un ictère et un collapsus total. La crise dure vingt-quatre heures et si la crise subsiste, il faut redouter la suivante. Les deux cas décrits jusqu'à date, ont souffert d'hémorragies digestives et cutanées, donnant le change pour une intoxication grave. Les courbes au fructose sont caractéristiques.

### C — *Un problème à part: l'hypoglycémie du nouvellement né.*

Grâce à Hartmann, nous considérerons cinq variantes possible.

Physiologiquement, le nouvellement-né peut faire une hypoglycémie légère et on retrouvera la minima à la deuxième journée, dans les jours suivants elle se révélera graduellement pour toucher et suivre la normale. Le plus souvent il n'en découle aucun trouble. L'explication la plus plausible se trouverait dans l'hyperinsulinisme ou l'hypercorticisme physiologiques des premiers jours.

L'hypoglycémie des enfants nés de mères diabétiques, est plus profonde et plus brève que la précédente. Son influence sur la mortalité néo-natale n'est pas prouvée car on retrouve souvent d'autre lésion, pulmonaire par exemple, susceptible d'avoir causé la mort.

Les hyperplasies langerhansiennes peuvent causer des accidents mortels chez le nouvellement-né de mère diabétique ou chez les nouvellement-nés atteints d'érythroblastose ou chez des nouvellement-nés autrement normaux. La fréquence de cette affection jusqu'à présent n'a pas été démontrée comme importante.

L'hypoglycémie néo-natale par hémorragie surrénale est à signaler et nous nous demandons si à ce moment nous ne devrions pas la classer avec le syndrome de Waterhouse-Friderichsen, et ainsi n'en être qu'un élément.

Enfin, et c'est le plus rare, certaines lésions intra-crâniennes du nouvellement-né, pourraient entraîner des hypoglycémies graves.

## IV — LE TRAITEMENT

A — *Le traitement de la crise.*

Très souvent il peut s'agir de manifestations évocatrices ou d'accidents majeurs dont l'enfant a triomphé avant la consultation médicale. On se contentera alors d'aliments très sucrés (sucre en cube, miel, jus de fruits, bonbons) pour toute cette journée. Si, au contraire, le patient est encore dans le coma il faudra prendre la voie la plus rapide, l'intraveineuse, et compenser la déficience en glucose. A un coma récent, on pourra donner 5 à 15 ml. de soluté glucosé hypertonique et le reste de la journée, recommander que des aliments sucrés. La dose de soluté glucosé hypertonique pour un coma qui est prolongé, sera de vingt à quarante ml. et de plus il faudra continuer en perfusion lente ce même soluté pendant plusieurs heures sans arrêt brusque afin d'éviter le phénomène de Staubtravgott.

B — *L'hypoglycémie spontanée organique.*1) *Extra-pancréatique.*

a) *Glycogène hépatique.* Il n'existe pas de traitement spécifique satisfaisant. Il est prudent de donner cependant de nombreux petits repas riches en protéines. Parfois il est utile d'ajouter de l'ACTH ou des corticoïdes. Expérimentalement le glucagon dans certains cas aurait donné des résultats.

b) *Galactosémie.* Il faut, par définition, supprimer le lait et compenser en donnant un régime riche en hydrolysats de caséine, graisses, sels minéraux, facteurs lipotropes.

c) *Glycosurie rénale héréditaire.* La perte en glucose n'étant pas contrôlable, il faut augmenter et étaler l'ingestion de sucre et des autres glucides.

d) *Etat de malnutrition chronique du nourrisson.* Habituellement le traitement de cette affection relève d'une réalimentation progressive et équilibrée mais l'importance des glucides dès le début de la réalimentation est à souligner.

e) *L'insuffisance surrénale.* C'est le traitement du syndrome de Waterhouse-Friderichsen: extraits totaux de surrénales et par la voie la plus rapide, puis le traitement de soutien.

f) *Insuffisance hypophysaire.* Il s'agit ici du traitement du nanisme hypophysaire et le traitement est hormonal.

2) *Pancréatique.*

Le traitement médical a été jusqu'ici très décevant. En effet, l'alloxan n'a pas donné les résultats que l'on attendait, tandis que la cortisone et l'ACTH ne donnent qu'une amélioration passagère ne faisant que retarder l'intervention chirurgicale. La chirurgie sera indiquée chaque fois qu'il s'agit d'accidents hypoglycémiques graves à répétition. A l'intervention on peut être en présence d'une tumeur bénigne ou maligne. La masse peut être extirpée même le pancréas entier si l'envahissement ne dépasse pas les cadres ordinaires. Dans le cas d'un pancréas d'apparence macroscopiquement normale, la résection partielle a été défendue. On pourrait ici soulever toute une discussion sur le calcul des probabilités car, si l'adénome, invisible à l'œil nu, est réséqué par chance, c'est la guérison, autrement tout est à recommencer.

C) *Le traitement des hypoglycémies spontanées fonctionnelles.*

a) *Dans les cas de l'hypoglycémie de type McQuarrie.* En se basant sur l'antagonisme entre l'antehypophyse et les cellules Beta des îlots de Langerhans, on pourra recourir à l'ACTH. D'après McQuarrie cette hormone agirait au début en favorisant une augmentation de la néo-glucogénèse. Par la suite l'action favorable serait due à une modification des cellules Beta des îlots de Langerhans. Pendant les quatre premiers jours, la dose serait de quatre milligrammes par kilogramme de poids du patient ou de cent milligrammes par mètre carré de surface, la dose optima est répétée tous les jours, pour quatre jours, en quatre quarts donnés par voie intramusculaire. La semaine suivante, selon l'évolution, on donne la moitié de la dose d'attaque et ceci en deux fois soit, moitié le matin, moitié le soir. Pendant les semaines qui suivront, si la glycémie à jeun du matin est normale, on supprimera la dose du matin. Dans un temps plus ou moins variable, on pourra tout arrêter, quitte à refaire une cure s'il y a rechute. Il ne

nous reste qu'à envisager les problèmes des récurrences fréquentes et l'expérience a démontré que 5% de la dose initiale a pu suffire à maintenir une bonne glycémie.

Pierre Royer, s'inspirant de McQuarrie, a proposé d'employer l'ACTH retard. Dans ce cas, on donnera pendant les deux à quatre premières semaines de vingt à trente milligrammes trois fois la semaine. Ensuite il est utile de pratiquer une épreuve à l'insuline toutes les quatre ou cinq semaines avec arrêt du traitement au bout de trois ou quatre mois d'épreuves négatives. Devant tout échec, soit une récidive ou une épreuve à l'insuline anormale on reprend le traitement pendant trois mois.

b) *Traitement de l'hypoglycémie de type Conn.* Le patient doit d'abord être placé dans un milieu où il lui est possible d'éviter toutes perturbations psychiques et on peut recourir à l'usage des calmants. Les repas seront fractionnés et seront constitués de lipides et protides.

c) *Traitement de l'hypoglycémie type Cochrane et Payne.* Ce sera le même que l'hypoglycémie précédente, cependant il faudra surveiller la diète de près afin de maintenir un niveau de protéines minima compatible avec la croissance soit un à deux grammes par kilogramme de poids par jour, et une fois ce minimum obtenu le reste du régime sera riche en glucides et en lipides.

d) *Traitement de l'hypoglycémie de Frader.* Une fois la crise initiale passée et le diagnostic posé, il ne s'agit que de donner au patient un régime sans fructose, dont le miel.

#### Résumé

Les auteurs, lors des difficultés rencontrées dans l'analyse d'un cas tout à fait spécial, ont consulté la littérature actuelle sur ce sujet. Parce qu'ils ont constaté un manque de cohésion entre les différents articles écrits, soit en France ou aux Etats-Unis ou encore au Canada durant ces dernières années, ils ont tenté de mettre ordre dans les notions actuelles sur ce sujet difficile. Toutes les possibilités d'hypoglycémie ont été revues,

quoique les auteurs doivent admettre que les hypoglycémies fonctionnelles, dites de McQuarrie, sont de beaucoup les plus fréquentes. Enfin il reste à noter que pour les lecteurs qui n'ont besoin que d'une référence partielle, les auteurs ont donné, au début de ce travail, un résumé synoptique qui pourra les orienter directement à la partie qui pourrait les intéresser.

#### Summary

In relation with a case which has given rise to much discussion, the authors have tried to give an up-to-date synopsis on hypoglycemia in childhood. They start by revising all the different symptoms of hypoglycemia. Then they continue by elaborating on the different test, biological or chemical. The authors proceed in discussing the different hypoglycemia, whether organic or functional. They review the up-to-date literature on the subject, whether published in France or in United States and Canada. They have tried to make it synoptic, knowing very well, that up to now, it seems that the literature on this subject is distributed easily all over the medical publications. There is also a discussion on the treatment that may be given, especially in McQuarrie's hypoglycemia, whether following McQuarrie's recommendations or the one suggested by Royer, with retarded ACTH. They also note that since 1957-1958, Frader has reported two cases of hypoglycemia due to fructose. The authors also note that hypoglycemia of a certain kind exist in newborn, whether it is physiological or pathological. The work starts with a complete synopsis of the up-to-date possibility of hypoglycemia in childhood, so as to help whoever would like to concentrate on a section of this publication.

#### BIBLIOGRAPHIE

- Pierre ROYER: Hypoglycémie. *Revue du praticien*, 7: 2875 (11 nov.) 1957.
- WILKINS: Endocrines Diseases of Children and Adolescence. The diagnosis and treatment of endocrine disorders in childhood and adolescence. *Hypoglycemia*, page 462, deuxième édition. Ch. C. Thomas, édit., 1957.
- W. A. COCHRANE, W. W. PAYNE, M. J. SIMPKINS et L. I. WOOLF: Familial Hypoglycemia Precipitated by amino acids. *J. Clin. Invest.*, 35: 411, 1956.
- J. W. CONN et H. SELTZER: Spontaneous Hypoglycemia. *Am. J. Med.*, 19: 460, 1955.
- I. McQUARRIE: Idiopathic Spontaneously Occurring Hypoglycemia in Infants. *Am. J. Dis. Child.*, 87: 398, 1954.

## RECUEIL DE FAITS

### ÉVALUATION CLINIQUE DE LA TRIFLUOPÉRAZINE EN PÉDIATRIE

Norbert VÉZINA (Montréal).

La trifluopérazine (« Stelazine ») est un nouveau neuroleptique qui porte le nom chimique de bichlorhydrate de trifluopérazine.

Cette présente communication relate les résultats cliniques obtenus avec la trifluopérazine appliquée au traitement de troubles psycho-somatiques mineurs sur un groupe de 51 enfants d'âge scolaire ou pré-scolaire.

Tous ces enfants furent traités à domicile. Aucun ne fut hospitalisé. Pour chacun d'eux, avant de prescrire la trifluopérazine, nous eûmes avec la mère, le père, ou avec les deux, un long entretien concernant le cas de leur enfant. Ce dernier, quand il était assez âgé pour que son témoignage ait de la valeur, était interrogé soigneusement et avec tact sur ses propres difficultés.

Bref, nous avons tenté de recueillir le plus de renseignements possible sur l'entourage familial et scolaire.

Evidemment, chaque patient dut subir un examen physique complet et ceux qui reçurent de la trifluopérazine durant une période prolongée, furent réexaminés à deux ou trois reprises au cours du traitement.

La tâche la plus ardue fut de suivre l'évolution de ces 51 enfants. Nous y sommes parvenus en demandant à la mère de nous téléphoner tous les deux ou trois jours au début de la médication, puis toutes les semaines. Procédé fastidieux mais essentiel pour connaître l'efficacité de la trifluopérazine, en varier, au besoin, la posologie ou pour parer aux accidents toujours possibles.

Les patients chez qui nous n'avons pu surveiller étroitement l'évolution clinique ont été éliminés de cette étude.

Le tableau suivant donne une idée générale des doses de trifluopérazine habituellement prescrites au cours de cette investigation.

TABLEAU I

Posologie de la trifluopérazine généralement adoptée.

Age	Posologie
6 à 10 ans	1 mg. b. i. d.
3 à 6 ans	0.50 mg. b. i. d.
1 à 3 ans	0.25 mg. b. i. d.
1 an ou moins	0.125 mg. b. i. d.

La plupart de nos petits patients prirent la trifluopérazine sous forme d'un sirop qui nous a été fourni par la firme Smith Kline & French.

Ce sirop contient 0.25 mg. de trifluopérazine par cuillerée à thé (5 cc. approximativement). Plus commode que les comprimés, il permet, selon le cas, de diminuer ou d'augmenter, très légèrement à la fois, la quantité de médicament.

Nous avons choisi, au jour le jour, parmi les enfants que les parents nous amènent à la consultation, ceux qui nous semblaient pouvoir bénéficier de la trifluopérazine. (Voir le TABLEAU II.

#### ANXIÉTÉ CONCERNANT LA FRÉQUENTATION SCOLAIRE

Ce groupe, comme l'indique le tableau précédent, comprend le plus grand nombre d'enfants à qui nous avons prescrit de la trifluopérazine. En effet, des 51 patients qui firent l'objet de ces recherches cliniques sur la trifluopérazine, 43% étaient des enfants que la fréquentation scolaire rendait anxieux.

Celui qui se donne la peine de questionner quelques parents, se rend rapidement compte du grand nombre de ces malheureux. D'aucuns nous répondront : « qu'ils endurent ! c'est l'apprentissage de la vie ». Pourtant, chez certains enfants, la phobie d'aller à l'é-

1. A l'heure actuelle, ce sirop de trifluopérazine n'est pas disponible au comptoir des pharmacies.

cole devrait être considérée par tout pédiatre comme un problème réel et, parfois, très sérieux. On pourrait définir cette phobie comme un refus total ou partiel de fréquenter l'école, causé par une peur apparemment non motivée. Cette crainte peut paraître absurde aux yeux des adultes mais, pour l'enfant qui l'éprouve, elle ne l'est pas : peur d'être en retard, de s'écarter en chemin, de se tromper de classe, d'être réprimandé, de perdre une place, de couler un examen, etc.

Cette peur de l'école, non seulement existe et a toujours existé, mais on l'observe, semble-t-il, de plus en plus, depuis la dernière

lui de tous les autres états pathologiques relevés dans cette même étude.<sup>2</sup>

Des enfants qui refusaient d'aller à l'école, tant ils craignaient d'être séparés de leurs parents, furent comparés à des adultes déprimés, incapables de se rendre à l'ouvrage, parce qu'ils se sentaient anxieux et fatigués. Cette étude comparative fit ressortir l'intérêt qu'il y aurait à suivre, d'année en année, ces écoliers inquiets, afin de connaître l'aboutissement de leur anxiété une fois qu'ils seraient devenus des adultes.<sup>3</sup>

Il n'est pas question de supprimer toute tension émotionnelle chez ces petits qui ont

TABLEAU II

Entités cliniques traitées par la trifluopérazine, nombre de cas pour chacune d'elles et résultats.

Entités cliniques traitées par la trifluopérazine	Nombre de cas	Résultats		
		Excellents	Bons	Nuls
Anxiété chez l'écolier	22	10	9	3
Vomissements	8	4	3	1
Troubles du sommeil	8	1	4	3
Comportement anti-social	5	2	—	3
<i>Temper Tantrums</i>	3	1	2	—
Bégaiement	3	1	2	—
Epilepsie	2	—	—	2
<i>Total</i>	-----	19 (38%)	20 (39%)	12 (23%)

décennie. C'est ainsi qu'au «Children's Psychiatric Service» du Johns Hopkins Hospital, pour 1000 admission en 1948, il y avait quatre cas d'anxiété de ce genre — en 1956, 17 cas — et en 1958, cette proportion était montée à 30/1000.<sup>1</sup>

Une enquête conduite par Yankauer et Lawrence, enquête poursuivie de 1953 à 1956, parmi des écoliers de 2e, 3e et 4e années, démontra non seulement que sur 1000 enfants examinés, 14 souffraient de tension nerveuse, mais que le taux d'écoliers présentant des troubles émotionnels était plus élevé que ce-

peur de l'école. Il s'agit d'aider les plus malheureux d'entre eux.

D'une part, il est bien difficile, parfois même impossible, de changer l'entourage de ces enfants. D'autre part, après dix mois d'expérimentation clinique sur la trifluopérazine, ce médicament nous apparaît comme un moyen précieux, capable, souvent, d'abaisser à un seuil normal l'hyperémotivité indésirable que l'on observe chez certains écoliers.

La trifluopérazine ne peut causer d'effets secondaires graves, irréversibles, si le médecin qui l'utilise en connaît parfaitement les

propriétés pharmacologiques et s'il exerce sur son patient une surveillance continue.

La trifluopérazine procure une âme plus sereine à un bon nombre de ces enfants angoissés qui partent pour l'école l'esprit tendu comme la corde d'une arbalète. Si l'action de la trifluopérazine leur permet de se sentir moins malheureux, elle ne les rend pas, pour cela, apathiques ou somnolents.

« Calmer sans endormir », tel est l'effet caractéristique de la trifluopérazine : v.g. cet élève, très intelligent, mais toujours à la queue de sa classe, tellement il a la bougeotte et ne peut fixer son attention sur un même sujet, ne serait-ce qu'une minute. Il commence à prendre de la trifluopérazine à la fin de mars. A ce moment, ses succès scolaires se chiffrent à une moyenne de 60%. On poursuit l'administration de la trifluopérazine durant les mois d'avril, mai et juin, bref, jusqu'à la fin de l'année scolaire. Au grand étonnement de toute la famille et de son professeur, il arrive premier à l'examen final dans toutes les matières, avec une moyenne de 95%. Cette observation prouve au moins une chose : la trifluopérazine n'a pas rendu cet écolier somnolent.

Au début, nous appréhendions, comme on le pense, les phénomènes d'accoutumance. Est-ce que la trifluopérazine, administrée durant de longs mois, n'arriverait pas à créer chez tel enfant un besoin dont il serait ensuite bien difficile de le sevrer ? Mais les faits n'ont pas corroboré ces appréhensions. Parmi les nombreux enfants à qui nous avons prescrit de la trifluopérazine durant un temps prolongé, nous n'avons jamais observé de signe d'accoutumance après le retrait, même brusque, de ce médicament.

Tout se passe comme si l'enfant, peu à peu, grâce à la trifluopérazine, se rendait compte que ses craintes d'autrefois ne reposaient sur aucun motif sérieux. Sous l'effet de la trifluopérazine, il se sent débarrassé du plus gros de son angoisse et apprend progressivement à estimer à une juste valeur le rapport entre l'intensité des chocs qu'il reçoit du

monde extérieur et l'intensité des réactions qu'il doit opposer à ces chocs. Si bien, qu'il est possible, après deux, trois ou quatre mois, de cesser le traitement à la trifluopérazine et l'enfant peut continuer ensuite, sans aucune médication, à envisager avec beaucoup plus de philosophie des circonstances qui, avant la cure, lui auraient paru insurmontables.

Il n'existera jamais de pilules susceptibles de procurer à l'être humain du bonheur à 100%. Le bonheur ne s'achète pas à aussi bas prix.

Ce n'est pas tout de dire à la mère : « deux fois par jour, donnez à votre enfant un comprimé de ceci ou deux cuillerées à thé de cela et la peur qui l'étreint va disparaître dans quelque temps ». Ce serait une bien piètre médecine; la cybernétique peut en faire autant.

Il importe surtout de trouver les mots justes pour parler à cet enfant anxieux, de façon à s'en faire un ami. Il faut, sans les blesser, convaincre les adultes, (la mère, le père, la parenté, le maître d'école, etc.) de corriger certains points défectueux dans leur façon d'agir envers lui. Il faut pouvoir reconnaître, puis les analyser, les nombreuses influences qui assaillent cet enfant et entretiennent ou augmentent son angoisse.

Il serait trop long d'exposer en détail l'histoire de ces 22 écoliers anxieux qui figurent au tableau II. Nous nous bornerons à mettre en relief quelques cas des plus typiques.

#### Observation 1.

Noëlla B., 9 ans. Première de sa classe. Depuis quatre mois se plaint, tous les jours, d'être fatiguée. Depuis huit jours, refuse carrément d'aller à l'école. L'examen physique ne révèle rien d'anormal. Questionnaire difficile : la petite, repliée sur elle-même, se méfie de nous, semble nous accuser de complicité, mais répond pertinemment à nos questions. La mère, beaucoup moins intelligente que la fille, a le verbe haut et claironne à tout instant : « docteur, ça lui prendrait un bon tonique pour la remonter ». Peu à peu, au cours de la consultation, l'enfant devient

moins réticente et finit par nous confier une partie de son inquiétude : comme elle a manqué quelques jours d'école à la suite d'une grippe, elle ne veut plus y retourner parce qu'elle est sûre qu'elle ne fera pas son année. Ce premier motif qu'elle invoque nous permet d'en découvrir plusieurs autres. Meticuleuse jusqu'au bout des ongles, ses frayeurs sont multiples. Contre une foule d'obstacles que sa mère qualifie d'enfantillages, elle a lutté aussi longtemps qu'elle a pu. Maintenant, la voilà brisée; elle refuse d'aller à l'école. Nous prescrivons alors la trifluopérazine à raison de 1 mg. b.i.d. Après trois jours de ce traitement l'enfant demande elle-même à retourner à l'école. De fait, spontanément, elle y retourne et apparemment avec gaieté de cœur. Dix-huit jours après le début de l'administration de trifluopérazine, cette enfant n'a pas manqué un seul jour d'école. Le traitement par la trifluopérazine est poursuivi jusqu'à la fin de l'année scolaire. L'enfant Noëlla B. ne manquera plus désormais un seul jour d'école et se classera aux premiers rangs lors de la distribution des prix à la fin de juin de la même année.

#### Observation 2.

J.V., garçon de 6 ans. Bouge continuellement; dérange toute la classe. Est puni tous les jours. Refuse d'aller à l'école tellement il a peur des punitions. Enfant d'intelligence moyenne. Rien à noter à l'examen physique. Aucun traitement antérieur. La trifluopérazine est prescrite à raison de 1 mg. b.i.d. à 6 p.m. et à 6 a.m. (s'éveille spontanément à 6 heures tous les matins). Quatre jours après le début de ce traitement, comme l'enfant est encore très agité à la maison, nous associons à la trifluopérazine de la chlorpromazine à raison de 10 mg. b.i.d., à midi et à 4 p.m. Cette thérapeutique trifluopérazine-chlorpromazine est poursuivie durant deux mois. La mère se dit enchantée des résultats: l'enfant est calme mais reste alerte; il n'a pas été puni depuis le début du traitement, il aime l'étude et obtient de bonnes notes. Aucun effet secondaire.

#### Observation 3.

R.L., garçon de 10 ans. Déteste franchement l'école. C'est une « bataille » continue pour l'y envoyer tous les matins. L'enfant répond d'une façon intelligente aux questions que nous lui posons. N'a jamais redoublé une année, mais a toujours traîné à la queue. Infantillisme évident chez la mère. Le père, autoritaire, semble accorder peu d'intérêt à son fils. Ce dernier refuse d'aller à l'école parce que, dit-il, ça l'ennuie. Tout l'ennuie d'ailleurs. Il s'ennuie tellement qu'il veut mourir (sic). Terreurs nocturnes chaque nuit. A l'examen physique, rien à noter. Un traitement à la trifluopérazine est institué : 1 mg. b.i.d. Après quatre jours de ce traitement, l'enfant part pour l'école sans bouder et est content de faire ses devoirs le soir. Au sixième jour, la posologie dut être diminuée à 1 mg. une fois par jour, parce que le patient se plaignait de fatigue dans les jambes, éprouvait de la difficulté de passer de la position assise à la station debout, pour ce faire, devait s'aider de ses bras, en s'agrippant à son pupitre et au dossier de sa chaise. Il aurait même déboulé un escalier d'une dizaine de marches à l'école, sans subir cependant de meurtrissures. Cette fatigue dans les jambes disparut après qu'on eût diminué de moitié la dose de trifluopérazine.

Après trois semaines de traitement à la trifluopérazine, les bons résultats obtenus au début se maintenaient encore.

#### Observation 4.

Robert P., garçon de 7 ans. Premier de classe. Quelques jours avant la date des vacances de Noël, refuse catégoriquement d'aller à l'école, mais affirme à ses parents qu'il y retournera dès la rentrée après la fête des Rois. Durant ses vacances de Noël, se cantonne dans la maison, ne veut pas mettre le nez dehors et commence à poser à ses parents toute une série de questions sur les sujets les plus divers et les plus baroques. Il demande, par exemple, la distance entre Montréal et Mexico, le poids que peut supporter le pont Jacques-Cartier, si ce même pont ne s'écrou-

lera pas en y passant dans la voiture de son père pour venir nous consulter. Durant le jour, c'est une véritable diarrhée verbale. Insomnie nocturne, s'éveille en criant, a peur, questionne comme il le fait durant le jour. Pendant l'interview à notre bureau, il est facile de constater la grande anxiété dont souffre cet enfant. Nous faisons pour le mieux, mais il nous est impossible de gagner sa confiance. Révolté, méfiant, il plisse le front et montre une agressivité dirigée surtout contre son père. Nous tentons un dernier effort pour l'amadouer. Peine inutile. Pourtant, nous le connaissons bien, pour l'avoir vu souvent à notre bureau depuis sa naissance. Lorsqu'il avait cinq ans, parce qu'il présentait déjà des signes manifestes d'anxiété, nous lui avions prescrit une combinaison d'amphétamine et d'amobarbital, sans aucun résultat d'ailleurs. Au point de vue physique, l'examen médical ne révèle rien qui puisse nous aider. Nous prescrivons, à tout hasard, trifluopérazine, 1 mg. b.i.d. et chlorpromazine, 25 mg. au coucher. Au début, c'est-à-dire, au troisième jour de traitement, cette médication semble vouloir donner d'heureux résultats : l'enfant est retourné à l'école de lui-même et d'un cœur léger. Mais ce résultat est de courte durée : il trouve bientôt toutes sortes de raisons pour manquer l'école. Un matin, il part pour l'école mais revient à la maison quelques minutes après parce qu'il se sent « trop faible ». Un midi, il décide de rester chez lui parce qu'il a oublié à l'école, tantôt ses lunettes, tantôt un autre objet. Un autre matin, même refus, mais promet qu'il ira dans l'après-midi. Le moment venu, l'obstacle lui apparaît encore plus insurmontable et il s'incrute au logis, prétendant qu'il lui est impossible de se présenter devant ses camarades avec son sac sur le dos, en plein midi. La médication est poursuivie quand même pendant un mois. Durant cette période, alterneront des phases d'acceptation et de refus concernant le retour à l'école. Mais l'anxiété reste toujours très intense. Comme nous constatons vite que cet enfant souffre de trou-

bles psycho-somatiques graves, nous le dirigeons alors vers la clinique de Psychiatrie Infantile de l'Hôpital Ste-Justine. L'association trifluopérazine-chlorpromazine a été inopérante dans ce cas mais a permis, au moins, d'obtenir la coopération de l'enfant avec le psychothérapeute.

En traitant 22 cas d'anxiété chez l'écolier par la trifluopérazine, nous avons obtenu des résultats très bons chez 10 malades (45.5%), bon chez 9 (41%) et nuls chez 3 (13.5%).

#### VOMISSEMENTS

La trifluopérazine nous est apparue comme un précieux médicament pour lutter contre (a) les vomissements par pylorospasmes chez le nourrisson et (b) les vomissements alimentaires dus à la coqueluche.

##### Observation 1.

M. T., bébé de sexe féminin, âgée de 16 jours. Depuis sa naissance vomit son lait après chaque boire. Diagnostic : pylorospasmes. Engraisse normalement. Pleure beaucoup, surtout la nuit. Traitement : sirop de trifluopérazine administré à raison de 17 gouttes (approximativement: 0.0625 mg.) b.i.d. Aucun changement dans la formule de lait. Résultats: excellents. Les vomissements, devenus beaucoup moins fréquents après trois jours de ce traitement, cessent complètement au quatrième. La trifluopérazine est administrée à ce bébé durant trente jours, selon la même posologie. Pendant cette thérapeutique, ce bébé, auparavant très maussade, devient calme et ne vomit plus. Le poids augmente normalement. Au trentième jour de traitement, on cesse l'administration de trifluopérazine. Les vomissements ne réapparaissent pas: la période des spasmes du pylore est dépassée. La trifluopérazine ne causa aucun effet indésirable.

Au cours de la coqueluche, nous avons cru bon de prescrire la trifluopérazine durant le jour, (parce que la trifluopérazine ne rend pas somnolent), associée à la chlorpromazine administrée au coucher.

**Observation 2.**

C.L., garçon de 6 ans. Coqueluche typique: quintes surtout la nuit, chant du coq, vomissements importants après chaque repas, ayant entraîné une perte de poids, crises d'étouffement (environ six chaque nuit). Paupières inférieures bouffies, etc. Traitement: trifluopérazine, 1 mg. b.i.d. à 8 a.m. et à 8 p.m. Au coucher, (8 p.m.) chlorpromazine, 10 mg.

Ce traitement est poursuivi pendant quatre semaines. Durant ces quatre semaines, les vomissements cessent complètement. L'enfant continue bien de tousser, surtout le jour, mais les quintes sont peu fréquentes et ne gênent point le patient. Cet enfant ne dérange plus sa mère la nuit. Augmentation de poids. Aucun effet secondaire.

Etant donné le petit nombre de vomisseurs (8 cas, cf. tableau II) rapportés dans cette communication, même si nos résultats furent très bons, ils ne présentent aucune signification statistique. Mais, depuis la préparation de ce travail, nous avons traité une vingtaine (21 exactement) d'enfants vomisseurs (nourrissons souffrant de spasmes pyloriques ou coquelucheux) à l'aide de la trifluopérazine et nous pouvons affirmer que les effets de cette thérapeutique furent des plus heureux.

La troisième catégorie d'enfants chez qui nous avons expérimenté la trifluopérazine étaient de mauvais dormeurs.

**TROUBLES DU SOMMEIL**

**Observation 1.**

L.L., de sexe féminin, âgée de 10 mois. Bébé dont l'état général a toujours été excellent. Développement physique et mental normal. Ce bébé pleure sans cause apparente de 6 p.m. à 11 p.m. et s'éveille plusieurs fois chaque nuit. Examen physique: néant. Reçoit depuis l'âge de 5 mois du chlorhydrate de méthadon à raison de 0.33 mg. t.i.d. Cette sédation cependant n'entraîne aucun résultat depuis trois semaines. Nous demandons alors à la mère d'administrer à son bébé 0.25 mg de trifluopérazine t.i.d. et en même temps, de diminuer le sirop de méthadon (Dolophine,

Lilly) d'une goutte par dose, tous les jours. Vingt-quatre jours après le début du traitement à la trifluopérazine, le dolophine est complètement supprimé. L'enfant dort dans la soirée et passe de très bonnes nuits avec 0.25 mg. de trifluopérazine t.i.d. La posologie de trifluopérazine est graduellement diminuée puis interrompue. Le bébé est devenu un bon dormeur. Aucun effet secondaire.

**Observation 2.**

M.B., garçon de 1 an. Dort mal la nuit depuis sa naissance. Examen physique: enfant irritable, hyperspastique, présentant par ailleurs un bon état général. Aucun foyer infectieux. Bon appétit. Mère tendue souffrant elle-même d'insomnie depuis son mariage. La trifluopérazine prescrite à raison de 0.50 mg. b.i.d. n'apporta aucun résultat après une semaine de traitement. Le traitement fut alors interrompu.

Ayant traité, depuis, plusieurs autres nourrissons et enfants qui s'éveillaient en pleurant la nuit sans motif apparent, nous avons l'impression que la trifluopérazine est d'un faible secours dans ces cas.

**COMPORTEMENT ANTI-SOCIAL**

**Observation 1.**

C.P., fillette de 3 ans. Agressivité marquée. Brise tous ses jouets. **Hyperactivité psychosomatique anormale.** Durant l'interview au bureau, pince sa mère, lui donne des coups de pied sur les tibias, monte sur ses genoux pour lui tirer les cheveux, lui arrache les boucles d'oreilles, ouvre les tiroirs de la table d'examen, explore tous les coins, va d'un objet à l'autre, s'en empare pour les jeter aussitôt au plancher: cendriers, bassin-haricot, enfin tout ce qui lui tombe sous la main. La mère nous explique: « Vous voyez, docteur, c'est comme ça à la maison, toute la journée. Je n'en puis plus ». Au début de l'examen physique (bien qu'étant sur nos gardes) d'un geste rapide de la main elle nous fait sauter les lunettes du nez.

Retard du langage. Pour une fillette de 3 ans, elle ne possède que quelques mots; il

lui est impossible de construire une phrase de deux ou trois mots. Le retard toutefois ne reflète point la bêtise. Au contraire, quand l'enfant observe de ses yeux malins, elle donne l'impression qu'elle désire se payer notre tête. Après vingt jours de traitement à la trifluopérazine, la mère nous apprend que son enfant est transformée, qu'elle est beaucoup plus calme et qu'elle-même peut enfin respirer. La trifluopérazine, dans ce cas, a sûrement donné des résultats intéressants, sans produire pour autant d'effet nocif.

#### Observation 2.

P. C., garçon de 5 ans. Séquelles d'hémorragie cérébroméningée, peut-être à la suite d'un traumatisme obstétrical. Instabilité psychomotrice. Retard du langage: possède son propre jargon, compris des parents seulement. Au début, la trifluopérazine eut des effets spectaculaires. Le petit patient devint calme, si bien que les parents purent se permettre de l'emmener chez des amis sans en avoir honte. Cependant, deux semaines après avoir commencé la trifluopérazine, les résultats nous apparaissent nuls, le traitement est donc interrompu. En l'occurrence, la chlorpromazine donna de meilleurs résultats que la trifluopérazine.

#### BÉGAÏEMENT

C'est tout à fait par hasard que nous avons observé la grande valeur de la trifluopérazine chez les enfants qui hésitent ou bégaiement. Nous avons prescrit de la trifluopérazine à un enfant de trois ans excessivement agité le jour et qui, en outre, bégayait beaucoup. Après deux semaines de ce traitement, nous notions que non seulement cet enfant était calme, mais qu'il ne bégayait plus. La présente étude ne mentionne que trois cas de bégaiement traités à la trifluopérazine, mais depuis la préparation de ce rapport, nous avons eu l'occasion de prescrire de la trifluopérazine à cinq autres enfants bègues et dans tous les cas ce tranquillisant a donné d'excellents résultats. Dans ces cas, cependant, le traitement à la trifluopérazine doit être poursuivi durant plusieurs

mois. Un enfant de six ans, entre autre, en prend régulièrement depuis cinq mois; le bégaiement est réapparu tout récemment lorsqu'il a manqué de sirop de trifluopérazine.

#### EPILEPSIE

Deux cas d'épilepsie (un enfant souffrant de grand mal, l'autre de petit mal) sont devenus excessivement agités après quelques jours de traitement à la trifluopérazine, si bien que la médication a dû être supprimée.

#### TOXICITÉ

Sur les 51 enfants qui font l'objet de cette communication, 10 (soit 19.5%) présentèrent des effets indésirables directement imputables à la trifluopérazine.

Le Tableau III résume la nature de ces effets secondaires ainsi que leur répartition.

En général, les fillettes supportent la trifluopérazine mieux que les garçons. En effet, sur les 10 enfants qui figurent dans le tableau III, sept sont du sexe masculin. De ces 10 enfants, trois présentèrent des effets secondaires d'un caractère sérieux.

a) L'enfant A. T., garçon de 4 ans, souffrant de grand mal, de calme qu'il était entra dans une agitation extrême au cinquième jour du traitement à la trifluopérazine, administrée à raison de 0.50 mg. b.i.d. Le traitement fut immédiatement arrêté et tout rentra dans l'ordre.

b) L'enfant G. C., fillette de 3 ans, à qui, d'une façon tout à fait empirique d'ailleurs, nous prescrivions la trifluopérazine (0.50 mg. b.i.d.) avec l'espoir que ce tranquillisant diminuerait peut-être la fréquence de ses crises, présenta au contraire des attaques de plus en plus rapprochées. Entre celles-ci, l'enfant n'était plus la même: pleurs continuels, agitation psychomotrice marquée, terreurs nocturnes. Au quatorzième jour du traitement, la trifluopérazine fut mise de côté et ces effets indésirables cessèrent aussitôt.

c) L'enfant Danielle P., 5 ans. Diagnostic: coqueluche. Traitement: trifluopérazine, 1 mg.

b.i.d. (à 8 a.m. et 8 p.m.) et chlorpromazine, 10 mg. vers minuit. Au cinquième jour de ce traitement, la mère nous appelle pour nous dire que la petite se plaint de douleurs à la nuque, qu'elle a la tête renversée en arrière et ne peut la ramener en avant. Ces symptômes sont apparus brusquement. De plus, la peau est très pâle, la déglutition des liquides ou des aliments solides est impossible. Le visage est sans expression. La langue pend en dehors de la bouche entr'ouverte, la salive coule sur le menton. L'enfant est consciente mais semble

au cours d'un traitement par des tranquillisants phénothiaziniques, sans quoi, en leur présence, il s'expose à faire un faux diagnostic de méningite, d'encéphalite ou de tétanos. L'emploi d'un anti-parkinsonien comme le méthonesulfonate de benzotropine (Cogentin, M.S.D.) parvient à juguler rapidement ces réactions extra-pyramidales.

Dans le troisième cas ci-dessus rapporté il a suffi d'interrompre immédiatement toute médication pour assister à une régression progressive de tous les symptômes extrapyrami-

TABLEAU III

Ce tableau indique les effets toxiques observés au cours de cette étude sur la trifluopérazine.

<i>Nature des effets secondaires</i>	<i>Nombre de cas (sur 51)</i>	<i>Age</i>	<i>Sexe</i>	<i>Dosage quotidien de trifluopérazine</i>	<i>Jour d'apparition de ces effets toxiques</i>
Sensation de fatigue dans les jambes	3	6 ans	M	0.75 mg. b.i.d.	3ème jour de traitement
		10 ans	M	1 mg. b.i.d.	5ème jour
		7 ans	M	1 mg. b.i.d.	3ème jour
Etourdissements	2	5 ans	M	1 mg. b.i.d.	4ème jour
		9 ans	M	0.25 mg. b.i.d.	3ème jour
Agitation extrême	2	4 ans	M	0.50 mg. b.i.d.	4ème jour
		3 ans	F	0.50 mg. b.i.d.	2ème jour
Erythème généralisé	1	5 ans	M	1 mg. b.i.d.	21ème jour
Symptômes extra-pyramidaux	1	5 ans	F	1 mg. b.i.d.	5ème jour
Affaissement	1	9 ans	F	1 mg. b.i.d.	3ème jour

avoir perdu l'usage de la parole, ou parle avec tellement de difficulté que son élocution est inintelligible. En somme, le traitement a occasionné chez cette enfant des manifestations extra-pyramidales typiques.

Le médecin averti qui a prescrit une phénothiazine puissante comme la trifluopérazine ne doit pas se laisser effrayer par ces réactions extra-pyramidales (parkinsonisme et dyskinésie) puisqu'au moment où il la prescrit, il est au courant de l'apparition toujours possible de ces manifestations.

Tout médecin doit connaître ces symptômes extra-pyramidaux susceptibles de se présenter

aux: 8 heures après la suppression de tout traitement, l'enfant avait repris son activité habituelle et paraissait bien normale. Par la suite, nous avons cru prudent de ne pas recourir de nouveau à la trifluopérazine ni au chlorpromazine chez cette petite patiente.

Nous avons la très forte impression que la trifluopérazine a été ici la cause principale des symptômes parkinsoniens, car nous avons eu l'occasion dans le passé d'observer plusieurs cas de réactions extra-pyramidales semblables dues à la chlorpromazine, mais ce fut chaque fois à la suite de l'administration de doses beaucoup plus importantes que celles em-

ployées dans le cas présent. En toute justice, cependant, on doit se demander, si la trifluopérazine seule, sans l'association de chlorpromazine aurait produit les mêmes effets fâcheux. Les autres réactions secondaires que nous avons observées (sensation de fatigue dans les jambes, étourdissements, érythème généralisé, affaissement) étaient franchement d'un caractère bénin. Une diminution du dosage de la trifluopérazine amena une disparition rapide de ces inconvénients mineurs.

Au cours de cette évaluation clinique, nous n'avons noté aucun effet délétère de la trifluopérazine sur le foie, le système hématopoïétique ou les reins. Si le pédiatre traitant prend la peine de suivre de très près l'évolution de son patient, il est impossible que la trifluopérazine soit la cause d'accidents non réversibles.

#### Résumé et conclusion

1. 51 enfants vus au bureau pour, soit des troubles psychiques mineurs, soit des vomissements, reçurent de la trifluopérazine durant une période de temps allant de quelques jours à quatre mois. Dans aucun cas, il ne s'agit d'enfants hospitalisés.
2. La plupart de ces enfants étaient d'âge scolaire, mais quelques-uns étaient des nourrissons vomisseurs âgés de deux ou trois semaines.
3. La trifluopérazine fut prescrite généralement à raison de 1 mg. b.i.d. chez les enfants âgés de 6 à 10 ans et à raison de 0.125 mg. b.i.d. chez les enfants de 1 an ou moins.
4. La trifluopérazine nous est apparue comme un médicament précieux, particulièrement dans le traitement de trois entités cliniques:
  - a) L'anxiété de l'écolier concernant la fréquentation scolaire.
  - b) Les vomissements par pylorospasmes chez le nourrisson et les vomissements de la coqueluche.
  - c) Le bégaiement.
5. Dans ce groupe de 51 patients, des effets secondaires furent observés chez 19.5%

d'entre eux. La plupart de ces effets secondaires étaient d'ordre mineur.

6. La trifluopérazine, médicament puissant, peut être administrée en toute sécurité à un enfant, quel que soit son âge, et cela durant plusieurs mois, si nécessaire, pourvu que le médecin suive de très près son malade. C'est le côté fastidieux du traitement à la trifluopérazine, mais le mal qu'on se donne en vaut bien la peine.
7. Nous sommes convaincus que la trifluopérazine mérite définitivement une place importante dans l'arsenal thérapeutique utilisé en pédiatrie.

#### Summary

Trifluoperazine was administered to 51 children suffering from minor psychic disorders or from vomiting. All of these children were ambulatory patients. Nearly half of them (43% approx.) were of school-age, although some were infants of two to three weeks old.

Generally speaking, the dosage of trifluoperazine was 1 mg. b.i.d. for children of 6 to 10 years old, and 0.125 mg. b.i.d. for babies of one year old or less.

From our study, it may be concluded that trifluoperazine is particularly useful in the treatment of three clinical entities: a) phobia about school-attendance, b) vomiting due to pylorospasms or whooping-cough, c) stuttering.

Side-effects were noted in 19.5% of these 51 children. These undesirable effects were not important enough to cause a great deal of worry, except the extrapyramidal symptoms which occurred in one patient (a girl of 5 years old).

Although trifluoperazine is a powerful drug, our view is that it can be administered to any child of any age for several months, if need be, without danger, provided the pediatrician follows very closely the patient's status. This close watch almost on a daily basis is, of course, rather tedious but the results are well worth the efforts.

In conclusion, we feel that trifluoperazine deserves considerable attention in pediatrics.

#### BIBLIOGRAPHIE

1. L. EISENBERG: *Pediat. Clin. North America*, **5**: 645, 1958.
2. A. YANKAUER et R. A. LAWRENCE: *Am. J. Pub. Health*, **46**: 1553, 1956.
3. Paul H. HOCH: *Canadian Psychiatric Association Journal*, **4**: 31, 1959.

## THYROÏDITE SUBAIGUË DE DE QUERVAIN

A. CHAPDELAINE, C.-E. GRIGNON et J. GRIGNON, F.R.C.P. (C),  
Hôpital Notre-Dame (Montréal).

Récemment on a pu lire de nombreuses publications qui jettent une lumière nouvelle sur la physiopathologie de la thyroïdite subaiguë ou à cellules géantes de De Quervain.

A l'occasion d'un cas typique nous présentons les dernières données qui veulent en expliquer les symptômes cliniques, les résultats de laboratoire et l'évolution.

### Observation.

Une femme de 31 ans admise à l'Hôpital Notre-Dame le 13 décembre 1958, avait présenté trois semaines auparavant une douleur cervicale antérieure basse avec irradiation vers les oreilles. Peu après, elle notait une tuméfaction à l'endroit douloureux et des poussées d'hyperthermie à 101-102. Les antibiotiques n'apportèrent aucun soulagement. Puis apparurent d'autres symptômes, d'ailleurs encore présents lors de son admission: anorexie, amaigrissement de vingt livres, fatigue, asthénie, intolérance à la chaleur, irritabilité marquée avec palpitations. A l'examen la patiente était pyrétique 99-100, la thyroïde était augmentée de volume, bosselée, dure et douloureuse au palper. La rotation de la tête provoquait une douleur à la région thyroïdienne. Le rythme cardiaque était à 92; la peau était chaude. Parmi les examens faits alors, nous remarquons les globules blancs à 16,500 avec des neutrophiles à 82% et des lymphocytes à 13%; le cholestérol sanguin à 130 mg%, le métabolisme basal à + 33%, le PBI chimique à 10.6 microgrammes %. La captation de l'iode radioactif était de 2.9% après 6 heures et de 0.4% après 24 heures. Les protéines totales se lisaient à 7.2gm% avec une électrophorèse où les albumines étaient abaissées à 48% et les globulines  $\alpha^2$  et  $\gamma$  nettement augmentées à 15.6 et 20.5 respectivement.

Le 16 décembre un traitement aux corticoïdes est commencé à raison de 16 mgms par

jour de triamcinolone. Après 24 heures la douleur est très atténuée; la température est normale. La dose est diminuée à 8 mgms le 20 décembre, alors que la thyroïde a diminué de volume et que les symptômes se sont améliorés. Le triamcinolone est cessé définitivement le 12 janvier, alors que la glande semble normale au palper et que les signes de thyrotoxicose sont à peu près disparus.

Le 29 janvier le cholestérol est remonté à 194 mgms%; le métabolisme basal est à x 24; le PBI chimique à 4.5 mcgms%; la captation du radioiode est de 13.8 après 6 heures et de 24.2 après 24 heures. L'électrophorèse est maintenant complètement normale. Le métabolisme basal se retrouvera normal le 17 mars.

### COMMENTAIRES

La thyroïdite subaiguë débute comme une infection que ne modifie guère les antibiotiques, et s'accompagne d'une thyrotoxicose particulière: le PBI chimique est élevé en face d'une captation du radioiode très basse. Depuis quelque temps on a remarqué une perturbation importante des protéines sanguines, notamment des  $\alpha^2$  et  $\gamma$  globulines. Après un temps plus ou moins long, suivant que la maladie est traitée ou pas, l'évolution se fait soit le plus souvent vers l'euthyroïdie ou vers une hypothyroïdie qui requiert des doses modérées d'extrait thyroïdien. Les radiations favoriseraient l'apparition de l'hypothyroïdie. Par contre la réponse aux corticoïdes est dramatique et quasi diagnostique.

### PHYSIOPATHOLOGIE

Jusqu'à récemment, on envisageait plusieurs hypothèses comme étiologie possible: une hyperstimulation de la thyroïde par le TSH, une infection indéterminée, etc. L'explication fournie par Roitt et Doniach nous semble beaucoup plus satisfaisante. Ces chercheurs s'attardèrent à deux faits constants

dans la thyroïdite subaiguë: une augmentation des globulines qui retiennent les anticorps, et une infiltration de la glande par des lymphocytes et des plasmocytes, cellules formatrices d'anticorps. S'agirait-il alors d'une réponse immunologique? Mais normalement on ne développe pas d'anticorps à ses propres protéines, parce qu'au début de la vie il se fait une accoutumance progressive à l'antigène protéique, avant la maturation de la faculté de réponse immunologique; excepté dans les cas où cette protéine ne vient pas, au début, en contact avec ces centres formateurs d'anticorps, et alors il ne peut y avoir de tolérance. Quand plus tard cette protéine est remise en circulation, il pourra y avoir formation d'anticorps.

En faveur de cette hypothèse, déjà en 1927, Hoktoen rapportait que le lapin développe des anticorps à l'extrait thyroïdien d'une autre espèce; et en 1957 Witebsky constate qu'il peut même en fabriquer pour son propre extrait thyroïdien. Depuis les recherches et les publications peuvent se résumer dans celle de Roitt et Doniach; ainsi, dans 109 sur 144 cas de thyroïdite d'Hashimoto ils trouvent une précipitine à la thyroglobuline humaine avec un taux plus élevé chez les cas non traités. D'autres auteurs publient des résultats semblables dans la thyroïdite subaiguë et le myxœdème primaire.

Voici comment se déroulerait le processus. Au début, une infection virale ou autre causerait une solution de continuité dans l'épithélium folliculaire avec écoulement de la thyroglobuline dans le tissu interstitiel. Cette protéine provoquerait une affluence de plasmocytes avec formation locale d'anticorps. Après les expériences de White l'on sait que la réaction immunologique amène une dégénérescence eosinophilique de l'épithélium et par suite une sortie plus considérable de thyroglobuline. L'infiltration lympho-plasmocytaire progresserait de même que la formation d'anticorps, conduisant à une hypertrophie lymphoïde et à un dommage étendu des cellules folliculaires.

A la lumière de la théorie de Roitt, les symptômes cliniques et les résultats de laboratoire s'expliquent très bien. En effet, durant la phase aiguë la fuite de la thyroglobuline produit un PBI élevé et une thyrotoxicose que les réserves de la glande peuvent maintenir un bon moment, car, d'après Fraser elle suffisent à nous maintenir euthyroïdien pendant deux mois. La captation de l'iode est très basse à cause du dommage cellulaire important, comme dans la thyroïdite produite par les radiations, et aussi à cause de la diminution du TSH qui a été freiné par l'abondance d'hormone thyroïdienne en circulation.

L'évolution se fait graduellement vers l'euthyroïdie ou l'hypothyroïdie par l'épuisement des réserves d'hormones avec une chute du PBI. Pendant ce temps le TSH augmente, le dommage cellulaire est graduellement réparé et la captation s'élève vers la normale.

Cette étiologie immunologique semble exister dans plusieurs atteintes thyroïdiennes. Elle expliquerait l'infiltration lympho-plasmocytaire avec destruction des follicules de la thyroïdite de Hashimoto. L'infiltration plasmocytaire du myxœdème sans goitre appartiendrait à un processus semblable. Enfin on a relevé que 38% des thyroïdectomisés qui présentaient un myxœdème dans la phase post-opératoire, révélaient au pathologiste une glande infiltrée de lympho-plasmocytes. L'opération, en relâchant la thyroglobuline, provoquerait la formation d'anticorps avec destruction ultérieure de la glande conservée.

#### Résumé

Nous présentons un cas typique de thyroïdite subaiguë avec une étude biochimique élaborée. Pour comprendre l'aspect et l'évolution de cette maladie, nous croyons que la théorie immunologique de Roitt et Doniach ouvre des horizons nouveaux et favorise la compréhension d'autres troubles thyroïdiens jusqu'à maintenant assez obscurs.

#### Summary

We present a typical case of subacute thyroiditis. We explain the immunologic theory of Roitt and

Doniach which seems to bring a new light over many difficult thyroidal problems.

#### BIBLIOGRAPHIE

- (1) Sidney H. INGBAR et N. FREENKEL: Thyroid function and the Metabolism of Iodine in Patients with subacute thyroiditis. *A. M. A. Arch. Int. Med.*, **101**: 339, 1958.
- (2) R. VOLPE, M. W. JOHNSTON et N. HUBER: Thyroid function in subacute thyroiditis. *J. Clin. Endocrinol. and Metab.*, **18**: 65, 1958.
- (3) R. GREENE, D. C. MARGAN, R. BIRD: The plasma proteins in thyroid disorders. *J. Clin. Endocrinol. and Metab.*, **18**: 99, 1958.
- (4) E. WITEBSKY, N. R. ROSE, G. R. PAINE, R. W. EGAN: Thyroid specific Antibodies. *Ann. New York Acad. Sc.*, **69**: 669, 1957.
- (5) E. WITEBSKY, N. R. ROSE, G. R. PAINE, R. W. EGAN: Chronic thyroiditis and autoimmunisation. *J. A. M. A.*, **164**: 1439, 1957.
- (6) Ch. A. WWEN: A review of autoimmunisation in Hashimoto's disease. *J. Clin. Endocrinol. and Metab.*, **18**: 1015, 1958.
- (7) P. CZERMAK et A. Harell STEINBERG: Chronology of events in the development of subacute thyroiditis studied with I(131). *J. Clin. Endoc. and Metab.*, **17**: 1448, 1957.
- (8) D. DONIACH et I. M. ROITT: Auto-immunity in Hashimoto's disease and its implications. *J. Clin. Endocrinol. and Metab.*, **17**: 1293, 1957.
- (9) L. B. WOOLNER, W. M. McCONAHEY et O. H. BEAHRS: Invasive Fibrous thyroiditis (Riedel's Struma). *J. Clin. Endoc. and Metab.*, **17**: 201, 1957.
- (10) R. W. LUXTON, D. DONIACH et I. M. ROITT: Discussion on Hashimoto's disease. *Proc. R. Soc. of Med. London*, **50**: 943, 1957.
- (11) R. G. WHITE: Discussion on auto-immunity and thyroiditis. *Proc. R. Soc. M. London*, **50**: 953, 1957.
- (12) R. FRASER et R. J. HARRISON: Subacute thyroiditis. *Lancet*, **1**: 382, 1952.
- (13) Talsuo TORAKAI et Soichi KUMAOKO: Subacute thyroiditis treated with salicylate. Report of 5 cases. *New Eng. J. Med.*, **259**: 1265, 1958.
- (14) R. M. BLIZZARD, G. J. HAMWI, T. G. SKELLMAN et W. E. WHEELER: Thyroglobulin antibodies in multiple thyroid diseases. *New Eng. J. Med.*, **260**: 112, 1959.
- (15) M. J. CLINE, H. A. SELENKOW et M. S. BROOKE: Auto-immunity in thyroid disease. *New Eng. J. Med.*, **260**: 117, 1959.
- (16) R. B. GOUDIE, J. R. ANDERSON, Kathleen GRAY, D. H. CLARK, I. P. MURRAY et R. McNICOL: Precipitin test in thyroid disease. *The Lancet*, **2**: 976, 1957.

#### TORSION D'UNE TROMPE UTÉRINE <sup>1</sup>

André CORMIER, F.R.C.S. (C).

Service de Gynécologie, hôpital Notre-Dame (Montréal).

La torsion d'une trompe utérine, même s'il y a plus de 2,000 cas rapportés dans la littérature, est un phénomène rare. Il y a lieu de distinguer la torsion isolée d'une trompe saine et la torsion d'une trompe malade. Selon l'acuité des symptômes, la torsion est aiguë ou chronique. Elle est aussi unie ou bilatérale.

##### Observation.

Le cas rapporté est celui d'une trompe malade. Il s'agit de madame L. B. 41 ans, grvida 1 para 1, qui se présente à l'Hôpital Notre-Dame le 19 mai 1958 pour une douleur aiguë de la fosse iliaque droite accompagnée

de nausées et de vomissements. Cette douleur était apparue deux jours avant, de façon subite au milieu de son sommeil. Une injection de morphine aurait calmé la malade pour 24 heures. Une crise plus douloureuse, la nuit suivante, a motivé son hospitalisation.

Les antécédents sont sans particularité, sauf pour un ictère en 1952, et une stérilité secondaire de 21 ans. Le cycle est régulier aux 28 jours. Durée des règles: trois jours. La dernière remontait à cinq jours.

Nous sommes en face d'une malade anxieuse, souffrante, présentant un état général bien conservé. La température est de 98°F. La tension artérielle de 130/80. L'abdomen est souple, mais la palpation réveille une dou-

1. Communication à la Réunion Annuelle de l'Association des Chirurgiens de la Province de Québec, hôpital Notre-Dame, 21 novembre 1959.

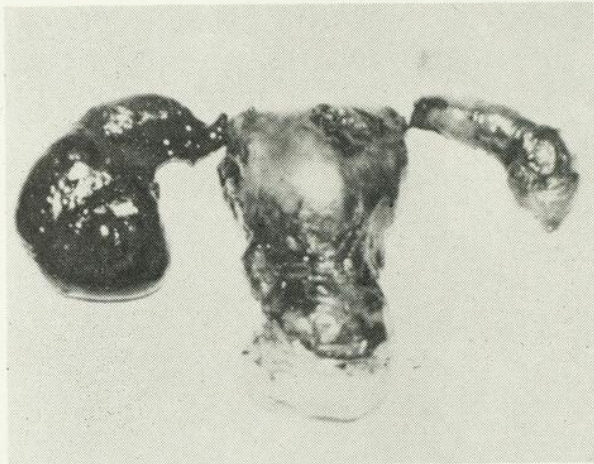
leur vive à la fosse iliaque droite et à la région sus-pubienne.

A l'examen combiné de l'abdomen et du vagin, nous constatons la présence d'une masse fluctuante très douloureuse qui remplit le Douglas et qui au toucher rectal déprime la paroi du rectum. J'en conclus à un hydro-salpinx ou à un kyste tordu de l'ovaire.

Une hystéro-salpingographie révèle une imperméabilité tubaire bilatérale.

L'analyse du sang révèle une formule rouge à 5,000,000, une formule leucocytaire à 9,250. (71% de polynucléaires, 24% de lymphocytes et 5% de monocytes).

A l'exploration chirurgicale, nous avons constaté un petit bassin cloisonné par des adhérences épiploïques lâches, facilement li-



A noter: L'infarctissement de la trompe utérine droite.

bérées. La trompe droite d'un diamètre de 5 cms environ était prolabée dans le cul-de-sac de Douglas. La trompe est noirâtre et présente, à l'isthme, trois à quatre tours de torsion. L'ovaire droit n'est pas intéressé dans ce processus. La trompe gauche est dilatée, mais non tordue. Une hystérectomie totale avec salpingectomie bilatérale fut pratiquée. Les ovaires furent conservés.

Le rapport des pathologistes est le suivant: la trompe droite a une paroi infarctée de sang et une cavité contenant du pus. Etant donné l'état avancé de la nécrose, il n'est plus possible de reconnaître aucune structure.

L'évolution post-opératoire fut sans incident; la malade a quitté l'hôpital le 7e jour après l'opération.

#### MÉCANISME DE LA TORSION

La torsion survient presque toujours la nuit. Le décubitus dorsal fait retomber la trompe en arrière. Il se produit alors une stase veineuse. Parce que les veines sont plus sinueuses et plus extensibles que les artères, la stase, en augmentant la sinuosité, provoque un début de torsion du réseau veineux autour de l'artère, torsion qui entraîne également la trompe et cela à l'endroit où celle-ci est fixée au méso-salpinx. La stase augmente, la torsion se complète, c'est un cercle vicieux. A un certain stade, la torsion est irréversible avec des lésions de thrombose et d'infarctissement.

#### FACTEURS FAVORISANTS

- 1 — anatomique — trompes longues et mobiles dans leur partie externe.
- 2 — embryologique — persistance du type foetal en spirale.
- 3 — physiologique — congestion pré-menstruelle et gravidique.
- 4 — nerveuse — dysfonctionnement de l'innervation sympathique de la trompe par analogie aux torsions et invagination intestinale.
- 5 — mécanique — position couchée, variation de pression exercée sur la trompe selon l'état de réplétion des viscères et les changements brusques de la pression intra-abdominale, au cours d'un traumatisme.

Regad a décrit ce syndrome avec les caractéristiques suivantes :

- 1 — Crise douloureuse pelvienne avec agitation et angoisse, apparaissant au voisinage ou pendant les règles.
- 2 — Pouls rapide et coëxistant avec une température presque normale. Nausées et vomissements.
- 3 — Masse latérale utérine de consistance irrégulière, mobile et extrêmement douloureuse au toucher.

- 4 — Absence de signe pathognomonique de grossesse tubaire. L'abdomen reste souple — absence de choc.
- 5 — Attraction de l'utérus du côté de la masse.

#### CONCLUSION

Même si le syndrome semble assez bien défini, il reste que c'est un diagnostic difficile à poser avant l'intervention. Sa rareté intensifie la difficulté; il est plus normal de penser aux conditions rencontrées plus fréquemment. La présentation de ce travail n'aurait que le mérite de faire comprendre le cas éventuel découvert au cours d'une laparatomie que mon but serait atteint.

#### Résumé

Un cas de torsion d'une trompe utérine malade est rapporté. Le mécanisme de la torsion est étudié ainsi que la symptomatologie.

#### Summary

A case of torsion of a sick Fallopian tube is reported. The mechanism of the torsion and the symptomatology are described.

#### BIBLIOGRAPHIE

1. J. Melvin SANDLER: Torsion of a Fallopian Tube following tubal ligation. *Amer. J. of Obst. and Gyn.*, **76**: 41 (1 juillet) 1958.
2. B. HERVE: Observation de torsion bilatérale des trompes. *Bull. de la Féd. des Sociétés de Gyn. et d'Obst. de langue fr.*, **9**: 143 (avril-mai) 1957.
3. J. ESCHBACH, L. ASCH: Un cas de torsion isolée de la trompe. *Bull. de la Féd. des Sociétés*, **8**: 647 (oct.-déc.) 1956.
4. G. CORDIER, L. QUENU: Torsions de la trompe saine. *Presse Médicale*, **64**: 557 (mars) 1956.
5. G. C. KOHL: Torsion of Uterine Tube following pemy sterilisation. *Obst. and Gyn.*, **7**: 396 (avril) 1956.

## MOUVEMENT MÉDICAL

### RÉCENTES ACQUISITIONS EN RHUMATOLOGIE <sup>1</sup>

de Guise VAILLANCOURT, <sup>2</sup> D.Sc. (Med.), F.R.C.P. (C).

Les rigoureuses exigences du programme chargé qui vous est offert au cours de ces journées d'étude ne me permettent pas de faire une revue même incomplète de la recherche dans le domaine des maladies rhumatismales. Il serait regrettable que la brièveté forcée de cet exposé vous laissât l'idée que les chercheurs dans cette sphère de l'activité médicale sont peu nombreux et peu actifs. Il en est bien autrement puisque la rhumatologie est devenue de par le monde, mais surtout aux Etats-Unis, l'un des principaux sujets d'investigation. Je devrai me contenter ce matin de vous exposer le résultat de quelques-uns seulement des nombreux travaux expérimentaux ayant trait à l'une ou l'autre des maladies rhumatismales. A l'avance, je regrette que cette brève communication ait forcément l'allure d'un discours à « bâtons rompus ».

On me permettra d'abord de vous dire un mot de nos propres recherches à l'Hôtel-Dieu de Montréal. Des travaux antérieurs effectués par les membres de notre équipe nous donnent raison de croire que l'inflammation, qu'elle soit articulaire ou non, est partiellement due à une réaction tissulaire secondaire à une perturbation fonctionnelle des enzymes protéolytiques. Ces dernières années, nous avons surtout étudié, au cours de l'arthrite expérimentale chez le rat, les modifications fonctionnelles de la plasmine, de l'anti-plasmine et de l'estérase plasmatique. Il nous fut donné d'observer que l'activité spécifique de la plasmine et de l'estérase est augmentée au cours des phénomènes anaphylactoïdes de

l'arthrite expérimentale, alors que l'activité anti-plasmine demeure essentiellement inchangée (1-2). Nous estimons que cette observation est d'autant plus intéressante qu'on a souvent remarqué que le stress tend à accroître l'activité de la plasmine chez l'homme. Nous espérons que l'étude du mécanisme d'action de ces enzymes contribuera éventuellement à une meilleure compréhension de l'inflammation en général et de l'arthrite en particulier.

De toutes les maladies rhumatismales, c'est l'arthrite rhumatoïde qui intéresse le plus grand nombre de chercheurs. Depuis quelques années déjà, on étudie avec beaucoup d'ardeur les multiples aspects du facteur rhumatoïde. On sait que le sérum d'un malade atteint d'arthrite rhumatoïde donne lieu à une réaction sérologique ayant une valeur diagnostique bien établie. Deux substances biologiques sont essentielles à cette réaction; d'une part, une gamma globuline et, d'autre part, une macroglobuline présentes dans le sérum de la plupart des malades souffrant d'arthrite rhumatoïde. Cette macroglobuline rencontrée au cours de la polyarthrite chronique évolutive est précisément le facteur rhumatoïde. On parvient à déceler la présence de ce facteur rhumatoïde grâce à la propriété qu'il a de déterminer l'agglutination de plusieurs substances dont les érythrocytes, les particules de latex ou encore par une réaction de précipitation. Le facteur rhumatoïde est susceptible d'évaluation quantitative lorsque la réaction sérologique à laquelle il donne lieu est fortement positive. Il semble probable que dans les cas de maladie rhumatoïde à réaction sérologique négative, le facteur rhumatoïde est également présent mais en faible quantité; dans ces derniers cas, seules des méthodes sérologiques plus

1. Communication au Congrès de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada, Montréal, septembre 1959.

2. L'auteur bénéficie d'un octroi gouvernemental de recherches en vertu d'une entente fédérale-provinciale.

sensibles que celles dont nous disposons aujourd'hui pourraient le mettre en évidence (3). Certains croient que le facteur rhumatoïde traduit la présence d'une hérédité métabolique prédisposant l'individu à l'arthrite rhumatoïde ou à d'autres entités cliniques moins bien caractérisées (4). Quoiqu'il en soit, on a décelé la présence du facteur rhumatoïde plus fréquemment chez les parents de malades atteints de polyarthrite chronique évolutive que chez des sujets-contrôles et ceci, même en l'absence de symptômes (5). Certains cliniciens estiment que l'épreuve de fixation au latex est d'autant plus positive que l'activité de la maladie est grande, et que l'évolution clinique en est orageuse. Cette opinion n'est toutefois pas universellement acceptée. Bref, la présence du facteur rhumatoïde qui détermine la positivité de l'épreuve d'agglutination semble étroitement liée à la maladie rhumatoïde et est démontrable dans la plupart des cas classiques de polyarthrite chronique évolutive.

Le traitement de l'arthropathie rhumatoïde continue à donner lieu à d'importantes recherches cliniques. Chaque année, un ou deux nouveaux stéroïdes viennent augmenter la liste déjà longue de ces substances. La dexaméthasone, est à la fois le plus récent et le plus puissant stéroïde de synthèse produit à date. A volume égal, la dexaméthasone est trente fois plus puissante que la prednisone relativement à la propriété qu'ont ces substances de supprimer la sécrétion hypophysaire de corticotropine chez l'homme; son action anti-rhumatismale est six fois plus grande que ne l'est la prednisone. Il est à noter que la dexaméthasone n'entrave pas l'élaboration cortico-surrénalienne d'aldostérone et ne modifie pas la réponse aldostéronique à une déperdition ou à une privation sodique. A doses thérapeutiques, le nouveau stéroïde de synthèse ne donne pas lieu à une rétention sodée ou à une perte de potassium; il n'a aucun effet sur la tolérance de l'organisme au glucose (6). Parmi les autres agents thérapeutiques, le métabolite 1 de la phénylbutazone, le G 27202, est particulièrement in-

teressant. A doses équivalentes, le G 27202 fut trouvé plus efficace que la Butazolidine au cours du traitement de l'arthrite rhumatoïde, de l'arthrite psoriasique et des arthropathies de dégénérescence (7). Les rapports préliminaires semblent indiquer que le G 27202 est moins toxique que ne l'est la Butazolidine.

On a récemment décrit une maladie cardio-aortique survenant au cours de la spondylite ankylosante. Les principales manifestations de cette entité pathologique sont: l'insuffisance aortique, des anomalies de conduction, une hypertrophie ventriculaire gauche, et moins fréquemment, de la péricardite et des douleurs angineuses de nature obscure. Cette cardiopathie est caractérisée par une dilatation annulaire de la valvule aortique, un épaississement fibreux des cupules de la valvule aortique, une dilatation des sinus de Valsalva, des foyers de dégénérescence élastique et musculaire de la media aortique et des zones de réactions inflammatoires dans toutes les tuniques de l'aorte. L'incidence de cette affection cardio-aortique est plus fréquente dans les cas de spondylite à évolution longue et orageuse associée à une atteinte des articulations périphériques (8).

Relativement au traitement de la spondylite ankylosante, on a observé une augmentation réelle de l'incidence normale de leucémie chez les malades atteints de spondylite rhumatoïde traités par radiothérapie (9).

Disons en passant qu'on en vient de plus en plus, à la suite de l'école anglaise, à considérer que la spondylite ankylosante n'est probablement pas une variante de l'arthrite rhumatoïde mais bien une entité complètement distincte de celle-ci.

A bien des points de vue, la goutte demeure un sujet de recherches fascinant. On en étudie activement le mécanisme encore obscur et, de ces recherches, naissent des conjectures quant à la pathogénie même de la maladie. Ainsi, certains cliniciens en sont venus à penser que la goutte à tophi est peut-être moins un stade d'évolution de la maladie qu'une entité clinique qu'il faudrait distinguer

de la goutte évoluant sans la présence de ces tophis. On a noté que les complications rénales si fréquemment observées au cours de l'arthropathie goutteuse ne surviennent pas nécessairement dans la goutte tophique et, d'autre part, une atteinte de la fonction rénale n'entraîne pas toujours la production de tophi (10). La question des agents uricosuriques a fortement intéressé les chercheurs au cours de ces dernières années. Le G 28315 (Anturan), un nouvel uricosurique, a soulevé un intérêt considérable. De nombreux travaux cliniques ont clairement établi la valeur du G 28315 dans le traitement de la goutte au stade intercritique de la maladie. Jusqu'à présent, cette substance s'est révélée à peu près dépourvue de toxicité et, à tous points de vue, plus efficace que les autres agents uricosuriques disponibles (11). On estime, en effet, que 3 gm. de probenecid, 6 gm. d'aspirine, 1 gm. de phénylbutazone et 0.5 gm. de G 28315 ont une action uricosurique à peu près équivalente (12). Tout récemment, on a remarqué que la zoxazolamine (Flexin) a une propriété uricosurique très marquée (13). Cette observation est d'autant plus intéressante qu'on avait antérieurement noté que l'administration de zoxazolamine pouvait causer une néphropathie transitoire (14). De récentes observations cliniques donnent lieu de croire que la zoxazolamine engendre une véritable néphrotoxicité de laquelle découle l'action uricosurique de la drogue (13). Quoiqu'il en soit, grâce aux uricosuriques disponibles et aux autres médicaments spécifiques de la maladie, l'arthrite goutteuse est presque toujours aisément contrôlable. Espérons qu'on trouvera bientôt une drogue capable de prévenir la formation excessive d'acide urique chez le malade atteint d'hyperuricémie.

Bien que, chez nous comme ailleurs, l'incidence de la fièvre rhumatismale soit à la baisse, on ne continue pas moins d'en étudier les différents aspects. On se souviendra qu'au cours de ces dernières années fut organisé dans 13 centres de Grande-Bretagne, des Etats-Unis et du Canada un programme d'é-

valuation clinique de divers agents thérapeutiques. Un total de 497 enfants furent traités à la phase aiguë de la maladie soit avec de la cortisone, de la corticotropine ou avec de l'aspirine. Après six semaines de traitement dans chaque cas et à la suite d'une période d'observation subséquente de trois semaines, aucun des trois médicaments s'avéra nettement supérieur aux deux autres. Une année après le début de cette étude coopérative, les malades atteints d'une cardiopathie résiduelle étaient aussi nombreux dans un groupe que dans l'autre (15); il en fut de même après trois ans de follow-up. Les cliniciens américains ont maintenant tendance à utiliser, dans la phase aiguë de la fièvre rhumatismale, les hormones cortico-surréaliennes associées aux salicylates. Cette combinaison médicamenteuse donne lieu à des rémissions rapides et soutenues de l'activité rhumatismale. Une fois le traitement hormonal abandonné, les salicylates sont continués jusqu'à cessation de la maladie (16). J'ajouterai que la pénicilline est également employée à la phase aiguë de la fièvre rhumatismale puisque le streptocoque doit de toute nécessité être éliminé de l'organisme. L'American Heart Association conseille de poursuivre indéfiniment le traitement prophylactique à la suite d'un épisode de rhumatisme articulaire aigu sauf dans les cas où il existe une faible susceptibilité individuelle vis-à-vis une rechute toujours possible.

Le traitement de l'arthrite bactérienne constitue un problème sérieux qui ne peut pas toujours être résolu par la seule administration d'antibiotiques. On a même prétendu que les infections bactériennes, qu'elles soient articulaires ou non, sont souvent aussi difficiles à juguler de nos jours qu'elles ne l'étaient avant l'ère des antibiotiques. Aussi, doit-on songer à l'incision et au drainage chirurgical comme méthodes adjuvantes dans le traitement des arthrites pyogéniques.

Un mot, maintenant, sur la recherche des cellules lupiques. Dans plusieurs laboratoires on estime que les cellules L.E. se retrouvent au cours de plusieurs états pathologiques au-

tres que le lupus érythémateux disséminé. Certains cliniciens croient que ce manque de spécificité n'est qu'apparent et tient à la méthode utilisée. Si on a soin d'éviter de produire des lésions cellulaires au cours de la technique employée, l'incidence du phénomène L.E. chez les malades atteints, par exemple, d'arthrite rhumatoïde deviendrait négligeable (17).

J'espère que ces brèves considérations vous auront fait entrevoir l'activité quelquefois fructueuse mais toujours agissante qui règne parmi ceux d'entre nous qui s'intéressent plus particulièrement aux multiples problèmes que suscitent les maladies rhumatismales.

#### Résumé

L'auteur fait ici une brève revue des principaux travaux expérimentaux effectués au cours des dernières années en rhumatologie. Il est d'abord question des recherches qui se poursuivent aux laboratoires de la section de Rhumatologie de l'Hôtel-Dieu de Montréal; l'auteur et ses associés s'intéressent surtout aux phénomènes inflammatoires de l'arthrite rhumatoïde. On fait ensuite le résumé de plusieurs travaux portant sur le facteur rhumatoïde. Certains aspects thérapeutiques sont envisagés; on traite particulièrement des effets métaboliques de la dexaméthasone et du métabolite I de la phénylbutazone. Il est enfin question de recherches cliniques portant, non seulement sur l'arthrite rhumatoïde, mais aussi sur la spondylite ankylosante, l'arthrite goutteuse, la fièvre rhumatismale, les arthropathies bactériennes et certaines collagénoses.

#### Summary

The author reviews the more significant experimental data acquired in the field of Rheumatology during the last few years. The work being done in the research laboratories of the Rheumatology Sec-

tion of the Hôtel-Dieu Hospital in Montreal is briefly considered; the author and his co-workers are particularly interested in studying various aspects of the inflammatory process of rheumatoid arthritis. Recent knowledge concerning the rheumatic factor is then presented. Therapeutic data are subsequently discussed; certain metabolic effects of dexamethasone and metabolite I of phenylbutazone are considered. Various aspects of clinical investigation related, not only to rheumatoid arthritis, but also to ankylosing spondylitis, goutty arthritis, rheumatic fever, the bacterial arthritides and certain collagen diseases are finally presented.

#### BIBLIOGRAPHIE

- (1) S. W. LEVY, de G. VAILLANCOURT: *Proc. Can. Fed. Biol. Socs.*, **2**: 41, 1959.
- (2) S. W. LEVY: *Can. J. Biochem. Physiol.*, **37**: 245, 1959.
- (3) E.C. FRANKLIN, H.G. KUNKEL, J.R. WARD: *Arthr. and Rheum.*, **1**: 400, 1958.
- (4) J. H. KELLGREN, J. BALL: *Brit. Med. J.*, **1**: 523, 1959.
- (5) M. ZIFF, F. R. SCHMID, A. G. LEWIS, M. TANNER: *Arthr. and Rheum.*, **1**: 392, 1958.
- (6) J. J. BUNIM, R. L. BLACK, L. LUTWAK, R. E. PETERSON, G. D. WHEDON: *Arthr. and Rheum.*, **1**: 313, 1958.
- (7) P. VAUGHAN, D. S. POWELL: *Arthr. and Rheum.*, **1**: 283, 1958.
- (8) D.C. GRAHAM, H.A. SMYTHE: *Bull. Rheum. Dis.*, **9**: 171, 1958.
- (9) L. A. FROHMAN, D. H. SILBERBERG, I. F. DUFF, Cité par W. Epstein: *Bull. Rheum. Dis.*, **9**: 166, 1958.
- (10) E. C. BARTELS, G. S. MATOSSIAN: *Arthr. and Rheum.*, **2**: 193, 1959.
- (11) G. D. KERSLEY, E. R. COOK, D. C. TOVEY: *Ann. Rheum. Dis.*, **17**: 326, 1958.
- (12) M.A. OGRYZLO, J. HARRISON: *Ann. Rheum. Dis.*, **16**: 425, 1957.
- (13) E. B. REED, T. V. FEICHTMEIR, F. M. WILLETT: *New Eng. J. Med.*, **258**: 894, 1958.
- (14) T. COHEN: *New Eng. J. Med.*, **256**: 1193, 1957.
- (15) *Circulation*, **11**: 343, 1955.
- (16) E. E. FISHEL, C. W. FRANK, A. J. BOLTAX, M. ARCASOY: *Arthr. and Rheum.*, **1**: 351, 1958.
- (17) C. RAGAN: *Arthr. and Rheum.*, **1**: 474, 1958.

## TRAITEMENT CHIRURGICAL DES ACCIDENTS VASCULAIRES CÉRÉBRAUX<sup>1</sup>

Jean SIROIS, F.A.C.S.  
Hôpital de l'Enfant-Jésus (Québec).

### A — HÉMORRAGIES INTRA-CRANIENNES

#### 1. *Hématomes extra et sous-duraux traumatiques.*

Le traitement chirurgical de cette variété d'hémorragie intra-crânienne a peu varié depuis plusieurs années.

Dès que suspectés et confirmés par les examens ces hématomes doivent être évacués immédiatement par trépanation ou crâniotomie. Il est très important autant que possible de ne pas attendre les déficits neurologiques marqués pour décider le traitement chirurgical de ces hématomes.

La précocité de l'acte est garant du résultat.

#### 2. *Hématomes extra et sous-duraux du jeune âge.*

L'hématome *extra-dural* du jeune âge est moins commun que celui de l'âge adulte, mais par contre comme il se produit fréquemment sans fracture et que le saignement est plus souvent veineux, les symptômes et les signes apparaissent plus tardivement. Dès que suspectée et confirmée, son évacuation par trépanation ou crâniotomie est impérative. Même procédé que chez l'adulte.

L'hématome *sous-dural* des deux premières années devient un problème tout différent au point de vue thérapeutique. Ce traitement chirurgical se fait en trois étapes:

1 — *Ponction sous-durale* — A l'angle externe de la fontanelle antérieure, de chaque côté pour la première fois, si positive, il est retiré en goutte à goutte sans aspiration à la seringue de 10 à 15 cc de liquide. Des ponctions subséquentes sont faites tous les jours en alternant de côté. A noter qu'à la 1ère ponction sous-durale, si positive, une ponction

lombaire doit être pratiquée, afin d'éliminer la possibilité d'un suintement sous-arachnoïdien.

2 — *Trépanation* — Lorsque toute évidence de saignement est disparue à la ponction, une trépanation pariéto-temporale de chaque côté doit être pratiquée afin de constater s'il y a une membrane corticale de formée.

3 — *Crâniotomie* — Une crâniotomie est nécessaire s'il y a une membrane sur le cortex, elle sera faite de chaque côté en deux stages, si la membrane est bilatérale. Il est essentiel que cette membrane soit enlevée, car laissée en place, elle sera la cause d'atrophie corticale future par empêchement du développement des hémisphères.

Les *résultats* obtenus avec un traitement ainsi dirigé ont permis d'éliminer quasi totalement la mortalité et de laisser un taux de morbidité excessivement bas.

#### 3 — *Hématomes cérébraux provoqués.*

Cet accident vasculaire cérébral est traumatique; plus rare que l'hématome extra et sous-dural, il se présente sous deux aspects cliniques différents: aigu ou précoce, chronique ou tardif. Les localisations intra-cérébrales sont variables, parfois multiples.

Le *traitement* chirurgical est nécessaire et efficace lorsque l'hématome est unique dans un hémisphère ou cérébro-ventriculaire. Le diagnostic établi, le traitement consiste à faire une trépanation, évacuer le sang liquide et les caillots, arrêter l'hémorragie s'il y a lieu, prévenir une nouvelle formation sanguine par drainage approprié.

Les *résultats* obtenus dans les deux variétés, aiguë ou chronique — intra-hémisphériques, sont très encourageants, les séquelles neurologiques étant relativement minimales.

Cependant les hémorragies cérébro-ventriculaires traitées chirurgicalement par le même

1. Communication au XXIX<sup>e</sup> Congrès de l'A. M. L. F. C., Montréal, septembre 1959.

procédé, donnent des résultats beaucoup moins éclatants. Les dilacérations cérébrales graves, la brutalité de l'accident ventriculaire, le syndrome d'hypertension intra-crânienne suraiguë provoquent rapidement des troubles graves qui se situent d'emblée au-dessus des ressources thérapeutiques actuelles.

#### 4. Hématomes cérébraux spontanés.

L'hématome cérébral spontané est constitué par un foyer hémorragique aux parois cruantées, fait de caillots et de sang fluide, qui peut s'accroître par épisode ou rester stationnaire, s'entourant alors d'une capsule.

Dans la plupart des cas, les sujets sont âgés, artérioscléreux ou hypertendus. Chez les sujets plus jeunes, lorsque ces pathologies sont inexistantes, il faut soupçonner une malformation vasculaire.

Le traitement chirurgical ne doit pas être trop hâtif, en raison de la consistance et des adhérences du caillot, de la possibilité d'une reprise de l'hémorragie ou d'une régression spontanée; ni trop tardif, car l'interruption des faisceaux nerveux peut être définitive et l'hypertension crânienne occasionner des signes graves et la mort.

La date la plus favorable semble être entre le dixième et le quinzième jour.

Le traitement chirurgical proprement dit est le même que celui déjà mentionné pour les hématomes cérébraux traumatiques.

Les résultats sont en général excellents, si effectués dans les conditions mentionnées, la mortalité est très minime, la restitution « ad integrum » presque constante.

#### B — HÉMORRAGIES SOUS ARACHNOÏDIENNES

Des accidents vasculaires cérébraux, les hémorragies sous arachnoïdiennes sont reconnues comme les plus fréquentes des hémorragies intra-crâniennes non traumatiques et une des principales causes de mort subite.

Son tableau clinique est une expression spectaculaire d'un accident vasculaire cérébral, se manifestant par des signes d'irritation ménin-

gée et cérébrale, déterminée par le sang mélangé au liquide céphalo-rachidien.

Chez les sujets âgés, l'artério-sclérose ou l'hypertension artérielle en sont fréquemment la cause.

Chez les sujets jeunes, l'enquête étiologique est souvent négative, mais lorsqu'elle est positive, une malformation anévrismale ou angiomateuse est la cause la plus fréquemment révélée.

Le traitement chirurgical n'est considéré que dans le cas de l'une de ces malformations vasculaires.

#### 1 — Anévrismes.

Malgré les nombreux travaux et les grands progrès réalisés ces dernières années dans le traitement des anévrismes intra-crâniens, l'accord est loin d'être fait sur les indications respectives des méthodes proposées.

Les statistiques sont relativement limitées, de nombreux facteurs entrent en ligne de compte dans le choix du traitement, siège et taille de l'anévrisme, âge du sujet, état des artères, suppléance de la circulation cérébrale.

Il n'existe donc pas de méthode standard. Chaque cas en particulier est envisagé selon les divers facteurs en cause, avant le choix de la thérapeutique.

Une règle est formelle, pratiquer une artériographie bilatérale, ce qui permettra de savoir s'il y a plusieurs anévrismes et, de savoir par quelle artère cérébrale antérieure l'anévrisme reçoit le sang, lorsqu'il est placé à la communicante antérieure.

Le traitement chirurgical offre deux méthodes opératoires, du moins en ce qui concerne le principe; la ligature carotidienne et l'abord direct intra-crânien.

Plusieurs procédés peuvent être utilisés pour chacune de ces méthodes et parfois les deux méthodes doivent être combinées.

1. *Ligature carotidienne* — La ligature carotidienne vise à diminuer l'apport sanguin dans l'anévrisme et à la faveur du ralentissement circulatoire à en favoriser la thrombose.

## TRAITEMENT CHIRURGICAL DES ACCIDENTS VASCULAIRES CÉRÉBRAUX<sup>1</sup>

Jean SIROIS, F.A.C.S.  
Hôpital de l'Enfant-Jésus (Québec).

### A — HÉMORRAGIES INTRA-CRANIENNES

#### 1. *Hématomes extra et sous-duraux traumatiques.*

Le traitement chirurgical de cette variété d'hémorragie intra-crânienne a peu varié depuis plusieurs années.

Dès que suspectés et confirmés par les examens ces hématomes doivent être évacués immédiatement par trépanation ou crâniotomie. Il est très important autant que possible de ne pas attendre les déficits neurologiques marqués pour décider le traitement chirurgical de ces hématomes.

La précocité de l'acte est garant du résultat.

#### 2. *Hématomes extra et sous-duraux du jeune âge.*

L'hématome *extra-dural* du jeune âge est moins commun que celui de l'âge adulte, mais par contre comme il se produit fréquemment sans fracture et que le saignement est plus souvent veineux, les symptômes et les signes apparaissent plus tardivement. Dès que suspectée et confirmée, son évacuation par trépanation ou crâniotomie est impérative. Même procédé que chez l'adulte.

L'hématome *sous-dural* des deux premières années devient un problème tout différent au point de vue thérapeutique. Ce traitement chirurgical se fait en trois étapes:

1 — *Ponction sous-durale* — A l'angle externe de la fontanelle antérieure, de chaque côté pour la première fois, si positive, il est retiré en goutte à goutte sans aspiration à la seringue de 10 à 15 cc de liquide. Des ponctions subséquentes sont faites tous les jours en alternant de côté. A noter qu'à la 1<sup>ère</sup> ponction sous-durale, si positive, une ponction

lombaire doit être pratiquée, afin d'éliminer la possibilité d'un suintement sous-arachnoïdien.

2 — *Trépanation* — Lorsque toute évidence de saignement est disparue à la ponction, une trépanation pariéto-temporale de chaque côté doit être pratiquée afin de constater s'il y a une membrane corticale de formée.

3 — *Crâniotomie* — Une crâniotomie est nécessaire s'il y a une membrane sur le cortex, elle sera faite de chaque côté en deux stages, si la membrane est bilatérale. Il est essentiel que cette membrane soit enlevée, car laissée en place, elle sera la cause d'atrophie corticale future par empêchement du développement des hémisphères.

Les *résultats* obtenus avec un traitement ainsi dirigé ont permis d'éliminer quasi totalement la mortalité et de laisser un taux de morbidité excessivement bas.

#### 3 — *Hématomes cérébraux provoqués.*

Cet accident vasculaire cérébral est traumatique; plus rare que l'hématome extra et sous-dural, il se présente sous deux aspects cliniques différents: aigu ou précoce, chronique ou tardif. Les localisations intra-cérébrales sont variables, parfois multiples.

Le *traitement* chirurgical est nécessaire et efficace lorsque l'hématome est unique dans un hémisphère ou cérébro-ventriculaire. Le diagnostic établi, le traitement consiste à faire une trépanation, évacuer le sang liquide et les caillots, arrêter l'hémorragie s'il y a lieu, prévenir une nouvelle formation sanguine par drainage approprié.

Les *résultats* obtenus dans les deux variétés, aiguë ou chronique — intra-hémisphériques, sont très encourageants, les séquelles neurologiques étant relativement minimales.

Pendant les hémorragies cérébro-ventriculaires traitées chirurgicalement par le même

1. Communication au XXIX<sup>e</sup> Congrès de l'A. M. L. F. C., Montréal, septembre 1959.

procédé, donnent des résultats beaucoup moins éclatants. Les dilacérations cérébrales graves, la brutalité de l'accident ventriculaire, le syndrome d'hypertension intra-crânienne suraiguë provoquent rapidement des troubles graves qui se situent d'emblée au-dessus des ressources thérapeutiques actuelles.

#### 4. Hématomes cérébraux spontanés.

L'hématome cérébral spontané est constitué par un foyer hémorragique aux parois cruantées, fait de caillots et de sang fluide, qui peut s'accroître par épisode ou rester stationnaire, s'entourant alors d'une capsule.

Dans la plupart des cas, les sujets sont âgés, artérioscléreux ou hypertendus. Chez les sujets plus jeunes, lorsque ces pathologies sont inexistantes, il faut soupçonner une malformation vasculaire.

Le traitement chirurgical ne doit pas être trop hâtif, en raison de la consistance et des adhérences du caillot, de la possibilité d'une reprise de l'hémorragie ou d'une régression spontanée; ni trop tardif, car l'interruption des faisceaux nerveux peut être définitive et l'hypertension crânienne occasionner des signes graves et la mort.

La date la plus favorable semble être entre le dixième et le quinzième jour.

Le traitement chirurgical proprement dit est le même que celui déjà mentionné pour les hématomes cérébraux traumatiques.

Les résultats sont en général excellents, si effectués dans les conditions mentionnées, la mortalité est très minime, la restitution « ad integrum » presque constante.

#### B — HÉMORRAGIES SOUS ARACHNOÏDIENNES

Des accidents vasculaires cérébraux, les hémorragies sous arachnoïdiennes sont reconnues comme les plus fréquentes des hémorragies intra-crâniennes non traumatiques et une des principales causes de mort subite.

Son tableau clinique est une expression spectaculaire d'un accident vasculaire cérébral, se manifestant par des signes d'irritation ménin-

gée et cérébrale, déterminée par le sang mélangé au liquide céphalo-rachidien.

Chez les sujets âgés, l'artério-sclérose ou l'hypertension artérielle en sont fréquemment la cause.

Chez les sujets jeunes, l'enquête étiologique est souvent négative, mais lorsqu'elle est positive, une malformation anévrismale ou angiomateuse est la cause la plus fréquemment révélée.

Le traitement chirurgical n'est considéré que dans le cas de l'une de ces malformations vasculaires.

#### 1 — Anévrismes.

Malgré les nombreux travaux et les grands progrès réalisés ces dernières années dans le traitement des anévrismes intra-crâniens, l'accord est loin d'être fait sur les indications respectives des méthodes proposées.

Les statistiques sont relativement limitées, de nombreux facteurs entrent en ligne de compte dans le choix du traitement, siège et taille de l'anévrisme, âge du sujet, état des artères, suppléance de la circulation cérébrale.

Il n'existe donc pas de méthode standard. Chaque cas en particulier est envisagé selon les divers facteurs en cause, avant le choix de la thérapeutique.

Une règle est formelle, pratiquer une artériographie bilatérale, ce qui permettra de savoir s'il y a plusieurs anévrismes et, de savoir par quelle artère cérébrale antérieure l'anévrisme reçoit le sang, lorsqu'il est placé à la communicante antérieure.

Le traitement chirurgical offre deux méthodes opératoires, du moins en ce qui concerne le principe; la ligature carotidienne et l'abord direct intra-crânien.

Plusieurs procédés peuvent être utilisés pour chacune de ces méthodes et parfois les deux méthodes doivent être combinées.

1. *Ligature carotidienne* — La ligature carotidienne vise à diminuer l'apport sanguin dans l'anévrisme et à la faveur du ralentissement circulatoire à en favoriser la thrombose.

Elle est employée de préférence pour les anévrismes en amont de la bifurcation carotidienne. Cependant, plusieurs auteurs estiment que même les anévrismes situés au delà de la bifurcation peuvent justifier une ligature de la carotide.

Cette ligature se fait à la carotide primitive d'une façon progressive au moyen d'un clip de Selverstone ou autre. Si la technique est adéquate, il n'y a pas d'accident à craindre.

2. *Abord direct intra-crânien* — Employé pour les anévrismes de la communicante antérieure, de la cérébrale antérieure ou moyenne (Sylvienne).

A) *Isoler* l'anévrisme par un clip au niveau de son implantation sur l'artère s'il y a un collet.

B) *Provoquer* une thrombose en bouchant l'anévrisme seul, sans perturber la circulation du vaisseau intéressé au moyen d'un bouchon musculaire aponévrotique, plastique, ou en entourant l'anévrisme d'un plastique qui en durcissant, empêchera sa rupture.

C) *Isoler* l'anévrisme entre deux clips appliqués au vaisseau intéressé.

Ce dernier procédé est *dangereux* à la cérébrale antérieure, entraînant un coma, une vie végétative non recommandable, des troubles psychiques. A la cérébrale moyenne (Sylvienne) une hémiplégie est la séquelle à craindre. Mais il est *pratique* à la cérébrale postérieure, évitant le reflux sanguin en provenance du système vertébral, tronc basilaire.

La technique chirurgicale nécessite, une crâniotomie pratiquée sous hypothermie contrôlée et l'emploi intra-veineux de l'urée s'il y a œdème cérébral.

Les *résultats* d'ensemble sont loin d'être encore parfaits. L'abord direct intra-crânien a fait de grands progrès, grâce à l'hypothermie, mais à mon avis, la mortalité et surtout la morbidité demeurent encore beaucoup trop élevées. Je demeure donc encore convaincu qu'à ces deux points de vue, la ligature carotidienne, quelque soit la localisation de l'anévrisme, sauf celui du tronc basilaire et de ses

branches, procure dans l'ensemble, des résultats immédiats et tardifs beaucoup meilleurs.

## 2 — *Angiomes.*

Les angiomes cérébraux propres à provoquer des accidents vasculaires sont des lésions constituées par des vaisseaux adultes, ou proches de ce type, c'est-à-dire plus ou moins nettement différenciés en artères, veines, capillaires.

Deux variétés spécifiquement retiendront notre attention: l'angiome artériel, l'angiome veineux.

### 1 — *Angiome artériel.*

Lésion malformative formée d'un peloton de vaisseaux dilatés contenant du sang artériel se drainant dans le système veineux.

Un artériogramme très adéquat démontrant bien le réseau artériel et veineux est essentiel pour décider de la technique chirurgicale à employer.

A) *Extirpation* chirurgicale en totalité est, de toute évidence, la seule solution logique. Elle est difficile et dangereuse et laisse fréquemment des séquelles importantes. Les accidents opératoires et post-opératoires sont fort à craindre à cause de la perturbation circulatoire provoquée. Ici encore, l'hypothermie est nécessaire. Cette technique n'est employée que lorsque nous sommes bien assuré de pouvoir enlever, ou fermer pour le moins, tout l'apport artériel et le drainage veineux.

B) *La ligature carotidienne* est réservée à des cas d'exception, tel que les malades qui ont subi un accident hémorragique important et dont l'état demeure précaire. Elle n'est définitivement que palliative, elle ne peut mettre les malades à l'abri d'un second accident vasculaire puisqu'elle ne saurait affaiblir complètement un angiome artériel dont le réseau artériel est tellement dilaté et les anastomoses si nombreuses.

C) Mentionnons en outre que la *Radiothérapie*, dans l'espoir que de fortes doses longtemps répétées parviendraient à scléroser progressivement le peloton vasculaire angioma-teux, a une efficacité plus théorique que pratique.

## 2 — Angiome veineux.

Qu'il s'agisse de varices cérébrales ou d'un angiome plexiforme, les lésions sont généralement superficielles. Il est possible d'exciser la plus grande partie du peloton variqueux sans occasionner de troubles importants dans la circulation de retour du cerveau.

Si le traitement de ces angiomes veineux superficiels est relativement simple et dénué de danger, il n'en est pas de même des malformations veineuses tributaires du système de la veine de Galien puisque l'exploration des régions avoisinants le III<sup>ème</sup> ventricule et le tronc cérébral s'avère une entreprise extrêmement hasardeuse.

L'on doit savoir au sujet des angiomes veineux que ceux qui se révèlent par des accidents hémorragiques sont généralement au-dessus de toute possibilité de traitement chirurgical.

## C — THROMBOSES CÉRÉBRALES

Les thromboses cérébrales bénéficient parfois d'un traitement chirurgical. Les différentes techniques employées sont les suivantes:

### 1 — Bloc stellaire.

La valeur de ce traitement est encore débattue et demeure hypothétique. Tant de malades récupèrent sans traitement particulier, sauf lors de thrombose de la basilaire.

Tout de même, le fait de constater une amélioration importante du tracé de l'E.E.G. après un bloc stellaire, nous fait croire que la région cérébrale intéressée bénéficie de cette thérapeutique. De plus, sauf pour quelques complications techniques locales, le bloc stellaire n'a jamais fait progresser le syndrome neurologique. Ce traitement doit donc être conservé et appliqué.

### 2 — Sympathectomie cervicale.

Puisqu'il est reconnu qu'après une sympathectomie cervicale bilatérale que la résistance cérébro-vasculaire décroît définitivement, que la pression diastolique de l'artère centrale de la rétine réduite par la thrombose s'élève à la normale, ces constatations sont suffisantes pour conseiller ce procédé chirurgical chez les malades ayant bénéficié mais temporairement des bons effets du bloc stellaire.

### 3 — Résection artérielle.

Si l'on admet l'affirmation de Babinski « qu'une artère oblitérée est un nerf sympathique » il faudrait croire que la résection de cette artère donnerait des résultats excellents.

Cependant, il faut admettre que les résultats pratiques sont loin des conclusions théoriques.

### 4 — Endartériectomie.

Est le procédé de choix lorsque la thrombose s'est formée à la bifurcation de la carotide primitive ou à la carotide interne près de la bifurcation.

Les résultats sont assez remarquables, mais malheureusement environ 50% de ces malades reviendront avec une nouvelle formation de thrombus au même endroit.

## Résumé

1 — Le traitement chirurgical est impératif dans les hématomes extra et sous-duraux traumatiques et du jeune âge. Il est nécessaire dans un grand nombre de cas des hématomes cérébraux provoqués et spontanés.

2 — Il reste encore partiellement inadéquat pour les hémorragies sous-arachnoïdiennes d'étiologie anévrysmale ou angiomateuse.

3 — Il est à peu près nul pour toute fin pratique en ce qui concerne les thromboses cérébrales.

## PHARMACOLOGIE DES TRANQUILLISANTS <sup>1</sup>

Aurèle BEAULNES,  
Département de pharmacologie, Faculté de Médecine,  
Université de Montréal.

Pendant la courte période de sept ans qui s'est écoulée depuis les premiers essais avec la chlorpromazine en 1952 (Delay), nous avons tous été témoins de ce bouleversement considérable qui s'est opéré dans le traitement médicamenteux des maladies mentales. Un branle-bas non moins important s'est effectué dans le champ de la pharmacologie qui a vu naître deux sciences nouvelles: la psychopharmacologie et la neuropharmacologie. La première s'intéresse aux substances, dites psychotropes, qui altèrent l'activité psychique et la seconde étudie les médicaments qui, par leur action centrale, altèrent la sensibilité et la motricité.

J'aimerais vous faire part, au cours de cette courte communication, de quelques-unes des joies et peines qu'éprouve le pharmacologiste devant la classe des tranquillisants. Nous étudierons brièvement les classifications les plus récentes des tranquillisants, le problème crucial des méthodes d'étude des tranquillisants, les caractéristiques pharmacodynamiques des principaux tranquillisants ainsi que leur mécanisme d'action. Nous parlerons ensuite de l'importance de ces substances dans l'étude de la motricité et finalement nous dirons quelques mots sur la nouvelle classe des thymoleptiques.

### CLASSIFICATION DES TRANQUILLISANTS

Réglons en premier lieu, si vous le voulez bien, un problème d'orthographe. De même que les Français mettent deux « l » au mot tranquillisant, les Anglais écrivent « tranquilizer » avec deux « l ». De ce côté-ci de l'Atlantique, de même que les Américains mettent un « l » au mot « tranquilizer », les Canadiens d'expression française emploient le mot tranquillisant avec un « l ». Écrivons ce mot avec deux « l » tel qu'il existait déjà dans la langue française.

Pour la première fois dans l'histoire de la pharmacologie, une nouvelle classe de médicaments est apparue à l'insu des pharmacologistes à la suite d'observations cliniques mettant en lumière un certain nombre de propriétés thérapeutiques communes à des médicaments utilisés jusque-là dans d'autres indications (Boissier, 1958). C'est ainsi que la réserpine, employée avec succès par Wilkins en 1952 pour combattre l'hypertension, se montra tellement efficace pour calmer ses patients anxieux et inquiets, qu'elle fut bientôt employée avant tout pour ses effets secondaires. C'est ainsi que la chlorpromazine fut synthétisée dans les laboratoires Poulenc dans le but de mettre sur pied un antihistaminique qui serait aussi puissant que la prométhazine (Phénergan) mais qui ne produirait pas de somnolence. L'action dépressive de la nouvelle molécule devint rapidement plus intéressante que l'action antihistaminique recherchée.

Les classifications des tranquillisants sont hétérogènes car elles reposent sur des considérations aussi bien cliniques et thérapeutiques qu'expérimentales. Il existe un désaccord profond entre les auteurs et un manque certain d'homogénéité. La classification des substances psychotropes selon Delay s'impose par sa clarté. Cet auteur divise les psychotropes en psycholeptiques qui réduisent l'activité mentale, en psychoanaleptiques qui élèvent l'activité mentale et en psychodysleptiques qui devient l'activité mentale. La classe des psycholeptiques se divise à son tour en trois classes secondaires distinctes par leurs actions cliniques et thérapeutiques: les hypnotiques, les neuroleptiques et les sédatifs. Ces deux dernières classes groupent les substances que nous appelons tranquillisantes.

Alexander propose une classification des tranquillisants en quatre groupes: les tranquillisants proprement dit, les relaxants, les

TABLEAU I  
CLASSIFICATION DES SUBSTANCES PSYCHOTROPES

	Exemples
I — <i>Classification des substances psychotropes (Delay)</i>	
1 — Psycholeptiques: réduisent l'activité mentale.	
a) hypnotiques: action prédominante sur le sommeil	Pentobarbital
b) neuroleptiques: production d'un syndrome neurologique particulier	Chlorpromazine
c) sédatifs ou tranquillisants mineurs: sédation de l'anxiété	Méprobamate
2 — Psychoanaleptiques: élèvent l'activité mentale	Pipradol
3 — Psychodysleptiques: dévient l'activité mentale	LSD <sub>25</sub>
II — <i>Classification des tranquillisants selon Alexander.</i>	
1 — Tranquillisants ( <i>tranquilizers</i> )	Chlorpromazine
Traitements des états d'agitation et d'hyperactivité	
2 — Relaxants ( <i>relaxant drugs</i> )	Méprobamate
Action tranquillisante avec effet inhibiteur moins marqué	
3 — Ataraxiques ( <i>ataraxic drugs</i> )	Azacyclonol
Pas d'action hypnotique; régularisent l'équilibre neuropsychique	
4 — Antiphobiques ( <i>antiphobic drugs</i> )	Benactyzine
III — <i>Classification de l'Organisme Mondial de la Santé.</i>	
1 — Tranquillisants majeurs	Chlorpromazine
2 — Tranquillisants mineurs	Prométhazine
3 — Sédatifs:	
a) hypno-sédatifs	Les hypnotiques
b) tranquillo-sédatifs	Méprobamate
4 — Acétylcholinolytiques	Bénactyzine
5 — Stimulants ou psychotoniques	Pipradrol
6 — Hallucinogènes ou psychosomimétiques	LSD <sub>25</sub>
IV — <i>Classification pharmacologique des tranquillisants (Berger).</i>	
1 — Relaxants musculaires	Méprobamate
2 — Tranquillisants agissant au niveau du système nerveux autonome	Tous les autres

ataraxiques et les antiphobiques. L'an dernier, l'organisme mondial de la santé a proposé à son tour une nouvelle classification qui ne diffère pas fondamentalement de celle de Delay. Enfin, Berger classifie très simplement les tranquillisants en relaxants musculaires et en substances agissant au niveau du système nerveux autonome bien que ce ne soit aucunement par ces deux propriétés que les tranquillisants soient caractérisés au point de vue clinique.

#### MÉTHODES D'ÉTUDE DES TRANQUILLISANTS

Le pharmacologiste, spécialiste qui s'attache avant tout à définir l'action des médicaments sur l'organisme et à rechercher leur mécanisme d'action, a besoin, au cours de cette étape initiale obligatoire chez l'animal, de méthodes adéquates pour évaluer l'activité des médicaments. Les méthodes qu'il emploie vont sembler parfois bien cocasses aux yeux du

profane. Cependant, si la méthode permet de bien caractériser qualitativement et quantitativement un groupe de substances et surtout si elle permet de prévoir l'action de nouvelles molécules, la méthode est bonne. Il faut toutefois admettre que plus le critère d'évaluation de l'activité médicamenteuse se rapproche d'un effet clinique ou du but thérapeutique de l'emploi de la substance, plus cette méthode sera satisfaisante.

Le grand nombre de méthodes d'étude des tranquillisants témoigne de l'ampleur du problème. Cela est dû à la fois à la multiplicité des actions des tranquillisants et au peu de connaissances du mécanisme intime de leur action. Presque tous ces tests, ou du moins, quelques méthodes représentatives de chacun des cinq groupes mentionnés dans le deuxième tableau sont requis pour bien définir l'activité pharmacodynamique d'un tranquillisant.

## TABLEAU II

## METHODES D'ETUDES DES TRANQUILLISANTS

- I — *Actions sur le comportement.*
- A. Action sur le comportement d'ensemble
    - 1) Observation
    - 2) Etude de la motilité — actographie
  - B. Comportement instinctif et non appris
    - 1) Agressivité du singe
    - 2) Agressivité du poisson combattant
    - 3) Peur provoquée chez la souris
  - C. Réflexes conditionnés
  - D. Situation de conflit — névrose expérimentale.
- II — *Actions sur les réflexes.*
- 1) Tige tournante
  - 2) Test de la traction
  - 3) Réflexe de posture.
- III — *Actions sur les centres inférieurs du système nerveux central*
- 1) Effets sur le vomissement
  - 2) Effets sur les centres sympathiques
  - 3) Action sur la température centrale.
- IV — *Actions sur l'activité électrique du cerveau.*
- 1) Réactivité de la formation réticulée
  - 2) Activité électrique spontanée.
- V — *Synergies et antagonismes.*
- 1) Interactions avec les convulsivants
  - 2) Interactions avec la morphine
  - 3) Interactions avec les stimulants: LSD, mescaline, iproniazide, IDPN
  - 4) Interactions avec les hypnotiques et les anesthésiques généraux.

## CARACTÉRISTIQUES PHARMACODYNAMIQUES

Dans le tableau très complexe des propriétés des tranquillisants, permettez-moi d'extraire l'essentiel et de broser les caractéristiques des deux tranquillisants majeurs, la chlorpromazine et la réserpine.

La chlorpromazine exerce son action à la fois sur le système nerveux central et sur le système nerveux périphérique. A la périphérie, la chlorpromazine nous apparaît comme un agent bloquant du système nerveux parasympathique et surtout du sympathique, comme un antihistaminique faible et un relaxant musculaire. Au niveau du système nerveux central, la chlorpromazine est un dépresseur généralisé qui semble toutefois avoir une prédilection pour la formation réticulée. Somme toute, la chlorpromazine est un dépresseur plus ou moins spécifique capable

d'inhiber aussi bien la croissance du grain de blé que les manifestations maniaques des psychotiques. Son action sédatrice est souvent associée à de la somnolence, ce qui la distingue de la réserpine qui n'en produit pas. Cette action apparaît plus rapidement et dure moins longtemps que celle de la réserpine. Les réactions toxiques secondaires à l'administration de la chlorpromazine sont peu nombreuses mais plus graves que celles qui suivent l'administration de réserpine.

Pour compléter la comparaison, disons que la réserpine a une action localisée presque exclusivement au niveau du système nerveux central, dans la région de l'hypothalamus. Son action stimulante sur la formation réticulée nous offre une explication de la production d'appivoisement chez l'animal et de sédation sans hypnose chez l'homme puisque nous connaissons bien maintenant le rôle de la formation réticulée dans le maintien de l'état d'éveil.

Les effets tardifs ou chroniques des tranquillisants nous réservent des surprises. Permettez-moi de mentionner le travail que nous avons réalisé avec le docteur Louis Poirier, travail au cours duquel nous avons pu démontrer que certaines actions de la chlorpromazine chez le singe dépendaient de l'état initial de sa réactivité et qu'une seule injection de chlorpromazine pouvait complètement inverser cette réactivité.

ACTION DES TRANQUILLISANTS  
SUR LA MOTRICITÉ

J'aimerais vous dire quelques mots de l'action des tranquillisants sur la motricité. En dehors des syndromes parkinsoniens bien connus qui apparaissent à la suite de l'administration chronique de certains tranquillisants, il existe une grande variété d'altérations motrices, allant de la rigidité et de l'hyperkinésie jusqu'à des états cataleptiques très nets, qui peuvent être produites par diverses substances psychotropes. Il s'agit là d'un champ de recherches des plus intéressants et des plus prometteurs.

#### LES THYMOLEPTIQUES

En dernier lieu, j'aimerais souligner l'avènement d'une nouvelle classe de psychoanaleptiques, celle des thymoleptiques que le récent congrès international sur la dépression et les états associés cristallisait en mars dernier. Une légère modification dans le noyau de la chlorpromazine, c'est-à-dire le remplacement d'un atome de soufre par un radical éthylique, produit une molécule très active, l'imipramine (Tofranil), dans le traitement des états dépressifs, ce champ où les neuroleptiques étaient tout à fait inefficaces. On peut espérer des développements très intéressants avec l'imipramine et ses dérivés.

#### Résumé

Les éléments essentiels de la pharmacologie des tranquillisants ont été brièvement passés en revue:

1) les classifications des tranquillisants sont nombreuses et hétérogènes car elles reposent sur des considérations aussi bien cliniques et thérapeutiques qu'expérimentales. La classification des substances psychotropes selon Delay est proposée comme étant la meilleure.

2) à cause de la multiplicité des actions des tranquillisants et du peu de connaissance de leur mécanisme d'action intime, il existe un grand nombre de méthodes d'étude de l'activité tranquillisante.

3) les caractéristiques pharmacodynamiques principales de la chlorpromazine et de la réserpine ont été énumérées.

4) l'importance des thymoleptiques et de l'étude des tranquillisants sur la motricité a été soulignée.

#### Summary

The pharmacological characteristics of tranquilizers have been reviewed briefly.

- 1) Classification schemes for tranquilizers are numerous and heterogeneous because they rest on clinical, therapeutic as well as experimental viewpoints. Delay's classification of psychotropic drugs is proposed as being the most satisfactory.
- 2) On account of the multiple actions of tranquilizers and of the scant knowledge of their intimate mechanism of action, numerous methods of study of tranquilizing activity exist.
- 3) The main pharmacodynamic properties of chlorpromazine and reserpine were enumerated.
- 4) The importance of thymoleptics and of the study of the action of tranquilizers on motor function was stressed.

#### BIBLIOGRAPHIE

- A. BEAULNES et L. J. POIRIER: Effect of tranquilizers on the glycemie and leucocytic responses of the monkey to immobilization. A publier.
- J. R. BOISSIER: Méthodes d'études pharmacologiques des substances dites tranquillisantes. *Thérapie*, **13**: 1074, 1958.
- J. DELAY et coll.: Utilisation en thérapeutique psychiatrique d'une phénothiazine d'action centrale (4560 R.P.). *Ann. médico-psychologiques*, **110**: 112 (juin) 1952.
- J. DELAY: Introduction à l'étude des neuroleptiques. *Journées thérapeutiques de Paris, 1958*. G. Doin, édit., Paris — page 181.

## ASPECTS PHYSIOLOGIQUES DU VIEILLISSEMENT <sup>1</sup>

Eugène ROBILLARD,  
Laboratoire de Physiologie, Université de Montréal.

La période fantaisiste de la gérontologie semble à peu près révolue. A ses débuts, il y a un peu plus de cinquante ans, la biologie générale de la sénescence s'encombrait facilement de théories basées sur l'autorité de leurs auteurs. Ainsi, Metchnikoff attribuait le vieillissement à une intoxication intestinale d'origine bactérienne et Brown-Séguard pensait retrouver une vigueur disparue par l'administration des testicules. Actuellement, si dans le peuple on accorde encore une certaine faveur à des préparations qui ont surtout le mérite d'une bonne publicité, les milieux savant et médical ne s'arrêtent plus qu'aux faits scientifiquement démontrés. D'ailleurs, comme la durée de la vie s'accroît progressivement, l'on adopte une attitude plus réaliste ayant pour but d'entretenir les personnes âgées dans un état physiologique plus actif et plutôt agréable que d'augmenter encore la longévité.

Ainsi, la distinction entre l'âge chronologique et l'âge physiologique conserve son intérêt d'actualité. On comprend aussi qu'une modification de l'âge physiologique constitue un test essentiel pour juger de l'efficacité d'un facteur donné sur le processus général de la sénescence. Cependant, la mesure de l'âge physiologique global d'un individu est rendue difficile et aléatoire par suite de l'asynchronicité du vieillissement des divers organes. Pour des fins de mesures biologiques expérimentales, Tamplin définit l'âge physiologique d'un individu comme l'ensemble de ses tendances vers la mort. La survie devient ainsi un test de l'âge physiologique pour lequel il nous donne une méthode statistique détaillée. Mais la survie demeure un paramètre expérimental final qui implique l'étude d'un grand nombre d'animaux et un coût d'entretien souvent prohibitif. Néanmoins, ce test peut nous permettre en clinique humaine d'examiner quan-

titativement et en fonction de l'âge la relation entre certaines mesures biologiques et la mortalité.

Comme les individus âgés se caractérisent d'une façon générale par une perte progressive de leurs facultés d'adaptation, les modifications des mécanismes d'adaptation ont donné lieu à quelques tests d'âge biologique. Chez l'homme, Verzar ('58) signale à cette fin la diminution de l'accommodation visuelle. Malheureusement, l'accommodation visuelle n'est importante que chez l'homme et le singe, ce qui empêche d'établir des corrélations chez les autres espèces. Mais l'augmentation de la vitesse de propagation du pouls présente une corrélation assez étroite avec la diminution de l'accommodation visuelle et existe aussi chez les autres espèces. D'autres mécanismes d'adaptation plus généraux mais d'étude moins commode chez l'homme comme la résistance aux changements de températures ambiantes, l'adaptation à la dépression barométrique, la résistance à la fatigue, la vitesse de récupération après l'effort sont aussi diminués chez l'individu âgé. Il faut cependant signaler le maintien des processus anatomiques d'adaptation comme l'hypertrophie rénale à la suite de l'ablation d'un rein, l'hypertrophie cardiaque consécutive à un rétrécissement expérimental de l'aorte. Mais, lorsque ces processus sont rapides comme dans la cicatrisation des plaies ou la régénération du foie après son ablation partielle, il est facile de mettre en évidence le ralentissement de ces adaptations chez l'individu âgé.

Les tests d'âge physiologique ou du vieillissement global doivent tenir compte du fait que le vieillissement est un processus d'involution progressif qui n'atteint pas tous les organes et toutes les fonctions également ni toujours dans le même ordre. Il faut donc toute une batterie de tests et une grille de résultats plutôt qu'un test clé. Ainsi, chez

1. Communication au XXIX<sup>e</sup> Congrès de l'A. M. L. F. C., Montréal, septembre 1959.

l'homme, à cause de l'importance particulière des fonctions nerveuses et psychiques, les tests d'âge physiologique devraient comporter des mesures des perceptions sensorielles, de la motricité, des aptitudes intellectuelles et du comportement.

C'est surtout lorsqu'on examine les divers systèmes et fonctions que l'asynchronicité du vieillissement se manifeste. Ainsi, le tube digestif ne révèle que peu de changements comparativement à d'autres systèmes notamment les systèmes cardiovasculaire, rénal et respiratoire. Dans le tube digestif, on note néanmoins une atrophie assez marquée des glandes salivaires et pancréatiques; la muqueuse gastrique s'atrophie aussi et présente dans la région pylorique une métaplasie intestinale, les glandes fundiques se différencient. Bourlière ('55) insiste cependant sur le fait que ces observations résultent d'examen de pièces d'autopsie et souligne l'intérêt d'études qui seraient faites à l'aide de biopsies chez le vivant. Il en résulte une hypochlorhydrie avec ses conséquences sur la digestion peptique et ses répercussions sur le développement de la flore bactérienne. On ne sait encore à quoi attribuer cette atrophie de la muqueuse gastrique: on pourrait incriminer un processus inflammatoire ou gastrite atrophique, des troubles métaboliques ou circulatoires. Personnellement, nous serions enclins à favoriser l'hypothèse des modifications circulatoires. Personnellement, nous serions enclins à favoriser l'hypothèse des modifications circulatoires. Nous risquons cette opinion, sous toute réserve en nous basant sur des résultats que nous avons obtenus chez le rat au cours de cet été dans un travail fait en collaboration avec le Dr Yves Jérôme. Nous avons mesuré la distribution du débit sanguin dans les organes chez le rat âgé de un, deux et trois ans d'après la méthode de Sapirstein.

Le débit sanguin diminue plus de moitié dans l'estomac et augmente dans l'intestin et le foie chez le rat de trois ans par rapport aux plus jeunes. Nous ne savons pas si ces résultats sont transposables chez l'homme. Il est aussi cependant suggestif de constater que

la proportion des ulcères gastriques et le taux de mortalité par ces affections augmente chez les sujets âgés contrairement à ce qui existe pour l'ulcère duodénal. On sait aussi que les ulcères gastriques des vieillards se compliquent plus fréquemment d'hémorragie et de perforation.

Du côté de l'intestin, l'atrophie intéresse surtout les couches musculaires, particulièrement du colon. On attribue à l'insuffisance de la musculature colique associée à la faiblesse de la musculature abdominale, la responsabilité de la fréquence de la constipation chez les sujets âgés, fréquence à laquelle croient communément les gériatres. En fait, on ne possède pas de statistiques suffisamment établies sur la fréquence de la constipation récente chez les sujets âgés par rapport aux adultes plus jeunes. Celles qui ont été tentées ne montrent pas que l'âge en soi prédispose à la constipation. Il demeure donc que toute constipation chez un sujet antérieurement bien réglé doit être soumise à un examen sérieux, même s'il s'agit d'un vieillard, parce qu'elle peut témoigner d'un cancer en évolution. L'absorption intestinale est diminuée pour les lipides, les acides aminés, le galactose mais non pas pour le glucose.

Le foie subit aussi une involution pondérale, une atrophie des cellules parenchymateuses avec surcharge pigmentaire et diminution du glycogène. Les résultats des tests fonctionnels hépatiques faits en série chez des vieillards ont montré une insuffisance hépatique dans une plus grande proportion que chez les adultes en santé. Quant à la vésicule biliaire, en absence d'atteinte pathologique, sa capacité de concentration biliaire et sa vitesse d'évacuation semblent normales. En physiologie digestive, la littérature gérontologique est particulièrement pauvre.

La fonction respiratoire d'exploration plus commode a été mieux étudiée. Les modifications de la fonction respiratoire résultent de l'ensemble des changements structuraux qui atteignent le thorax, les conduits aériens, le parenchyme pulmonaire et la circulation pulmonaire.

Au niveau du thorax, on note la cyphose sénile et une diminution de l'expansion thoracique. Cette cyphose est consécutive à la faiblesse et à l'atrophie des muscles du dos, à l'altération des disques intervertébraux et à la calcification du ligament vertébral antérieur. La diminution de l'expansion thoracique est en outre attribuée à la calcification des cartilages costaux et à la rigidité des articulations costovertébrales. La capacité vitale diminue d'environ 25% après la cinquantaine par suite de l'augmentation de la fixité thoracique. Quant aux modifications propres du tissu pulmonaire, il est difficile de faire une distinction entre le processus de sénescence et les séquelles d'affections pathologiques. Les épreuves physiologiques ont été plus révélatrices. Christie et Bates ont clairement démontré qu'au point de vue respiratoire le vieillard se situe à mi-chemin entre l'emphysémateux et l'adulte jeune normal.

La capacité résiduelle fonctionnelle augmentait et s'établissait en moyenne à 3,5 litres chez des sujets de 53 ans d'âge moyen par opposition à 2,9 litres chez des sujets de 28 ans d'âge moyen. On obtint une moyenne de 4,7 litres chez 88 emphysémateux de 58 ans d'âge moyen. L'augmentation de la capacité résiduelle fonctionnelle, c'est-à-dire du volume d'air contenue dans le poumon après une expiration normale, est due à une diminution de l'élasticité pulmonaire.

L'efficacité du soufflet pulmonaire est aussi diminuée chez le sujet plus âgé. La ventilation pulmonaire pour être efficace doit en effet remplir deux conditions essentielles:

- 1) l'air inspiré doit être également distribué dans les alvéoles pulmonaires;
- 2) l'air inspiré doit effectuer des échanges avec le sang au niveau des alvéoles.

On mesure la distribution en employant un artifice, en étudiant la dilution de l'hélium, gaz inerte relativement insoluble qui se mêle aux gaz pulmonaires mais n'est pratiquement pas absorbé au niveau du poumon. On mesure le temps requis pour que les gaz pulmonaires s'équilibrent avec un mélange d'air et d'hélium.

Un sujet normal mélange ainsi ses gaz respiratoires avec une efficacité d'environ 75% d'une efficacité maxima. Chez le sujet de plus de 50 ans (Bates and Christie), cette efficacité tombe à 54% et bien davantage chez les emphysémateux. Donc, la répartition, ou comme on dit plus souvent, le « mixing » des gaz pulmonaires se fait avec moins d'efficacité à mesure qu'on avance en âge.

Enfin, les échanges entre l'air inspiré et le sang sont aussi moins efficaces chez le sujet âgé. Comme il est très laborieux d'analyser l'O<sub>2</sub> alvéolaire et de déterminer ainsi les différences de tension entre l'O<sub>2</sub> alvéolaire et l'oxygène sanguin, on utilise ici encore un artifice. Bates a en effet proposé une méthode au monoxyde de carbone, gaz qui comme on sait, offre une grande affinité pour l'hémoglobine. En faisant inspirer une faible concentration de monoxyde de carbone, le sang captera une grande proportion de ce gaz au niveau des alvéoles. Si le gaz n'arrive pas en contact suffisant avec le sang, on observe un résultat différent: l'air expiré contiendra une bonne partie du CO inspiré. C'est ce qui arrive chez le sujet âgé. Le jeune adulte capte 57% du CO, le sujet de 50 ans et plus n'en prend plus que 43% et l'emphysémateux environ 30% (Bates and Christie). Le contact entre les gaz alvéolaires et le sang ou, en d'autres termes, la capacité de diffusion se détériore donc au cours du vieillissement de l'appareil respiratoire. En résumé, la mécanique pulmonaire, la ventilation et la diffusion sont des fonctions diminuées chez le sujet âgé qui se place à ce point de vue à mi-distance du sujet normal et de l'emphysémateux. Ces résultats de Bates et Christie sont à retenir pour prendre des décisions adéquates dans nombre de circonstances en gériatrie.

Nous abordons maintenant un des chapitres les plus importants de la gériatrie, celui des fonctions cardiovasculaires. La pathologie cardiaque des vieillards est beaucoup mieux connue que la physiologie du vieux cœur. On comprend qu'il soit difficile d'établir une distinction entre la responsabilité de la pathologie et celle du vieillissement proprement dit.

Néanmoins, il existe quelques documents scientifiques tant chez l'homme que chez les animaux qui peuvent nous servir à une meilleure intelligence des processus séniles. Le myocarde sénile accuse quelques modifications anatomiques se manifestant par un certain degré d'atrophie des cellules musculaires, une pigmentation brunâtre, une diminution de la striation transversale et par de la fibrose interstitielle. L'endocarde s'épaissit et s'entache de plaques d'athérome. Mais ces modifications endocardiques, sauf dans la sclérose de Monckeberg (calcification de la base des valvules), ne gênent pas la fonction. On admet que le muscle cardiaque participe à la faiblesse musculaire générale. Cela se manifeste cliniquement par une diminution de ses facultés d'adaptation à l'effort. Par exemple, l'augmentation du débit cardiaque ne suit pas d'aussi près que chez le jeune l'augmentation du retour veineux. Cela ne veut pas nécessairement dire qu'à l'effort il y aura une augmentation de la pression veineuse de retour. Il existe en effet des modifications de l'élasticité veineuse et des altérations du tonus végétatif parallèles à la diminution de l'adaptation de la fonction cardiaque. Mais, si la pression veineuse augmente, elle revient à la normale plus lentement.

La fréquence cardiaque maxima atteinte par des animaux vieux soumis à l'exercice a aussi été trouvée moindre que chez l'adulte jeune soumis à un exercice identique. D'autre part, Lansdowne et ses collaborateurs publiaient en 1955 des résultats de mesures du débit cardiaque en relation avec la pression systolique et diastolique chez des sujets âgés. Or, le rapport pression sur débit augmente avec l'âge. Il y a donc une augmentation de la résistance périphérique et une diminution de la perfusion tissulaire. Ces auteurs en comparant l'augmentation de la pression avec la diminution du débit ont pu calculer que le travail utile du cœur est diminué et que la réserve efficace du cœur gauche comme pompe est réduite chez le sujet âgé. Ce sont là évidemment des résultats soupçonnés, mais maintenant scientifiquement acquis.

On le voit, la physiologie cardiaque de la vieillesse ne peut pas se dissocier de la physiologie vasculaire à laquelle le processus chronique de l'artério-sclérose confère un caractère de pathologie fruste et des frontières imprécises jusqu'à ce que les manifestations cliniques s'installent et dominent le tableau.

L'âge ne laisse pas d'avantage le rein indemne. Anatomiquement, on y peut rencontrer des lésions glomérulaires (congestion, dégénérescence hyaline ou fibreuse) des lésions tubulaires et de la sclérose interstitielle. Le pouvoir de concentration de l'urine (test à l'hormone anti diurétique) est fortement diminuée. Les tests de filtration glomérulaire (inuline et mannitol) donnent des clearances qui tombent en pente douce de 60 à 70 ans et beaucoup plus aiguë par la suite (60% de la valeur physiologique à 75 ans en moyenne).

L'excrétion tubulaire et la réabsorption tubulaire sont diminuées de 30% en moyenne après 70 ans. Le débit sanguin rénal est diminué.

Les glandes endocrines restent remarquablement suffisantes au cours de la vieillesse pour un organisme qui au total est lui-même généralement diminué. Leur involution n'est pas caractéristique et ressemble d'assez près à celle que l'on rencontre chez les sujets jeunes morts à la suite de carences alimentaires prolongées ou de longues maladies débilitantes. La thyroïde dépendant avec sa colloïde peu abondante, ses cellules aplaties aux mitoses rares, son tissu conjonctif développé présente un aspect plus caractéristique bien décrit par Dogliotti.

L'importance du développement du cortex cérébral chez l'homme confère aux fonctions nerveuses et psychiques une position de premier plan dans la physiologie du vieil âge. Chez les sujets exempts de tares pathologiques, les perceptions sensorielles ont toutes subi une atteinte. Ils peuvent souvent y suppléer en partie en faisant appel à plusieurs sensations à la fois. Ainsi le vieil artisan utilisera avec profit des repères visuels. Les ap-

titudes, mémoire, jugement, intelligence, attention, etc... sont moins efficaces que chez les sujets plus jeunes. Il est difficile au vieillard d'acquérir des notions nouvelles, de s'adapter à des situations imprévues, de contrôler ses réactions affectives et caractérielles.

Il pourra cependant souvent conserver une vie active et un sens social pour lui très important si ses activités ne taxent pas exagérément ses capacités physiques et intellectuelles et ne nécessitent pas une adaptation sans cesse renouvelée.

---

### L'ANESTHÉSIE EN GÉRIATRIE <sup>1</sup>

Léon LONGTIN.

En gériatrie, une étude approfondie et une préparation soignée du malade sont essentielles au succès de l'anesthésie et de l'opération.

A son entrée à l'hôpital, le vieillard est porteur de pathologies, de déficiences, de déséquilibres. Il faudra mesurer l'étendue et la gravité des pathologies irréversibles: l'artério-sclérose, les maladies coronariennes, la fibrose pulmonaire, l'emphysème, la bronchiectasie, les maladies chroniques du foie et des reins; ces facteurs sont à retenir quand il s'impose de classer le malade comme risqué anesthésique.

Parmi les principales pathologies réversibles qu'il est désirable de corriger avant l'anesthésie, retenons: l'anémie, la déshydratation, le diabète, l'obésité, l'hypo ou l'hyperthyroïdisme, les défaillances cardiaques, les infections pulmonaires. Les déficiences et les déséquilibres les plus fréquemment observés chez les vieillards candidats à la chirurgie et à l'anesthésie sont: la sous-alimentation et même la dénutrition, les déficiences en vitamines, en protéines et en sels minéraux et des perturbations de l'équilibre osmotique, modifications qui entrent dans le syndrome du choc chronique.

D'habitude, l'anesthésiste laisse à l'interniste et au chirurgien le soin du dépistage et du

traitement de la plupart de ces pathologies et concentre son attention sur les systèmes respiratoire et circulatoire du malade.

Avant qu'il soit subconscient par les sédatifs ou l'augmentation de l'azotémie et inhibé, paralysé par la douleur de l'opération, il faut s'assurer la collaboration du malade âgé avant l'opération en le renseignant sur ce qui l'attend après l'opération et sur ce qu'il aura à faire pour prévenir les complications pulmonaires et vasculaires. Du point de vue respiratoire, selon le cas, il faut montrer au malade à respirer adéquatement, sous pression positive avec des bouteilles ou autrement, à faire de l'aérosol, à faire des drainages posturaux, à tousser en exerçant une pression sur son incision, etc. Il devient très pénible et souvent impossible, après une opération, de pratiquer ces traitements s'il n'en a pas été question avant l'opération et les complications respiratoires post-opératoires noircissent les statistiques, spécialement quand il s'agit de vieillards.

L'attention que l'anesthésiste prend à équilibrer plus parfaitement la circulation des vieillards est intéressée puisqu'il s'agit, pour lui, de prévenir, au moment de l'opération et dans les suites opératoires, le collapsus circulatoire ou le choc, situation dont, d'habitude quand elle survient, il est tenu responsable, situation qu'il doit corriger rapidement car la rançon du moindre collapsus circulatoire peut

---

1. Communication au XXIX<sup>e</sup> Congrès de l'A. M. L. F. C., Montréal, septembre 1959.

être: l'anurie, le dommage cérébral, l'insuffisance coronarienne. Cette situation surviendra moins souvent et plus difficilement si le malade a été bien équilibré avant l'opération au point de vue circulatoire et il répondra mieux aux traitements.

En mentionnant les perturbations de l'équilibre osmotique tantôt, je songeais à la mauvaise distribution de l'eau chez le vieillard, eau cellulaire ou extra-cellulaire, déshydratation ou surhydratation, déséquilibre observé plus fréquemment chez les vieillards que chez les adultes plus jeunes. S'il s'agit d'excédent d'eau extra-cellulaire, d'oedèmes, on y reconnaît deux grandes causes :

1) l'insuffisance d'excrétion rénale

2) l'augmentation de la pression veineuse à laquelle s'associe souvent la diminution de la pression oncotique.

On observe souvent de l'insuffisance rénale chez les vieillards sans que, toutefois, on puisse affirmer que, étant donné l'âge, il y aura insuffisance proportionnelle. Des auteurs ont montré que la filtration glomérulaire était diminuée. D'autres sont convaincus que la fonction tubulaire est plus touchée chez le vieillard que la fonction glomérulaire à cause de la diminution du nombre de tubules en fonction. La capacité excrétoire des tubules serait également modifiée. Cette diminution du pouvoir de concentration des tubules chez le vieillard, à la moindre diminution du volume urinaire, entraîne une rétention azotée plus considérable que chez les plus jeunes. D'où l'importance de connaître, avant les opérations, le dosage des ingesta et des excréta et de rétablir l'équilibre de l'eau et des électrolytes.

La deuxième cause de l'oedème comprend : l'insuffisance cardiaque, l'insuffisance hépatique et les troubles nutritionnels, équilibres à rétablir avant l'opération. Si l'oedème est localisé, gare à l'obstruction veineuse ou lymphatique et aux réactions allergiques. Il faut corriger ces déséquilibres avant l'opération, sans quoi le succès est compromis parce que, chez les vieillards, ils peuvent devenir rapidement irréversibles.

Au lieu d'un excès de liquide extra-cellulaire, nous pouvons être en face d'une déshydratation extra-cellulaire: elle n'est pas rare chez les vieillards. Elle s'observe là où le bilan chloruré sodique est négatif ou encore dans les cas de vomissements : obstruction pylorique, occlusion intestinale; dans les cas de diarrhées : infectieuses, toxiques (antibiotiques). Elle peut survenir à la suite des ponctions répétées d'épanchements ou d'aspiration gastrique ou encore à la suite de l'observance d'une diète restrictive prolongée et sans sel : cardiopathies, hypertension artérielle, etc...

La cellule elle-même peut faire face aux deux situations chez les vieillards: déficit ou excès d'eau.

Le déficit d'eau dans la cellule sera dû à une hypertonie osmotique du plasma et du liquide extra-cellulaire. Cette situation existe où l'on observe un manque d'eau sans manque de sel ou un excès de sel sans excès d'eau.

La première éventualité survient dans les maladies graves aiguës (pneumopathies, comas, grandes interventions digestives) alors que le malade ne reçoit pas une quantité d'eau suffisante.

La deuxième éventualité se rencontre chez les insuffisants cardiaques dont les œdèmes obligent le rationnement de l'eau. La déshydratation cellulaire a pour symptômes : la soif, la sécheresse de la langue, la fièvre et l'agitation.

Dans les cas où il existe une hypotonie osmotique du plasma et du liquide extra-cellulaire, on aura une surcharge aqueuse de la cellule entraînée par l'un ou l'autre des mécanismes : excès d'eau sans excès de sel ou manque de sel sans manque d'eau. On observe cette situation à la suite de l'hydratation excessive au sérum glucosé ou de l'observance d'une diète sans sel trop stricte et elle a pour symptômes : de l'anorexie, des crampes musculaires et un abaissement de la pression osmotique du plasma.

Les chutes de pressions artérielles et les hypoxies de toute origine sont plus mal to-

lérées chez les vieillards que chez les autres malades et elles doivent être évitées à tout prix. D'où l'importance, au moment de l'opération, d'avoir chez le malade un équilibre parfait des systèmes respiratoires et circulatoires.

A l'approche de l'opération chez les vieillards, encore plus que chez les adultes plus jeunes, l'anesthésiste doit faire de la psychothérapie. Il amène son malade non seulement à accepter cette épreuve mais même à la désirer en lui montrant la vie sans les troubles qu'il endure avant l'opération. Il faut renseigner les malades de cette catégorie plus que ceux des autres sur ce qu'ils auront à faire après l'opération : exercices respiratoires de toutes sortes : à pression positive, aérosol, drainages; sur la présence de tubes de drainages, de pansements compressifs, sur la diète à suivre; sur la lutte à mener contre la douleur, sur le lever et les exercices musculaires, sur la prévention des complications vasculaires et autres. Puis dans les heures qui précèdent l'opération, il faut songer à la prémédication. Les médicaments qui sont prescrits aux malades dans la cinquantaine sont également bons pour les plus âgés mais il faut en diminuer la dose. Habituellement, le vieillard souffre d'insomnie; la veille de l'opération, on utilisera des barbituriques à prendre par la bouche et de préférence des barbituriques à action courte. Le matin de l'opération, la médication devrait être donnée à demi-dose au moins 45 minutes avant l'appel et pour les plus nerveux: en deux doses, 1 hre 30 et 45 minutes avant l'appel. Un médicament que les vieillards ne tolèrent pas bien, c'est la scopolamine; souvent, même avec une petite dose, ils deviennent perdus, agités, difficiles à contrôler durant plusieurs heures. Je ne conseille pas la chlorpromazine en prémédication chez les vieillards, à cause de l'effet possible sur la tension artérielle qu'il faut conserver à un niveau normal à tout prix. Dans le même but, le transport du vieillard doit être très doux et il est à conseiller de prendre toutes les précautions possibles pour le placer sur la table, en évi-

tant les compressions, en choisissant les positions qui gênent le moins les mouvements respiratoires et celles qui le laissent le plus près possible de l'horizontale.

L'anesthésie locale, chez le vieillard, serait une technique de choix en autant que l'opération puisse être faite complètement et totalement avec ce genre d'anesthésie. Toutefois, il faut retenir que l'anesthésie locale ne procure pas de relâchement musculaire; ainsi en est-il de l'anesthésie régionale.

Pour les opérations au-dessous de l'ombilic, l'anesthésie rachidienne peut être employée avec un minimum de risques d'affecter trop la tension artérielle; il s'impose de contrôler judicieusement le niveau supérieur de l'anesthésie car la rachianesthésie entraîne une section pharmacologique bilatérale du sympathique et cette section brutale du sympathique aura d'autant plus d'écho sur la tension artérielle qu'elle sera plus haute. L'état des vaisseaux chez les vieillards rend difficile l'adaptation aux changements de tension artérielle; le myocarde et les coronaires tolèrent mal les modifications brusques et importantes du débit. Un fort pourcentage de ces malades sont bradycardiques et la rachianesthésie accentue la bradycardie, il s'impose de faire des corrections.

En ce qui concerne tous les agents anesthésiques administrés par inhalation, de même que les adjuvants analgésiques, curarisants, modificateurs de la circulation, ils peuvent être employés chez le vieillard aussi bien que chez les plus jeunes mais, en anesthésie gériatrique, il faut appliquer le dicton : « La façon de donner vaut mieux que ce que l'on donne ». (Corneille). Proportionner les quantités aux besoins de l'opération et à la résistance du malade, les donner en temps opportun, ne pas oublier l'accumulation des médicaments plus prononcée chez les vieillards. Remplacer au centimètre près le sang perdu. Là, plus qu'ailleurs, chaque malade pose ses problèmes.

L'attention de tous les instants que je recommande à l'anesthésiste durant l'anesthé-

sie chez les vieillards doit être assurée au malade au cours des suites opératoires par toute l'équipe : interniste, chirurgien, anesthésiste et infirmières. Les complications pulmonaires et vasculaires sont les plus fréquentes. Eviter la stase en encourageant les mouvements et le lever précoce, éviter la surcharge des liquides et leur administration trop rapide par voie endoveineuse.

*En résumé.*

S'il y a chirurgie chez le vieillard, la coopération, sinon l'entente cordiale, doit être à son maximum entre l'interniste, le chirurgien et l'anesthésiste aussi bien pour choisir le moment optimum pour l'opération que pour la préparation à l'opération, l'exécution de l'opération et la surveillance des suites opératoires.

**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 89, No 4 — Montréal, avril 1960

**LA PROPHYLAXIE DE LA PANCRÉATITE  
AIGÜE**

L'évolution de la connaissance médicale se poursuit en certains domaines à un rythme tel qu'elle permet d'espérer à brève échéance des conceptions thérapeutiques salutaires; ailleurs l'évolution semble par contre statique; à l'échelle de quelques complexes pathologiques, par exemple, la solution des problèmes qu'ils posent apparaît moins lumineuse.

La pancréatite aiguë, entr'autres, est une affection grave à multiples inconnues qui accapare depuis longtemps l'attention des chercheurs et soumet à dure épreuve l'esprit inquisiteur des cliniciens.<sup>1-2-3-4-5-6</sup>

Dans de nombreux centres de re-

1. Pierre Mallet-Guy et F. Giuria: Reflux dans le canal pancréatique et pancréatite. *Lyon Chir.*, **53**: 481-496 (juillet) 1957.

2. P. Mallet-Guy, J. Feroldi, R. Vidil, J. Foray et P. Tavares: L'exploration fonctionnelle manométrique et radiographique expérimentale du canal de Wirsung. *Lyon Chir.*, **54**: 321-342 (mai) 1958.

3. A. Bernard: Essai synthétique sur la pathogénie de la pancréatite aiguë. *Biol. Méd., Paris*, **48**: 522-557 (sept.-oct.) 1959.

4. R. B. Manguy, G. A. Hallenbeck, J. L. Bollman et J. H. Grindlay: Ductal and Vascular factors in etiology of experimentally induced acute pancreatitis. *Arch. Surg.*, **74**: 881, 1957.

5. C. J. France, P. Perkins et D. Edwards: Recent advances in the understanding and treatment of pancreatitis. *Am. J. Med. Sci.*, **238**: 231-245 (août) 1959.

6. A. Bernard: Pancréatite aiguë; la part de l'histamine dans la genèse de certains de ses symptômes. *Arch. Mal. App. Dig.*, **48**: 714-724 (juin) 1959.

cherches cliniques, les travaux se poursuivent sans relâche; même si certaines expériences paraissent démonstratives, il est encore tôt pour poser des prémisses irréversibles.<sup>6-7</sup>

La pancréatite aiguë se divise arbitrairement en forme œdémateuse et en forme hémorragique; malheureusement, la démarcation clinique est loin d'être toujours clairement reconnaissable entre les deux variétés. Il est aussi malaisé de retracer, tant chez l'une que chez l'autre variante, l'influence déclenchante d'un facteur étiologique propre. Waugh et Hallenbeck<sup>8</sup> ont écrit récemment que la maladie lithiasique biliaire est dans une proportion élevée à l'origine de la pancréatite aiguë œdémateuse; leur opinion s'accorde tout à fait avec les constatations colligées en France,<sup>9</sup> en Angleterre<sup>10</sup> et en Amérique<sup>11-12</sup>.

Les facteurs, capables de créer le climat pathologique favorable à la mise en marche du mécanisme réactionnel de la glande pancréatique, sont nombreux; certains sont connus, d'autres encore inconnus. La rencontre de ces facteurs est au départ certain de l'atteinte pancréatique, qui n'attend que le rôle catalyseur de l'infection pour se manifester par des modifications fulminantes.

7. A. P. Thal, J. F. Perry et W. Egner: Clinical and morphological study of 42 fatal cases of acute pancreatitis. *S. G. O.*, **105**: 191 (août) 1957.

8. John M. Waugh et George A. Hallenbeck: The pancreas. *Davis-Christopher's Text-Book of Surgery*, 7e édition. W. B. Saunders, Philadelphie, 1960.

9. Guy Albot et Félix Poilleux: Actualités hépatogastro-entérologiques de l'Hôtel-Dieu de Paris. *Duodénum et Pancréas*. Masson et Cie, Paris, 1959.

10. A. V. Pollock: Acute pancreatitis. Analysis of 100 patients. *Brit. Med. J.*, **6-14** (3 janv.) 1959.

11. E. Hoffman, E. Perez et V. Somera: Acute pancreatitis in the upper age groups. *Gastr. Enter.*, **36**: 675-685 (mai) 1959.

12. J. H. Frieden: Surgical therapy of acute and chronic pancreatitis. *Med. C. N. Amer.*, **43**: 1119-1131 (juillet) 1959.

Il faut admettre avec franchise que la cause exacte de la pancréatite aiguë est ignorée dans nombre de cas. Sa pathogénie fait l'objet de travaux incessants et à date, elle repose encore sur les quatre concepts classiques, qui sont la théorie canaliculaire, l'hypothèse vasculaire, l'explication nerveuse et l'incrimination allergique<sup>6</sup>. Un facteur étiologique, reconnu plus récemment, est le traumatisme, accidentel ou post-opératoire, par application directe de la force sur le pancréas ou comme répercussion physiopathologique à distance (brûlures, opérations sur des viscères éloignés du pancréas)<sup>13-14-15</sup>.

Le terrain lithiasique vésiculaire, cholédocien, vaterien ou pancréatique est un facteur prédisposant indéniable. Il en est d'autres, tels que l'atonie ou le spasme du sphincter d'Oddi, certains complexes émotionnels voisins de la psychose,<sup>16</sup> les excès alimentaires (repas copieux, hyperlipidiques), l'usage exagéré des boissons alcooliques, l'effet secondaire possible de la médication par les cortico-stéroïdes.<sup>17</sup> L'infection, quelqu'en soit le point de départ et il est indifférent qu'elle emprunte la voie sanguine, lymphatique ou canaliculaire, est l'étincelle qui préside à l'allumage et qui ouvre la voie aux transformations cellulaires et tissulaires.

La description du cycle évolutif propre à la théorie canaliculaire de la

pancréatite aiguë se résume en un schéma simple: à la faveur d'un obstacle (tumeur, calcul ou spasme du sphincter d'Oddi), en présence d'un canal commun, la bile reflue dans les canaux pancréatiques, qu'elle irrite, ouvrant la porte à l'infection; la bile bouleverse le tissu glandulaire et favorise la mise en liberté des enzymes pancréatiques, phénomènes précurseurs de l'œdème, de la nécrose et de l'hémorragie.<sup>18-19</sup> Cette théorie ne s'applique pas à tous les cas; il en est de même pour l'hypothèse vasculaire (thrombose veineuse et infarctus), ainsi que pour la version nerveuse ou pour l'explication allergique.

Les faits expérimentaux confirment certains aspects, mais sont impuissants à résoudre le tout sur la base d'une équation péremptoire.

La clinique, par ailleurs, enseigne que la maladie lithiasique se retrouve dans 75% ou presque des cas; elle constate aussi une coïncidence remarquable entre le moment d'apparition de la pancréatite aiguë et celui de la prise d'un repas copieux et gras, corroboration horaire relativement fréquente. L'alcool est néfaste et ses effets sur le pancréas sont pernicieux; les observations cliniques et expérimentales le démontrent clairement. Doubilet affirme que « le pancréas sain n'est pas affecté par les enzymes pancréatiques qu'il sécrète; mais s'il est inflammé ou si sa circulation est touchée ou s'il est mal nourri, il est victime de sa propre sécrétion. L'alcool ingéré et les graisses qui touchent un pancréas malade amènent de nouvelles

13. J. H. Frieden: Post operative acute pancreatitis. *S. G. O.*, 102: 139 (février) 1956.

14. M. P. Porter: Changes in pancreatic physiology incident to pancreatic disease or surgery. *S. C. N. Amer.*, 505 (avril) 1958.

15. J. W. Braasch: The surgical anatomy and physiology of the liver and pancreas. *S. C. N. Amer.*, 747 et 759 (juin) 1958.

16. R. P. Atkinson: Emotional factors in pancreatopathy. *S. C. N. Amer.*, 785 (juin) 1958.

17. W. H. Bachrach et M. J. Grossman: *Med. C. N. Amer.*, 43: 1101-1119 (juillet) 1959.

18. H. Doubilet: The physiological basis for the surgical management of acute and chronic pancreatitis. *S. C. N. Amer.*, 505 (avril) 1958.

19. H. Doubilet: Physiology of the human pancreas. *S. G. O.*, 107: 97-98 (juillet) 1958.

crises chez celui qui en a déjà eues. Cette sensibilité à l'alcool et aux graisses paraît venir d'un produit métabolique qui agit directement sur la cellule pancréatique. »<sup>19</sup>

La pancréatite aiguë postopératoire apparaît à la suite d'une intervention sur l'estomac, le duodénum, la vésicule, le colon transverse ou la rate. Voisinage dangereux qui expose à la blessure du pancréas, de son tissu noble fragile et labile, de ses canaux et de ses vaisseaux, dont l'artère pancréatico-duodénale est particulièrement vulnérable.<sup>20</sup>

La pancréatite aiguë postopératoire vient compliquer parfois une intervention pratiquée loin du pancréas, comme la résection prostatique. Phénomène peu fréquent, mais grave, où l'atteinte pancréatique semble une conséquence à longue portée de la médication associée, de l'anesthésie ou de la déshydratation.

La prophylaxie de la pancréatite aiguë, vue à la lueur des travaux récents, doit s'inspirer d'une conception philosophique rien moins que révolutionnaire. Elle repose avant tout sur une thérapeutique causale. La lithiase biliaire, l'alimentation copieuse et

grasse, l'alcool déclenchent de nombreux cas; le traitement préventif logique réside donc dans la cholécystectomie et la cholédocotomie, quand il y a calculs, dans une orientation diététique sévère basée sur l'abstention d'alcool et la modération aux repas chez tous les malades souffrant du foie ou de la vésicule biliaire.

La prévention de la forme postopératoire recommande la prudence dans la mobilisation des organes voisins du pancréas, la délicatesse dans l'exploration de cet organe, la libération avec douceur des adhérences qui l'entourent, l'isolement et la reconnaissance parfaite du Wirsung, afin d'en éviter l'écrasement, la section ou la ligature.

La prophylaxie de la pancréatite postopératoire exige l'élimination des conditions qui favorisent la diminution des sécrétions pancréatiques, telles que l'atonie ou le spasme du sphincter d'Oddi, la stase duodénale ou l'hypotension vasculaire. La prévention repose surtout et avant tout sur l'application rigoureuse des principes fondamentaux qui régissent la minimisation du risque opératoire.

En face des facteurs étiologiques connus, la prophylaxie de la pancréatite aiguë est donc possible.

Edouard DESJARDINS.

20. D. O. Ferris, T. E. Lynn, J. C. Cain et A. H. Baggenstoss: Fatal post operative pancreatitis. *Ann. Surg.*, 146: 263-273 (août) 1957.

# HYGIÈNE ET MÉDECINE SOCIALE

## HYGIÈNE HOSPITALIÈRE LES DANGERS DE LA SALLE COMMUNE

Wilfrid LeBLOND, D.H.P. (Lyon),  
Professeur titulaire à l'Université Laval,  
Chargé du Service des contagieux à l'hôpital de l'Enfant-Jésus (Québec).

L'acuité du problème de l'infection microbienne dans les hôpitaux nous engage à refaire l'évaluation de tous les facteurs d'apport et de transmission de bactéries ou de virus dans le milieu hospitalier; et en particulier celui que constitue la *salle commune*.

Le danger de la salle commune avait déjà été pressenti par Louis Martin et Dujarric de la Rivière, en 1927.<sup>1</sup> Elle est vivement dénoncée, en 1949, par le professeur J. Boyer, de la Faculté de Médecine de Paris, Inspecteur général des Services techniques d'Hygiène à la Préfecture de Police.<sup>2</sup>

L'expérience de trente-trois années vécues dans les hôpitaux, et les fonctions qui nous y ont été dévolues, soit comme stagiaire à l'hôpital des Contagieux (*Claude Bernard*), à Paris, soit comme chargé des contagieux en même temps que du laboratoire de Microbiologie à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus, Québec, soit enfin comme *chairman* du comité pour la prévention de l'infection dans cet hôpital, nous engagent à faire nôtre la déclaration du professeur Boyer, à l'effet qu'« *il faut proscrire les salles communes* », qui n'ont pas plus leur raison d'exister de nos jours, que les « *lits communs* » où l'on faisait coucher ensemble, trois, quatre et même cinq malades, dans les hôpitaux du Moyen Age.

Un troglodyte égaré dans l'enseignement, clamait encore récemment que « la salle commune est essentielle à l'enseignement clinique de la médecine ».

On croit vraiment rêver quand on entend de telles déclarations faites par des individus soi-disant sérieux et responsables, de notre temps. Les gens qui croyaient tout bonnement à la formule: *l'hôpital est pour le patient*, devront bien *en revenir*, si on laisse exhumer et remettre en pratique le principe d'où procède cette déclaration *ex cathedra*. C'est le principe faux et archaïque, dont l'application *empoisonnait* les hôpitaux de la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, en France tout au moins: « *le malade est pour l'hôpital, pour l'enseignement clinique d'abord* ».

Voyons plutôt ce que la Médecine Préventive<sup>3</sup> dénonce lorsqu'il est question du danger de la salle commune dans les hôpitaux. Mais établissons d'abord, pour le bénéfice de ceux qui, en plus de l'argument *enseignement clinique facilité*, seraient tentés d'invoquer l'argument *économie d'espace*, que « *Lorsqu'on fait cloisonner des vastes salles communes en box, ou cellules séparées, on se rend compte que le déficit en lits est insignifiant... et les risques d'infection hospitalière réduits* ». (Sédaillan & Sohier: *Précis d'Hygiène et d'Épidémiologie*. Ouvrage recommandé par la Faculté de Médecine de l'Université Laval).

Tous reconnaissent le danger de la salle commune, dans la transmission de l'infection en milieu hospitalier; avec, en plus de ce danger, les ennuis créés aux autres malades par le voisinage d'un malade délirant, d'un cas de gangrène ou d'autre mauvaise odeur, d'un opéré aux plaintes constantes.<sup>4</sup>

1. Louis Martin et G. Brouardel: *Hygiène hospitalière*, in *Traité d'hygiène*. J. B. Baillière & Fils, Paris, 1927.

2. J. Boyer: *Précis d'hygiène*. J. B. Baillière & Fils, édit., Paris, 1949.

3. W. LeBlond: *Manuel de médecine préventive*. Aux Presses Universitaires Laval, Québec, 1958.

4. W. LeBlond: *Les grandes réalisations de la médecine préventive*. Un vol. de 200 p. Aux Editions Garneau, Québec, 1959.

*Du point de vue enseignement clinique et pratique, la salle commune est un illogisme, un non-sens, une contradiction flagrante des enseignements de la médecine elle-même.*

Et puis, même si l'on s'en tient à l'argument rétrograde cité plus haut: l'enseignement clinique bénéficie-t-il spécifiquement du fait que la *leçon* (magistrale ou autre) soit donnée là, plutôt que dans une salle spécialement aménagée à cet effet (tout comme il y en avait une au vieil Hôtel-Dieu, il y a déjà plus de 40 ans, et tout comme il en existe à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus, de Québec), où les élèves peuvent être assis confortablement sur des sièges-pupitres, pour écrire leurs notes; au lieu de s'éparpiller sur les lits des malades voisins de celui du patient qui sert pour la leçon, comme c'est le cas dans la salle commune?

C'est le même malade, le même *cas* à faire voir pour l'enseignement! Alors, qu'est-ce que ça peut changer, au fond et à la forme de la leçon, si, au lieu de tenir la palabre dans la salle commune, on roule le lit du patient dans l'amphithéâtre réservé à l'enseignement clinique? Autant la salle commune est-elle un vestige moyenâgeux de la condition hospitalière, autant la *tourné*e du patron suivi de 20 à 30 stagiaires et la leçon clinique donnée dans cette salle sont-elles des vestiges de la médecine au temps de Molière. Il est essentiel, pour la formation adéquate du futur médecin, que l'étudiant bénéficie de l'enseignement clinique le plus tôt et le plus longtemps possible, dans son cours de médecine. Ceci étant dûment affirmé, il reste néanmoins que les élèves — tout autant, sinon plus, que les visiteurs, les livreurs, et tout ce monde qui défile à journée et à soirée longues dans nos hôpitaux — sont actuellement les principaux vecteurs de l'infection en milieu hospitalier. En plus du danger de la salle commune elle-même, il n'y a pas non plus d'avantages d'enseignement clinique que l'on puisse invoquer, et qui compenseraient aux risques accrus de dissémination microbienne parmi les malades et les opérés, tel qu'il en arrive lorsqu'on permet aux étudiants de se disperser quoti-

ennement et sans contrôle, dans toutes les salles ou chambres de malades et même dans les *blocs* opératoires.

C'est la Commission, ou le *committee*, chargée par l'*American College of Surgeons* de faire rapport sur le problème de l'infection en milieu hospitalier qui nous rappelle que « *les infections sont (soit) apportées par les visiteurs, (soit) disséminées par le personnel soignant ou aidant...* » Il importe donc de réduire au strict minimum nécessaire l'accès aux *visiteurs*, et la circulation du personnel soignant, aidant, ou *étudiant*. Dans les services *dits généraux*, des hôpitaux, l'enseignement universitaire de la Médecine Préventive, en ce qui a trait à la lutte contre l'infection « *porte d'abord sur la nécessité de séparer les malades les uns des autres: les cas infectés d'avec ceux qui ne souffrent pas d'infections; les tuberculeux d'avec les malades qui sont particulièrement réceptifs aux infections, les diabétiques par exemple.* »

A propos de cas *infectés*, et de la nécessité élémentaire de les isoler en chambre seuls, en *box*, ou en cubicule, on sait parfaitement bien que le caractère *d'infecté*, ou les symptômes d'infection latente et même active, n'apparaissent pas toujours et de façon évidente, sur le patient que l'on admet à l'hôpital.

Toute cette prévention, on s'en rend compte, ne peut être appliquée avec chances de succès, que par l'aménagement des *services* en chambres ou en cellules individuelles pour les malades. Elles ne pourra jamais être réalisée tant que l'on maintiendra l'odieuse *salle commune*.

*Les dangers d'infection surajoutée ou des « cross infection. »*

Si l'on s'en tient seulement au problème créé par l'admission à l'hôpital de cas *infectés* (de quelque origine ou nature que soit l'infection), — et placés en *salle commune*; il faut s'attendre à assister, non seulement à la dispersion de cette infection dans le milieu, mais aussi à l'aggravation de sa virulence.

C'est un phénomène biologique élémentaire que connaissent bien les épidémiologis-

tes et les médecins attachés aux hôpitaux pour *contagieux*. Dans ces mêmes hôpitaux on a, du reste et depuis de longues années déjà, adopté l'aménagement des lits en *box* individuels.

Le phénomène morbide, et souvent mortel, de la *cross infection*, infection surajoutée, ou sous quelque nom que l'on veuille désigner le fait lui-même, apparaît de façon dramatique dans une manifestation *virale* aussi bénigne que la *rougeole*.

Un cas de la *rougeole* chez un enfant unique, traité à domicile, évolue, suivant l'expression des anciens auteurs: *Vix morbus...* « à peine une maladie ». Ça guérit toujours — même sans l'intervention du médecin —, sans complications ni séquelles.

Mais, que deux enfants dans les mêmes conditions de maladie, soient placés l'un près de l'autre; ce sera déjà un peu plus sérieux comme manifestation, chez l'un ou chez l'autre, et parfois chez les deux petits malades.

Placez, ou hospitalisez 20 enfants, des tout jeunes surtout, atteints de la rougeole, dans une même salle, et vous aurez — comme nous l'avons vu encore en 1930 — 18 cas de bron-

cho-pneumonie *morbilleuse*, avec sept à huit décès et même davantage.

C'est ça la salle commune. (4)

#### Résumé

Sont rappelés ici les dangers de la *salle commune* pour la propagation et l'aggravation de l'infection microbienne en milieu hospitalier. Ces dangers, signalés il y a plus de trente ans déjà par les meilleures autorités en Hygiène hospitalière, sont mis en lumière par les connaissances désormais générales sur les phénomènes biologiques propres à l'exaltation de la virulence des bactéries et des virus.

#### Summary

The acute problem of Infection in Hospitals is aggravated by the existence and maintenance of the *Ward*, or what was termed in the Victorian period as "*Public area*". The practice of bunching-up patients in *Wards* must be considered "*passé*", just as much as the medieval practice of *lying-in* three, four and five patients in the same hospital bed. The keeping of patients *collected* in wards may not be the sole factor in the hospital infection problem; but is certainly is one that makes the fight against bacterial and viral infection none the easier.  
Québec, 2 décembre 1959.

## INFLUENCE DE L'ALIMENTATION SUR LA SANTÉ DE L'HOMME<sup>1</sup>

J.-Ernest SYLVESTRE,  
Directeur de la Division de la Nutrition,  
Ministère provincial de la Santé.

Tout le monde sait qu'il faut manger pour vivre, mais malheureusement tous ne savent pas qu'il faut savoir manger pour que la vie soit normale, c'est-à-dire parvenir à maturité physique et intellectuelle et pouvoir donner un rendement aussi efficace que possible, compte tenu de la préparation reçue pour une occupation particulière.

Nous avons appris sur les bancs de l'université que l'organisme humain ne peut pas croître ni se développer normalement sans recevoir, des aliments qu'il consomme, toutes les matières premières dont ses tissus et ses organes sont composés; il ne peut pas non plus, une fois parvenu à maturité, maintenir l'intégrité de sa substance sans recevoir ces mêmes éléments qui ont servi à le bâtir. Toute sa vie, de la naissance jusqu'à la mort, l'être humain fera preuve d'efficacité au travail ou au jeu et de vivacité intellectuelle à l'étude comme à la compréhension des problèmes sociaux, en autant qu'il jouira d'un état de nutrition parfait, lequel ne peut exister que si l'alimentation répond à tous les besoins nutritifs du corps humain.

Ces besoins sont simples mais ils doivent être rigoureusement satisfaits. On les groupe sous trois chefs qui s'expriment comme suit:

- 1 — combustible pour chaleur et énergie.
- 2 — matériaux de construction et de réparation, comprenant des acides aminés essentiels, quelques sels minéraux dont les principaux sont le calcium, le fer et l'iode, puis beaucoup de liquide.
- 3 — substances régulatrices dont les principales et les plus souvent négligées sont quelques vitamines.

Ces besoins sont les mêmes pour tous, qu'il s'agisse de jeunes ou de vieux, d'individus sains ou malades, seules les quantités varient selon la taille, l'âge, les activités et certaines

autres conditions individuelles ou de milieu. En plus, certaines susceptibilités organiques et certains états pathologiques doivent être considérés dans le choix des aliments et la forme sous laquelle ils seront présentés.

Malheureusement, ces besoins de l'organisme ne sont pas toujours satisfaits et l'insuffisance d'un ou plusieurs éléments nutritifs, à plus forte raison leur carence, entraîne nécessairement un état de santé qui se trouve en équilibre instable quand il n'est pas franchement amoindri et présentant des signes de malnutrition facilement décelables.

Des enquêtes alimentaires faites auprès des écoliers nous révèlent que l'alimentation est loin d'être ce qu'elle devrait être. En prenant comme barème un système de pointage basé sur les Règles alimentaires au Canada, il est renversant de constater que 95 pour cent ont une alimentation dont le pointage est inférieur à 70 pour cent, ce qui veut dire que leurs habitudes alimentaires doivent être améliorées sans tarder, car autrement ils en souffriront dans leur croissance et leur développement.

Déjà nous avons pu constater des signes physiques de carence de certains éléments nutritifs. La présence de ces signes est corroborée par une consommation insuffisante des aliments qui sont considérés comme à peu près indispensable à un approvisionnement satisfaisant de cette substance particulière dont nous avons les signes de carence. Ainsi par exemple, dans une enquête faite en Gaspésie, 84 enfants sur 114 présentent des signes d'avitaminose B<sub>2</sub> (Riboflavine), et nous en avons 100 dont la consommation de lait est inférieure à 70 pour cent de la quantité recommandée. De plus, sur ces 84 enfants chez qui nous avons trouvé des signes physiques d'avitaminose, 50 ont montré absence de Riboflavine dans les urines. Une proportion de 85 pour cent ont montré un taux d'acide

1. Communication au XXIX<sup>e</sup> Congrès de l'A. M. L. F. C., Montréal, septembre 1959.

ascorbique inférieur à 0.2 milligramme pour cent grammes de sérum sanguin; 86 pour cent des enfants ne consomment pas même 70 pour cent de la quantité de fruit agrumes recommandée; ces aliments sont considérés comme indispensables à notre approvisionnement de vitamine C. Le taux de vitamine A préformée dans le sérum est au-dessous de la limite inférieure chez 59 pour cent des enfants, de plus, chez 45 pour cent des enfants, nous avons trouvé présence de folliculite à la partie postérieure des bras. Au point de vue alimentaire, 72 pour cent des enfants ne consomment même pas 50 pour cent de la quantité recommandée pour les légumes jaunes, verts ou feuillus, sources principales de vitamine A. Il est possible que, chez bon nombre, la transformation du carotène en vitamine A ne soit pas normale, tout de même ces enfants souffrent d'avitaminose. Voilà, je crois, des constatations assez convaincantes. Nos hygiénistes pourraient eux aussi nous en rapporter de ces faits constatés lors des examens scolaires. D'ailleurs vous avez vous-même encore beaucoup plus d'occasion que nous de constater jusqu'à quel point les erreurs d'alimentation affectent la santé des individus, car j'imagine bien que vous ne négligez jamais de vous enquerir sur l'état de nutrition de vos patients, aspect clinique sans lequel il n'est pas facile de poser un diagnostic précis ou d'instituer un traitement qui puisse guérir votre malade.

En effet, nombre de vos patients vous consultent pour des troubles qui n'ont pas d'autres causes qu'une alimentation défectueuse, alors que, chez la majorité des autres, les habitudes alimentaires ont été un facteur plus ou moins contributif à la maladie dont ils souffrent.

Nous devons donc admettre entre nous, médecins, que l'hygiène alimentaire doit être mieux connue de notre population et que ses principes devraient être mieux observés, si nous voulons une population saine et vigoureuse. L'amélioration qui s'impose ne peut être obtenue que si médecins praticiens et hygiénistes joignent leurs efforts dans un program-

me d'éducation où l'enseignement est uniforme et précis.

Les hygiénistes ne négligent aucune occasion pour renseigner les individus et les groupes sur leurs besoins nutritifs et les aliments essentiels susceptibles de satisfaire ces besoins, mais nombre de gens ne mettent pas toujours en pratique ce que nous leur enseignons, parce qu'ils ne sont pas tous convaincus, étant donné que la preuve des conséquences néfastes d'une alimentation défectueuse n'est pas toujours immédiatement évidente. Même, il arrive souvent que l'on constate des faits d'une contradiction décevante: En effet, on rencontre souvent des gens qui s'alimentent mal et qui cependant semblent se porter à merveille alors que d'autres dont l'alimentation paraît idéale sont moins bien portants que les premiers.

Généralement, tous ces gens finiront par aller chercher auprès de vous soulagement à leurs troubles plus ou moins sérieux. C'est à cette occasion surtout que vous pouvez rendre service à la cause du bien-être de notre population, en soulignant les erreurs alimentaires commises par ceux qui ne nous ont pas cru. Ils réaliseront peut-être ainsi que nous avons dit vrai quand nous leur avons conseillé d'améliorer leur régime alimentaire, car j'imagine bien que, même si vous jugez à propos de leur administrer une médication spéciale, vous corrigerez ces erreurs commises par une régime alimentaire approprié, afin de les ramener à la santé, autrement, ces malades deviendront des cas chroniques, ce qui pourrait bien, un jour ou l'autre, les inciter à consulter un autre médecin.

Aux autres, ceux qui n'ont pas la santé qu'ils devraient avoir, même s'ils ont toujours bien mangé, vous pourrez leur démontrer que, si leur bonne alimentation n'a pas donné les résultats qu'ils étaient en droit d'attendre, c'est que leur organisme n'a pas su en tirer tout le profit possible, parce que certains organes de la nutrition ne fonctionnent plus normalement chez eux.

En effet, les troubles de la nutrition ne dépendent pas toujours uniquement d'une ali-

mentation défectueuse, mais très souvent d'une absorption ou d'une utilisation incomplète d'un ou de plusieurs éléments nutritifs. Voilà pourquoi votre expertise dans ce domaine ne doit pas se limiter au simple questionnaire sur les habitudes alimentaires de votre patient, mais doit être complétée par un examen physique et bio-chimique en vue de déceler la véritable cause que vous devrez faire disparaître si c'est possible ou du moins dont vous devrez tenir compte dans l'institution d'un traitement approprié.

Ce dernier aspect de la nutrition chez les individus relève uniquement du médecin traitant. C'est un avantage considérable que vous avez sur nous d'établir la preuve qu'une bonne alimentation est un facteur essentiel de santé

et que, si les résultats ne sont pas ce qu'ils devraient être, c'est qu'il y a souvent une cause inhérente à l'individu, contre laquelle l'alimentation seule ne peut pas grand chose.

#### Résumé

J'ai essayé, dans cette communication, de vous convaincre que les hygiénistes ne sont pas seuls tenus de faire l'éducation du peuple en hygiène alimentaire. Vous avez dans ce domaine, des responsabilités pour le moins égales aux nôtres. Comme médecins, n'avez-vous pas pris des engagements parmi lesquels se trouve le suivant: « Je prescrirai le régime qui, d'après ma conscience et ma raison, sert au bénéfice des malades, les garde du mal et des choses nuisibles. »

---

## LA SANTÉ MENTALE <sup>1</sup>

J.-E.-Alexandre MARCOTTE,  
Service de Santé, Ville de Montréal.

Il est impossible de présenter des notions quelque peu complètes de la santé mentale dans un temps aussi limité que celui qui nous est alloué. Dans l'espoir d'éveiller au moins une curiosité constructive à son endroit, nous allons tâcher de la définir théoriquement, de l'illustrer par ses principaux critères, d'indiquer les grands moyens de l'assurer.

### SENS DES TERMES « SANTÉ » ET « MENTALE »

Le terme « santé », à notre époque de progrès de l'enseignement populaire de l'hygiène générale, évoque aisément, en plus de l'absence de maladie ou d'infirmité sérieuses, une saine et forte constitution, un bon fonctionnement des grands systèmes organiques, une résistance efficace aux agents microbiens, aux accidents, au « stress » de la vie.

Alors, par une assez juste analogie, « santé mentale » évoque, pour beaucoup, de la force

de personnalité et de caractère, un fonctionnement harmonieux des facultés intellectuelles, une émotivité en équilibre, une résistance suffisante aux vicissitudes de l'existence.

Que signifie en réalité le qualificatif « mentale » en rapport avec la santé de l'humain? Désigne-t-il exclusivement le degré d'intelligence ou l'intensité des émotions? Est-il synonyme de fonctionnement du système nerveux central?

Dans le vocabulaire médico-psychologique évoluée, cet adjectif équivaut à *psychique*, c'est-à-dire tout ce qui est le propre du *psychisme*, cet ensemble d'éléments et de fonctions de la personnalité qui comprend l'intelligence ou le potentiel de connaître, de comprendre, de juger, l'affectivité ou les besoins fondamentaux de l'humain avec leurs tendances instinctuelles, les sentiments, les émotions, l'inconscient et le conscient avec leurs influences réciproques.

(1) Communication au XXIX<sup>e</sup> Congrès de l'A.M.L.F.C., Montréal, septembre 1959.

NOTIONS FONDAMENTALES AU CONCEPT  
DE SANTÉ MENTALE

Mais ce psychisme demeure une abstraction s'il n'est incorporé à l'humain vivant, pensant et agissant: c'est l'homme dans son entité qui est ou non en santé mentale.

C'est pourquoi, avant de définir la santé mentale, il est nécessaire de bien se rappeler ce qu'est en réalité l'homme: une unité corporelle et spirituelle indissociable, un *fusion* et non une simple juxtaposition d'éléments organiques et psychiques. Ce n'est que théoriquement que l'on distingue, chez lui, la vie organique de l'activité mentale: pensées, impressions, idées, jugements, connaissances, sentiments et émotions, dépendent dans une mesure variable, mais constante, de l'état et des fonctions des cellules et des organes, pendant que ces fonctions organiques, à leur tour, des plus élémentaires aux plus complexes, sont plus ou moins directement influencées par son psychisme.

La vie quotidienne abonde en manifestations de l'*unité et de l'interaction psychophysiques* (ou *psychopsychiques*, car les deux termes sont interchangeable) chez l'humain, manifestations contrôlées d'ailleurs par des expériences de laboratoire: par exemple, une bonne santé procure habituellement de la sécurité, facilite l'attention, l'acquisition du savoir, augmente la rapidité et la sûreté du jugement; une indisposition banale, un état fébrile, à plus forte raison une maladie sérieuse, entraînent du ralentissement, de l'incertitude des mêmes fonctions intellectuelles; enfin, un certain nombre de troubles mentaux graves reconnaissent des causes à prédominance ou exclusivité organique. D'autre part, le travail intellectuel, plus précisément les conditions de difficulté et de tension dans lesquelles il est accompli, occasionnent des modifications du chimisme, du métabolisme; les émotions provoquent des perturbations physiologiques passagères; la peur, la colère, l'angoisse, provoquent des troubles plus graves de la circulation, de la digestion, et à la longue des lésions d'organes vitaux, etc.

Donc, quand on tente de définir la santé ou la maladie mentale, c'est-à-dire qu'on décrit des conduites symptomatiques de certains groupes d'humain, qu'on les attribue à des états, à des modes de fonctionnement de cet aspect de la personnalité qu'est le psychisme, il faut réaliser que cette personnalité et son psychisme demeurent sous-tendus et influencés par l'organisme qui leur prête l'existence en les incorporant: explicitement, on parle de psychisme; implicitement, on tient compte de tout l'homme.

DÉFINITION ET CRITÈRES DE LA SANTÉ MENTALE

La santé mentale peut se définir dans deux acceptions qui se complètent l'une l'autre.

Au sens *strict*, c'est l'état d'un homme doué du minimum d'intelligence requis pour se conduire par lui-même et assurer sa subsistance dans des conditions de vie ordinaires; de celui qui est exempt de psychoses, de névroses, de toute psychopathologie grave qui le rendrait irresponsable, dangereux pour lui-même ou ses semblables, invalide, antisocial.

Au sens *large*, c'est l'état bien préférable d'un homme d'intelligence moyenne ou supérieure développée à sa capacité, d'affectivité en équilibre, capable d'assumer pleinement sa part de responsabilité matérielle et morale, de faire face adéquatement et sans conflit affectif sérieux à ses problèmes personnels et à ceux d'autrui, aux vicissitudes inévitables de l'existence, de s'intégrer harmonieusement et utilement à la communauté.

On doit retrouver chez lui, en fonction logique les uns des autres, les trois *critères généraux* que voici de la santé mentale optimale:

1° *La connaissance objective de soi:*

L'homme en santé mentale fait preuve d'une connaissance réelle, relativement complète, efficace de lui-même, qui lui vient du pouvoir de se détacher en quelque sorte de lui-même, de se voir avec ses capacités comme ses faiblesses, de comprendre les motifs conscients et inconscients de ses actes. Il sait que sa nature humaine comporte plus de ressources que de faiblesses, que le comportement quotidien est bien plus l'aboutissant des habitudes ac-

quises que de l'hérédité, que les émotions sont une force avec laquelle il faut compter, mais que la raison en est une plus grande.

Cette compréhension objective de lui-même, de la nature et de la gravité de ses problèmes d'humain, s'étend naturellement à ses semblables à leurs problèmes, lui permet une acceptation de la vie qui n'est ni de la faiblesse ni du conformisme aveugle et servile.

Ce premier critère sous-entend la nécessité d'un potentiel intellectuel au moins normal et de l'intégrité du système nerveux central, instrument de l'activité mentale.

### 2° *La maîtrise intérieure et extérieure de soi.*

L'homme en santé mentale est habituellement maître de son affectivité, en contrôle les tendances, en règle les manifestations et leur intensité, assez naturellement, sans conflits sérieux, c'est-à-dire sans repercussions désordonnées sur son intelligence, sa santé physique, son moral.

C'est qu'il reconnaît, sans crainte ni présumption, l'existence de son tréfonds instinctuel avec ses besoins impérieux, ses courants d'influence, ses possibilités d'impulsions surprises. Il est conscient de la nécessité d'une gratification légitime de ses besoins affectifs, mais il est capable de retarder, de modifier cette gratification en fonction des exigences sociales, morales, de son bien et du bien commun, parce qu'il est à maturité, s'est départi de l'égoïsme et de l'insécurité de la petite enfance qui font rechercher une satisfaction immédiate, complète, qui suscitent des bouleversements organiques autant que psychiques s'il y a absence ou retard appréciable de satisfaction.

Lorsqu'il est confronté par de graves responsabilités, des insuccès, des crises familiales, sociales, économiques, il ne cherche pas refuge dans un monde d'illusions, dans les idées délirantes, dans l'hypochondrie.

Ce second critère implique, comme le premier, l'intégrité mentale et nerveuse, ainsi que l'absence de pathologie grave de grands

systèmes organiques comme le sympathique et l'endocrinien.

### 3° *L'adaptation sociale.*

C'est l'établissement et la poursuite, par l'homme en santé mentale, de *rappports faciles et effectifs* avec une majorité de ses semblables, son intégration à des groupements considérables, variés, malgré des différences de niveau social, économique, culturel, d'occupations, de goûts, même de politique, de race et de religion, résultant en une collaboration plus fructueuse à l'œuvre commune. Ce critère est caractérisé par de la souplesse, de la tolérance, de l'acceptation, qui n'impliquent cependant point la passivité et l'abdication.

Cette adaptation sociale, qui s'avère nettement la conséquence de la connaissance, de la maîtrise de soi-même, est un critère indéniable de la santé mentale, mais elle ne la résume pas plus qu'elle n'en est synonyme: l'adaptabilité sociale d'un être, à cause d'obstacles hors de sa personnalité, peut être empêchée de se matérialiser en adaptation, sans qu'il soit moins en santé mentale.

### RECHERCHE DE LA SANTÉ MENTALE

C'est à *l'hygiène mentale*, science médico-psychologique d'application pratique et maintenant presque autonome, qu'il incombe plus spécialement d'assurer et sauvegarder la santé mentale.

Comme l'hygiène publique, à laquelle elle s'associe logiquement de plus en plus, l'hygiène mentale doit s'occuper avant tout de *prévention*, laissant la restauration de la santé mentale par la thérapeutique à la psychiatrie.

La prévention du mal mental grave réside dans l'assainissement des conditions de développement de la personnalité, dans le redressement des déviations de conduite et de caractère, la solution des problèmes de l'enfance, période où il est encore assez facile d'obtenir des résultats positifs.

Enfin, cette sauvegarde de la santé mentale par la prévention doit se baser, au départ, sur des notions assez solides et des applica-

tions pratiques habituelles de la psychologie moderne, dynamique, qui est à la pathologie mentale ce que la physiologie est à la pathologie générale.

#### Résumé

Schématiquement, voici les grandes mesures les plus susceptibles d'assurer la santé mentale :

1° L'éducation du grand public et de certaines élites dirigeantes pour qu'on cherche à se prévaloir à temps des services préventifs de l'hygiène mentale;

2° La multiplication et le maintien en progrès de *cliniques médico-psychologiques* pour les problèmes de l'enfance et de l'adolescence;

3° La *préparation* d'un plus grand nombre d'*experts* en psychiatrie, en psychologie, en nursing, en travail social;

4° La *collaboration* plus habituelle et plus active, indispensable, des *hygiénistes publics*, des *pédiatres*, des *praticiens généraux*, et des *éducateurs*, à l'hygiène mentale préventive, ce qui implique nécessairement un plus grand rapprochement, une communauté d'intérêt, entre ces serviteurs du bien commun.

---

### L'EXERCICE <sup>1</sup>

Jules GILBERT.

En suractivant le métabolisme, l'exercice fait appel à toutes les grandes fonctions du corps humain; il n'a pas pour but, comme on le croit communément, le développement exclusif de la force musculaire; en vérité, il tend au perfectionnement de tout l'organisme et ainsi contribue à un meilleur état de santé.

Par contre, il serait difficile d'élever de façon appréciable l'aptitude physique d'un sujet qui ne jouirait pas déjà de la santé.

Notre santé dépend de notre constitution héréditaire, des séquelles de nos maladies et accidents antérieurs, des conditions de salubrité du milieu extérieur, et de nos habitudes de vie, surtout celles d'hygiène alimentaire et d'hygiène mentale.

Il est évident qu'aucun programme de culture physique ne peut protéger contre des maladies comme la variole, la diphtérie, la typhoïde, la syphilis, la poliomyélite, le paludisme; ni prévenir les troubles endocriniens et disthésiques, encore moins suppléer à la malnutrition.

Pendant la seconde guerre mondiale, environ 30% des jeunes gens furent trouvés incapables au service militaire pour infériorité physique ou déficience mentale. De ces cas, les trois-quarts furent rejetés en raison d'infirmités, de névroses ou de psychoses, d'affections circulatoires, respiratoires ou digestives, de déficiences de la vue, de l'ouïe ou des dents, et de maladies vénériennes; soit d'états pour lesquels la culture physique ne peut rien faire.

Par ailleurs, l'armée ne refuse jamais un sujet parce qu'il ne présente pas le degré voulu de développement musculaire, sachant fort bien qu'en quelques mois d'entraînement vigoureux, on va en faire un soldat robuste.

Par conséquent, il serait vain pour la culture physique de promettre la santé, mais ce qu'elle peut faire, c'est élever un être humain de bonne qualité vers un état idéal d'aptitude physique en lui donnant la vigueur, l'agilité et l'endurance, de même qu'en augmentant le rendement de ses viscères.

Si donc, on ne demande pas à l'éducation physique plus qu'elle ne peut donner, elle de-

1. Communication au XXIX<sup>e</sup> Congrès de l'A. M. L. F. C., Montréal, septembre 1959.

meure éminemment désirable pour tous les sujets... qui sont déjà en santé.

Le plus souvent ce sont les loisirs qui fournissent l'occasion de pratiquer la culture physique, les moyens changeant aux diverses périodes de la vie. Alors que ce sont les jeux pendant l'enfance et les sports pendant l'adolescence, à l'âge adulte, à défaut de travail physique, on doit s'en tenir à des exercices d'assouplissement pratiqués avec une endurance modérée et à une sage utilisation des loisirs à des fins récréatives.

Chez les jeunes, la suractivité musculaire qu'exige l'entraînement ne doit pas absorber toutes les énergies, provoquer le surmenage et retarder la croissance. Ce danger appelle le contrôle médical des activités physiques.

Pour le médecin, il importe que les exercices soient adaptés aux conditions individuelles: physiologiques, professionnelles, et autres. C'est là un objectif important de la médecine « sportive » ou des sports, laquelle en d'autres pays est devenue en quelque sorte une spécialité.

La préparation de médecins à remplir ces fonctions exige une formation spéciale de plusieurs mois. Il leur faut étudier la croissance, la mécanique générale du mouvement et celle des divers exercices et des différents sports, la technique de l'examen médico-physiologique en vue de l'entraînement, le massage, les accidents du sport, et la rééducation des « minorés » physiques à l'aide de la gymnastique correctrice et de la physiothérapie.

Tout médecin cependant peut être appelé à faire des examens scolaires. Or, l'examen scolaire ne doit pas se contenter de dépister les défauts physiques pouvant nuire à l'instruction et les affections susceptibles de compromettre la santé future des élèves; il faut qu'il serve également au contrôle médical des activités physiques. Cet objectif apparaît lorsque, sur les jeux de l'enfant, se greffe la compétition sportive, soit vers l'âge de 14 ans.

L'aptitude fonctionnelle d'un individu ne saurait être pleinement appréciée qu'à la condition de compléter les procédés cliniques ha-

bituels, où le sujet est examiné à l'état statique, par des épreuves d'ordre dynamique, susceptibles d'éclairer le médecin sur la manière dont le candidat réagit à l'effort.

Il est plusieurs tests qui constituent des critères d'aptitude générale en même temps que de véritables épreuves du système cardio-vasculaire.

Il est d'autre part, de multiples tests de force, de vitesse, d'endurance, de coordination, qui sont appliqués couramment par les éducateurs physiques. En principe, seuls les élèves trouvés aptes à l'examen médical peuvent ensuite subir ces tests qui permettent d'apprécier l'aptitude neuro-musculaire des élèves et de classer ceux-ci aux fins du programme d'éducation physique.

A l'égard d'un programme scolaire d'éducation physique, le médecin peut ranger les enfants en trois catégories, d'après leur état et leurs possibilités.

La première catégorie est celle des enfants sains et normaux qui peuvent suivre la leçon d'éducation physique intégralement, par conséquent faire tous les exercices, participer à tous les jeux et sports, y compris les concours de natation et d'athlétisme.

Dans la seconde catégorie seront classés les enfants qui, quoique sains, sont moins résistants en raison d'une fatigue momentanée ou d'un âge physiologique inférieur à l'âge chronologique. On peut permettre à ces enfants des exercices modérés, la natation libre et la participation à des jeux non violents et ne comportant pas une vive compétition.

La troisième catégorie comprend les enfants qui doivent suivre un programme individuel, selon des recommandations adaptées aux besoins de chacun. Ces recommandations peuvent aller jusqu'à des pauses de repos pendant la journée, réduire et ralentir la montée des escaliers, faire usage de l'ascenseur, ou même voyager à l'école en voiture.

Une classification ou une directive n'est pas nécessairement immuable; on peut procéder à un surclassement comme à un déclassement temporaire.

Certains exercices de gymnastique corrective peuvent être faits en gymnase sans appareils spéciaux (ex.: pour une attitude vicieuse purement musculaire et sans atteinte osseuse). D'autres relèvent des techniciens de l'orthopédie et de la réhabilitation.

Une exemption doit être accordée à ceux qui ne peuvent subir aucune éducation physique

(insuffisance cardiaque ou infirmité incompatible).

Quel que soit le mode de classification que l'on adopte, il nécessite la surveillance des candidats et une collaboration étroite entre le médecin examinateur et le professeur d'éducation physique.

---

## LA PRÉVENTION DES ACCIDENTS À DOMICILE <sup>1</sup>

Ant.-B. VALOIS, M.H.P., F.A.P.H.A.,  
Assistant du directeur,  
Service de Santé, Ville de Montréal.

La plupart d'entre nous croyons que le foyer est l'endroit où nous pouvons élever des enfants et abriter des personnes âgées en toute sécurité. Eh bien ! détrompons-nous. En effet, il est reconnu aujourd'hui que près de la moitié des blessures accidentelles surviennent dans nos foyers, que les accidents à domicile tuent plus d'enfants d'un an à quatre ans que la maladie et que finalement plus de personnes, jeunes et âgées, meurent à la suite de chutes, brûlures et empoisonnements dans leur foyer que n'importe où ailleurs.

En général, nous pouvons affirmer que les enfants sont plus en sécurité à l'école et que les adultes sont plus en sécurité au travail que dans leur propre foyer. Ces faits ont été confirmés non seulement au Canada mais aussi chez nos voisins au sud de nos frontières. A Montréal, nous avons constaté les mêmes faits et tiré les mêmes conclusions.

A mesure que les Services de santé prenaient de plus en plus conscience de l'importance croissante que posent les accidents à domicile, qui rendent invalide et causent même la mort, ces Services, dis-je, ont été lents au début à assumer la responsabilité publique de prévenir les accidents au foyer parce qu'ils n'étaient pas convaincus que les mé-

thodes de prévention, qui avaient si bien servi à contrôler certaines maladies contagieuses, pouvaient aussi s'appliquer aux accidents à domicile.

Toutefois, depuis les vingt dernières années, les résultats positifs se sont accumulés graduellement pour prouver que ce problème peut être résolu avec succès, grâce au travail d'équipe et à la coordination de certaines techniques spécialisées propres à diverses disciplines qui composent un service de santé bien organisé.

Donc dès que le directeur d'un service de santé est convaincu de la nécessité d'un tel programme, il doit d'abord déterminer l'étendue du problème que pose la fréquence des accidents de tout genre dans sa localité avec mention spéciale des accidents à domicile. Vouloir prévenir tous les accidents est une tâche impossible, même si un tel service est pourvu d'un personnel compétent et suffisamment nombreux. Le choix de certains types d'accidents au foyer étant fait tous les deux ans, par exemple, et les efforts combinés de l'équipe étant concentrés aux endroits où le problème que posent ces accidents est le plus aigu, l'officier de santé pourrait obtenir de meilleurs résultats dans une période de temps beaucoup plus courte.

Ce projet doit se baser sur un minimum de renseignements obtenus non seulement des

---

1. Communication au XXIX<sup>e</sup> Congrès de l'A. M. L. F. C., Montréal, septembre 1959.

décès par accident mais aussi des blessures accidentelles. Nous savons tous que certaines de ces données concernant les accidents mortels peuvent être recueillies par la Division de la démographie, des certificats de décès, des rapports des coroners, des services d'incendie et de la police si nécessaire. Ces renseignements peuvent ensuite être retranscrits sur un formule-questionnaire conçue dans le but d'établir la chaîne des événements qui ont causé ce genre d'accident. Les renseignements touchant les blessures accidentelles pourraient être colligés au moyen d'une copie sur papier carbone des rapports faits dans les cliniques d'urgence des hôpitaux.

Selon les résultats publiés par le service de santé de la ville de San Francisco en 1955 lors de l'établissement d'un programme de sécurité au foyer, ces rapports d'hôpitaux ont permis à ces médecins de déterminer avec beaucoup de précision l'importance des différents genres d'accidents (et des blessures accidentelles en particulier) dans cette région.

Ces questionnaires, une fois reçus des hôpitaux et de la Division de la démographie, pourraient être plus tard distribués aux médecins et aux infirmières de chaque district sanitaire, afin que l'enquête épidémiologique requise soit complétée. Le directeur peut alors se servir de cette information pour établir la fréquence, connaître les groupes d'âges les plus touchés et souligner la cause principale des accidents dans sa localité, afin de pouvoir déterminer la priorité qu'il devra donner à la prévention des accidents à domicile par rapport aux autres problèmes de la santé publique.

Il ne devra pas être obligé d'engager de personnel additionnel pour incorporer ce programme aux autres activités de son service, si son département est suffisamment organisé pour promouvoir un programme de santé publique généralisé. Il devra probablement estimer de nouveau les conditions de travail de certaines fonctions de son service afin de libérer quelques-uns des membres de son personnel de certaines de leurs fonctions actuelles, dans le but de leur trouver du temps et

de l'argent pour mettre à exécution ce nouveau projet.

Afin d'éviter la duplication des mêmes services, il tiendra compte des efforts que poursuivent la Croix-Rouge, le corps ambulancier St-Jean, le Service des incendies, les clubs sociaux, les écoles publiques, les chapitres du « Safety Council » et la Ligue de sécurité dans sa localité.

La deuxième mesure à prendre est l'enseignement aux différents membres de l'équipe qui aura charge de cette nouvelle fonction. Vu que les universités donnent une formation incomplète dans ce domaine, l'enseignement du nouveau programme est essentiel au sein des diverses disciplines qui composeront l'équipe. L'expérience nous apprend que le personnel d'un service de santé est hésitant et incertain par manque de connaissances suffisantes dès qu'il est appelé, lors d'une visite dans un foyer, à attirer l'attention de la mère de famille sur les situations dangereuses qui existent dans le foyer et à discuter des circonstances qui pourraient engendrer un accident et ainsi prévenir sa répétition.

Une série de cours à des groupes séparés de médecins, infirmières, inspecteurs sanitaires, pourrait être donnée par des spécialistes en hygiène et en sécurité publique. Un film pourrait illustrer chaque cours théorique. De plus, une liste citant les situations risquées qui peuvent exister dans un foyer et un échantillon de toutes les publications à ce sujet pourraient être remis à tous les participants. Une période d'instruction sera suivie de discussions par petits groupes ayant pour sujet l'histoire de cas d'une blessure accidentelle arrivée à domicile et la façon dont cet accident aurait pu être prévenu. En général, cette éducation est très appréciée parce qu'elle crée de l'intérêt au sein de l'équipe tout en la convainquant de la nécessité d'incorporer la sécurité au foyer aux autres fonctions de la santé publique. Plus tard une réunion de toutes les Divisions pourrait être organisée alors qu'un problème de ce genre, qui intéresse plusieurs d'entre elles, pourrait être discuté et une solution suggérée. Par ce moyen,

les infirmières et les inspecteurs sanitaires apprendraient à référer plus fréquemment certains cas à leur Division respective et prendraient l'habitude de travailler plus étroitement à résoudre les problèmes qui surgissent au cours de l'application des mesures préventives des accidents à domicile.

Dès que ces démarches auront été complétées, la collection et l'évaluation des données statistiques recueillies ajoutées à l'enseignement du personnel, l'officier de santé sera prêt à exécuter une partie importante de ce projet. A ce moment, il ferait mieux de remettre l'entière responsabilité de ce programme à un membre expérimenté de son personnel administratif, à temps partiel ou à temps complet, pourvu que ce dernier agisse à titre de coordonnateur de toutes les activités qui ont trait à la prévention de ces accidents.

Cet administrateur devra promouvoir le programme de telle façon que la prévention de la sécurité au foyer soit progressivement incorporée aux autres fonctions que pratiquent les divers membres de l'équipe: le médecin, l'éducateur hygiéniste, l'infirmière, l'ingénieur de sécurité et l'inspecteur sanitaire, la nutritionniste et le statisticien.

Considérons maintenant plus en détail la contribution de chaque profession au sein de l'équipe.

#### LE MÉDECIN HYGIÉNISTE

Le public en général consulte le médecin hygiéniste afin de connaître les mesures préventives recommandées ainsi que les meilleures habitudes d'hygiène personnelle. A cette occasion, ce dernier pourra attirer l'attention sur quelques mesures préventives de sécurité à la maison: par exemple, à une clinique d'hygiène prénatale enseigner à une future mère comment éviter les chutes; dans une clinique de nourrissons démontrer à la mère comment prévenir la suffocation mécanique de leur nouveau-né par l'ingestion de nourriture ou de corps étrangers; dans une clinique préscolaire, comment lui enseigner les moyens d'éviter des brûlures, des chutes et des em-

poisonnements à ses enfants; dans les écoles élémentaires et supérieures, rappeler aux parents au moment de l'examen physique de leurs adolescents, que ces écoliers sont exposés le plus fréquemment dans leur domicile à des brûlures graves par l'usage de substances inflammables et à des blessures, souvent mortelles, par la manipulation d'armes à feu.

Alors qu'il procède à des enquêtes épidémiologiques, le médecin hygiéniste peut très bien souligner à la ménagère les risques d'accident qu'il aurait observés au cours de ses visites. Le médecin hygiéniste peut aussi assister par des causeries, des démonstrations et autres activités, les organisations volontaires dans leurs efforts pour promouvoir une campagne d'éducation du public. Enfin ce dernier peut donner le bon exemple, en pratiquant lui-même les habitudes de sécurité qu'il enseigne si libéralement.

#### VOYONS MAINTENANT LE RÔLE DE L'ÉDUCATEUR HYGIÉNISTE

L'éducateur sanitaire a une contribution très importante à apporter au programme de sécurité au foyer. La plupart du temps, il s'adresse à toute la collectivité. Au début de la mise en opération de ce nouveau projet, il devrait être prêt à fournir tout le matériel nécessaire pour l'enseignement du personnel de l'équipe au sein du service de santé. Dû au fait qu'aucun programme de santé publique a plus besoin de publicité intensive que celui de la sécurité au foyer, l'éducateur hygiéniste devra incorporer, à chaque fois qu'il en aura l'occasion, les moyens d'éviter les accidents à domicile au cours de l'enseignement des autres activités de la santé publique.

Ainsi il pourrait utiliser à bon escient des saynètes, des esquisses dramatiques sur la prévention des accidents au foyer lors d'émissions radiodiffusées ou télévisées. Il devra préparer du matériel pour étalage dans les congrès mondiaux, para-médicaux et d'hygiène publique. Il devra composer des communiqués alimentés de données statistiques recueillies à même les accidents survenus dans sa localité pour publication dans les jour-

naux, les revues et pour distribution à ceux qui en feraient la demande. Finalement, il devra assister les organismes officiels et volontaires, à stimuler ceux que le problème intéresse et à éveiller les responsabilités de ceux qui demeurent indifférents.

A mon avis, le rôle le plus important de l'éducateur sanitaire est dû au fait que sa fonction lui permet de faire le lien entre les diverses disciplines qui participent à ce travail d'équipe.

#### LES INFIRMIÈRES HYGIÉNISTES

Ainsi que nous l'avons constaté dans d'autres programmes d'hygiène publique, l'infirmière hygiéniste est probablement la personne la plus qualifiée pour enseigner les mesures préventives de sécurité au foyer de personne à personne. Les expériences passées nous apprennent en effet que le contact individuel amène une réduction plus rapide de ces accidents que le simple contact collectif de la masse.

De par sa fonction, l'infirmière hygiéniste est obligée de faire de nombreuses visites dans les foyers. Il y a là l'occasion d'observer les défauts des logis, l'encombrement des pièces et des escaliers, en un mot, toutes les conditions qui exposent les occupants à des accidents. Son rôle consiste donc à rapporter ses observations sur son rapport quotidien ou mieux de les noter sur une liste préparée à cet effet, énumérant les divers risques d'accident auxquels l'on est exposé dans certains foyers; de suggérer à la ménagère les moyens de les éviter ou de prévenir leur répétition par des instructions précises, accompagnées, si nécessaire, d'une démonstration probante. Dans le cas où les conditions ne peuvent être corrigées par les locataires eux-mêmes, ces derniers devraient être référés aux autorités concernées (habituellement par l'intermédiaire de l'inspecteur sanitaire du district). L'infirmière hygiéniste devrait aussi pouvoir enseigner des mesures préventives aux mères de famille dans les cliniques prénatales, infantiles et pré-scolaires. Elle devrait aider à développer chez les mères un

sens ordonné de la sécurité afin qu'à leur tour, elles puissent communiquer ses connaissances aux autres membres de la famille.

Un des services les plus efficaces rendus par l'infirmière hygiéniste est celui qu'elle pratique lorsqu'elle visite un cas d'empoisonnement après traitement dans un centre hospitalier de contrôle des matières toxiques. Afin de prévenir d'autres empoisonnements dans cette famille, elle leur enseignera comment étiqueter et mettre hors de portée des enfants les poisons dans ce foyer.

En utilisant chaque occasion d'enseigner les habitudes de sécurité à des petits groupes de personnes dans leur localité et en assistant les autres organisations actives dans ce domaine de prévention, l'infirmière hygiéniste aura fait plus que sa part pour prévenir les accidents à domicile.

#### L'INGÉNIEUR ET L'INSPECTEUR SANITAIRES

Puisque les recherches les plus récentes indiquent que plusieurs conditions du milieu sont associées à de nombreux accidents survenant dans le foyer, l'ingénieur et l'inspecteur sanitaires, à cause de leurs connaissances techniques, sont bien placés pour jouer ce rôle de tout premier plan à l'intérieur et à l'extérieur d'un logement.

Le surintendant de la Division de l'inspection sanitaire peut faire une contribution majeure à ce programme en encourageant l'adoption de règlements contenant des clauses relatives à la prévention des accidents à domicile et en suggérant des changements au code du bâtiment et du zonage de façon à inclure des mesures de sécurité en même temps que des mesures de salubrité.

Un ingénieur de sécurité avec quelques années d'expérience en hygiène publique est, dans mon opinion, la personne la mieux qualifiée pour incorporer la sécurité au foyer dans un programme sanitaire.

D'autre part, l'inspecteur sanitaire peut ajouter quelques conseils à ce sujet lorsqu'il enquête une nuisance publique; quand il participe à une campagne d'embellissement, quand il fait l'inspection de la collection des

déchets à domicile. Il peut aider l'infirmière hygiéniste en s'occupant des cas qui lui sont référés par elle en faisant respecter les règlements de sécurité déjà existants, en poursuivant les propriétaires et les locataires obstinés qui refusent de corriger les défauts des logements qu'ils possèdent ou habitent, exposant par le fait même les locataires à des accidents éventuels. Très souvent un avis envoyé au propriétaire, qui ne veut pas collaborer, l'informant qu'il sera tenu responsable de tout accident qui arrivera à l'avenir à ses locataires, dû à sa négligence, précipite le cours des événements et hâte la correction des défauts dans la plupart de ces cas.

#### PASSONS AU RÔLE DE LA NUTRITIONNISTE

Plusieurs études démontrent que la cuisine est la pièce où le plus grand nombre de blessures accidentelles surviennent à domicile. Ces accidents sont fréquemment associés à la préparation de la nourriture. Dû au fait que cette activité relève du domaine de la nutritionniste, cette dernière peut influencer favorablement la conduite de la ménagère dans sa cuisine en lui suggérant d'utiliser les méthodes les plus sûres.

La nutritionniste peut facilement incorporer des conseils de sécurité au foyer dans son travail en discutant avec une mère de famille un régime approprié par exemple ou en démontrant à de petits groupes de femmes comment préparer des repas plus variés. A cette occasion, elle devra pratiquer elle-même les mesures préventives de sécurité les plus recommandables tout en attirant l'attention des membres du groupe sur la façon de procéder.

A titre de consultante du personnel dans les cuisines des hôpitaux et autres institutions, la nutritionniste peut indiquer à ces personnes les moyens d'éviter des coupures, des blessures et même des chutes non seulement à leur travail mais aussi dans leur foyer.

Bien que j'aie décrit la contribution de chaque profession séparément, cela ne veut pas dire que chacune de ces expériences n'aura qu'une seule répercussion sur l'ensemble

du problème. Au contraire je suis convaincu que les efforts combinés de chaque membre de l'équipe sauront multiplier « comme l'intérêt composé » l'efficacité du contrôle des accidents à domicile et ainsi sauvegarder le succès du programme. Après tout, les accidents au foyer ne doivent pas nécessairement arriver puisque, selon l'ensemble des opinions, trois sur quatre de ces accidents peuvent être évités par la pratique d'habitudes de prudence et un sens ordonné de la sécurité.

En résumé, je crois pouvoir affirmer que le Service de santé d'une région métropolitaine est, à mon avis, bien préparé pour élaborer un programme de prévention des accidents à domicile.

J'ajouterais de plus que cette nouvelle fonction peut être incorporée aux autres activités de ce service d'hygiène de la façon suivante: d'abord colliger et évaluer les données recueillies sur les accidents en général et les accidents à domicile en particulier dans cette région;

en second lieu, comparer ces données à celles des autres problèmes d'hygiène publique dans le but d'établir des priorités lors de l'élaboration d'un programme de sécurité au foyer;

en troisième lieu, une période d'entraînement des diverses disciplines qui participent à ces activités devra être complétée au sein du service même.

Ces trois démarches accomplies, l'entière responsabilité de ce projet devra être remise à un membre du personnel administratif afin qu'il puisse agir à titre de coordonnateur de ce programme. Ensuite ce dernier devra définir avec précision les nouvelles fonctions de chaque membre de l'équipe de façon à ce que chacun trouve le temps nécessaire pour exécuter ces activités additionnelles. Enfin le Service de santé devra travailler étroitement avec les autres organismes officiels et volontaires intéressés à la prévention des accidents à domicile.

En conclusion, il serait avantageux pour tous les intéressés que le service de santé tienne le grand public bien renseigné sur ses

efforts dans ce nouveau domaine puisque l'on aura besoin de l'appui de toute la collectivité pour poursuivre ce programme avec succès. Néanmoins, dû au fait que les Services de santé ont réussi à contrôler la fréquence de certaines maladies contagieuses dans le passé dans des conditions bien plus déplorables, je demeure convaincu que ces organismes devraient être capables, au moyen des spécialistes et des facilités qu'ils possèdent aujourd'hui, d'annoncer les progrès accomplis en ce nouveau domaine de la prévention dans un avenir rapproché et de rendre le foyer familial un endroit où l'on pourra vivre éventuellement en toute sécurité.

#### Summary

Reversing the trend of the communicable diseases, accidents are becoming more and more important every day. According to their occurrence, accidents may be divided into three separate groups: accidents at work, on the road and at home.

Among all these accidents, only the accidents at work show a downward trend. The improvements gained in this field are due to the sustained efforts of safety engineers.

Accidents on the road or traffic accidents are responsible for the greatest number of deaths while accidents at home cause close to half of all accidental injuries.

In cooperation with the physicians, parents and the general public, a programme of prevention of home accidents is outlined and is to be integrated in the activities of the Department of Health of Montreal.

#### BIBLIOGRAPHIE

1. *Accident facts*, édition 1958. National Safety Council.
2. *Home Safety Project 1953-57*. Service de santé de la Californie, 1958.
3. *Accident prevention manual*. Service de santé de Contra Costa, 1956.
4. *The role of the public health workers in home accident prevention*. Service de santé de la Georgie, 1955.
5. *Mortality from home accidents 1956*. Bureau fédéral de la statistique, Ottawa, Ont.
6. Review of 1000 home accidents, par les docteurs Lossing et Goyette, *C.J.P.H.*, avril 1957.
7. La prévention des accidents à domicile — problème de santé publique, par le docteur A.-B. Valois, Service de santé de la Cité de Montréal, 1958.
8. Saskatchewan accident cases requiring hospital services. Service de santé de la Saskatchewan, Régina, 1956.
9. Study of home accidents: their public health significance, par les docteurs D. B. Armstrong et W. G. Dole, *A. J. P. H.*, vol. 31, nov. 1941.
10. Accident prevention — an essential public health service. Sous-comité de la prévention des accidents, *A. P. H. Journal*, vol. 35, mars 1945.
11. Suggested home accident prevention activities for Health Departments. Sous-comité de la prévention des accidents, *American Public Health J.*, vol. 46, mai 1956.
12. Les accidents d'enfants. *La Santé de l'homme*, Ministère de la santé publique et de la population, mai, juin, juillet, no 105, Lyon, France, 1958.
13. Poison control centers, par C. Collins-Williams, M.D., *C. P. H. Journal*, vol. 49, 1958.
14. La prévention des accidents à domicile — une nouvelle fonction de l'inspecteur sanitaire, par le Dr A.-B. Valois, 1954.
15. Accidental Home Poisonings, par le Dr Kubryk, D.P.H., et A. C. McKenzie, B.A., M.P.H., Division de l'épidémiologie, Ministère de la Santé et du Bien-Etre social, Ottawa, Ont., *C. P. H. A. Journal*, vol. 49, octobre 1958.

## L'ALCOOLISME, LE TABAGISME ET LE NARCOTISME<sup>1</sup>

J.-M. ROUSSEL.

L'homme est un perpétuel mésadapté; aussi loin qu'on puisse remonter dans l'histoire on se rend compte qu'il a été en lutte avec son milieu. L'imagination se perd à la conjecture des dangers auxquels l'homme préhistorique devait faire face; on peut plus facilement s'imaginer ceux que devront affronter les générations actuelles.

Aussi est-il tout à fait admissible, s'il ne voulait pas perdre complètement la raison, que l'homme se tournât, aux différentes époques de son évolution, vers telle ou telle substance, de nature à lui faire voir la vie sous un jour meilleur.

Lorsque les cataclysmes des premiers âges se furent apaisés et que l'homme s'enracina sur un coin de terre pour devenir agriculteur, il est tout naturel que, dans sa recherche des choses qui se pouvaient manger, il eut fait des expériences: les unes désastreuses pour lui lorsqu'il avait le malheur de tomber sur quelque plante vénéneuse, les autres plus heureuses lorsqu'en plus d'être agréable au goût cette racine ou ce fruit apaisait quelque peu sa faim ou calmait son anxiété.

Un jour les fleurs apparurent sur la terre et parmi celles-ci il s'en trouva une dont la grâce et le coloris ne devait pas manquer d'attirer l'attention de notre lointain ancêtre: il s'agissait du pavot ou plus exactement du *Papaver somniferum album* ainsi qu'on devait l'appeler beaucoup plus tard. Le suc que s'écoulait de la capsule encore verte était non seulement d'un goût agréable mais avait aussi la propriété de calmer ses douleurs physiques et d'apaiser son anxiété « sa souffrance était remplacée par un état de quiétude, si douce et si profonde qu'elle était plus qu'un plaisir et ressemblait au bonheur ».

Dès cet instant qu'il eut connu l'effet de l'opium, l'homme ne put s'en passer et trans-

mit son habitude à ses descendants, si bien qu'on compte actuellement dans l'Extrême Orient seulement, plus de 800 millions d'individus fumant, mangeant ou buvant l'opium et ses dérivés.

L'expansion considérable qu'a prise cette plante depuis sa découverte tient au fait que « l'opium appartient au groupe si particulier des « poisons euphoristiques »; la substance nocive introduite dans l'organisme n'y provoque pas, comme les autres toxiques, un mouvement de défense normale, sous forme de dégoût ou d'aversion; elle éveille au contraire un appétit et un plaisir morbides ».

Mieux que l'alcool, mieux même que la cocaïne et le haschisch, l'opium est le type idéal de poison euphoristique. Il en produit au plus haut degré les quatre effets caractéristiques :

1° — l'*euphorie*, qui est comme le goût délicieux du poison;

2° — l'*accoutumance*, qui permet d'accroître indéfiniment la ration toxique, jusqu'à des doses deux ou trois cents fois supérieures, dans quelques cas d'opiomanie, à celle qui peut tuer un homme sain;

3° — l'*état de besoin*, c'est-à-dire la faim du poison, sorte d'accoutumance active qui, avec une exigence tyrannique, pousse à renouveler, sans cesse, et à multiplier les doses de poison;

4° — l'*état d'abstinence*, c'est-à-dire l'ina-  
nition du toxique quotidien, souvent plus pénible d'emblée et plus rapidement dangereuse que la privation des aliments normaux: d'où l'extrême difficulté de rompre avec l'habitude toxique, devenue un élément presque indispensable du métabolisme vital. Dans une sorte « d'engrenage » psycho-physiologique le poison, après avoir attiré par le plaisir, retient par la douleur: le piège s'est refermé sur sa victime. (Dupré et Logre, *nouveau traité de médecine* volume VI - p. 357).

Thomas de Quincey, écrivain anglais, qui

1. Communication au XXIX<sup>e</sup> Congrès de l'A. M. L. F. C., Montréal, septembre 1959.

vécut de 1785 à 1859, dans un article intitulé les « confessions d'un opiophage anglais » chanta la gloire de l'opium et annonçait aux hommes, en ces termes, la consolante révélation des « Paradis artificiels ».

« O juste, subtil et puissant opium ! Toi qui, au cœur du pauvre comme du riche, pour les blessures qui ne se cicatrisent jamais, et pour les angoisses qui induisent l'esprit en rébellion, apportes un baume adoucissant; éloquent opium ! toi qui, par ta puissante rhétorique, désarmes les résolutions de la rage, et qui, pour une nuit, rends à l'homme coupable les espérances de sa jeunesse et ses anciennes mains pures de sang; qui, à l'homme orgueilleux donnes un oubli passager des torts non redressés et des insultes non vengées; qui cites les faux témoins au Tribunal des rêves pour le triomphe de l'innocence immolée; qui confonds le parjure, qui annule les sentences des juges iniques; tu bâtis dans le sein des ténèbres, avec les matériaux imaginaires du cerveau, avec un art plus profond que celui de Phidias et de Praxitèle, des cités et des temples qui dépassent en splendeur Babylone et Hécatompylos; et, du chaos d'un sommeil plein de songes, tu évoques à la lumière du soleil les visages des beautés depuis longtemps ensevelies, et les physionomies familières et bénies, nettoyées des outrages de la tombe ! Toi seul tu donnes à l'homme ces trésors et tu possèdes les clefs du Paradis, ô juste, subtil et puissant opium ! »

L'auteur lui-même était devenu narcomane en prenant du landanum pour traiter une névralgie rebelle; il éprouva bientôt le « besoin irrésistible » de prendre des quantités croissantes du toxique, illustrant bien le rôle que la perversion instinctive ou plutôt la recherche consciente et volontaire du poison joue dans toutes ces narcomanies. En 1813 les chroniqueurs nous rapportent qu'il prenait de 8000 à 12000 gouttes de landanum et De Quincey, qui avait d'abord crû que l'opium est un « don divin », ne tarda pas à s'apercevoir qu'il faut toujours craindre les Dieux, même quand ils font des présents — et pour

faire contrepartie aux « Voluptés de l'opium », a-t-il écrit les « Tortures de l'opium ».

En effet, parvenu à la période d'état, le malaise du narcomane est double : il éprouve une série de troubles décelant l'intoxication, c'est-à-dire « l'intolérance de l'organisme à l'usage du narcotique »; mais il accuse aussi tout un ensemble de symptômes traduisant l'état de besoin, c'est-à-dire l'intolérance de l'organisme à la suppression du toxique : alternative angoissante, situation sans issue, sorte d'impasse psychologique, où le malade se débat vainement et n'aperçoit plus, de toutes parts, que la douleur inévitable.

L'injection de la morphine ou de l'héroïne, même si on augmente les doses, ne produit bientôt plus la délicieuse sensation du début : le malade a perdu sa virginité, qu'aucun raffinement ne lui rendra jamais. Il ne goûte plus guère qu'un plaisir négatif, chaque piquûre parvenant tout juste à neutraliser la faim du poison. « Le malade ne s'injecte plus pour jouir, mais pour ne pas souffrir » (Chambord).

Pâle, couvert d'éruptions et de lésions de grattage, faible, marchant avec difficulté et s'essoufflant au moindre effort, ne dormant plus, le narcomane n'est bientôt plus qu'une loque humaine, à l'intelligence émoussée, sans volonté et dénuée de tout sens moral.

Malgré la tirade inspirée de De Quincey, ce n'est pas un hymne joyeux de bienvenue qu'il faudrait inscrire à l'entrée des paradis artificiels, mais — avec beaucoup plus d'à-propos — la sentence de malédiction et de désespoir que le Dante avait lue sur une des portes de l'Enfer : « Par moi l'on va dans la cité des pleurs; par moi l'on va dans la douleur éternelle; par moi l'on va parmi la race des damnés... Laissez là toute espérance, vous qui entrez ».

Notre grand-père Noé pensait avoir trouvé beaucoup mieux en plantant la vigne. Son initiative fut le point de départ d'une industrie qui n'a cessé de s'accroître et a fourni au genre humain le moyen d'évasion le moins coûteux et le plus répandu qui soit.

L'usage de l'alcool comporte moins de conséquences désastreuses que l'usage des narcotiques, mais il n'est pas aussi inoffensif qu'on voudrait nous le faire croire. Il crée malheureusement l'habitude et ses usagers, à des degrés variables, selon leurs prédispositions psychiques, ont tôt fait d'en devenir esclaves, parce que l'alcool entre également dans la catégorie des « poisons euphorisants ».

Les formes nombreuses sous lesquelles on le consomme le rende agréable à boire et comme les impressions physiques et intellectuelles qu'il procure ne sont pas désagréables, il est tout naturel que son emploi soit répandu chez les individus privés des satisfactions matérielles et morales de la vie.

Il souffit de se promener sur la « main » pour constater l'état de béatitude que se procurent à bon marché les « robineux » couchés sur les trottoirs une bouteille de vin bon marché à la main. Comme à peu près tout ce qu'on trouve dans la nature, l'usage de l'alcool à bon escient n'est aucunement dommageable; bien qu'il soit difficile d'établir, de façon exacte, la quantité de boissons spiritueuses que l'organisme peut absorber sans inconvénients, il semble bien démontré que l'ingestion de  $\frac{1}{2}$  gramme par kilo ne saurait avoir d'effets nocifs.

C'est ainsi que la médecine ne voit aucun inconvénient théorique à ce qu'un adulte en bonne santé consomme dans les 24 heures, si cela lui chante, un demi-litre de vin ou une bouteille de bière. L'alcoolisme, cependant, ne peut être déterminée mathématiquement, aussi reconnaissons-nous que l'organisme est entrée dans une phase pathologique lorsqu'il y a « accoutumance et besoin irrésistible d'en user ».

A cette époque, on trouve chez les buveurs un certain nombre de symptômes que l'on peut grouper sous le titre de « petits accidents de l'alcoolisme »; varicosités capillaires des pommettes, sub-ictère de la conjonctive, sommeil agité, fourmillements et tremblements des extrémités, points de côté. Lorsque ces signes d'alarme passent inaperçus, on voit apparaître des troubles de la nu-

trition, qui ont tôt fait d'aboutir aux maladies spécifiques de l'alcoolisme chronique: dyspepsie, cirrhose, névrites, délires et psychose polynévritique, qui sont trop connues pour qu'il soit nécessaire d'insister.

La conséquence la plus sérieuse de l'alcoolisme sur la santé de l'homme réside dans son hérédité et sa transmission à la descendance; les médecins ont reconnu depuis longtemps que les pères et mères alcooliques engendrent des enfants souffreteux, dégénérés ou épileptiques, prédisposés à la tuberculose sous toutes ses formes, eux-mêmes sensibilisés vis-à-vis de l'alcool et manifestant également une dégénérescence morale évidente.

L'alcoolisme reste un problème social devant lequel le tabagisme perd un peu de l'importance qu'on a voulu lui donner depuis quelques années; le tabac, cependant, est loin d'être cette panacée que ses parains préconisaient lorsqu'ils l'introduisirent en Europe au 16<sup>e</sup> siècle et son usage excessif peut entraîner des complications organiques sérieuses.

On ne prise ni ne chique guère plus le tabac; par contre, on le fume au rythme de plusieurs milliards de cigarettes par an.

La fumée du tabac contient un alcaloïde, la nicotine, dont la puissance peut se comparer à celle de l'aconitine ou de l'acide cyanhydrique; c'est à ce poison que sont attribuables les accidents qui suivent la première cigarette ou la première pipe: vertiges, céphalée, nausées, pouls irrégulier et petit refroidissement, défaillance et tremblements.

Mais la nicotine n'est pas tout et il faut tenir compte, dans les troubles qui font suite à l'inhalation de fumée de tabac, des nombreux autres produits: acide cyanhydrique, collidus, méthylamine, bases pyridiques ammoniacque, aldéhyde formique et oxyde de carbone.

La plupart de ces produits sont des irritants et c'est à eux qu'on attribue les lésions locales observées dans la bouche et l'arbre respiratoire des fumeurs: stomatite catarrhale et bronchite chronique. Mais la question importante est celle des rapports du tabagisme avec le cancer; celui-ci peut-il se

développer sur les lésions irritatives chroniques, causées par le tabac ? Les avis sur cette question sont partagés, bien que la majorité soit en faveur d'une relation étroite entre les deux.

Comment expliquer autrement que le cancer du poumon soit cinq fois plus fréquent aujourd'hui qu'il ne l'était en 1930 ? et que sa progression ait suivi parallèlement celle de la consommation du tabac ? Le cancer du poumon a été observé chez tous les peuples, mais c'est dans la race blanche qu'il est le plus fréquent. Près de 80% des cancers du poumon apparaissent chez l'homme, dans la majorité des cas, entre 50 et 70 ans. La raison d'une prépondérance mâle aussi frappante a été attribuée à l'usage plus répandu du tabac chez les hommes.

Il a été observé par Doll (Angleterre) que, parmi les non-fumeurs, le cancer du poumon est aussi fréquent dans un sexe que dans l'autre. Dans des pays tels que l'Islande, où la consommation de cigarettes est faible, le chiffre global du cancer du poumon est faible. De plus, selon Hill (Angleterre) et Graham (E.U.) on observe plus de 90% des cancers du poumon parmi les gros fumeurs de cigarettes. De nombreuses expériences ont été entreprises pour tenter de déterminer la relation existant entre la consommation de cigarettes et le cancer et Kennaway (Londres) fut le premier à isoler, à partir de la

fumée de cigarette, une substance carcinogène purifiée — le 3.4 benzpyrène — qui se révéla capable de provoquer un cancer cutané chez les animaux d'expérience. Il faut admettre, cependant, que la pollution atmosphérique par la suie, les fumées d'usines et par les produits d'échappement des moteurs d'automobiles ou de camions, peut aussi jouer un rôle appréciable. Le débat n'est pas encore clos, aussi m'abstiendrai-je de tirer une conclusion définitive.

Il ne faudrait pas clore cette étude abrégée du tabagisme sans souligner ses effets nocifs et prouvés sur l'appareil circulatoire : le tabac provoque chez les gros fumeurs, soit des accidents paroxystiques (angine de poitrine, changements brusques de pression, extrasystoles) soit des lésions chroniques (athérome aortique, artérite chronique) d'où des complications redoutables au niveau du système nerveux (ramollissement) ou des membres (gangrène).

Il ressort de tout ceci que la médecine recommande à l'homme, dans l'intérêt de sa santé, de faire usage d'aucun narcotique et de fumer ou de boire avec modération dans les limites déjà exposées, sous peine de souffrir de céphalée rebelle parce que son nimbe de sainteté sera devenu trop serré.

Ca vaudra mieux, allez, comme dit le chansonnier, que de sucer de la naphthaline ou de manger de la mort aux rats !

## VARIÉTÉS

---

### LE MÉDECIN DANS LE ROMAN CANADIEN-FRANÇAIS <sup>1</sup>

Antonio DROLET,

Membre de la Société d'Histoire de la Médecine,  
Bibliothécaire-adjoint à l'Université Laval (Québec).

Le médecin est un sujet auquel la littérature s'est intéressée de tous temps. Pierre Mauriac, dans sa *Libre histoire de la médecine française*, note que des milliers d'œuvres littéraires portent sur le médecin. Sans qu'il soit nécessaire de citer des noms et des œuvres, chacun a facilement à la mémoire, contes, romans, pièces de théâtres, qui touchent à un aspect ou l'autre de la vie du médecin. Il serait étonnant que notre roman, malgré sa jeunesse relative, ait négligé un sujet qu'on peut dire aussi universel.

Il est vrai que le roman canadien-français, dont les débuts remontent à plus d'un siècle, a été longtemps le parent pauvre de notre littérature. L'histoire, la poésie, l'ont précédé par la valeur et l'importance des œuvres qu'on leur doit. Depuis quelques décades cependant, les œuvres romanesques se sont multipliées, et pour quelques-unes, atteignent vraiment à la littérature. D'abord étroitement régionaliste et inspiré de la vie rurale, le roman a élargi le champ de son observation. Sans négliger le domaine proprement psychologique, il a su créer des types souvent bien caractéristiques du milieu canadien-français.

C'est ainsi que le pionnier, le colon, ont leurs romanciers dans Louis Hémon et Damase Potvin. Geneviève de la Tour Fondue, Jean-Charles Harvey, Philippe Panneton, ont pénétré la psychologie de l'homme d'affaires. Le patriote, le nationaliste se retrouvent dans l'œuvre d'Aloné de Lestres. Le prolétaire des grandes villes, l'ouvrier, le collet blanc, ont inspiré Roger Lemelin, Gabrielle Roy, Jean-

Jules Richard. A André Giroux, à Jean-Jules Richard aussi, nous devons des types du fonctionnaire et du soldat.

Il est plutôt étonnant que deux personnages bien caractéristiques du milieu canadien-français — le prêtre et le médecin — attendent encore leurs vrais romanciers. Cette lacune a-t-elle une signification particulière? Existe-t-il des raisons qui expliquent cette abstention de nos écrivains à essayer de pénétrer la vie profonde de ces deux professions — qui ont au moins un point commun, en ce qu'elles sont toutes les deux, par essence, au service des autres? Peut-on y voir un vestige du tabou primitif qui plaçait à part du groupe social le ministre sacré et le guérisseur, souvent confondus dans la même personne? Ou peut-être, et plus simplement, faut-il donner à notre littérature romanesque le temps de compléter l'éventail de ses investigations, toujours étroitement dépendantes de la libre inspiration de l'écrivain.

Notre roman ne nous présente donc pas encore une œuvre de valeur dont le médecin soit le thème principal, et c'est à travers des œuvres multiples et inégales qu'il faut essayer de le retrouver, de retracer l'image qu'en ont esquissée en passant nos romanciers, toujours en marge du personnage central de leurs récits. En réunissant des traits pris à plusieurs personnages romanesques de médecins, il est peut-être possible de reconstituer le portrait romancé du médecin canadien, un peu comme on peut retrouver la figure du modèle dans les coups de pinceau d'une peinture cubiste.

Ce n'est pas d'ailleurs que le médecin ait été ignoré et laissé complètement dans l'oubli; au moins parmi les personnages secondaires,

---

1. Communication au XXIX<sup>e</sup> Congrès de l'A. M. L. F. C., Montréal, septembre 1959.

il a trouvé, à l'occasion, un rôle dès les débuts de notre roman. L'un des tout premiers, paru en 1850, mérite qu'on s'y arrête pour ce qu'il nous fait connaître du médecin. Il s'agit de *Charles Guérin*, roman que nous devons à un écrivain, qui fut aussi historien, homme politique et haut fonctionnaire de l'instruction publique, P.-J.-O. Chauveau. *Charles Guérin*, c'est le roman d'un jeune québécois vers les années 1830. Parmi les personnages qui y apparaissent, se rencontre un étudiant en médecine. Dès les premières pages du récit, une simple phrase est un commentaire réaliste de la vie du médecin de campagne. Un collégien, discutant du choix d'une profession, déclare: « Quand ma mère aura dépensé les débris de sa fortune à faire de moi un pauvre médecin de campagne... »

D'autres passages se rapportent à des coutumes médicales du temps, particulièrement en ce qui concerne la recherche des sujets nécessaires à l'étude de l'anatomie. C'était aussi l'époque des grandes épidémies de choléra, au cours desquelles le corps médical, étudiants y compris, ne ménageait pas ses efforts, sans grands effets cependant sur le cours de la maladie. L'auteur consacre plusieurs pages aux portraits de divers types de médecins qui se donnent sans hésitation aux soins des cholériques.

Il y fait apparaître le médecin qui fait de la médecine pour la médecine, sans autre souci que le bien de ses malades. Un autre, chirurgien émérite, est qualifié de « médecin homme d'affaires », pour le soin qu'il met à préparer le mémoire de ses honoraires à la suite de ses habiles interventions. Un troisième type, c'est le jeune homme élégant, de retour de Paris, préoccupé surtout de ses succès, — d'après le romancier, c'est le « médecin, homme du monde ». Tous les trois, d'ailleurs, c'est au chevet des pestiférés, dans un hôpital improvisé, qu'ils se rencontrent, unis dans un même dévouement sans espoir, puisque chacun d'eux s'étonne et se désespère du caractère fantasque de la maladie, tantôt cédant, tantôt réfractaire à la même médication.

À la fin du roman, dégoûté de la concurrence mesquine qu'il devrait pratiquer pour réussir dans la ville, l'étudiant, devenu médecin, s'établira dans une colonie agricole: c'est un Jean Rivard médecin, qui pratique le retour à la terre pour son propre compte.

Le roman de Chauveau touche à plusieurs aspects de la vie canadienne, tels qu'ils pouvaient frapper l'esprit d'observation d'un jeune écrivain. Le milieu médical surtout urbain n'a pas échappé à son attention, et ce que son roman nous en révèle a certes valeur documentaire à ce sujet.

D'autres romanciers fournissent des aspects de la vie du médecin de campagne, personnage important dans le milieu rural où se situent les œuvres régionalistes.

Le premier roman à sujet canadien qui soit entré dans la littérature universelle, c'est à Louis Hémon que nous le devons. Le romancier français ne séjourna au Canada que quelques mois. Quels médecins a-t-il rencontrés ou entrevus dans les villes où il n'a fait que passer rapidement, ou dans un coin perdu de la région du lac Saint-Jean, où il a séjourné quelques mois. Il serait peut-être possible, et fort intéressant de retracer le personnage réel qui lui a inspiré le type du médecin dans son roman *Maria Chapdelaine*. Qu'il nous le montre en action à côté du rebouteux, est une preuve de l'exactitude de son observation du milieu paysan. Tous les deux, docteur et rebouteux, apparaissent au chevet de la femme du vieux colon, tous les deux, dont l'art se limite à des médications faciles, s'inclinent en toute humilité devant le mystère déroutant de la maladie. C'était encore l'époque héroïque du médecin de campagne, auquel, dans le roman, on recourait de très loin, et seulement en toute extrémité.

Sous la plume de Hémon, le médecin s'identifie aux gens du milieu où il vit: « C'était sans affectation qu'il parlait comme les paysans; son grand-père et son père avaient travaillé la terre, et lui n'avait quitté la campagne que pour faire ses études à Québec, parmi d'autres garçons semblables pour la plupart... »

Ce personnage de roman, que doit-il à l'imagination de l'auteur ou à son observation — c'est une question qui se pose toujours, même dans les œuvres les plus réalistes.

Si le médecin canadien-français n'a pas, jusqu'à maintenant, trouvé son romancier, ce n'est certes pas faute d'écrivains médecins. Déjà, en 1945, le critique Berthelot Brunet notait que « la littérature est devenue le fief des médecins. » Et, de fait, ils sont relativement nombreux les médecins qui se sont tournés vers la littérature, et quelques-uns ont fait leur marque dans le roman.

L'un d'eux, le Dr Joseph Cloutier, publiait en 1925, le roman *L'erreur de Pierre Giroir*. C'est, semble-t-il, la seule œuvre du genre où le personnage principal soit de la profession médicale, bien que le récit n'y touche vraiment que fort peu. Pour oublier un amour malheureux, le personnage, Pierre Giroir, s'abandonne à la narcomanie dès sa vie d'étudiant. Dans l'espoir de retrouver son équilibre, il s'établit à la campagne, où il succède à un confrère à sa retraite. Ce nous est l'occasion de faire la connaissance d'un vieux praticien qui termine ses jours entouré de l'admiration populaire. Sa renommée lui vient autant de son habileté médicale, de son éloquence, que de l'attrait qu'il a montré pour les femmes.

Il y a, à son occasion, une description minutieuse du cabinet modeste du médecin: il s'y trouve quelques gravures de médecins célèbres, des rayons garnis de vieux bouquins, de flacons à médicaments et d'instruments. On peut croire que c'est là l'image d'un bureau de médecin de campagne d'il y a quelque 75 ans.

Les confidences que le médecin retraité fait à son confrère, nous font connaître sa philosophie professionnelle:

« C'est un chétif métier que la médecine, on n'y meurt pas riche, tout de même, il y a du bon. »

« Ça me fait du bien, avoue-t-il, de revoir des gens à qui j'ai pu rendre service. C'est la joie de ma vieillesse, ça paie un peu de s'être donné... C'est un grand contentement de se

dire que tant de familles nous doivent un peu de bonheur. »

L'Oeuvre du Dr Cloutier n'a pas de prétention littéraire. Il se trouve cependant que son vieux médecin rappelle son confrère de campagne que nous trouvons dans *Les hommes en blanc*, de Soubiran, et qui avoue de son côté:

« La médecine n'est vraiment grande que parce que notre dévouement reste presque toujours méconnu et gratuit. » Le vieux médecin canadien exprime une idée semblable:

« Ne compte pas trop sur la reconnaissance de ceux à qui tu prodigues tes soins. » Et il continue:

« Entoure ton cœur d'une triple cuirasse d'airain, si tu ne veux pas pleurer trop souvent, car tu côtoieras tant de misères, tant de douleurs. »

L'exercice d'une même profession rapproche, dans des traits semblables, des hommes que séparent et le temps et l'espace.

Depuis plusieurs années déjà, le roman canadien est passé de la feuille imprimée au livre parlé et dialogué et diffusé à travers les airs. Le médecin de campagne a trouvé une place quelquefois importante parmi les personnages des romans radiophoniques et télévisés. Deux romanciers canadiens déjà renommés par leurs œuvres, ont transporté sur l'écran leurs personnages du terroir, parmi lesquels se trouvait le médecin. Ce sont Madame Germaine Guèvremont et Claude-Henri Grignon.

Dans l'œuvre télévisée de la première, le médecin est à la fois praticien méticuleux, conseiller des familles, et petit politicien de village.

Grignon donne à son médecin de campagne un rôle de premier plan dans ses tableaux de mœurs rurales d'autrefois. Sans doute, a-t-il pu s'inspirer de la vie du médecin dont il est le fils. Son médecin se révèle patriote enthousiaste, idéaliste, homme de l'art entièrement voué à sa profession; il jouit d'une grande influence, de l'affection de tous; seuls les biens de la fortune lui échappent, encore qu'il leur soit plutôt indifférent. Déjà, dans le roman

littéraire de Grignon, un passage révèle ce caractère de générosité du médecin, en même temps que son impécuniosité. Alors qu'il vient de rendre visite à une mourante, auprès de laquelle il a été appelé trop tard, il refuse de réclamer ses honoraires. Il se voit cependant demander par le mari de la patiente, petit usurier de village, le paiement d'un billet qu'il lui doit. Le trait est dramatique, il fait ressortir à la fois le désintéressement du médecin et les difficultés matérielles de sa profession.

Chez les auteurs dont nous venons de parler, nous avons quelques aperçus de la vie du médecin de campagne. Il s'en trouve d'autres chez divers romanciers, où il n'apparaît cependant que d'une façon encore plus épisodique. Le médecin de ville, il se rencontre déjà dans le roman de Chauveau. Il reparait beaucoup plus tard, lorsque surviennent à leur tour les romanciers de la vie urbaine.

L'un d'eux, Roger Lemelin, nous montre, dans *Au pied de la pente douce*, le médecin à côté du guérisseur, ou plutôt apparaissant après que le guérisseur a passé. Le roman se situe dans un faubourg populaire. Ce n'est plus, comme dans *Maria Chapdelaine*, le rebouteux de la campagne, habile de ses mains et connaisseur de simples bienfaisants. C'est le charlatan, et il s'agit d'une femme dans l'œuvre de Roger Lemelin, qui, en vertu de son don de septième fille, « guérit les maladies que le Bon Dieu voulait (la) voir guérir. » Ses exigences sont mesurées et conditionnées à la réussite de la guérison.

Le médecin de Lemelin, d'ailleurs, sait aussi s'accommoder et de la pauvreté et du pauvre parler de ses clients. Il déclare à son patient: « Ça ne coûtera rien. Je te passe à titre d'échantillon. Ton cas est le premier du genre que je rencontre. »

C'est d'une façon désinvolte et d'un ton qu'il veut badin qu'il salue les gens de la maison où il se rend pour un malade:

« Quelqu'un qui ne va pas? Ta femme, coquin? Où est-il ce malade que je l'achève? »

Au lit du malade et seul avec lui, le médecin retrouve le ton professionnel et le sérieux qu'exige le diagnostic. Il y a, dans *Au pied de la pente douce*, une observation précise des gestes médicaux. Il y a peut-être quelque chose de révélateur de l'intérêt que le romancier porte à la médecine, dans ce fait, que voulant jouer lui-même un de ses personnages à la télévision, c'est dans le rôle d'un médecin qu'il a voulu apparaître sur l'écran.

Il a bien observé aussi l'humble désarroi du médecin devant la maladie qui le désempare:

« Comme un coupable, le docteur avouait la maladie, ne regardant pas les parents en face. »

Une autre œuvre qui se situe aussi dans le milieu urbain, *Le Gouffre a toujours soif*, est un roman d'André Giroux, où il raconte les derniers mois de la vie d'un fonctionnaire cancéreux.

Le médecin y apparaît nécessairement, et suivant un procédé cher à l'auteur, c'est par ses réflexions intimes, personnelles, qu'il nous le fait connaître:

« Quinze ans déjà que le médecin regarde, palpe, sent, ausculte. »

« Il ne va pas tout de même regretter les temps héroïques » cependant il voudrait bien « se reposer de tous les relents de maladie et de mort qu'il respire quotidiennement. Mais toujours s'avance un autre patient. »

Malgré le seul souci scientifique qu'il voudrait être le sien — il inscrit par exemple, dès le diagnostic « l'échéance fatale de certains patients », il ne peut se détacher d'eux complètement:

« Des visages de moribonds obsèdent le médecin... L'impatience le gagne... Quand il a tourné le dos à un malade, il continue de penser au cas, pas à l'homme. Autrement, sa vie serait un enfer. »

Le médecin d'André Giroux n'a sans doute pas lu les conseils du vieux médecin de campagne du Dr Cloutier, et appris à « entourer son cœur d'une triple cuirasse d'airain. » C'est

désarmé et démuni qu'il se révèle à l'échéance de la maladie :

« Madame, mon père est mort de la même façon il y a deux ans. Si j'avais pu faire quelque chose... »

Gabrielle Roy est une romancière qui a trouvé son inspiration dans les milieux modestes de la grande ville. L'un de ses romans, *Alexandre Chenevert*, est le roman d'un collet-blanc. Il s'y rencontre un médecin qui, comme celui de Giroux, ressent de la lassitude devant la maladie :

« Ce n'était pas qu'il manquât de sympathie pour les humains. Mais il était plongé jusqu'au cou dans la souffrance des autres, comme (son patient) dans ses calculs. »

« Il vit tout à coup en quoi cet homme (son patient) l'agaçait tellement, c'est qu'il était pour ainsi dire innombrable. »

Après des années tendues vers le succès :

« Il lui faudrait pourtant en venir avant quelques années à vivre mieux, plus largement d'un nombre réduit d'êtres souffrants. »

La pauvreté limite ses moyens :

« Le Docteur se trouvait fréquemment devant un petit problème de conscience: soigner d'après le seul examen clinique, en gardant de bonnes chances d'être payé; ou bien exiger les examens qui épuisent parfois les ressources du patient. »

Cependant,

« Le Docteur déteste les assurances qui en étaient venues à dicter au médecin ses conditions et ses honoraires ». »

Malgré la conscience qu'il met dans sa profession,

« Une amertume presque constante, en lui faisant voir moins élevés ses propres motifs, lui enlaidissait ceux des autres. »

André Giroux et Gabrielle Roy se rencontrent, comme les autres romanciers, dans leurs descriptions de médecins, amoindris devant la fatalité de la maladie et l'inefficacité des moyens pour la combattre.

Un roman paru récemment apporte une impression différente. C'est *L'Aube de la joie*, œuvre d'une romancière au pseudonyme d'An-

ne-Marie. Est-ce à cause du titre, de l'optimisme jeune de l'auteur, le médecin et la médecine s'y révèlent plus optimistes, plus audacieux, tournés résolument vers les réalisations qui marquent particulièrement la chirurgie de nos jours.

C'est le roman le plus récent où apparaisse le médecin, roman, comme il arrive souvent dans une première œuvre, où l'observation à peine transposée semble l'emporter sur l'imagination. Il apporte une note nouvelle en nous faisant pénétrer dans la vie des milieux hospitaliers, bien qu'il soit surtout le récit de la vie intime d'un couple, qui accepte ensemble la « servitude médicale », suivant l'expression de l'auteur.

Roman idéaliste, où la croyance religieuse occupe une place importante. « La religion seule apporte la paix, la résignation, les réponses aux terribles questions qui obsèdent le malade » affirme le mari chirurgien.

Roman idéaliste, mais qui n'ignore pas, ne laisse pas ignorer la perpétuelle lutte entre les idées anciennes, traditionnelles et les nouveautés toujours controversées jusqu'à ce qu'elles soient à leur tour dépassées.

Dans la vie du couple, parviennent des échos de cette lutte, qui, suivant les meilleures traditions des cliniques, se passe au niveau bien personnel, entre chef de service et assistant.

Le chef de service, c'est un

« Cardiologue d'âge mûr, manipulant habilement une grosse clientèle, matériellement ambitieux. Cet homme est arrivé à son poste grâce à des ficelles, de l'entregent et un jeu insaisissable doublé d'une exquise courtoisie. Scientifiquement, il est d'une inertie totale, qualifiée par lui de prudence, et prend ombre de (son jeune assistant) trop progressiste, trop idéaliste, aux illusions et aux réalisations encombrantes. »

L'Assistant, par contre,

« (Louis) continue à suivre très simplement le chemin qu'il s'est tracé. Seul compte pour lui le malade à qui la médecine ou la chirurgie

doit rendre service, en écartant toute compromission et tout calcul égoïste. »

Ce sont là deux portraits qui rappellent certains passages virulents de *Corps et âmes* de Van der Meersch, et, en plus sévère, le portrait du médecin homme du monde, que l'on trouve dans le roman de Chauveau, cité plus haut.

Comme quoi, à plus d'un siècle de distance, le milieu médical peut inspirer au romancier des pages qui se rapprochent dans des observations semblables. L'homme, on l'a noté depuis longtemps, se retrouve le même sous toutes les latitudes et à toutes les époques. Le médecin, formé dans des traditions séculaires, se retrouve, quoiqu'il fasse, semblable à lui-même.

\* \* \*

A parcourir les quelques romans auxquels nous nous sommes arrêtés, nous trouvons, sous des plumes différentes, par des observateurs divers, certaines caractéristiques qui semblent marquer le médecin canadien-français dans la littérature d'imagination.

Il en est une qui était particulière au médecin de campagne — c'est la pauvreté, ou du moins une certaine médiocrité de fortune. C'est dans cette condition que, tour à tour, Chauveau, Cloutier, Hémon, Grignon nous montrent le médecin de campagne. Ce médecin de campagne des romanciers, ne peut-on dire que c'est maintenant un type disparu? La facilité des moyens de communications fait maintenant du médecin de campagne un médecin de ville qui vit à la campagne. Et cette pauvreté qui fut le partage du médecin de campagne, le médecin de ville la retrouve maintenant chez ses patients. Ce n'est pas que le médecin n'éprouve encore de difficultés matérielles, cependant il peut les surmonter et les vaincre. Gabrielle Roy nous montre son Docteur Hudon, songeant à compléter son établissement matériel par une maison de campagne, où il ira se détendre et se reposer.

La pauvreté, elle a pu n'être qu'un trait extérieur, indépendante de la volonté du médecin. Elle fut vraiment la conséquence du

désintéressement qui marque le médecin dans les romans régionalistes: son dévouement au service des malades lui apporte une satisfaction qui paraît lui suffire et le satisfaire.

Ce désintéressement du médecin de campagne, il se retrouve aussi chez le médecin de ville sous une autre forme — et c'est le désintéressement auquel il ne peut atteindre vis-à-vis de ses patients.

Chez Cloutier, comme chez Lemelin, Gabrielle Roy et André Giroux, quoiqu'il fasse et qu'il le souhaite, l'homme l'emporte sur le praticien qui se voudrait scientifique pur. Et dans le patient, il ne peut arriver à voir qu'un sujet de traitements et d'observations. C'est bien là un trait universel de l'homme médical, par lequel il se distingue du chercheur pur, que l'on trouve, par exemple, dans *Pas de pitié pour les cobayes*, du romancier français Vialar. Et ce trait de caractère, il est constant chez le médecin de nos romanciers.

Un autre trait du portrait du médecin dans notre littérature, c'est une certaine lassitude, un certain désemparement du médecin devant le flot des malades, dont la marée ne cesse de l'entourer, de le submerger presque. Lassitude devant la faiblesse des moyens, devant les formes multiples et protéiformes du mal, devant la défaite finale inéluctable.

Déjà, dans le roman de Chauveau, c'est l'obsession qui hante les médecins — les moyens de traitement sont toujours soumis au hasard, au caprice des variétés du mal.

Sans doute, y a-t-il un certain optimisme dans *L'Aube de la Joie*, cet optimisme, cependant, il n'est possible qu'en esquivant les insuccès, « c'était un mauvais risque d'ailleurs, un mauvais risque... » commente rapidement un chirurgien, et il passe à autre propos.

\* \* \*

Le roman, c'est une tranche de vie. La vie du médecin canadien-français, elle se retrouve par tranches dans les œuvres de nos romanciers. Aucune d'elles n'est un tableau du médecin et de son milieu, comme nous en connaissons pour d'autres pays, par des écrivains

comme Balzac, Cronin, Van der Meersch ou Sinclair Lewis.

Cependant, dans les romans canadiens-français où le médecin a trouvé une place, en quelques phrases ou en plusieurs pages, le portrait qui s'en précise ne manque pas d'authenticité.

Dans le dénuement et l'isolement du milieu rural d'autrefois, dans la tension quotidienne de la vie urbaine contemporaine, dans « l'éternelle querelle des méthodes nouvelles et des anciennes » (*L'aube de la joie*, p. 221) des milieux hospitaliers, le médecin du roman canadien-français se retrouve identique au type

de toujours: humain, entièrement voué au malade malgré les tentations d'impossible détachement, désespérément inlassable dans une lutte où la maladie l'emporte toujours. Les quelques victoires passagères où sa science peut trouver motif à se réjouir, lui suffisent à conserver l'optimisme sans illusions nécessaire à son art.

Cet essai rapide sur les aperçus du médecin dans notre roman, il ne peut se terminer qu'en souhaitant qu'un jour, un écrivain se rencontre qui puisse embrasser et nous présenter l'homme médical canadien-français dans son ensemble: praticien, clinicien, chercheur aussi bien qu'humaniste.

---

## CORRESPONDANCE

### LETTRE DE FRANCE

#### LES SERVITUDES ÉCONOMIQUES DE LA MÉDECINE ET LA CONSCIENCE CHRÉTIENNE

*Le caractère collectif revêtu par une partie importante de l'activité médicale, le coût de jour en jour plus élevé des soins, a mis en pleine lumière les servitudes économiques auxquelles est soumise la médecine moderne.*

*Ce problème vient de faire le sujet du récent Congrès des médecins catholiques tenu à Paris le 18 octobre dernier sous les hospices de la Société de Saint-Luc. Il n'y a pas à s'étonner qu'un groupement confessionnel aborde de plein pied ce problème de sociologie et d'économie politique car il s'agit en fait d'un problème de conscience.*

*Et pourtant, en reprenant les questions économiques posées par la médecine moderne, on bute tout d'abord sur des chiffres, car la marche régulière des services sanitaires, des établissements hospitaliers se juge en fonction des dépenses engagées, de leurs rapports avec les disponibilités nationales. Ainsi toute discussion sur les charges de la médecine et l'influence éventuelle des médecins sur leur développement débute par une évaluation chiffrée et celle-ci est bien difficile à connaître malgré l'effort actuel de standardisation des méthodes comptables. Ce fut l'objet des rapports présentés, d'en analyser les données.*

*En abordant directement le bilan du coût de la santé, on rectifie certaines erreurs communément propagées en France sur les charges que représentent le remboursement des petits risques. En fait ceux-ci envisagés dans leur ensemble ne représentent qu'une faible fraction des remboursements, les lourdes charges résultent de la longue maladie et des hospitalisations, c'est-à-dire qu'elles sont financées en France dans l'immense majorité des cas par des organismes collectifs réalisant ainsi une véritable socialisation de fait.*

*On a critiqué et l'on critique encore le fonctionnement de ces centres, on insiste sur les dépenses considérables qu'entraîne le développement des méthodes modernes d'investigation et l'appareillage technique coûteux indispensable pour les mener à bien. En fait la vraie dépense, celle qui le plus souvent aggrave les déficits est une dépense de personnel, et la crise hospitalière actuelle est en grande part liée, avec l'indigence de certaines installations et de locaux entièrement à reconstruire, à la crise du personnel dont le recrutement se trouve limité par l'insuffisance des salaires proposés.*

*Ces deux exemples montrent la nécessité dans un débat de cette nature de cerner les contours par des précisions chiffrées, même, et surtout, si des facteurs moraux sont effectivement en jeu.*

*De quelque côté en effet que l'on aborde la question doctrinale de l'exercice de la médecine, on retrouve le problème de l'argent; il se retrouve en premier dans la médecine dite libre par opposition avec la médecine fonctionnarisée.*

*Tout a été dit sur la médecine libre et souvent fort mal dit. Non pas que la notion d'indépendance ne reste au centre même de l'objectif moral de tout médecin, chrétien surtout, mais parce que cette indépendance n'est déjà plus inscrite dans les faits.*

*La faible fraction du secteur « libre », environ 10% d'une clientèle courante, secteur composé souvent d'ailleurs de catégories sociales défavorisées, ne bénéficiant pas d'un tiers payant: petits artisans, petits propriétaires ou retraités et qui sont plutôt l'objet de traitements de faveur, le fait d'autre part qu'il est bien délicat de fixer les honoraires en fonctions strictes de la notoriété du médecin, du service rendu et des possibilités fi-*

nancières du malade suffiraient à confirmer ces points.

Aux inconvénients de ce système, multiplication des actes honoraires abusifs, dissimulation au fisc, la médecine tarifée n'apporte pas grands remèdes. La tentation de multiplier les actes, le choix de nomenclatures avantageuses, amèneront une riposte de l'administration abaissant les tarifs, augmentant ses exigences, accentuant encore le problème de l'argent.

A ces défauts, la rémunération forfaitaire apporte théoriquement des remèdes, surtout dans la médecine salariée. Que ce salaire constitue une unique ressource ou un appoint, le médecin qui en bénéficie est au service d'une collectivité, d'une entreprise, dont les activités peuvent être aussi variées que les établissements purement sanitaires, la recherche scientifique, la prévention, etc... A voir l'empressement avec lequel ces places sont recherchées, on doit admettre qu'elles procurent certains avantages.

Un pas de plus dans la socialisation et l'on retrouve le problème de l'argent dans la médecine fonctionnarisée. Une rémunération sans surprise, permettant un budget équilibré, assurant une retraite convenable accordant des possibilités de vie familiale, spirituelle, culturelle trop souvent difficiles dans le surmenage de la médecine traditionnelle, suppression de l'écran argent entre malade et médecin sont des avantages certains. Les protagonistes y ajoutent avec raison qu'il appartient aux médecins eux-mêmes de conserver la dignité, l'honorabilité et l'humanité de la profession. Pourquoi, en effet, ne pas concevoir pour le médecin une indépendance comparable à celle du magistrat, du professeur en adhérant loyalement aux conditions du contrat ?

En dehors du fait que l'on ne saurait comparer l'exercice de la médecine et les problèmes pratiques qu'elle pose à ceux de l'enseignement ou de la justice, il reste que l'on peut légitimement craindre les moyens de pression qu'une administration puissante, que l'Etat lui-même peuvent exercer sur le médecin et

ses décisions par le moyen des échelons hiérarchiques, des catégories de salaires et des primes du rendement, autant de sujets de conflit de conscience.

Mais plutôt que d'accumuler les objections théoriques et d'en poursuivre l'analyse, l'étude synthétique du fonctionnement en cours de certains de ces modes apparaît plus fructueux. Le rapport sur la médecine à temps plein au travers de l'expérience minière en fournit le sujet.

En 1946, la Sécurité Sociale Minière eut l'idée de la médecine à temps plein.

Celle-ci fut rapidement réalisée sous forme d'une médecine à rémunération forfaitaire et reçut le nom de contrat 2.091.

De l'avis de ceux qui loyalement en ont appliqué les causes, ce contrat contient de bonnes choses, et surtout celle-ci: qu'en dehors du fait nouveau d'assurer les soins à un certain nombre de familles, ne plus recevoir aucun honoraire des malades, quel que soit le nombre des actes médicaux, mais être honoré mensuellement de façon fixe, le reste de la pratique: visite, consultation, reste identique à la médecine traditionnelle.

Sur le plan économique la sécurité minière coûte moins cher que la Sécurité Sociale, et, pourtant, le nombre d'actes est supérieur de beaucoup. Sur le plan de l'efficacité du point de vue du malade, cette efficacité est certaine et semble même dans certains secteurs supérieure à celle de la médecine traditionnelle.

Il n'en reste pas moins que la confiance des assujettis n'est pas partout totale, souvent hésitante même, en raison peut-être de la limitation du libre choix, peut-être aussi de la gratuité de l'acte qui s'en trouve déprécié aux yeux du bénéficiaire.

Il reste aussi que ces grands mots d'indépendance technique et morale du médecin sur lesquels reviennent avec complaisance les grandes administrations ne sont pas encore confirmés par des garanties suffisantes.

On peut par exemple après un simple préavis de trois mois se défaire d'un médecin qui a cessé de plaire, intervenir avec efficacité

té ou exercer une pression grave par le truchement des échelles de salaire, peser sur ses décisions par la prime d'efficacité qui sans doute dépend du dévouement, de la compétence de l'activité de chacun, mais surtout peut-être des économies des prescriptions éventuellement constatées.

Où est alors le profit moral, si après avoir fait effort pour supprimer au départ le problème de l'argent, écran entre médecin et malade, on le retrouve à l'autre bout sous forme déguisée de sollicitations à grossir son avoir en réduisant les soins ou les prescriptions ?

Ces menaces qu'il était loyal de mettre au jour ne sont pas inéluctables. La question de la prime annuelle pourrait être abordée dans la dignité et l'équité sans se départir du respect de chaque malade: c'est une question de gestion. Plus grave peut-être, est la tendance dominatrice de toute administration qui entend plier son personnel aux impératifs économiques ou politiques même de l'heure et qui voit d'un oeil soupçonneux le médecin s'écarter de ces règles au nom de principes qui n'ont pas de rapport direct avec le fonctionnement administratif de l'entreprise.

C'est ici précisément que résident les difficultés et c'est là que les médecins et les médecins chrétiens surtout se doivent d'intervenir

en abordant avec franchise ces nouvelles formes d'activité en s'attachant à les transformer et à les adapter aux exigences de leur idéal sans méconnaître les nécessités économiques ou sociales de l'heure. C'est même en fonction de ces dernières qu'ils seront jugés.

Dans ce travail de rénovation il leur est nécessaire d'abord de perfectionner leurs connaissances techniques administratives desquelles leur formation traditionnelle les a tenu éloignés. Il faudra que certains d'entre eux se penchent sur les questions économiques et les phénomènes sociaux avec le même sérieux, la même application que d'autres sur les phénomènes biologiques et c'est avec cette base administrative et juridique même qu'ils pourront faire utilement prévaloir ce qui leur paraît indispensable pour mettre en accord leur conscience et leurs actes de chrétiens.

En affirmant la nécessité pour tout médecin de méditer des problèmes et de confronter les solutions proposées, le Congrès des Médecins Catholiques devrait pouvoir étendre son audience au delà des sphères confessionnelles à tous ceux pour qui la véritable solution de l'exercice moderne de la médecine ne peut aller dans un véritable débat de conscience.

Maurice PESTEL.

---

#### LETTRE DES ÉTATS-UNIS

Il semble que malgré notre connaissance approfondie de l'être humain, il y ait toujours quelque chose de nouveau à apprendre en ce qui concerne le fonctionnement normal du corps. Récemment W. B. Litton de l'Université de Michigan à Ann Arbor a photographié les mouvements de la peau du tympan et du conduit auditif chez l'homme. Il a noté que les cellules du tympan se déplacent vers l'extérieur à la vitesse de trois ou quatre millimètres par mois jusqu'à ce qu'elles atteignent le cérumen dans la partie externe du conduit auditif, point auquel elles desquament. Ces cellules migratrices forment la plus externe des trois couches du tympan.

Elles semblent avoir la même structure que les cellules de la peau du corps mais elles se comportent différemment. Le docteur Litton pense qu'il ne se produit aucune migration tissulaire dans une autre partie du corps. Ce mouvement se produisant dans la peau de l'oreille présente un double avantage: la partie externe du canal est maintenue automatiquement propre et une certaine réparation du tympan peut survenir naturellement. Les observations du docteur Litton pourront peut-être permettre la restauration du tympan par des greffons provenant de la partie interne du conduit. A l'heure actuelle, cette restauration est obtenue grâce à des greffons cutanés

ordinaires qui desquament au lieu de se dé-placer. Cette desquamation entraîne une accumulation de cellules mortes au fond de l'oreille, ce qui provoque à nouveau la surdi-té du malade.

Cinquante-deux malades d'un service de mentaux séniles ont été traités avec Midikel (sulfaméthoxyypyridazine) pour une épidé-mie de dysentérie. Celle-ci était caractéri-sée par l'apparition soudaine de coliques avec diarrhée nauséabonde et une tempéra-ture variant de 37°2 à 38°2. L'examen des selles de quelques malades permit d'isoler *Shigella flexneri* Type X; aussi fut-il décidé d'instituer un traitement préventif pour tous les vieillards. Suivant le rapport de A. Crow-croft dans le numéro du 24 octobre du « *British Medical Journal* » (2: 826, 1959), le problème que pose la plupart des sulfamides, grand nombre de comprimés à intervalles rapprochés, fut résolu par l'emploi de Mi-dikel dont l'activité est telle qu'il suffit d'ad-ministrer deux comprimés au début du trai-tement et un seul comprimé par jour par la suite. Au bout de 12 jours de ce traitement tous les examens de selles se révélèrent négatifs. Les selles des malades qui étaient posi-tives furent examinées toutes les semaines pendant six semaines et se montrèrent négatives dans tous les cas.

Une méthode plus précise pour la détec-tion de l'infection chez les donneurs de sang peut permettre de réduire le nombre des cas d'hépatite survenant à la suite de transfu-sions sanguines. Dans le numéro du 26 dé-cembre du « *Journal of the American Medi-cal Association* » (171: 2303, 1959), N. U. Bang et ses collaborateurs soulignent que la sélection de donneurs à sang non infecté cons-titue un problème sérieux, puisque certaines personnes peuvent être porteurs de l'infection sans présenter de symptômes ou d'antécé-dents d'hépatite. Au cours des cinq millions de transfusions sanguines qui sont pratiquées chaque année aux Etats-Unis, on estime que 15 à 20 mille sont compliquées d'hépatite. Le nouveau procédé met en évidence une aug-mentation de l'activité de l'enzyme SGO-T

(transaminase glutamique oxaloacétique du sérum). Une augmentation de l'activité de SGO-T semble indiquer que le donneur est peut-être un porteur du virus de l'hépatite. Il est cependant nécessaire de poursuivre les travaux avant de pouvoir se fier à ce procé-dé pour sélectionner les donneurs de sang.

Les antibiotiques peuvent, dans certains cas, être plus efficaces contre le tétanos que l'antitoxine tétanique; voilà ce qu'a affirmé E. S. Stafford à un colloque sur le traitement des blessures graves, qui s'est tenu à Cleve-land, Ohio. Les antibiotiques semblent sur-tout utiles chez les sujets allergiques au sé-rum de cheval. Ils ne sont cependant effica-ces que s'ils sont administrés dans la premiè-re ou la seconde heure qui suit l'accident et avant que les bacilles n'aient produit de toxines. Le nombre de cas de tétanos a diminué aux Etats-Unis au cours de la dernière déca-de, bien que plusieurs centaines de cas, en majorité dans le Sud, soient encore signalés chaque année. L'immunisation reste la meil-leure arme, mais l'identification de ceux qui ont été immunisés pose encore un problème.

L'emploi des rayons ultra-violetts en salle d'opérations peut pratiquement abolir les in-fections causées par les bactéries aérogè-nes, selon le rapport publié par D. Hart de la « *Duke University* » en Caroline du Nord. On emploie les rayons ultra-violetts à cette Université depuis 1936. Avant cette date, des infections attribuées aux bactéries aérogènes survenaient chez 11,6% des malades et la mortalité au cours des interventions impor-tantes était de 1,12%. Cinq ans après l'ins-tallation de lampes à rayons-violetts le taux des infections était tombé à 0,24% et aucun décès n'était causé par ces infections. De 1956 à 1959 sur un total de 7,095 interven-tions importantes on ne comptait que huit cas d'infection post-opératoire. La Duke Uni-versity a été la première à employer cette méthode pour combattre les bactéries mais plusieurs autres hôpitaux l'utilisent égale-ment. L'équipement consiste simplement en lampes tubulaires, installées près du plafond de la salle d'opération.

## 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

Y. BOQUIEN et J. GUENEL: **Fixation de l'iode radioactif chez les cirrhotiques. Etude de 30 cas.** "Sem. Hôp. Paris", 35: 935 (mars) 1959.

La fixation de l'Iode 131 à la 24ème heure a été mesurée chez 30 malades atteints de cirrhose alcoolique, dont la plupart présentaient des signes endocriniens: dépilation axillaire et pubienne, peau fine et sèche, aménorrhée... qui évoquaient une insuffisance hormonale. Cependant 11 sujets avaient une fixation supérieure à la normale (jusqu'à 89% de la dose). Cette anomalie de la fixation d'iode 131 ne s'explique ni par une hyperthyroïdie (aucun de ces sujets n'avaient de goitre), ni par une carence iodée, ni par le traitement de prednisone auquel la plupart étaient soumis. Aucune relation n'a été trouvée entre le taux de fixation et l'existence ou non d'ascite, l'importance de l'altération des épreuves fonctionnelles ou le taux de protidémie. Les auteurs pensent cependant que, si la protidémie totale n'entre pas en ligne de compte, l'abaissement de certaines fractions protidiques (albumine et  $\alpha$  globulines) pourrait peut-être entraîner une diminution de l'iode organique du plasma et par conséquent, une hypersécrétion de TSH.

Guy ALBOT.

Michel CONTE, Mme CONTE-MARTI, P. BALEDENT et C. FRELOT: **Le cancer métastatique de l'intestin grêle. (A propos d'un épithélioma de l'iléon secondaire à un épithélioma bronchique.)** "La Semaine des Hôp.", 35: 461 (12 février) 1959.

Chez un homme de 49 ans, le seul signe d'un épithélioma secondaire du grêle fut un

melaena récidivant survenu quatre mois après pneumonectomie pour épithélioma bronchique gauche, et mortel en trois semaines. L'autopsie montra des métastases des deux surrénales et du foie, et une métastase du grêle, de même type histologique que l'épithélioma bronchique primitif.

On relève 55 cas de tumeurs secondaires du grêle dans la littérature.

La tumeur primitive est souvent un épithélioma du col utérin (18% des cas) ou un mélanome malin (18%); l'origine bronchique n'est retrouvée que dans deux observations, dont la nôtre. Probablement le grêle est-il atteint le plus souvent par voie sanguine.

Dans l'ensemble, la symptomatologie habituelle est celle d'une occlusion incomplète du grêle, l'hémorragie — comme dans notre cas personnel — étant plus rare; dans 31 cas, l'examen radiologique du grêle a été pratiqué permettant chez 18 malades un diagnostic précis qui autrement ne peut être porté qu'à l'intervention chirurgicale ou à l'autopsie.

Guy ALBOT.

Michel CONTE, J. RISTELHUEBER, J. DALAYEUN B. LAGENTE et P. JAULIN: **Les carences graves après gastrectomie subtotale.** "La Sem. des Hôp.", 35: 451 (12 fév.) 1959.

A partir de sept cas, les auteurs reprennent l'étude clinique et biologique du syndrome carenciel grave des gastrectomisés.

Le délai d'apparition de la carence est parfois long et atteint dans deux cas seize ans. Les premiers signes sont une asthénie extrême et une perte de poids. La diarrhée précède les œdèmes, qui peuvent manquer. L'atteinte des phanères est habituelle, de même que l'hépatomégalie. Des éléments cutanés de type purpurique peuvent s'observer.

L'anémie est habituelle, avec diminution du volume sanguin et raccourcissement de la durée de vie des hématies. La baisse des pro-

tides totaux et électivement de la sérum-albumine est constante.

Des bilans calorico-azotés se montrent, chez les malades sévèrement atteints négatifs.

La pathogénie de ce syndrome fait intervenir une diminution des apports alimentaires et une carence d'absorption par la muqueuse du grêle, sans doute en rapport avec l'atrophie de la muqueuse jéjunale.

Le traitement de ces états comporte des transfusions, un régime à la fois hypercalorique et hyperprotidique longtemps poursuivi.

Guy ALBOT.

P. KISSEL, G. RAUBER, G. DEBRY, M. LAXENAIRE, F. CHERRIER: **Les indications de la vitamine K1 en pathologie hépatique.** "La Sem. des Hôp. de Paris", **35**: 938 (mars) 1959.

Chez des malades atteints d'affections hépatiques diverses, les auteurs étudient l'action de la vitamine K1 sur l'évolution clinique et sur le taux de prothrombine sanguin.

Après un bref rappel de nos connaissances sur ce sujet, ils envisagent leurs résultats personnels. Dans une première partie, ils étudient l'action de la vitamine K1 dans les cirrhoses du foie d'origine éthylique (60 cirrhoses décompensées, 20 cirrhoses compensées). Lorsque la cirrhose est compensée, la vitamine K1 entraîne une normalisation rapide du taux de prothrombine tandis qu'elle est sans aucune action lorsque la cirrhose est décompensée.

Dans une deuxième partie, les auteurs ont groupé plusieurs observations d'atteintes hépatiques diverses (hépatite, cancer, cirrhose non éthylique). Dans tous les cas où l'intégrité des cellules hépatiques était prouvée par les épreuves biologiques, la vitamine K1 a amélioré le taux de prothrombine; par contre dans tous les cas où les examens biologiques assuraient l'existence d'une atteinte grave de la cellule hépatique, la vitamine K1 n'a pas modifié le taux de prothrombine.

Cette étude permet de mieux définir les indications de l'utilisation thérapeutique de la vitamine K1. Deux conditions paraissent indispensables: l'abaissement du taux de pro-

thrombine, l'intégrité de la cellule hépatique. Aussi la vitamine K1 est-elle utile dans les ictères par rétention lors des premières semaines, dans les cirrhoses à leur période de début et dans les métastases hépatiques non miliaires de cancers primitifs divers. La vitamine K1 est inefficace dans les cirrhoses décompensées, dans les ictères par hépatite avec atteinte cellulaire sévère, dans les ictères par rétention à la phase terminale, dans les métastases hépatiques miliaires.

Guy ALBOT.

Charles SOUTH, Jr., et Walter A. HAUG: **Maladie polykystique congénitale du foie.** (*Congenital polycystic Disease of the Liver.*) "A. M. A. Arch. of Pathol.", **67**: 74/650 (juin) 1959.

L'incidence de la maladie polykystique du foie varie largement selon différents auteurs (entre 0,02% et 0,53% de toutes les autopsies).

Les auteurs proposent de préciser l'entité clinique en question en y ajoutant le mot « congénital ». Le nom complet de la maladie serait donc « Maladie polykystique congénitale du foie ». Ce terme devrait exclure les kystes hépatiques « acquis » (inflammatoires, parasitaires, néoplasiques, post-traumatiques, etc.).

Deux observations cliniques sont présentées :

*Cas 1.* Il s'agit d'un homme âgé de 66 ans mort en défaillance cardiaque et hépatique. L'autopsie a révélé la présence d'innombrables kystes répandus dans les deux lobes du foie et variant de 2 mm. à 4.5 cm. de diamètre. Ces kystes étaient remplis tantôt d'un liquide jaunâtre, tantôt d'un liquide verdâtre. Les reins présentaient également un état polykystique. Au point de vue microscopique, les kystes hépatiques étaient revêtus par une seule couche d'épithélium cubique ou cylindrique bas, mais des fois il n'y avait qu'un revêtement constitué de tissu collagène. Les cellules hépatiques en général étaient bien préservées.

*Cas 2.* — Il s'agit d'un homme âgé de 61 ans, entré à l'hôpital pour une douleur abdo-

minale constante, sans irradiation. Cette douleur aurait commencé il y a quatre mois, progressant lentement depuis. Une laparotomie exploratrice a révélé la présence d'innombrables kystes sur la surface du foie, jusqu'à 2 cm. de diamètre, remplis soit d'un liquide clair, soit d'un liquide brunâtre et trouble. Les reins, à l'exploration, présentaient également une surface multikystique. Le traitement chirurgical consista en l'évidement des plus grands des kystes par aspiration. On pratiqua également une biopsie de la paroi de l'un des kystes. Histologiquement, la paroi kystique portait un revêtement épithélial cubique bas, avec une couche sous-jacente de tissu fibreux hyalinisé. Le malade quitta l'hôpital en bon état, libéré de sa douleur.

Les auteurs concluent que la maladie est congénitale, ayant son début quelque part durant l'évolution embryologique antenatale.

Le diagnostic clinique est difficile et se fait plutôt par élimination.

Le traitement ne donne pas de résultats satisfaisants, l'aspiration des kystes n'étant qu'une mesure palliative temporaire. Lorsque la maladie polykystique du foie est associée à l'état polykystique des reins, c'est surtout ces derniers qui doivent être protégés contre toute sorte de complications possibles.

Georges BERDNIKOFF.

R. E. LILLJEKVIST: **L'hypocalcémie dans le diagnostic de la pancréatite aiguë.** (*Hypocalcemia and the diagnosis of acute pancreatitis.*) "Acta chir. scand.", 115: 433 (6) 1958.

L'auteur expose les résultats d'une étude faite, quant à l'intérêt diagnostique de l'hypocalcémie dans les pancréatites aiguës. Les buts de son investigation furent de rechercher l'apport positif que peut donner, dans un diagnostic, le dosage du calcium sanguin dans les circonstances suivantes: 1° dans les nécroses pancréatiques aiguës avec taux d'amylasurie normaux; 2° comme moyen de différenciation entre nécrose pancréatique et les autres types de pancréatite aiguë; 3° pour éliminer la nécrose pancréatique dans les syndromes abdominaux supérieurs aigus.

Les études ont porté sur 98 malades soupçonnés d'affection du tractus biliaire ou pancréatique. On a répété souvent, presque quotidiennement chez chaque malade, les dosages du calcium faits avec la méthode de Kramer et Tilsdall, — considérant 90 mg par litre de sérum comme limite inférieure de la normale. En même temps furent faits les dosages d'amylasurie par la méthode de Wohlgemuth.

*Résultats.* — Il ne semble pas que le taux du calcium sanguin puisse être abaissé par une intervention chirurgicale (v.g. une cholécystectomie) ou une cholécystite ou une obstruction cholédocienne lorsqu'elles ne sont pas compliquées de nécrose pancréatique aiguë.

Les taux du calcium sanguin corroborent les signes cliniques :

a) Onze malades étaient sévèrement atteints avec signes suggestifs de nécrose pancréatiques: dix d'entre eux avaient des taux de calcémie inférieure à la normale. L'autopsie du onzième malade révéla une pancréatite hémorragique sans nécrose: le calcium sanguin avait été normal, étayant l'hypothèse pathogénique de l'hypocalcémie dans la nécrose aiguë du pancréas.

b) Dans un des dix cas avec hypocalcémie, le taux d'amylasurie fut toujours normal. Dans huit cas, l'hypocalcémie persista plus longtemps que l'augmentation du taux d'amylase.

*Conclusion* — La concentration du calcium peut être abaissée au-dessous de 90 mg par litre de sérum (Kramer-Tilsdall), dans une pancréatite aiguë avec nécrose du parenchyme. Cette hypocalcémie, proportionnée au degré de nécrose, est présente dans la plupart des cas de nécrose aiguë du pancréas mais n'est pas vue dans les autres types de pancréatite: le fait s'expliquerait par une combinaison du calcium avec les acides gras relâchés par la nécrose aboutissant à la formation de savons de calcium.

Dans le développement de la maladie, les taux du calcium sanguin renseigneraient davantage que les doses de l'amylase.

Le dosage du calcium sanguin peut être regardé comme un complément des tests diagnostiques utilisés dans l'étude des syndromes abdominaux aigus.

Cecil GENDREAU.

M. HARRINGTON, Priscilla RINCAID-SMITH et J. McMICHAEL: **Résultats éloignés du traitement de l'hypertension artérielle maligne.** (*Results of Treatment in Malignant Hypertension.*) "Brit. Med. Journ.", **170**: 969 (14 novembre) 1959.

Quatre-vingt-deux malades atteints d'hypertension artérielle maligne, ont été soumis au traitement par les ganglioplégiques dans toute l'étendue de leur gamme et suivis pendant sept ans. Les trois auteurs en tirent les conclusions après avoir exposé les résultats obtenus en les confrontant avec ceux d'un groupe témoin.

La longévité des malades traités fut meilleure dans la proportion de six à huit fois en comparaison avec celle des malades non traités. Elle fut plus élevée chez ceux qui ne présentaient pas de tares rénales. Les causes de décès les plus fréquentes furent l'urémie et l'insuffisance cardiaque. Les meilleurs résultats furent observés dans les rétinopathies et l'insuffisance cardiaque gauche. Dans  $\frac{1}{3}$  des cas l'amélioration se matérialisa même dans les tracés électrocardiographiques, mais le volume cardiaque ne subit aucune modification radiologique. Quant aux complications neurologiques et aux fonctions rénales... les gains furent plutôt maigres sauf quand le chiffre de l'urée sanguine était au dessous de 80 mg/l.

Ces résultats sont étayés par des preuves histologiques primordiales: l'intima des artères interlobulaires, de son hyperplasie cellulaire passa à un stade d'épaississement fibreux et la dégénérescence fibrinoïde se transforma en tissu fibreux et hyalin.

M. KALUDI.

M. W. BOYD et Alan P. GRANT: **Le syndrome de Werner.** (*Werner's Syndrome — Progeria of the Adult.*) "Brit. Med. Journ.", **170**: 920 (7 nov.) 1959.

Les auteurs tracent d'abord le tableau clinique comprenant :

1) La sénilité précoce débutant à 20 ans et atteignant son apogée entre 30 et 40 ans.

2) La pseudo-sclérodémie avec l'atrophie des tissus cutanés et la peau étroite.

3) L'aspect extérieur du malade où il existe une disproportion entre les extrémités et le buste et possédant un poids corporel au dessous de la normale.

4) Les troubles endocriniens dont l'hypogonadisme tient la vedette.

5) Les troubles ostéo-articulaires où dominent les poussées d'arthrite, l'ostéoporose et les calcifications sous-cutanées.

6) Le facteur héréditaire.

Après avoir exposé leur observation, ils concluent en disant qu'il existe une perturbation du métabolisme cellulaire affectant aussi bien le tissu endocrinien que les divers tissus viscéraux de l'économie. L'étude histologique met en évidence des lésions de microsplanchnie. Quant à leurs recherches biochimiques elles concordent toutes à démontrer que l'hypopituitarisme fonctionnel et l'hypofonctionnement surrénalien ne font que traduire un déficit de synthèse de quelque enzyme vitale totipotente.

L'hérédité du type hétérozygote à caractère recessif classe cette affection dans une catégorie analogue à celle de la galactosémie, de la maladie de Hartnup et de la maladie de Wilson.

M. KALUDI.

Ivan BERTRAND, R. MALLET, P. TANRET et Madame GODET-GUILLAIN: **Néphro-encéphalopathie post-vaccinale avec lésions de périartérite noueuse et de microangéite oblitérante.** "Bull. et Mém. Soc. Méd. des Hôp. Paris", **75**: 705 (3 juillet) 1959.

Bertrand et ses collaborateurs rapportent le cas d'un enfant de 12 ans qui, vacciné contre la variole, développa en six semaines, une périartérite noueuse à évolution mortelle.

L'affection évolua d'abord sous forme d'une glomérulo-néphrite aiguë et se termina par des accidents nerveux fatals. Pour expliquer l'ensemble des manifestations anatomo-cliniques, ils pensent à une sensibilisation au virus vaccinal qui, par un déroulement accéléré

ré, a conditionné les réactions de périartérite noueuse, les lésions de micro-angiopathie thrombosante et de dégénérescence neuroganglionnaire massive de la corticalité cérébrale à la façon d'un phénomène d'Arthus.

Ceci leur donne l'occasion, se basant sur cette maladie allergique à affinités vasculaires rénales et cérébrales de faire envisager, dans le futur, les mécanismes évolutifs qui président aussi bien à l'encéphalite vaccinale qu'à la périartérite noueuse, à la maladie de Mosechowitz et à la néphroangiosclérose maligne.

M. KALUDI.

#### CARDIOLOGIE

P. SOULIE, F. BOUCHARD et P. LAURENS: **L'enregistrement intracardiaque des vibrations de fréquence acoustique et des pressions à l'aide du micromanomètre.** "Bull. de l'Acad. Nat. de Méd.", **56**: (27 janv. et 3 fév.) 1959.

Cette méthode tient déjà une place de choix parmi les investigations d'intérêt pratique, destinées à assurer un diagnostic préopératoire où ne persiste aucune inconnue. L'appareil qui permet l'enregistrement des vibrations acoustiques et des pressions est fixé à l'extrémité terminale d'un cathéter à double lumière. Le micromanomètre a une longueur de 8 mm. et un diamètre de 2.6 mm. Sa réponse aux fréquences acoustiques est de 0 à 5,000 cycles par seconde.

Cette instrumentation a permis d'étudier la chronologie des courbes de pression par rapport à l'électrocardiogramme, les bruits normaux du cœur et les bruits pathologiques.

Les auteurs ont étudié 100 cardiopathies congénitales ou acquises. Il ressort que :

a) Des vibrations produites dans une cavité cardiaque ne sont pas propagées à une cavité voisine, au travers de la paroi qui les sépare.

b) Un souffle n'est perceptible qu'à partir du point précis où se produit une variation de pression ou de vitesse dans la veine liquidienne. Ce souffle se propage dans le même sens que cette veine liquide.

Le souffle de la communication interauriculaire n'apparaît pas dans l'oreillette droite mais bien dans l'artère pulmonaire.

La communication interventriculaire pourrait, selon les auteurs, justifier, à elle seule, cette nouvelle technique. Il permet des diagnostics différentiels difficiles et situe exactement l'endroit de la lésion. Cette localisation devrait permettre une sélection plus rigoureuse des candidats susceptibles d'être guéris par la chirurgie à ciel ouvert.

Paul DAVID.

#### PNEUMOLOGIE

R. P. McCOMBS: **Pneumonite "allergique". ("Allergic" Pneumonitis.)** "The Can. Med. Ass. J.", **81**: 703 (1er nov.) 1959.

L'auteur fait une discussion de cette pneumonite non-infectieuse qui se voit dans nombre de désordres cliniques d'étiologie plutôt indéterminée, mais dans laquelle le mécanisme allergique pouvait jouer un rôle étiologique important. La liste de ces désordres inclue le Syndrome de Loeffler, la fièvre rhumatismale, l'arthrite rhumatoïde, la péri-artérite noueuse, la vascularite « allergique », la granulomatose allergique, le lupus érythémateux disséminé, la Sarcoïdose, la pneumonite à béryllium, la pneumonite à hexaméthonium et le Syndrome de Hamman-Rich. A noter que tous ces désordres pulmonaires peuvent facilement être confondus avec pneumonite à virus et induire en erreur de diagnostic.

L'auteur croit que la lésion primitive de ce groupe de maladies est la lésion vasculaire, d'ordre allergique. Il présente 11 cas cliniques dont 9 avec examens anatomo-pathologiques. Cependant, les deux autres cas étant cliniquement typiques, il ne reste aucun doute qu'ils doivent appartenir au même groupe de pneumopathies.

Au point de vue pathologique on reconnaît trois stades de pneumonite « allergique »: le stade aigu, le stade chronique et le stade de guérison. Le premier stade se caractérise par l'œdème, les infiltrations inflammatoires et les nécroses des parois vasculaires (avec throm-

bores consécutives). Le deuxième stade est celui dans lequel il y a formation de granulomes et début de fibrose. La guérison se fait par cicatrisation et recanalisation de certains vaisseaux oblitérés.

La pneumonite « allergique » se voit surtout au cours de certaines maladies systémiques, d'étiologie obscure, mais aussi dans d'autres cas où la réaction antigène-anticorps est évidente (réactions allergiques aux médicaments, aux transfusions, aux infections, etc.)

Au point de vue physiologique, la capacité fonctionnelle des poumons est fort abaissée. Dans les cas progressant jusqu'à la fibrose, le cœur « pulmonaire » se développe avec défaillance cardiaque ultérieure possible.

Les signes cliniques sont fort variables et l'auteur résume ceux de ses 11 malades dans le tableau suivant :

Toux	chez 9 malades
Dyspnée	" 7 "
Fièvre	" 5 "
Hémoptysie	" 4 "
Erythème cutané	" 5 "
Perte de poids	" 4 "
Faiblesse générale	" 3 "
Myalgies	" 2 "
Hémorragies gastro-intestinales	" 2 "

Les trouvailles de laboratoire sont résumées comme suit :

Sédimentation élevée	chez 9 malades
Urines anormales	" 6 "
Inversion A/G	" 7 "
Leucocytose	" 4 "
Anémie	" 3 "
Eosinophilie	" 2 "
Leucopénie	" 1 "

La radiologie, tout en démontrant certains tableaux, n'est pas en mesure de confirmer le diagnostic exact.

Le pronostic de la pneumonite « allergique » n'est pas favorable. Une régression peut être possible, lorsque l'on retrouve et élimine le facteur allergique en cause. Le seul traitement non-spécifique efficace est celui aux corticostéroïdes (avec évidemment, tous les risques qui lui sont attachés).

Des onze malades décrits dans le présent article, cinq sont ultérieurement morts en uré-

mie (due à l'atteinte rénale par la maladie systémique de base). L'un des malades est mort en défaillance pulmonaire et cardiaque, ces deux dernières attribuables directement à la pneumonite « allergique ». L'un des malades est guéri de son syndrome pulmonaire, mais souffre actuellement de leucémie chronique. Enfin, les quatre derniers malades de la série sont complètement guéris et se trouvent actuellement en parfaite santé.

Georges BERDNIKOFF.

GASTRO-ENTEROLOGIE

Michel DEMOLE, Pierre BEAU, André Herzog et Ph. NOUSPIKEL: **La pneumatose kystique recto-sigmoïdienne de l'adulte.** "Arch. Mal. App. Dig.", 48: 1045 (10) 1959.

Il s'agit d'une affection rare. Les kystes gazeux sont sous-muqueux sur le sigmoïde et, en clinique, donnent l'aspect de recto-côlite hémorragique; au niveau du grêle, ils sont sous-séreux et sont à l'origine de perforation et de pneumopéritoine.

A l'endoscopie, on voit de petites tumeurs bleutées, translucides. La biopsie provoque souvent un éclatement caractéristique. L'examen histologique affirme parfois l'existence de polypose. La radiologie est souvent trompeuse. L'intervention n'est pas indispensable: la régression spontanée est possible. Le diagnostic différentiel est à faire avec les polyposes simples et la diverticulose.

Cecil GENDREAU.

GENETIQUE

J. A. BOOK, M. FRACCARO et J. LINDSTEN: **Observations cytogénétiques dans le mongolisme.** (Cytogenetical Observations in Mongolism.) "Act. Paed.", 48: 453 (sept.) 1959.

L'auteur fait l'historique des progrès réalisés en cytogénétique et dans le domaine de la culture des tissus, avec Tjio, Levan, Ford, Hamerton, Chu et Giles. Les uns examinèrent des cultures de cellules de fibroblastiques de poumons embryonnaires, les autres des spermatozytes en mitose. Ces auteurs trouvèrent

la plupart du temps un nombre chromosomal de 46. Dans quelques cas, les chromosomes se chiffraient à 47 et 48.

Avec les mêmes techniques, plusieurs chercheurs se mirent à étudier la formule chromosomiale de certains états pathologiques. Lejeune nota le premier la présence de 47 chromosomes dans les cellules de la moelle osseuse de certains mongols. Le 47<sup>e</sup> chromosome étant « un petit chromosome télocentrique surnuméraire » (petit Y). D'autres chercheurs (Jacobs, Ford, Jones) confirmèrent les constatations de Lejeune et trouvèrent un nombre chromosomal également de 47 dans des cas de syndrome de Klinefelter. Dans des cas de syndrome de Turner le nombre était de 45. On rapporte un cas à 48 chromosomes. L'individu s'avéra un mongol avec un syndrome de Klinefelter.

L'auteur décrit ensuite sa propre technique de culture cellulaire. Il obtient ses spécimens soit par ponctions sternale ou biopsie cutanée. Il nous présente aussi trois observations personnelles de mongolisme. Ici encore le nombre chromosomal est de 47 et il met de nouveau en évidence le petit chromosome télocentrique de Lejeune.

Dans le présent article, on peut voir de remarquables microphotographies de l'image chromosomiale d'individus normaux, tant mâles que femelles.

L'auteur identifie ensuite le petit chromosome télocentrique de Lejeune. Il trouve (après avoir groupé par paires les chromosomes selon leurs dimensions et leurs particularités) que le chromosome mongolien surnuméraire possède les caractéristiques de la 21<sup>e</sup> paire. A la suite de ceci il parle de trisomie mongolienne.

#### *Discussion*

L'auteur discute ensuite de la nature de ce 47<sup>e</sup> chromosome. Il essaie d'établir s'il s'agit d'un homologue structuralement différent ou non. Il conclut, se basant sur les observations tirées de l'étude de la drosophile mélanogaster, qu'il s'agit d'un troisième chromosome homologue.

L'auteur n'en conclue pas par là que l'étiologie du mongolisme est définitivement établie. Il reconnaît que le nombre de cas étudiés à date est limité. Pour élucider le problème, il suggère l'étude de ce 47<sup>e</sup> chromosome lors des mitoses et l'investigation des karyotypes des parents. Il demeure conscient des difficultés mais il ne les croit pas insurmontables.

Raymond LASNIER.

#### UROLOGIE

Ljungren EINAR, Holm STIG, B. KARTH et Rolf POMPEIUS: **Quelques aspects des tumeurs rénales avec références spéciales à leur régression spontanée.** (*Some aspects of renal tumors with special reference to spontaneous regression.*) "J. of Urology", 82: 553 (novembre) 1959.

Dans leur article, les auteurs excluent délibérément les cancers transitionnels et squameux du pelvis rénal de même que les tumeurs de Wilms.

Ulquist, qui en 1944 a montré qu'il peut survenir dans les petits hypernéphromes, une régression spontanée ne laissant qu'une cicatrice, disait: « Au contraire du développement du tissu conjonctif causé par l'organisation focale et sporadique des hémorragies, dans un hypernéphrome on assiste le plus souvent à une prolifération graduelle et à une hyalinisation du stroma repoussant les cellules tumorales toujours plus loin jusqu'à ce qu'elles apparaissent comme des cellules dégénérées, isolées dans un tissu conjonctif dense. » A l'appui de ses dires, il présentait 17 cas d'autopsie d'hypernéphromes aussi gros qu'une noix où était survenue une régression spontanée. Dans quatre cas, sur des coupes sériées, on ne retrouvait plus rien de la tumeur; dans six, il restait des cellules qui pouvaient être des cellules d'un hypernéphrome sans que l'examen histologique permette de l'affirmer, et dans les sept autres cas, il restait des massifs cellulaires de l'hypernéphrome, mais ces cellules présentaient tous les stades de régression.

L'assertion et la présentation de Ulquist est du plus grand intérêt puisque par la sui-

te on a rapporté que des métastases pulmonaires d'un hypernéphrome sont complètement disparues après néphrectomie et même plus, on a décrit un cas où des métastases pulmonaires seraient apparues après la néphrectomie pour ensuite disparaître toutes seules.

Les auteurs rapportent ici un cas où de multiples métastases pulmonaires vérifiées histologiquement, sont disparues sans que l'on enlève la tumeur primitive.

Il s'agit d'un patient âgé de 34 ans qui consulte pour céphalée et vertige dont on ne peut découvrir la cause. Peu de temps après, une radiographie pulmonaire de routine montre un infiltrat miliaire dans les deux poumons; les nodules sont pour quelques-uns de la grosseur d'une fève et les plus gros se situent à la base du poumon gauche et au hile droit. Deux semaines plus tard, toutes les images nodulaires ont augmenté de volume et de nouvelles sont apparues. On pratique alors une thoracotomie exploratrice qui révèle des nodules sous-pleuraux dans les deux poumons; une biopsie montre que ces nodules sont des métastases d'un hypernéphrome. Une semaine plus tard, une nouvelle radiographie montre encore un accroissement du volume des nombreux nodules. L'urographie montre un élargissement de la partie supérieure du rein qui fait suspecter une tumeur. Cependant comme le patient n'accuse aucun symptôme urinaire, aucune intervention n'est proposée.

Trois mois et demi plus tard, le patient fait de l'hématurie, et une angiographie à ce moment montre alors une tumeur bien vascularisée au pôle supérieur du rein droit. A ce moment un R.X. pulmonaire ne montre plus aucun nodule métastatique dans les poumons, sauf au niveau du hile droit. A l'opération pour néphrectomie droite, on trouve un hypernéphrome de la grosseur du poing au pôle supérieur de ce rein.

Comme les céphalées du patient et les vertiges continuaient et qu'à l'examen, on découvrait de plus, maintenant, de l'œdème papillaire du côté gauche, on lui fit une angio-

graphie qui permit de mettre en évidence une tumeur ronde très vasculaire, de la grosseur d'une mandarine dans le lobe frontal gauche. Cette tumeur infiltrait et détruisait la base du crâne. On lui fit de la radiothérapie et deux mois plus tard, une nouvelle angiographie ne montrait plus de vaisseaux dans la tumeur et l'artère cérébrale antérieure auparavant complètement déjetée vers la droite a repris sa place normale. Le patient mourut six mois plus tard.

*A l'autopsie* : dans le poumon, il ne reste qu'un nodule métastatique dans le parenchyme droit près du hile et un autre beaucoup plus petit dans un ganglion médiastinal. Le rein gauche montre deux petites métastases. La tumeur du lobe frontal est complètement nécrotique : elle a bien la structure d'un hypernéphrome, mais on n'y trouve plus de cellules tumorales. Dans le cervelet, un kyste recèle une métastase de la grosseur d'une olive; la responsable des vestiges du patient depuis 3 ans.

En terminant, les auteurs discutent les examens diagnostiques des tumeurs rénales : l'angiographie qui permet de différencier une tumeur vasculaire d'un kyste et le test des C Reactive proteins, qui serait le plus souvent positif dans le cas des tumeurs rénales; on n'a pas encore rapporté de faux positifs, mais il y aurait eu quelques cas de faux négatifs.

Raymond FARMER.

#### RADIOLOGIE

D. W. HURST: **Fibrose du péricarde due aux radiations, avec tamponnement du coeur.** (*Radiation Fibrosis of Pericardium, with Cardiac Tamponade.*) "Can. Med. Assoc. J.", **81** :377 (sept.) 1959.

Nous connaissons bien les dommages que cause la radiothérapie au cœur et aux poumons, mais il y a peu de rapports sur les fibroses du péricarde.

Il s'agit ici d'une femme âgée de 34 ans qui a subi successivement mammectomie radicale droite (1954) et gauche (1956), suivie chaque fois de radiothérapie. Le médiast-

tin a absorbé 4,800 r au total. La patiente est hospitalisée en 1958 avec hépatomégalie; ses jugulaires étaient gonflées et donnaient naissance à de nombreuses veines variqueuses. En plus d'un œdème généralisé il y avait de l'ascite et un épanchement péricardique. A la thoracotomie, on trouva une fibrose intense de la paroi thoracique et du médiastin et un péricarde dur et épais qui contenait 300 c.c. d'un liquide brunâtre.

*Autopsie.* — La peau du thorax était mince et dure. La fibrose envahissait les apex pulmonaires, les plèvres et le péricarde, sans qu'il n'y ait d'adhérences entre le péricarde viscéral et le péricarde pariétal. Le cœur était mou et pesait 195 g.; les coronaires étaient normales.

*Microscopie.* — L'auteur trouve des signes de péricardite aiguë et chronique par endroits, compatibles avec des dommages par irradiation. C'est un tissu fibreux, dense, fragmenté par endroits et œdémateux, nourri par des capillaires dilatés. Les fibroblastes ont un cytoplasme granuleux et de trois à quatre noyaux hyperchromatiques. Les fibres myocardiques sont atrophiques et souvent il n'y a pas de sarcoplasme. Une fibrose intense siège dans le poumon, sans signes inflammatoires. L'épithélium des bronchioles prolifère jusqu'à oblitérer la lumière et l'on trouve par endroits de la métaplasie malpighienne.

*Discussion.* — Certains auteurs ont rapporté quelques cas de péricardite post-radiothérapique depuis 1940. Wachtles considère pour sa part que le péricarde est moins sensible aux radiations que le cœur et les poumons, et que par conséquent une péricardite de ce genre suppose nécessairement des lésions pulmonaires et cardiaques. La péricardite est souvent constructive et il peut y avoir des adhérences pleuro-péricardiques. Le critère diagnostique est microscopique, s'appuyant sur la présence des fibroblastes géants et de la fibrose intense sans amas cellulaire inflammatoire.

Pierre GAUVIN.

#### ANESTHESIE

C. SMITH, R. D. ROWE et P. VLAD: **Sédation chez les enfants par un mélange ataraxique en vue du cathétérisme cardiaque.** (*Sedation of children for cardiac catheterization with an ataractic mixture.*) "The Can. Anesth. S. J.", 5: 35 (janv.) 1958.

Pour permettre de leur faire un cathétérisme cardiaque, on a donné à 670 malades dont l'âge variait de 4 jours à 16 ans, un mélange de chlorpromazine, de chlorhydrate de prométhazine et de demerol. Ce mélange (une partie de chlorhydrate de prométhazine et une partie de chlorpromazine avec deux parties de demerol) a été donné en injection intramusculaire à raison de 1 ml. par 20 livres de poids sans toutefois dépasser 2 ml. Chez 26 malades; après l'introduction du cathéter, on a donné des doses fractionnées par voie endoveineuse. Avant le cathétérisme, l'état des malades était bon dans 31.9% des cas, passable dans 54.6% et mauvais dans 13.5%. Dans 97.3% des cas, cette sédation a été adéquate et elle ne l'a pas été dans un pourcentage de 2.7%. Au delà de 70% de ces examens ont duré de 1 heure à 2 heures. A la fin de l'examen, 95.8% des malades étaient en bon état. Les arythmies les plus fréquemment observées furent des extrasystoles, des blocages nerveux et de la tachycardie paroxystique.

Léon LONGTIN.

Gordon W. WYANT, A. J. LONGMORE et C. H. WIEDER: **La corticale surrénalienne.** (*The adrenal cortex.*) "The Can. Anesth. S. J.", 5: 2 (janv.) 1958.

Dans cet article, les auteurs ont essayé de résumer le rôle du cortex surrénalien dans l'état de santé et au cours de la maladie. Ils ont énuméré les états pathologiques où l'on a employé la cortisone de façon à attirer l'attention de l'anesthésiste sur la possibilité d'un traitement antérieur aux stéroïdes chez des malades qui souffrent ou ont déjà souffert de ces maladies. Ils ont décrit les différentes épreuves de la fonction surrénalienne, ainsi que le traitement des troubles corticaux surrénaliens, les complications du traitement et les contre-indications de cette thérapie.

On peut enlever chirurgicalement les surrénales (1) pour agir sur un carcinome secondaire; (2) pour enlever des tumeurs non endocriniennes de la surrénale; (3) pour modifier des états anormaux de la fonction surrénalienne manifestés par une hypersécrétion d'hormones corticales; (4) incidemment, au cours d'opérations sur les organes voisins. Dans toutes ces éventualités, il faut instituer une thérapie de substitution. Il serait préférable de la commencer avant l'opération et il peut arriver qu'on doive la continuer indéfiniment.

Ils ont ensuite décrit l'état d'insuffisance surrénalienne chronique. Il s'agit d'un syndrome caractérisé par une sorte d'état de choc à la suite d'un stress important. On obtient peu de réponse aux traitements usuels du choc, mais celui-ci répond souvent, de façon étonnante, à l'administration de fortes doses d'hormones corticales surrénaliennes. Dans les cas douteux, il est même conseillé d'instituer une thérapie prophylactique aux stéroïdes.

Léon LONGTIN.

#### ANATOMIE PATHOLOGIQUE

M. S. DUNNILL: **Histologie de l'aorte dans la coarctation.** (*Histology of the Aorta in Coarctation.*) "J. of Path. Bact.", 78: 203 (juillet) 1959.

L'étude porte sur neuf cas de coarctation aortique serrée, où les prélèvements pour l'histologie ont été faits en amont et en aval des rétrécissements. L'intima de la zone proximale présente : 1° dans trois cas, un épaissement fibro-élastique où se mêlent de rares macrophages chargés de lipoïdes. (Deux de ces cas offrent également un épaissement fibreux de l'intima de la zone distale). 2° dans quatre cas, des amas plus importants de ces mêmes macrophages (lésions typiques d'athéromatose à son début).

Quant à la média, elle est épaissie de façon constante à la fois dans les zones proximale et distale et ce, par une augmentation marquée du nombre des lames élastiques (augmentation plus grande dans la zone pro-

ximale). Dans aucune des neuf observations, il n'y a d'hypoplasie de la zone distale de l'aorte. Une seconde modification de la média consiste en une imbibition focale plus grande par une substance métachromatique écartant les lames élastiques qui, par ailleurs, deviennent plus ténues autour de ces plaques mucoïdes. Enfin, une dernière modification, qui semble en quelque sorte un artéfact d'autolyse propre aux aortes où les mucopolysaccharides sulfatés sont en quantité anormale, est la présence de petits espaces kystiques, que l'on retrouve dans les lésions de dégénérescence kystique idiopathique, cause occasionnelle d'anévrismes disséquants. Dans l'ensemble, ces lésions ressemblent à celles des hypertensions artérielles systémiques et il n'est pas étonnant qu'elles soient plus marquées dans la zone située en amont de la coarctation où la pression est à la fois plus élevée et plus sujette à de fréquentes variations.

Liliane DELAQUERRIERE.

E. K. AHVENAINEN: **Une étude des causes de la mort néonatale.** (*A Study of Causes of Neonatal Deaths.*) "The J. of Ped.", 55: 691 (déc.) 1959.

L'étude porte sur une série de 1,247 enfants morts à l'âge de moins d'un mois dans la période entre 1947 et 1956 (inclusivement). 674 de ces enfants étaient des prématurés (poids à la naissance entre 600 et 2,500 g.), les autres 573 étaient nés à terme (poids à la naissance dépassant 2,500 g.). L'autopsie fut pratiquée dans chaque cas.

Les causes de la mort sont divisées par l'auteur en deux groupes : la cause sous-jacente ou primitive et la cause immédiate. Pour évaluer ces causes, l'on utilise les données anatomo-pathologiques obtenues à l'autopsie mais l'on ajoute aussi quelques données cliniques retirés des histoires de cas.

Les causes sous-jacentes ou primitives sont, par ordre décroissant, les suivantes : malformations congénitales, infections, hémorragies intra-crâniennes, membranes hyalines et kernictère. La liste des causes immédiates, par le même ordre, se lit comme suit : infections,

membranes hyalines et hémorragies massives autres que cérébrales.

A noter qu'au delà de la moitié des causes dans chacun des deux groupes, sont les infections. Un autre fait intéressant à noter est que durant la période de 10 ans en question, il y avait augmentation relative de malformations avec diminution graduelle de cas d'infections. Ceci ne veut évidemment pas dire qu'il y avait augmentation réelle du nombre de malformations, mais que la raison est probablement à rechercher dans l'augmentation du nombre de tels cas référés à l'hôpital. Par contre, la diminution du nombre de cas d'infections peut être considérée comme réelle dans le groupe des causes sous-jacentes. Dans le groupe des causes immédiates, l'importance de l'infection semble se maintenir sur le même niveau pendant toute la période d'étude.

En ce qui concerne les hémorragies intracrâniennes, l'auteur les divise en deux groupes : hémorragies traumatiques et hémorragies anoxiques. Et il note que le nombre des hémorragies traumatiques diminue progressivement durant la période d'étude, ce qui paraît coïncider avec le nombre augmenté des

cæsariennes dans les cas de naissance difficile et alors avec la diminution relative de l'emploi des forceps (ce qui est la tendance actuelle en Finlande). Les hémorragies anoxiques sont fréquemment associées à des membranes hyalines intra-alvéolaires et l'auteur croit qu'il existe une certaine inter-relation étiologique entre les deux conditions.

En comparant le groupe des prématurés au groupe des enfants nés à terme, l'on note que le premier groupe comporte plus d'hémorragies tandis que dans le deuxième, l'on retrouve plus de malformations. Le nombre de cas d'infections est à peu près le même dans les deux groupes. Les membranes hyalines sont plus fréquentes chez les prématurés, ce qui répond bien à d'autres statistiques.

Le travail contient quatorze tableaux statistiques illustrant la question en étude d'à peu près tous les points de vue possibles.

Il serait sans doute fort intéressant d'étudier une série semblable de cas dans l'un des hôpitaux canadiens et de la comparer ensuite à celle présentée par l'auteur finlandais dans le présent travail.

Georges BERDNIKOFF.

---

## SOCIÉTÉS

---

### LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL

Séance du 17 novembre 1959

tenue à l'Hôtel-Dieu de Montréal,  
Présidence du docteur Jean-Paul Legault.

#### La chirurgie de l'hydronéphrose.

M. GEORGES-ETIENNE GAUTHIER

L'hydronéphrose consiste dans une dilatation des cavités rénales avec atrophie du parenchyme. Il en résulte une fibrose élastique mais ici la restitution ad integrum est encore possible; cependant si la condition persiste le prochain stade est l'atrophie pyélique.

Dans les hydronéphroses par obstacles mécaniques on distingue celles qui sont: 1° congénitales soit par sténose simple ou soit par implantation anormale de l'urètre et 2° acquises soit par calcul pyélique ou soit par compression extrinsèque.

Il y a aussi les hydronéphroses sans obstacles mécaniques qui sont secondaires à des bassinets trop grands; elles sont de fausses hydronéphroses. Les symptômes de cette affection sont la lombalgie, les symptômes gastro-intestinaux, l'hématurie totale et, enfin, la perception d'une masse dure dans le flanc. Les complications sont la lithiase, l'infection on encore la rupture avec éclatement. Le diagnostic peut se faire par l'histoire et peut être appuyé par l'urographie, la pyélographie rétrograde et enfin par l'urétérographie rétrograde. Le traitement de cette affection est purement chirurgical.

La néphrectomie partielle fut pendant longtemps considérée comme l'intervention de choix à cause de l'échec de la chirurgie conservatrice à l'époque. Parmi les types d'interventions chirurgicales, on en distingue trois: a) celles qui dégagent; b) celles qui élargissent; c) celles qui réabouchent. Dans les suites opératoires, il faut avoir recours à l'antibiothérapie ainsi qu'aux acidifiants urinaires. Cependant dans 15% des cas envi-

ron la chirurgie conservatrice ne donnera pas les résultats attendus et on devra avoir recours à la néphrectomie.

#### Le problème des infections urinaires.

M. GUY LEMIEUX

La pyélonéphrite est une affection assez courante, puisqu'on la retrouve dans 20% des cas de toutes les autopsies. Elle est l'infection la plus fréquente après celles des voies respiratoires. Cette infection est donc très sérieuse, puisqu'elle peut conduire à l'hypertension artérielle ainsi qu'à l'insuffisance rénale chronique. Ces infections, en plus d'être mal diagnostiquées, sont souvent très difficiles à traiter à cause de la présence d'organismes résistants. Un succès thérapeutique n'est obtenu que dans 20% des cas seulement.

Le diagnostic de cette infection est difficile à poser, à cause de l'absence de symptômes. De plus, la pyurie peut manquer dans 50% des cas. En effet, plusieurs cas de pyurie pourraient être découverts si une analyse plus méticuleuse des urines était faite, car la présence de 6 globules blancs par champ microscopique suffit pour faire un diagnostic de pyurie.

La culture des urines demeure un excellent moyen de diagnostic, mais le problème du prélèvement est très important. Le moyen le plus pratique consiste à faire le comptage des bactéries par un volume donné. Le nombre des bactéries ne doit pas dépasser 100,000 par champ microscopique. Les principaux microbes rencontrés dans les infections urinaires sont l'Eschéria Coli, le protéus, l'Aérobactère Aéruginosa, la paracolom, le pseudomonas et, parfois, le streptocoque.

Les études comparatives ont montré que le cathétérisme vésical ne renseignait pas plus qu'un prélèvement fait avec les méthodes ordinaires accompagné d'une aseptie habituelle des voies génitales externes. De plus, ces étu-

des semblent montrer que l'on doit se dispenser de faire des cathétérismes de routine dans les cas suivants: 1° l'analyse des urines; 2° dans les suites post-opératoires; 3° dans les soins post-partum; 4° dans les cas de coma diabétique; 5° dans les cas d'incontinence, et, 6° dans les cas de diagnostic urologique. Le cathétérisme n'étant réservé que pour des cas très spéciaux. De cette matière, un grand nombre d'infections urinaires sérieuses pourraient être évité.

#### Le diagnostic et le pronostic dans le cancer du rein.

M. JEAN CHARBONNEAU

Dans 45% des cas environ le diagnostic d'un cancer du rein est fait à la suite d'un examen de routine. Dans les autres cas, les principaux symptômes rencontrés sont les suivants: 1° augmentation du volume du rein; 2° douleurs costolombaires; 3° l'hématurie; 4° l'hyperthermie; 5° le varicocèle du côté gauche et 6° les troubles digestifs et les nausées.

Les principaux moyens de diagnostic comprennent la pyélographie endoveineuse, la pyélographie rétrograde, l'artériographie, l'insufflation rétropéritonéale et enfin la cytologie exfoliatrice.

Les différentes tumeurs peuvent se rencontrer au rein, au bassinet, à la capsule ou aux tissus paranéphrétiques. Le traitement est d'abord chirurgical et consiste dans la néphrectomie. Parfois la radiothérapie devra être employée après l'opération. Le pronostic de cette affection demeure sombre.

#### La colocysto-plastie d'agrandissement et de substitution.

M. JEAN-PAUL BOURQUE

Dans cette intervention, on se sert de l'intestin pour agrandir la vessie. Le segment employé est habituellement pris sur le sigmoïde et une anastomose latéro-terminale est faite. Les principales indications chirurgicales sont: 1° les vessies rétractées; 2° les cystites interstitielles et 3° le cancer de la vessie.

Plusieurs précautions sont à prendre avant cette chirurgie. En effet l'intestin doit être préparé de façon spéciale à l'aide d'antibiotiques et d'une diète sans résidu. La durée de cette intervention est d'environ cinq heures. Sur vingt-cinq cas opérés à date, la mortalité ne fut que de 4%.

Cette intervention, quoique très difficile et très longue, permet d'obtenir des résultats fort intéressants et de rendre l'existence de ces patients beaucoup plus tolérable.

\* \* \*

#### Séance du 1er décembre 1959

tenu à l'hôpital Notre-Dame,

Présidence du docteur Jean-Paul Legault.

#### Les progrès de la chirurgie de la surdité.

LUCIEN HUOT

Grâce à l'audiométrie, les patients atteints de surdité peuvent être mieux orientés. En effet, cette méthode très précieuse permet de déterminer si le patient peut être opéré et, si oui, quelle opération lui conviendra le mieux. Depuis l'avènement des antibiotiques et avec l'aide d'une instrumentation beaucoup plus perfectionnée, environ 50% des patients atteints de surdités peuvent être améliorés. Cependant, s'il existe une surdité de perception (présente dans 50% des cas environ), la chirurgie ne donne aucune amélioration. Dans les autres cas, les opérations les plus couramment employées sont la fenestration, la mobilisation de l'étrier et, parfois, la tympanoplastie.

#### L'abus des oestrogènes à la ménopause.

ROGER LAPOINTE

En plus d'être souvent inutile, la thérapeutique aux œstrogènes dans le syndrome ménopausique représente un danger réel. En effet, l'emploi de ces hormones peut parfois causer des hémorragies utérines graves. Au lieu d'employer des hormones de façon symptomatique devant un syndrome de la ménopause, le médecin devrait toujours pratiquer un examen complet de l'appareil génital. Le médecin praticien doit retenir que les bouffées de chaleur, au lieu de disparaître, sont

le plus souvent entretenues par l'emploi des œstrogènes. Il doit se souvenir, en outre, que l'apparition d'un cancer du corps utérin demeure toujours possible chez une patiente qui a été traitée pendant plusieurs années par ces hormones.

#### Les stéroïdes en inhalation dans l'asthme.

JACQUES LEGER et GILLES LORANGE

Bien que la valeur de la stéroïdothérapie dans l'asthme soit maintenant assez bien prouvée, il existe, toutefois, des effets indésirables consécutifs à l'emploi de ces hormones.

Afin d'obvier à ces effets secondaires, une nouvelle méthode de traitement de l'asthme consistant dans l'emploi de stéroïdes par inhalation fut employée chez un certain nombre de patients. La substance employée fut la triamcétolone à la dose de 2 mg par jour. Des résultats spectaculaires furent observés chez certains de ces patients. Il s'agit, vraisemblablement, d'une action topique de ce médicament. Des épreuves respiratoires pratiquées chez trois de ces patients, avant et après le traitement, ont montré une amélioration nette de ces épreuves. Bien que ce traitement ne soit pas une panacée, il faut retenir sa grande utilité dans certains cas d'asthme rebel.

#### Les anticoagulants dans les maladies cérébro-vasculaires.

CLAUDE GAUTHIER

Les deux grandes indications de l'anticoagulothérapie sont: 1° L'insuffisance du système carotidien et, 2° L'insuffisance du système vertébro-basilaire. Il s'agit, cependant, d'un traitement préventif, plutôt que curatif.

Les principales contreindications à l'emploi de ces médicaments sont: 1° le déficit neurologique profond; 2° la présence de sang dans le LCR; 3° une teinte xanthochromique au LCR; 4° une hypertension artérielle au-dessus de 200.

Dans la série des cas étudiés, tant à l'hôpital Notre-Dame que dans d'autres centres, l'apparition d'accidents thrombo-emboliques fût beaucoup moins grande chez les cas ayant des anticoagulants. Cependant, ce traitement demeure indiqué, surtout chez les jeunes patients.

#### L'allaitement maternel.

MICHEL BERARD

En théorie, toute femme devrait nourrir son enfant; même si la quantité de lait est petite, les avantages qu'en retire l'enfant sont considérables. Après un accouchement normal, le sein devrait être présenté à l'enfant huit heures après. Ceci pourra être retardé s'il s'agit d'un accouchement pathologique.

Dans certains cas, le stilbœstrol pourra être employé pour prévenir l'engorgement des seins. Les deux grandes contreindications à l'allaitement maternel sont la défaillance cardiaque et la TB pulmonaire active.

#### Le diagnostic et le traitement de l'érythroblastose.

BLANDINE GOSSELIN et GUY ST-LAURENT

L'excès d'hémolyse peut survenir par iso-immunisation, comme par exemple dans le facteur RH ou le facteur ABO. Presque toujours, les ictères apparaissent dans les quelques heures qui suivent la naissance. L'accident possible qui peut survenir chez certains de ces patients est l'ictère nucléaire où il y a fixation des pigments biliaires sur les noyaux gris centraux. Cette complication est particulièrement grave et la mort peut parfois survenir dans les huit à quinze jours qui suivent. La bilirubine indirecte chez ces patients est habituellement au-dessus de 18 mg %. Le traitement que l'on doit employer dans ces ictères par iso-immunisation est l'exsanguinotransfusion.

#### Le traitement des mycoses par la griséofulvine.

P.-A. TURGEON, J.-P. FOISY et GEORGES LECLERC

Le principe qui a conduit à la découverte et à l'usage de la griséofulvine repose sur le

fait qu'un médicament pour agir contre les mycoses doit d'abord agir de l'intérieur vers l'extérieur, c'est-à-dire par absorption orale, afin de rendre la kératine résistante à ces dites mycoses. La griséofulvine est un médicament d'une toxicité négligeable.

Les seuls effets secondaires pouvant être rencontrés sont les vertiges, les malaises intestinaux, ainsi que la sudation. A l'hôpital Notre-Dame, seize cas de mycoses furent traités par ce médicament. Les doses employées furent de 1 gr. par jour en moyenne, pour une durée de deux à trois mois. Douze cas furent guéris et deux cas furent améliorés.

En conclusion, il s'agit d'un agent efficace très utile pour le contrôle de la contagiosité et dont l'emploi est dénué de tout danger.

#### Application clinique de rein artificiel.

YVES PIETTE

Une jeune femme de 18 ans, victime d'un accident d'automobile, atteinte de fractures du bassin, fut transportée à l'hôpital avec un tableau d'anurie totale.

Devant la possibilité d'une anurie réflexe post-traumatique, on donna à la patiente un sérum procaïné, mais sans succès. Elle dût alors subir dans les semaines suivantes trois dialyses.

L'évolution clinique, cependant, fut orageuse, puisqu'elle présenta une septicémie à pseudomonas qui répondit cependant à la kanamycine, ainsi qu'un état de status épilepticus qu'on parvint à contrôler. Dans les semaines qui suivirent, ces trois dialyses, la patiente pût être renvoyée chez elle, apparemment guérie.

\* \* \*

#### Séance du 20 janvier 1960

Tenue en l'hôpital Notre-Dame,  
en mémoire du docteur Léon Gérin-Lajoie.

#### Observations concernant le cancer de l'utérus.

NEWELL PHILPOTT

Le but de cette conférence était d'honorer la mémoire du docteur Léon Gérin-Lajoie

chirurgien de l'hôpital Notre-Dame. Membre de quinze sociétés savantes, le docteur Gérin-Lajoie fut, entre autres, Président de l'Association Médicale Canadienne, fondateur et premier président de la Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada, vice-doyen de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal, de 1945 à 1952, vice-président du Collège Royal et professeur de Gynécologie à l'Université de Montréal.

Pour couronner cette carrière prestigieuse, il fut élu, quelque temps avant sa mort, président de la Fédération Internationale d'Obstétrique et de Gynécologie et président de l'Association Médicale Mondiale.

Dans ses remarques sur le cancer de l'utérus, le docteur Philpott nota que le cancer de l'utérus, de l'ovaire et du sein représentait 10% de tous les cancers. Le cancer de l'ovaire est le plus difficile à diagnostiquer, à cause de l'âge avancé de ces patientes chez qui l'examen gynécologique complet n'est pas toujours pratiqué. En effet, chaque femme, entre 30 et 60 ans, devrait subir un examen gynécologique annuel.

L'examen « cytologique » est pratiqué à l'hôpital Royal Victoria depuis 1943. En effet, les médecins de cette institution ont été les pionniers de cet examen maintenant de routine dans tous les hôpitaux. Sur 24,496 patientes asymptomatiques examinés dans cette clinique, de 1948 à 1959, 176 cas ont été considérés comme douteux. De ces derniers, 78 cas présentaient un cancer de l'utérus. Cet examen « cytologique » permet donc un diagnostic précoce dans les cas de cancer de l'utérus.

Cependant, cet examen n'est pas suffisant pour les cas de cancer du corps de l'utérus; ici, un curetage doit être fait.

Dans ses conclusions, le docteur Philpott mentionna que de bons résultats ne pouvaient être obtenus dans le cancer de l'utérus que grâce à la vigilance du médecin et aux examens gynécologiques fréquents.

*Le Secrétaire des séances,  
Gilles LEDUC*

## NOUVELLES

---

### LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE LYON HONORE UN PROFESSEUR DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

La Société de Chirurgie de Lyon a, le 28 janvier 1960, élu le professeur Edouard Desjardins, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Montréal, membre d'honneur étranger.

---

Le nouveau président est le docteur F. Murray Fraser, de Halifax, qui succède au docteur M. E. Hobbs, de Millbrook, Ont. Le docteur E. C. McCoy, de Vancouver, a été choisi comme président élu; le docteur Marc-André Marchand, des Trois-Rivières, a été nommé trésorier, et le docteur Irwin Bean, de Calgary, a été désigné comme secrétaire.

---

### DÎNER EN L'HONNEUR DU DOCTEUR ALBERT JUTRAS

Le département de radiologie de l'*Indiana University Medical Center*, à Indianapolis avait invité le docteur Albert Jutras à participer à l'enseignement pendant la semaine du 14 mars 1960.

Le mercredi, 16 mars 1960 un dîner a été donné en l'honneur du docteur Albert Jutras. A l'issue du repas, le docteur Jutras a prononcé la "*Raymond C. Beeler Lecture*" sur le sujet suivant: *Roentgen Diagnosis of small Cancers of the Stomach Mucosa*.

---

### CONFÉRENCES DU DOCTEUR PAUL DUMAS

Le docteur Paul Dumas a prononcé deux conférences, la première intitulée: "Contemporary Canadian Painting" et la seconde ayant pour titre: "The present State of Canadian Culture", les 15 et 29 mars 1960 dans la série de conférences "Canadians" organisée sous les auspices de la Y.W.C.A. et consacrée à la culture Canadienne et à laquelle ont également participé messieurs Hugh McLennan, Eric McLean, John Bland, Jules Bazin et Jean Palardy.

---

### LE DOCTEUR ROLAND SIMARD, NOMMÉ CHEF DU SERVICE DE GYNÉCOLOGIE DE L'HÔPITAL NOTRE-DAME

Les autorités de l'Hôpital Notre-Dame font connaître que le docteur Roland Simard, professeur agrégé de gynécologie à l'Université de Montréal, vient d'être nommé chef du service de gynécologie.

---

### SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE GASTRO-ENTÉROLOGIE DE MONTRÉAL

Une réunion de la Société de Gastro-entérologie de Montréal — The Montreal Gastro-enterological Society a eu lieu à l'Hôpital Notre-Dame jeudi, le 10 mars 1960.

Le sujet au programme était: La colite ulcéreuse. Le docteur Yvan T. Beck a traité de ses complications et de son traitement médical; le docteur Laurent Archambault a parlé des indications opératoires et des résultats chirurgicaux. Les docteurs Roger Dufresne, Yves Chaput, Paul Letendre et R. McKenna ont pris part à la discussion.

---

### CONFÉRENCE À L'HÔPITAL MAISONNEUVE PAR LE DOCTEUR RAYMOND VILLEY

Le docteur Raymond Villey, professeur de neurologie à l'École de Médecine de Caen, a donné une conférence au grand amphithéâtre de l'Hôpital Maisonneuve samedi le 5 mars 1960 à 11.00 heures. Le sujet était: "Thrombo-phlébites cérébrales".

---

### CINQUANTENAIRE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES TROIS-RIVIÈRES

Fondée en 1910 par le docteur Charles de Blois, la Société Médicale des Trois-Rivières a commémoré récemment son 50e anniversaire. La réunion a été présidée par le docteur Jean-Baptiste Leblanc. Les docteurs Emile Blain, Roland Décarie, Rolland Blais, qui représentaient l'A.M.L.F.C. ont porté la parole à tour de rôle. Reconnaissant le rôle magnifique joué par la Société Médicale des Trois-Rivières, ils ont les uns et les autres souligné l'apport que

### NOUVEL EXÉCUTIF DU COLLÈGE DE MÉDECINE GÉNÉRALE DU CANADA

Mercredi, le 2 mars 1960, le Collège de Médecine Générale du Canada, en congrès à l'Hôtel Reine Elisabeth, de Montréal, a procédé au choix de son nouvel exécutif.

L'Association fournit aux médecins et l'aide qu'elle attend d'eux.

---

CONFÉRENCES DES DOCTEURS JEAN SAUCIER ET  
JEAN-LÉON DESROCHERS SUR LA POLYSCLÉROSE

Le docteur Jean-Léon Desrochers, neurologue à l'Hôtel-Dieu et à l'Hôpital Sainte-Justine a prononcé récemment une conférence publique sur la polysclérose. Cette conférence a été donnée dans la salle paroissiale de l'Immaculée-Conception. Le docteur Jean Saucier, chef du Service de Neurologie de l'Hôtel-Dieu et professeur titulaire de Neurologie à l'Université de Montréal, dont le nom a été donné à la nouvelle filiale de la *Multiple Sclerosis Society*, a souligné l'importance d'appartenir à l'un des 22 groupements de cette Société.

---

ÉLECTIONS DU BUREAU MÉDICAL DE L'INSTITUT  
ALBERT-PRÉVOST

Le résultat des élections, tenues au Bureau médical de l'Institut Albert-Prévost, lors de sa dernière réunion, le 8 mars 1960 est le suivant:

Président: docteur Lucien Panaccio. Vice-président: docteur Ernest Brunet. Secrétaire: docteur Jean-Marc Bordeleau.

CONFÉRENCE DU DOCTEUR ANTONIO CANTERO  
À SAINT-JÉRÔME

Le docteur Antonio Cantero était, jeudi le 31 mars 1960, le conférencier d'honneur à une réunion du Comité d'Éducation de la Société Canadienne du Cancer, division de St-Jérôme.

Le directeur des recherches à l'Institut du Cancer de Montréal a parlé d'"Un médecin et son violon d'Ingres, la peinture".

---

CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ AMÉRICAINE DE  
MÉDECINE PSYCHOSOMATIQUE

La Société Américaine de Médecine psychosomatique a tenu, pour la première fois, son Congrès annuel à Montréal. Celui-ci a eu lieu à l'Hôtel Mont-Royal Sheraton les 25, 26 et 27 mars 1960.

---

L'ASSOCIATION PROVINCIALE DES SECRÉTAIRES  
DE MÉDECINS

L'assemblée d'organisation de l'Association Provinciale des Secrétaires de médecins a eu lieu le 14 mars 1960 à l'auditorium de l'Hôpital de la Reine Marie à Montréal.

Un bureau a été constitué et les officières élues verront à la bonne marche de l'Association.

---

REVUE DES LIVRES

**La maladie lithiasique des voies biliaires. La lithiase vésiculaire.** Par Guy ALBOT et Félix POILLEUX: Masson et Cie, éditeurs, Paris, 1959.

Le septième volume de la série des « Actualités hépato-gastro-entérologiques de l'Hôtel-Dieu de Paris » vient de paraître. Il renferme une partie seulement des conférences données par les membres de la Société Nationale française de gastro-entérologie sur le problème de « La lithiase biliaire ». Ce livre ne traite que de la lithiase biliaire en général et de la vésicule biliaire lithiasique, — le livre qui suivra colligera les documents concernant « le retentissement de la lithiase biliaire sur les organes voisins ».

Ce septième volume de la série est bien divisé en cinq chapitres et ceux-ci à leur tour se composent d'un certain nombre d'exposés. Les thèmes soulevés sont ceux de l'étiologie et de la pathogénie de la lithiase biliaire, des douleurs de la lithiase, de la cholécystite calculuse compliquée et de la lithiase sans cholécystite.

Chaque subdivision est traitée par un collaborateur différent; c'est dire que les responsables ont fait appel à 29 gastro-entérologues. Si la forme y perd l'unité d'exposition, elle gagne en diversité d'opinions et en communications dont sont exclues la monoto-

nie et la possibilité de déformation professionnelle.

Tous les chapitres se lisent avec intérêt; même les thèmes les plus difficiles sont envisagés sous un aspect pratique qui en rend la lecture agréable et la compréhension facile.

Les docteurs Guy Albot et Félix Poilleux ont fait appel pour l'édification de cet ouvrage aux meilleurs gastro-entérologues de France, de Suisse et de Belgique. Les articles sont signés de noms célèbres à Paris, à Lyon, à Marseille, à Nantes, à Rouen, à Vichy, à Liège et à Zurich. L'ampleur des exposés se comprend aisément à la mention de ces noms venant de pays différents, d'autant mieux qu'au tableau des participants se trouvent des médecins, des chirurgiens, des biochimistes et des diététistes. Fait non moins important, les colonnes bibliographiques qui appuient d'une sérieuse documentation la plupart des exposés, ne sont pas exclusives au domaine médical local, mais couvrent toute la littérature; pas de chauvinisme, pas d'ignorance de ce qui se fait ailleurs, mais une connaissance parfaite des mouvements scientifiques du monde médical entier.

« La Maladie lithiasique » est une source remarquable de travaux documentés qui font le point sur chaque question. Ce volume mérite l'audience la plus étendue, car il est fortement pensé, bien écrit et orienté vers le médecin qui soigne.

Il est certain qu'il est appelé à rendre de grands services aux chercheurs d'abord qui y trouveront la matière mise à date, aux jeunes qui y apprendront beaucoup et sans effort, — le texte y est lucide, — aux médecins qui y découvriront la réponse à nombre de leurs problèmes.

Le volume des professeurs Albot et Poilleux mérite d'être signalé et son classement, au rang des livres dignes d'être consultés, s'impose à mon sens.

Edouard DESJARDINS.

**Chirurgie de tous les jours.** Par Pierre JOURDAN. G. Doin et Cie, édit., Paris, 1959.

Ce livre sort de l'ordinaire; écrit pour les internes des hôpitaux de Paris, il est « dédié aussi à tous les chirurgiens qu'on dit « généraux » et qui, faute d'une destinée meilleure, cherchent le mieux dans la pratique de chaque jour ».

Ce volume propose « une rédaction critique sur la chirurgie de chaque jour, celle qui sans doute compte le plus, pour la simple raison de fréquence, celle aussi dont les collègues et les publications s'éloignent à l'ordinaire, fascinés qu'ils sont par les éclats jumeaux de l'exception et du progrès ».

Ces extraits disent mieux que je ne le saurais faire le but majeur de la « Chirurgie de tous les jours ».

Pierre Jourdan donne tout au long de ces deux cents pages son opinion bien à lui sur les problèmes rencontrés quotidiennement en chirurgie.

Il s'est limité à l'étude de l'appendicite, des hernies, des hystérectomies, de l'estomac, des voies biliaires, du colon, du rectum, du sein, de la thyroïde et de l'ostéo-synthèse.

L'auteur s'exprime à la première personne, voulant que le lecteur sache bien qu'il ne craint pas de se compromettre et que lorsqu'il affirme avec certitude, il soit bien entendu qu'il entend faire foi de ce qu'il croit et de ce qu'il fait.

La lecture du volume est rendue passionnante par cette objectivité personnelle; l'intérêt est retenu par ces caractéristiques et le vocabulaire s'enrichit d'expressions imagées et de comparaisons frappantes.

La philosophie de l'auteur est de haute portée et s'appuie sur des prémisses indiscutables. On le reconnaît volontiers quand il écrit « d'une part, je crois que le meilleur chirurgien, l'homme probe et vaillant qui mérite l'estime, est bien celui qui sait entreprendre, qui ne recule pas devant les charges angoissantes, qui toujours et partout donne au malade sa meilleure chance..., mais je crois aus-

si que le même, s'il veut rester le meilleur, doit à tout moment de l'exécution, pour chaque geste, chaque facture de détail, se transformer en sioux, maintenir la méfiance de soi, sinon le soupçon de soi, exiger la perfection, demander quelle contrariété, quel ennui ou quel désastre pourraient l'assombrir ou l'accabler demain, en conséquence d'une manœuvre insuffisante, d'une malfaçon ou d'une façon défectueuse ».

L'ouvrage de Pierre Jourdan est difficile à classer; mais je pense qu'il s'apparente de très près à certains livres de René Leriche, de Paul Lecène et de Jean-Louis Faure. Il enrichit; d'une manière non orthodoxe, non scolastique, peut-être; mais il enrichit tout de même.

Je n'hésite pas à le recommander aux chirurgiens généraux, qui y reconnaîtront des états d'âme communs et des perspectives de même nature, qui y trouveront souvent la réponse à leurs problèmes habituels; je me fais un devoir d'en souhaiter la lecture aux jeunes, qui aspirent à la reconnaissance professionnelle chirurgicale, qui s'y préparent et qui cherchent la voie pour y parvenir.

Pierre Jourdan montre dans sa « Chirurgie de tous les jours » la route à suivre, signale les embûches et prévoit les écueils. A ce titre, il a droit à la reconnaissance de ses collègues.

Edouard DESJARDINS.

---

## LIVRES REÇUS

---

**Les hôtes intermédiaires de schistosoma: Biomphalaria et Bulinus africains.** Par G. MANDAHL-BARTH. Org. Mondiale de la Santé: Série de Monographie No 37, Genève, 1959 — 138 pages.

La nomenclature des gastéropodes qui servent d'hôtes intermédiaires aux bilharzioses, et particulièrement celle des espèces africaines appartenant aux genres *Biomphalaria* et *Bulinus*, témoignent d'une grande confusion depuis de nombreuses années. Plusieurs facteurs sont responsables de cet état de choses. Dans bien des cas, par exemple, la description originale des espèces a été si brève et si générale que l'on ne peut aujourd'hui être sûr de l'espèce décrite. Fréquemment la localité exacte où le matériel-type a été trouvé est inconnue, ce qui empêche la constitution d'une collection de matériel-topotype qui permettrait de faire une description plus complète des espèces, notamment de leur anatomie. Comme certains auteurs avaient l'habitude malencontreuse de donner un nom distinct aux variantes extrêmes mais normales d'une seule et même espèce, la majorité des espèces actuellement admises portent plusieurs noms. Malheureusement aussi, trop rares

ont été les macologistes capables de déterminer correctement les espèces appartenant aux deux genres qui font l'objet du présent ouvrage. Ce sont là quelques-unes des difficultés qui expliquent le caractère inconsistant de la nomenclature en vigueur de nos jours.

Au cours des dernières années l'OMS a tenté de redresser cette situation. Par deux fois, elle a convoqué des spécialistes en malacologie de plusieurs pays pour discuter des problèmes de taxonomie, dans l'espoir que l'accord pourrait se faire et permettrait d'unifier la nomenclature utilisée dans la détermination des espèces de ce groupe de gastéropodes. Des centres d'identification des gastéropodes ont été créés à Copenhague, à Paris et à Salisbury pour recevoir les collections à identifier et pour accueillir des chercheurs qui pourront y étudier et y comparer des échantillons convenablement conservés provenant de diverses parties de l'Afrique et qui acquerront ainsi une meilleure compréhension de la variabilité propre aux diverses espèces de ces gastéropodes.

La monographie que l'on va lire — premier travail d'ensemble issu de l'un de ces centres — est fondée

sur l'examen de nombreux spécimens recueillis dans de multiples localités. Ces spécimens ont été comparés avec les descriptions originales et, quand cela a été possible, avec du matériel-type. Les conclusions présentées dans cet ouvrage ont fait l'objet d'une étude critique de la part de plusieurs malacologues qui avaient également une très grande expérience de ces deux genres de gastéropodes. Ces malacologues ont, toutefois, rencontré des difficultés lorsqu'ils ont voulu estimer ce travail avec exactitude à cause de la disparité du matériel que chacun d'eux avait étudié: il n'y a pas eu d'accord général sur toutes les conclusions présentées ici, dont quelques-unes dépendent de la notion que l'on se fait de l'espèce, de la sous-espèce et de l'écophénotype. Seules de nouvelles recherches sur des spécimens recueillis dans les mêmes localités que le matériel étudié ici, ainsi que la récolte et l'examen d'autre matériel provenant de régions pour lesquelles on ne connaît rien ou presque rien des espèces, des sous-espèces et des variations qui s'y manifestent, permettront d'établir une nomenclature à la fois universellement admise et stable. L'accord a cependant été unanime parmi les biologistes pour reconnaître que l'importante étude du Dr Mandahl-Barth constituera une base précieuse pour faire avancer les recherches et améliorer notre connaissance des espèces de gastéropodes d'Afrique qui, en tant qu'hôtes intermédiaires de la bilharziose, intéressent le médecin.

**Le traitement par la vitamine A de l'avortement à répétition — Maladie endocrinienne pro-abortive récidivante des Smith.** Par O. ROUJANSKY. Un vol. de 84 pages: 7,50 NF. L'Expansion, édit., Paris, 1960.

Appliquant au problème de l'avortement à répétition les théories qu'il avait émises dans son précédent ouvrage, «Le Cycle végétatif en physiologie humaine», l'auteur a été conduit à mettre au point une nouvelle thérapeutique en ce domaine.

Jusqu'ici les traitements utilisés en cas d'avortement à répétition se montraient d'une décevante inefficacité. Le traitement par la vitamine A semble, au contraire, se montrer spécifique de cette affection.

L'auteur montre dans son livre comment, à propos d'une patiente qui fit avant cette nouvelle thérapeutique 8 grossesses dont 6 terminées par avortement, il essaya, d'abord, «tous» les traitements jusqu'alors conseillés en tel cas.

Après une analyse de l'état de déséquilibre endocrinien aboutissant à l'avortement, l'auteur relate l'observation des deux dernières grossesses de sa patiente, grossesses devenues absolument normales grâce à la vitaminothérapie A.

Cet ouvrage présente donc un double intérêt: d'une part il décrit une thérapeutique nouvelle, effi-

cace semble-t-il et de toute façon fort peu dangereuse, d'autre part il apporte une confirmation matérielle aux théories du «Cycle végétatif en physiologie humaine».

L'un et l'autre point ne sont pas sans importance; une thérapeutique vraiment efficace de l'avortement à répétition ne peut être qu'accueillie avec intérêt tant elle touche et la médecine et la démographie, mais le fait qu'une nouvelle thérapeutique soit née d'un système purement théorique permet de penser que de ce même système, par de semblables méthodes d'application, d'autres thérapeutiques puissent naître.

**Groupe d'étude des problèmes de santé mentale que pose l'automatisation. Rapport.** O. M. S.: Série de Rapports techniques, 1959, No 183; 32 pages. Prix: \$0.30. Publié également en anglais et en espagnol.

Il est difficile de préjuger des répercussions économiques de l'automatisation et de dire si les craintes et les espoirs qu'elle suscite sont justifiés ou non. Une chose paraît certaine, c'est que l'automatisation agira directement sur le comportement physiologique et psychologique du travailleur en le soumettant à un travail de caractère nouveau et à des tensions nouvelles. Elles exercera, en outre, sur lui une action indirecte du fait des changements sociaux et culturels qu'elle risque d'entraîner. Son avènement peut déclencher des réactions affectives dues souvent à une information peu objective: craintes de bouleversements dans les conditions d'emploi, craintes d'efforts difficiles d'adaptation aux nouvelles machines. Outre cette anxiété devant l'avenir, l'automatisation crée de réelles tensions physiologiques et psychologiques. Il faut noter tout d'abord que le travail automatisé, par sa nature même, peut devenir plus ou moins supportable. Par exemple, en réduisant l'activité physique, il risque de donner au travailleur manuel une sensation de «dévalorisation» et de désœuvrement. Pendant le travail, il existe d'une part une tension physiologique nerveuse qui n'est pas compensée par une activité motrice suffisante et, d'autre part, une tension psychologique due à l'isolement physique et moral que risque d'entraîner l'automatisation. Les conséquences indirectes, pour être plus lointaines, n'en sont pas moins faciles à prévoir: il se produira certainement des déplacements de main-d'œuvre plus importants à l'intérieur d'un même pays mais aussi de pays à pays. L'accroissement du travail en équipe, qui rencontre souvent l'hostilité du travailleur et de sa famille, posera des problèmes d'organisation et d'adaptation. L'automatisation aura bien d'autres incidences humaines, que ce soit sur l'organisation du travail, sur la vie sociale ou même sur la famille.

Pour pallier les inconvénients de l'automatisation, il est primordial de baser toute action sur l'informa-

tion et sur l'éducation, non seulement des travailleurs eux-mêmes, mais aussi de ceux qui ont une responsabilité à cet égard: directeurs d'entreprise, ingénieurs, chefs syndicalistes ou médecins. Par ailleurs, il faudra envisager une organisation du travail et de la vie du travailleur, qu'il s'agisse des conditions de logement ou des loisirs. Mais la complexité de ces problèmes est telle que le Groupe d'étude a proposé la mise sur pied de recherches d'orientation et d'études pilotes qui pourraient être répétées tous les six mois, par exemple, pendant plusieurs années en se servant des facilités que procurent les centres médico-sociaux existants et en se basant sur les méthodes d'enquêtes épidémiologiques déjà utilisées dans d'autres domaines. Ultérieurement, il faudra entreprendre des études sur les divers aspects des relations entre l'automation et la santé mentale, particulièrement sur l'adaptation de l'individu, de la famille et de la collectivité à l'automation ou, par exemple, sur les aptitudes perceptuelles exigées pour des emplois typiques dans le secteur automatisé.

**Effets génétiques des radiations chez l'homme: Etudes de zones à forte radioactivité naturelle.** Premier rapport du Comité d'experts des Radiations. O. M. S.: Série de Rapports techniques, 1959, No 166; 50 pages. Prix: \$0.30. Publié également en anglais et en espagnol.

La plupart des auteurs qui se sont efforcés de prédire les effets génétiques à long terme des radiations chez l'homme se sont fondés sur les résultats d'études effectuées sur des animaux, car les groupements humains n'offrent que des possibilités d'observation limitées. Il existe pourtant quelques zones, géographiquement très dispersées, où la radioactivité ambiante est nettement plus forte que dans la plupart des régions du monde; l'étude bien conçue des habitants de ces zones pourrait accroître sensiblement nos connaissances sur les effets génétiques et somatiques d'une exposition prolongée à des doses peu élevées de radiations. Le rapport, récemment publié, du Comité OMS d'experts des Radiations donne une vue d'ensemble des régions actuellement connues pour leur forte radioactivité ambiante et expose la méthodologie applicable à leur étude. De l'examen de ces régions, il ressort que la zone de Kerala, située à l'extrême sud de la côte occidentale de l'Inde, est probablement la seule qui se prête à d'utiles recherches; la dernière partie du rapport expose l'application des principes généraux à la préparation du « projet de Kerala ».

Le rapport énumère les divers facteurs dont dépend la validité de telles études et examine dans quelle mesure ils influent sur la nature des renseignements à recueillir. Il souligne qu'il sera rarement possible de faire une comparaison des phénotypes mutants particuliers dans la population irradiée et

dans la population témoin; le plus souvent, il faudra se contenter de comparer d'une population à l'autre les caractéristiques qui sont considérées comme reflétant l'effet cumulatif de mutations en de nombreux loci. Le rapport mentionne également l'interrelation entre les études génétiques et les travaux qui pourraient être entrepris sur les effets somatiques des radiations.

Après avoir examiné en détail les considérations statistiques qui interviennent dans les études proposées, tant en ce qui concerne l'évaluation de leur importance biologique éventuelle qu'en ce qui concerne l'analyse des données recueillies, le rapport formule diverses suggestions concernant les renseignements à rassembler dans le projet de Kerala, notamment pour le recensement *ad hoc* qui devra nécessairement constituer la première phase d'une étude de ce genre. Il donne enfin de brèves indications sur le personnel et le matériel à prévoir.

**Normes pour les substances biologiques: 1. Normes générales relatives aux établissements producteurs et aux laboratoires de contrôle. 2. Normes relatives au vaccin antipolyomyélieux (inactivé).** Rapports d'un groupe d'étude. O.M.S., 1959, No 178; 36 pages. Prix: \$0.30.

**Normes pour les substances biologiques: 3. Normes relatives au vaccin anti-amaril. 4. Normes relatives au vaccin anticholérique.** Rapport d'un groupe d'étude. O.M.S., 1959, No 179; 49 pages. Prix: \$0.30.

**Normes pour les substances biologiques: 5. Normes relatives au vaccin antivaricelleux.** Rapport d'un groupe d'étude. O.M.S., 1959, No 180; 26 pages. Prix: \$0.30.

En vue d'assurer une uniformité dans la production et le contrôle des substances biologiques importantes ainsi que dans les normes auxquelles celles-ci doivent répondre, l'OMS a réuni une série de groupes d'étude chargés de formuler des recommandations internationales à cet égard.

Les rapports des trois premiers groupes viennent de paraître. Chacun d'eux comporte quelques considérations générales, suivies de recommandations sur les études à entreprendre. Les normes elles-mêmes figurent en annexe. On s'est efforcé, dans la mesure du possible, de suivre le même plan dans toutes les annexes. Ainsi on trouvera, sous des titres semblables et dans le même ordre, des indications sur les diverses étapes de la production et du contrôle des substances biologiques. Là où il a paru nécessaire, les normes sont accompagnées de notes explicatives, qui figurent en petits caractères. Les autorités sanitaires des différents pays ont la faculté de reprendre toutes ces normes, ou certaines d'entre elles, afin de les adopter comme normes nationales.

On ne peut évidemment considérer ces normes comme définitives, étant donné les changements qui

surviendront sans doutes dans les connaissances qu'on a des substances biologiques. C'est pourquoi on en a prévu des revisions.

**Consultations de rhumatologie.** Par François FRANÇON.

Un vol. de 280 pages, 32 fig. Prix: 2.100 fr. Editions Varia, édit., Paris, 1959.

En dehors du Traité qui, visant à être une somme complète de toutes les connaissances actuelles sur l'objet qui l'occupe, se trouve alourdi de considérations et de notions dont la valeur spéculative est sans intérêt pratique, et reste, dans sa conception, dans sa forme, dans ses dimensions et dans ses prix, une publication très particulière; en dehors du memento, du *digest*, du « résumé » qui, survolant à vive allure les sommets d'une discipline n'offre, en fait, que l'intérêt d'une vue panoramique, et acquiert trop souvent la sécheresse d'une classification botanique; nous sommes de plus en plus persuadés que la formule moderne de l'ouvrage médical pratique doit être axé sur ce qui restera toujours la grande vérité de l'art médical: la consultation.

Tout le choix doit, dans un tel ouvrage, y concourir: choix du sujet, choix de la présentation, choix du style. C'est-à-dire que la discipline envisagée doit être élaguée de toutes les notions confuses qui l'accablent et l'obscurcissent, que seuls les problèmes qui s'offrent au cours des consultations de tous les jours doivent mériter tous les développements nécessaires, jusque dans le détail, afin d'aider au diagnostic et à la thérapeutique. C'est-à-dire que la présentation doit aider, par sa mesure et sa clarté, à l'équilibre harmonieux du général et du particulier afin qu'une vue trop synthétique n'étouffe pas l'observation indispensable et que le détail analytique ne ruine pas la conception générale également nécessaire. C'est-à-dire, enfin, que le style doit être dépouillé de toute littérature et ne viser qu'à l'expression la plus claire et la plus imagée des problèmes étudiés.

Il paraît bien que les « Consultations de Rhumatologie » de François Françon sont, dans ce sens, exemplaires. Dans cette discipline où les obscurités ne manquent pas, l'auteur a toujours été apprécié pour sa clarté et sa rigueur. Et c'est surtout, essentiellement, l'enseignement de 40 années de pratique rhumatologique qu'il nous transmet.

Précédé d'un index alphabétique permettant la recherche immédiate du renseignement désiré, l'ouvrage comporte, en liminaire, un « Guide d'orientation diagnostique » particulièrement clair et didactique, qui permet de circonscrire rapidement, pour chaque cas, les possibilités du diagnostic et renvoie, pour l'étude détaillée des affections en cause, aux chapitres différents de l'ouvrage.

Après une mise au point de la définition et de la division des rhumatismes, et de l'examen du rhumatisant et du goutteux, Françon aborde successivement les cas cliniques de tous les jours: maladie de Bouillaud, rhumatisme subaigu curable de l'adulte, polyarthrite chronique évolutive avec ses principales sous-variétés, rhumatismes chroniques dégénératifs (gonarthrie, coxarthrie, rhumatisme vertébral, formes des mains et des pieds); sciatique, névralgie cervico-brachiale, périarthrite scapulo-humérale, cellulite, goutte. Pour chaque chapitre, un court rappel sémiologique précède un traitement détaillé.

Une suite de « Documents iconographiques » réunit, en fin d'ouvrage, un ensemble de photographies et de clichés radiographiques particulièrement démonstratif.

**L'âge atomique et notre avenir biologique.** Par H. V.

BRONSTED. Traduit de l'anglais par Mme M. Goutier-Bacq. Un vol. de 90 pages: 850 fr. Masson et Cie, édit., Paris, 1960.

Pour le grand public, les découvertes de ces quinze dernières années, qui constituent l'accession à l'âge atomique, permettent d'entrevoir une existence plus facile, où l'effort journalier sera réduit, tout en assurant la production et le fonctionnement des matières, des machines, de l'énergie, nécessaires à la vie confortable qu'il espère. Mais il sait aussi que l'utilisation des forces de l'atome est, pour lui, source de dangers contre lesquels il se croit sans défense parce qu'il n'en comprend pas les effets possibles. Seules hantent son souvenir les images terribles d'Hiroshima.

Aussi l'auteur précise-t-il dans sa Préface sa position en face des problèmes que pose l'utilisation sans cesse croissante de l'énergie atomique, même dans ses applications pacifiques: « Il me paraît nécessaire que de larges sections de la population soient informées du risque auquel nous exposons l'humanité en faisant appel au pouvoir de l'atome dans notre combat pour l'existence. Chaque être humain, mieux informé, pourra contribuer plus efficacement à amoindrir ce risque et à prendre position vis-à-vis des nombreux problèmes sociaux qui, inévitablement, vont surgir ».

Dans ce but, l'ouvrage explique aussi simplement que possible, et avec un minimum de terminologie technique, l'action du rayonnement atomique et les menaces que son utilisation font peser, particulièrement sur l'avenir génétique de la race humaine.

L'auteur arrive à décrire des phénomènes souvent très compliqués, d'une façon si imagée que n'importe quel lecteur, si peu averti soit-il, comprendra le mécanisme et le fonctionnement du formidable « jouet nouveau ».

L'âge atomique confronte l'homme contemporain avec un problème moral absolument neuf: sommes-nous responsables des hommes futurs, des générations à venir? Très peu de gens accordent une pensée à leur constitution génétique, et seulement dans le cas où existent, dans la famille, de grosses tares héréditaires physiques ou mentales. La nature nous a assigné nos gènes, certains d'entre eux ont l'âge de l'origine de la vie sur cette terre, d'autres sont apparus plus tard, certains enfin, sont de date toute récente. Une nouvelle situation surgit du fait que nous pouvons aujourd'hui augmenter artificiellement la fréquence des mutations et induire de cette façon une constitution génétique nouvelle.

L'homme est donc responsable, non pas de la nature de certaines mutations qui marqueront leur empreinte sur la race dans les générations futures, mais bien de la fréquence de leur manifestation. Le caractère nuisible de la grande majorité d'entre elles est prouvé.

Donc, en manipulant l'énergie atomique, l'homme risque de provoquer une détérioration des générations futures, même s'il ne voit dans l'immédiat aucun mauvais effet des radiations sur ses propres enfants.

Comment éveiller dans les nations du monde le sens de la responsabilité à propos de ces problèmes?

Seulement en instruisant. C'est le propos de ce livre, de montrer pourquoi l'homme de l'ère atomique se trouve devant cette responsabilité.

L'auteur, H. V. Bronudsted, est professeur de Zoologie et spécialiste d'embryologie et de génétique à l'Université de Copenhague. Il est l'auteur de nombreux livres de biologie et de publications scientifiques, surtout dans le domaine de l'embryologie expérimentale et de la théorie de la régénération.

#### *Grandes divisions de l'ouvrage*

I. Rayonnement. — II. L'oeuf fécondé. — III. Mutations. — IV. L'effet visible du rayonnement sur le corps. — V. Rayonnement et stérilité. — VI. Rayonnement et développement embryonnaire. — VII. Rayonnement et constitution génétique de l'homme. — VIII. La transmission des gènes. — IX. Rayonnement et mutations nuisibles. — X. Isotopes. — Post-scriptum. — Bibliographie.

#### **Chromatographie en chimie organique et biologique.**

Deux volumes publiés sous la direction de E. LEDERER. Volume I: **Généralités — applications en chimie organique.** Un vol. de 672 pages, avec 164 fig. et 144 tableaux. Broché: 9.000 fr.; cartonné toile: 10.000 fr. Masson et Cie, édit., Paris, 1960

La chromatographie et ses applications ont pris un essor considérable au cours des dernières années et

tipliés à l'extrême. C'est pourquoi les utilisateurs de la chromatographie ont actuellement un besoin urgent d'une mise au point présentant en détail des techniques éprouvées. Le présent ouvrage publié sous la direction du Professeur E. Lederer répond à ce besoin. L'idée directrice est de mettre à la disposition du chercheur ou du technicien un texte complet qui lui permette d'effectuer la plupart des chromatographies sans consulter les travaux originaux.

La rédaction de chaque chapitre a été confiée à des spécialistes.

Quatre chapitres généraux traitent d'abord des principes des diverses variantes de la chromatographie. Les chapitres suivants sont chacun consacrés aux applications de la chromatographie à une certaine catégorie de substances organiques. Le dernier, enfin, traite d'une question plus générale, la séparation des stéréo-isomères.

La liste des chapitres reproduite ci-dessous, avec le nom des spécialistes qui les ont rédigés, montrera d'ailleurs l'importance de cet ouvrage, qui sera indispensable à quiconque doit effectuer des travaux chromatographiques.

#### *Grandes divisions de l'ouvrage.*

##### I. — Généralités (358 pages).

Théories et techniques de la chromatographie d'adsorption (P. Chovin, 110 pages). — Chromatographie sur échangeurs d'ions (H. Buc, 34 pages). — Chromatographie de partage sur colonne et sur papier (P. Boulanger et G. Biserte, 92 pages). — Théories et techniques de la chromatographie en phase gazeuse (P. Chovin et J. Lebbé, 83 pages). — Techniques radioisotopiques en chromatographie (J. Roche, S. Lissitzky et R. Michel, 38 pages).

##### II. — Applications de la chromatographie en chimie organique (276 pages).

Hydrocarbures (M. Bestougeff, 26 pages). — Monoalcools et polyols (E. Demole, 23 pages). — Phénols (P. Dietrich, 13 pages). — Aldéhydes et cétones (E. Demole, 16 pages). — Acides (J. Asselineau, 48 p.). — Composés nitrés (P. Dietrich, 3 pages). — Amines volatiles (P. Dietrich, 11 pages). — Alcaloïdes (M. M. Janot et A. Le Hir, 26 pages). — Substances halogénées (E. Lederer, 5 pages). — Colorants organiques synthétiques (O. A. Stamm et H. Zollinger, 21 pages). — Séparation chromatographique des stéréo-isomères (J. Jacques et H. B. Kagan, 76 pages).

Index des noms d'auteurs (19 pages, plus de 3,200 références). — Index des matières (12 pages).

\* \* \*

Le deuxième volume « Applications de la Chromatographie en Chimie Biologique » (à paraître début 1960), contiendra les chapitres suivants:

Sucres (R. Dedonder). — Esters phosphoriques (J. Montreuil). — Composés soufrés (P. Fromageot). — Stéroïdes, Stéroïdes et Substances apparentées (R. Neher). — Lipides (J. Asselineau). — Aminoalcools (M. Jutisz). — Acides aminés et peptides (M. Jutisz). — Dérivés d'acides aminés (R. Monier). — Protéines (M. Jutisz). — Purines, pyrimidines et dérivés (P. Boulanger et J. Montreuil). — Pigments non azotés (E. Lederer). — Pigments azotés (G. Biserte). — Vitamines liposolubles (E. Lederer). — Vitamines hydrosolubles (R. Munier). — Hormones azotées (J. Roche, R. Michel et J. Nunez). — Antibiotiques (E. Saïas).

**Conférence technique européenne sur les infections et les intoxications alimentaires.** Rapport. O. M. S.: Série de Rapports techniques, 1959, No 184, 20 pages. Prix: \$0.30. Publié également en anglais et en espagnol.

La centralisation de la production des denrées alimentaires, l'extension des échanges et la consommation accrue de ces denrées risquent d'augmenter le nombre des maladies d'origine alimentaire. Il convient donc de renforcer les mesures de lutte et de prévention contre ces affections, non seulement dans chaque pays mais aussi sur le plan international puisque les produits alimentaires sont des plus en plus exportés et importés et que le tourisme augmente sans cesse. Pour être efficaces, ces mesures doivent d'abord s'appuyer sur une déclaration convenable des cas de maladies d'origine alimentaire dans chaque pays et sur le collationnement sur le plan international des rapports rédigés par les administrations de santé publique. Il faut également que les enquêtes épidémiologiques soient faites avec le maximum de rigueur. La conférence technique européenne sur les infections et les intoxications alimentaires a passé en revue les différentes mesures de contrôle qui devraient permettre d'obtenir des aliments purs et sains. Enfin, elle a formulé une série de recommandations sur ce que doit faire un médecin en présence d'un cas de maladie d'origine alimentaire, sur ce que devrait être l'action des services de santé publique et des laboratoires et sur les mesures nationales et internationales qui favoriseraient la lutte et la prévention de ces maladies.

**L'anévrisme de l'artère communicante antérieure.** Par H. KRAYENBUHL (Zurich) et B. Hanhart, E. Laine, G. Lazorthes, V. Logue, E. Uehlinger, G. Weber, M. G. Yasargil. Rapport présenté au premier congrès européen des neuro-chirurgiens, Zurich, 16-19 juillet 1959. Un vol. de 190 pages, avec 25 tableaux: 3.500 fr. Masson et Cie, édit., Paris, 1960.

Cet important rapport en collaboration, présenté au 1er Congrès européen des neurochirurgiens, reprend le sujet encore discuté des "anévrismes de

l'artère communicante antérieure". Nombreux sont encore, en effet, les problèmes qu'il soulève: anatomo-physiologiques, anatomo-pathologiques, diagnostiques et thérapeutiques.

C'est une analyse de tous les facteurs qui influencent le moment de la décision opératoire et le choix du traitement avec la meilleure chance de succès. L'étude reprend donc la clinique et la biologie de cet anévrisme, et l'incidence de la chirurgie sur son traitement. Elle s'appuie sur une expérience personnelle de vingt-deux ans, qui comprend donc toute l'évolution de la chirurgie neuro-vasculaire moderne.

*Liste des chapitres*

H. KRAYENBUHL : Définition et historique.

G. LAZORTHES : Etude anatomo-topographique de l'artère cérébrale antérieure et de l'artère communicante antérieure.

E. UEHLINGER : Anévrismes artériels intracrâniens de la base.

H. KRAYENBUHL et M. G. YASARGIL : Etude clinique.

H. KRAYENBUHL et M. G. YASARGIL : Radiologie.

B. HANHART : Electro-encéphalographie.

H. KRAYENBUHL, G. WEBER et M. G. YASARGIL : Pronostic de l'anévrisme rompu sans traitement chirurgical.

H. KRAYENBUHL, G. WEBER et M. G. YASARGIL : Traitement chirurgical et pronostic.

H. KRAYENBUHL et G. WEBER : Indications et contre-indications opératoires.

H. KRAYENBUHL et G. WEBER : Résultats comparatifs des différentes méthodes.

V. LOGUE : Traitement chirurgical des anévrismes des artères communicante et cérébrale antérieures pendant la phase aiguë.

E. LAINE : Traitement chirurgical des anévrismes de l'artère communicante antérieure.

Bibliographie.

**Enquêtes immunologiques et hématologiques.** Rapport d'un groupe d'étude. O. M. S.: Série de Rapports techniques, 1959, No 181, 39 pages. Prix: \$0.30. Également publié en anglais et en espagnol.

Les enquêtes sérologiques sont intéressantes dans de nombreux domaines de la recherche et, depuis plusieurs dizaines d'années, elles sont utilisées pour réunir des renseignements sur la distribution de certains agents infectieux et sur l'état d'immunité des populations. Plus récemment, on en a encore accru la valeur en les organisant de manière à permettre la recherche d'anticorps à l'égard de divers agents, indépendamment de leur objet principal. Le rapport du Groupe d'étude O.M.S. des Enquêtes immunologiques et hématologiques propose une nouvelle extension logique de cette méthode, en raison

du fait que les échantillons de sang collectés contiennent, indépendamment des anticorps, de nombreuses substances intéressantes du point de vue médical. On peut citer à ce titre des substances biochimiques qui interviennent dans la nutrition et dans diverses maladies chroniques, par exemple le cholestérol, les protéines et les vitamines, et des substances hématologiques qui jouent un rôle dans les anémies et en génétique humaine, par exemple les hématies, les hémoglobines normales et anormales et les groupes sanguins. Avec une méthodologie appropriée, une seule enquête permet de faire la lumière sur plusieurs problèmes posés par la présence de toutes ces substances. En outre, en conservant une partie des prélèvements sous forme stable, on pourra élucider divers problèmes sanitaires susceptibles de se présenter à l'avenir, si bien que les enquêtes en question fourniront non simplement une image de la situation existant dans la population à un moment donné, mais aussi un tableau longitudinal de l'évo-

lution des maladies au cours du temps. Si ces systèmes d'enquêtes sont étendus aux animaux domestiques et aux animaux sauvages qui hébergent un grand nombre de maladies humaines, nos connaissances sur l'écologie de ces maladies ne pourront qu'en être améliorées. Telles sont, en particulier, quelques-unes des questions discutées dans le rapport du Groupe d'étude. Ce rapport donne des indications détaillées sur les méthodes d'échantillonnage des populations et sur les techniques à employer pour récolter, expédier et traiter les échantillons sanguins nécessaires aux enquêtes polyvalentes. Il souligne l'importance que présente la constitution de collections internationales de sérums sous le contrôle administratif de l'O.M.S. et recommande la mise en route d'une série d'études pilotes visant à déterminer si les techniques d'exécution définies dans le rapport sont véritablement applicables dans la pratique.

---

#### LIVRES REÇUS DEPUIS LE 1<sup>er</sup> MARS 1960

- Indications thérapeutiques en pratique quotidienne.** Par Maurice PESTEL. Masson et Cie, édit., Paris, 1960.
- Précis d'anatomie et de physiologie humaines.** Par Y. RAOUL. Masson et Cie, édit., Paris, 1959.
- Précis de botanique.** Par P. CRETE. Tome II. Masson et Cie, édit., Paris, 1959.
- Technique et pratique de la correction prothétique des surdités.** Par Jacques DEHAUSSY. Masson et Cie, édit., Paris, 1959.
- L'électrorétinographie dynamique en ophtalmologie.** Par Gaétan E. JAYLE, Raoul L. BOYER et René L. CAMO. Masson et Cie, édit., Paris, 1959.
- Normes pour les substances biologiques: 3. Normes relatives au vaccin anti-amaril. 4. Normes relatives au vaccin anticholérique.** Rapport d'un groupe d'étude. O. M. S., édit., Genève, 1959.
- Approches pathogéniques des troubles mentaux.** Par Paul COSSA. Masson et Cie, édit., Paris, 1959.
- Normes pour les substances biologiques: 1. Normes générales relatives aux établissements producteurs et aux laboratoires de contrôle. 2. Normes relatives au vaccin antipoliomyélite (inactivé).** Rapport d'un groupe d'étude. O. M. S., édit., Genève, 1959.
- La fatigue — Physiologie — Psychologie et médecine sociale.** Par Pierre BUGARD. Masson et Cie, édit., Paris, 1960.
- Normes pour les substances biologiques: 5. Normes relatives au vaccin antivariolique.** Rapport d'un groupe d'étude. O. M. S., édit., Genève, 1959.
- Effets génétiques des radiations chez l'homme: Etude de zones à forte radioactivité naturelle.** Premier rapport du Comité d'experts des Radiations. O. M. S., édit., Genève, 1959.

# ALGESAL

SALICYLOTHÉRAPIE  
PERCUTANÉE  
CONFIRMÉE  
SCIENTIFIQUEMENT

DRAGÉES ET POMMADE

CONCENTRATION MASSIVE  
"LOCO-DOLENTI" EN ACIDE  
SALICYLIQUE NAISSANT

SOULAGEMENT  
IMMÉDIAT

DÉCONGESTION  
PROGRESSIVE

PÉNÉTRATION  
ULTRA-RAPIDE

RHUMATISME



PRÉSENTATION :

- Pommade —  
Tube de 40 grammes
- Dragées —  
Etuils de 50 et 300

BAUME ANALGÉSIQUE  
ANTIPHLOGISTIQUE  
DERMOPHILE INODORE

POSOLOGIE:

Baume: En frictions plusieurs fois  
par jour.

Dragées: Prendre 6 à 10 dragées  
par jour selon le cas.

PRÉPARÉ PAR  
**LATÉMA**  
LABORATOIRES DE  
THÉRAPEUTIQUE  
MODERNE

Littérature et échantillon à messieurs les médecins sur demande.

**Herdt & Charton Inc.**  
2245, RUE VIAU • MONTRÉAL



## COMMUNIQUÉS

---

### COLLÈGE DE MÉDECINE ET ENSEIGNEMENT MÉDICAL DES HÔPITAUX DE PARIS

Un Cours de Pneumologie aura lieu du 10 au 21 mai 1960 sous la direction du Professeur Agrégé André Mayer, médecin-Chef du Service de Pneumophtisiologie de l'Hôpital Boucicaut.

Ce cours fera suite au Cours de Bronchologie dirigé par MM. Soulas, Lemoine et Mounier-Kuhn.

Les auditeurs du cours sont invités à participer aux journées médico-chirurgicales de Pneumophtisiologie qui auront lieu les 12 et 13 mai à l'Hôpital Laennec, sous la direction de MM. Etienne Bernard, R. Even et J. Mathey.

Le cours comprendra:

1.— *Un enseignement pratique*: avec participation tous les matins à l'activité du Service de l'Hôpital Boucicaut;

2.— *Un enseignement théorique*: qui aura lieu chaque après-midi. Il sera fait par le Professeur Agrégé André Meyer et ses assistants, avec la collaboration de: MM. le Pr. Bariety, le Pr. Etienne Bernard, Mlle le Dr Brille, MM. le Dr Canetti, le Pr. Cordier, le Pr. Ag. Coury, le Pr. Daddi (Milan), le Pr. Even, le Pr. Gernez-Rieux, le Pr. Lenègre, le Dr Olivier Monod, le Dr Pesle, le Pr. Ag. Turiaf, le Pr. Delarue.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat du Service de Pneumophtisiologie de l'Hôpital Boucicaut (Professeur Ag. André Meyer), 78, rue de la Convention. Le prix de l'inscription est fixé à 6.000 francs.

---

### 25<sup>e</sup> CONGRÈS ANNUEL DE L'ASSOCIATION CANADIENNE DE DIÉTÉTIQUE

« L'Association canadienne de diététique tiendra son 25<sup>e</sup> congrès annuel les 14, 15 et 16 juin 1960 à l'Hôtel Reine Elizabeth, Montréal. Les Drs Hans Selye, Jean Webb, Gérald La Salle et Alastair MacLeod, Mlle Louise Frolich et M. Pierre Burton seront conférenciers à ce congrès.

Pour de plus amples détails, s'adresser à l'Association canadienne de diététique, 415 rue Bloor, Toronto 4 ».

---

### L'HÔPITAL SAINTE-JUSTINE DE MONTRÉAL REÇOIT UNE SUBVENTION FÉDÉRALE

Le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social a annoncé ici, qu'une subvention fédérale d'un montant de \$46,100, avait été accordée à l'Hôpital Ste-Justine de Montréal.

Cette subvention permettra l'achat d'un nouvel appareil de rayons X avec télévision en circuit fermé, ainsi qu'un intensificateur de cinq pouces, dont on se servira pour le diagnostic des affections cardiaques.

L'Hôpital Ste-Justice qui est un hôpital pour enfants a été désigné officiellement par la province de Québec comme l'un des centres de diagnostic et de traitement des maladies de cœur chez les enfants.

---

### PREMIER SYMPOSIUM INTERNATIONAL DE MÉDECINE CYBERNÉTIQUE

Du 2 au 4 octobre 1960 aura lieu à Naples (Italie) le Premier Symposium International de Médecine Cybernétique, organisé par la Société Internationale de Médecine Cybernétique, sous la présidence du Prof. Aldo Masturzo, de l'Université de Naples.

Thème général du Symposium: « L'Introduction des Méthodes Cybernétiques dans la Médecine Moderne ».

Rapporteurs principaux: 1. Prof. Norbert Wiener (Massachusetts Institute of Technology, U.S.A.); 2. Prof. Paul Nayrac (Directeur de la Clinique Neuropsychiatrique de l'Université de Lille); 3. Prof. S. T. Bok (Director Institute for Brain Research, University of Amsterdam); 4. Ing. Giuseppe Foddis (Directeur S.E.T., Naples); 5. Prof. Minoru Kono (Director Medicine Research Institute, Tokyo).

Des excursions à Pompei, Sorrento et d'autres environs de Naples sont prévues, avec réceptions, présentations de machines cybernétiques d'intérêt médical, et conversations scientifiques avec la collaboration de tous les participants.

L'organisation concernant les voyages et les hôtels a été confiée à l'agence Cook.

Pour les adhésions, les droits d'inscription (dix dollars), et l'envoi des titres de communications éventuelles, s'adresser, avant le 30 juin 1960, au Prof. Renato Vinciguerra, Secrétariat S.I.M.C., Via Roma 348, Naples (Italie).

---

### PROCTOLOGICA LATINA COLLEGIUM — DEUXIÈME CONGRÈS INTERNATIONAL

Ce second congrès international sera tenu à Rome les 13 et 14 mai 1960. Pour renseignements complémentaires, on est prié de s'adresser au Secrétaire général, Dr G. B. E. Simonetti, Via S. Raffaele 3, Milano, Italie.

# 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

## HÉMORROÏDES

4 FORMES



DRAGÉES



POMMADE



SUPPOSITOIRE



SOLUTION

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

### SIXIÈME CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE INTERNE

Il aura lieu à Bâle (Suisse) du 24 au 27 août 1960.

On y traitera, entre autres sujets, de la pathogénie et du traitement des œdèmes; des régulations enzymatiques en clinique; de la néphrite interstielle; de la néphrose; des diurétiques; de la valeur diagnostique des enzymes; des indications thérapeutiques des enzymes; de la sérologie dans les maladies rhumatismales; de l'enseignement de la médecine interne. Des sujets divers seront exposés au cours du congrès.

On s'attend à ce que 70 internistes réputés prennent part à ce congrès.

Pour renseignements complémentaires: Secrétariat du 6e Congrès international de Médecine Interne, Steinendorstrasse 13, Bâle 10 (Suisse). Inscription si possible, avant le 30 avril 1960.

### SUBVENTION FÉDÉRALE À L'HYGIÈNE ACCORDÉE À UN HÔPITAL DE MONTRÉAL

L'honorable J. Waldo Monteith, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, a annoncé, à Ottawa, qu'une subvention fédérale à l'hygiène d'un montant de \$590,373 venait d'être accordée à l'hôpital Royal Victoria de Montréal.

Cette subvention aidera à la construction d'un bâtiment pour le service de médecine qui logera 230 lits supplémentaires pour les cas de médecine et de pédiatrie. En outre, les aménagements de laboratoire, d'enseignement et de diététique seront agrandis.

Cet hôpital dessert la région métropolitaine de Montréal.

### COLLOQUE SUR LES FONCTIONS DE NIDATION UTÉRINE ET LEURS TROUBLES

Colloque sur les fonctions de nidation utérine et leurs troubles organisé par la Société Nationale Française pour l'étude de la stérilité et de la fécondité (président: Professeur P. Funck Brentano), à Bruxelles, les 24, 25 et 26 juin 1960, dans la salle Benelux du Palais des Congrès, Mont des Arts.

Renseignements: docteur P. Wilkin, 1, Place Stéphanie, Bruxelles.

### CHANGEMENTS APPORTÉS AUX EXIGENCES DE FORMATION EN VUE DES EXAMENS DU COLLÈGE ROYAL DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DU CANADA

A sa réunion de janvier 1960 le Conseil du Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada a

révisé les règlements et normes de formation post-universitaire régissant les examens du Collège dans certaines spécialités. En effectuant ces changements le but était d'établir des *normes de formation* égales en vue des examens du Diplôme d'Associé et du Certificat dans les spécialités concernées. Aucun changement n'a toutefois été effectué en ce qui regarde les *examens* proprement dits du Certificat dans ces spécialités.

Les nouvelles exigences de formation sont décrites plus bas. Dans chacun des cas ces exigences sont applicables aux examens du Diplôme d'Associé et du Certificat de Spécialiste dans la spécialité concernée. L'année qui paraît au côté de la spécialité indique l'année où ces nouveaux règlements entreront en vigueur. Cette année-là les candidats aux examens du diplôme d'Associé ou du certificat dans ces spécialités devront avoir rencontré les exigences de formation décrites dans les nouveaux règlements. La formation des candidats qui se présenteront aux examens avant cette date, sera évaluée d'après les exigences publiées dans les règlements de mai 1956 (avec révision faite en septembre 1959).

#### Médecine interne (1964)

1. Internat général reconnu d'au moins une année.
2. Quatre années de formation post-universitaire en plus de l'internat général. Cette période *doit* comprendre :
  - (a) Deux années de formation reconnue en Médecine interne à titre de résident.
  - (b) Deux années de formation qui peuvent comprendre :
    - i) Un autre stage de formation reconnue en Médecine interne à titre de résident;
    - ii) Une année ou plus de formation reconnue dans une ou plusieurs branches spéciales de la médecine (psychiatrie, neurologie, tuberculose, cardiologie, etc.). Cette période peut comprendre une formation à titre de résident et de la recherche clinique.
    - iii) Une année ou plus consacrée à la recherche clinique dans un service reconnu par le Collège;
    - iv) Une année d'étude de plein temps des sciences fondamentales dans un service reconnu par le Collège;
    - v) Six mois de formation (à titre de résident) reconnue en chirurgie générale et six mois d'étude de plein temps reconnue des sciences fondamentales;
    - vi) Une année consacrée à un cours d'études et de formation reconnu dans un hôpital ou un centre universitaire au Canada ou à l'étranger.

#### Anesthésie (1965)

1. Internat général reconnu d'au moins une année.

pour enrayer l'asthme et les toux asthmatiques

# Dainite-KI

produit

**Composition :**

Chaque comprimé tricolore renferme :

Iodure de potassium	5 gr.
Aminophylline	3 gr.
Phénobarbital	1/4 gr.
Ephédrine HCl	1/4 gr.
Aminobenzoate d'éthyle	1/4 gr.
Hydroxyde d'alumine	2 1/2 gr.

**Indications :**

Pour une meilleure protection contre les crises d'asthme et pour le soulagement des toux asthmatiques sèches et sibilantes.

**Présentation :**

Flacons de 50 et de 500 comprimés.



effets essentiels  
à une thérapeutique  
antiasthmaticque  
supérieure

et, chaque fois que l'iodure de potassium seul est indiqué,

Rx

# KI-N

- fluidifie les sécrétions muqueuses
- favorise le drainage des voies respiratoires supérieures
- fluidifie les crachats épais et visqueux dans la bronchite, la bronchiectasie, l'emphysème pulmonaire et certaines manifestations allergiques
- fournit une prophylaxie utile dans certaines formes de goitre et d'hyperthyroïdie

Chaque comprimé KI-N renferme : Iodure de potassium, 10 grains.

Chaque comprimé KI-N correspond à 10 gouttes de solution saturée de KI.

Préparé par :

Irwin, Neisler & Co. — Decatur, Illinois

Représentants exclusifs dans la province de Québec  
et la cité d'Ottawa

## Herdt & Charton Inc.

2245, RUE VIAU • MONTRÉAL

2. Quatre années de formation post-universitaire en plus de l'internat général. Cette période *doit* comprendre :

(a) Une année de formation (à titre de résident) reconnue en Médecine interne, ou six mois de formation (à titre de résident) reconnue en Médecine interne et six mois de formation (à titre de résident) reconnue en chirurgie générale.

(b) Deux années de formation reconnue en Anesthésie à titre de résident.

(c) Une année de formation qui peut comprendre :

i) Un autre stage de formation reconnue en Anesthésie à titre de résident;

ii) Une année consacrée à la recherche clinique dans un service reconnu par le Collège;

iii) Une année d'étude de plein temps des sciences fondamentales dans un service reconnu par le Collège;

iv) Si le candidat n'a pas consacré de temps à la chirurgie selon l'alinéa 2 (a), six mois de formation (à titre de résident) reconnue en chirurgie et six mois d'étude de plein temps reconnue des sciences fondamentales.

v) Une année consacrée à un cours d'études et de formation reconnu dans un hôpital ou un centre universitaire au Canada ou à l'étranger.

#### Médecine physique et Réhabilitation (1964)

1. Internat général reconnu d'au moins une année.

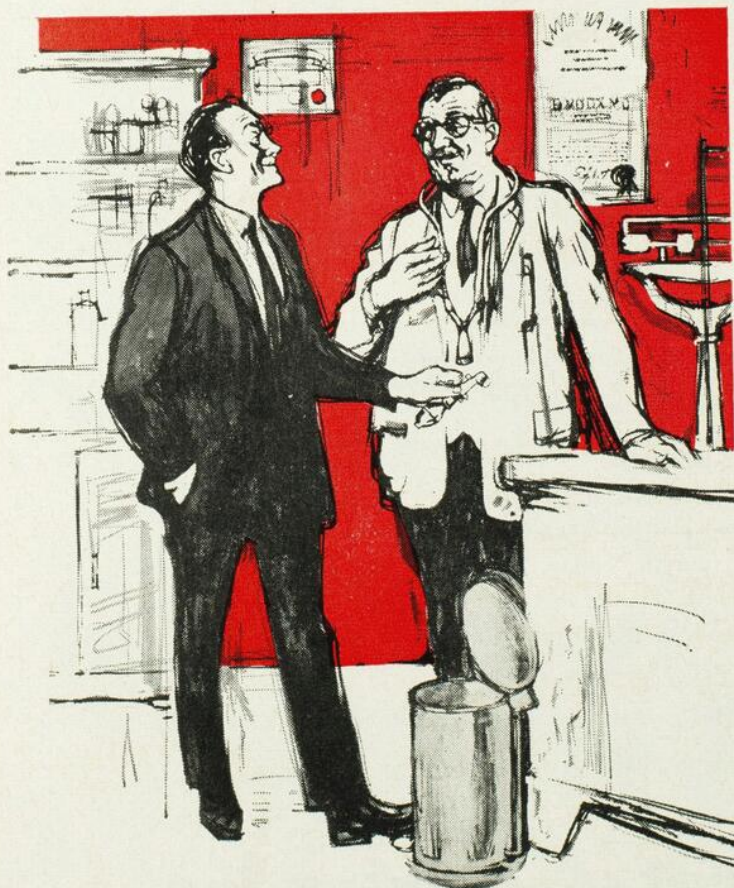
2. Quatre années de formation post-universitaire en plus de l'internat général. Cette période *doit* comprendre :

(a) Une année de formation (à titre de résident) reconnue en médecine interne, ou six mois de formation (à titre de résident) reconnue en Médecine interne et six mois de formation (à titre de résident) reconnue en chirurgie générale.

(b) Deux années de formation reconnue en Médecine physique et Réhabilitation à titre de résident.

(c) Une année de formation qui peut comprendre :

i) Un autre stage de formation à titre de résident en Médecine physique et Réhabilitation;



## IL EST LIBRE DES SYMPTÔMES ET DES EFFETS SECONDAIRES AVEC MEDROL\*

Le malade asthmatique qui devient asymptotique sous Medrol ne présente que rarement, même à l'œil du clinicien averti, les changements perturbateurs en apparence, comportement ou métabolisme souvent associés avec une thérapie corticoïde.

Les réactions secondaires sont moindres et moins graves avec des doses thérapeutiquement efficaces—voilà la marque de distinction de Medrol.

Présenté sous forme de comprimés de 2 et de 4 mg. en flacons de 30 et de 100 comprimés.

**Upjohn** Au Premier Rang en Recherches Stéroïdes  
865 YORK MILLS ROAD, DON MILLS (TORONTO), ONTARIO, CANADA

\*Marque déposée, Méthylprednisolone, Upjohn

# ENTRETIEN EFFICACE ... MÊME AU TRAVAIL



# WARNERIN

(*Warfarin sodique*)

## ANTICOAGULANT

Thrombose coronaire - Thrombo-phlébite - Thrombo-embolie

*Warnerin offre les avantages caractéristiques suivants:*

- . . . élévation rapide et efficace du temps de prothrombine — 18 à 36 heures.
- . . . Administration par voie orale, intraveineuse ou intramusculaire.
- . . . Posologie d'entretien peu élevée et facile à établir — 5 à 12½ mg. par jour.
- . . . Dans les hémorragies et les élévations du temps de prothrombine, il permet à la vitamine K d'agir sans provoquer d'hémorragie.
- . . . Coût modique pour une thérapie de longue durée.

**Présentation:** Comprimés à 5 mg. vert; à 10 mg. jaune; à 25 mg. rose  
Flacons de 25 et de 100.

**Usage parentéral:** Intraveineux — Intramusculaire. Fiole stérile avec fermeture en caoutchouc renfermant 75 mg. de Warnerin et une ampoule de 3 cc. d'eau distillée.



ii) Une année d'étude de plein temps des sciences fondamentales dans un service reconnu par le Collège;

iii) Il est recommandé de faire six mois d'entraînement (à titre de résident) reconnu en Chirurgie orthopédique et six mois d'entraînement (à titre de résident) reconnu en Neurologie;

iv) Une année consacrée à un cours d'études et de formation reconnu dans un hôpital ou un centre universitaire au Canada ou à l'étranger.

#### Pathologie (1960)

1. Internat général reconnu d'au moins une année.

2. Quatre années de formation post-universitaire en plus de l'internat général. Cette période *doit* comprendre :

(a) Deux années de formation en anatomie pathologique dans un hôpital reconnu ou une autre institution reconnue. L'une de ces deux années *doit* être consacrée à des travaux d'autopsie.

(b) Une année de formation reconnue en pathologie clinique, y compris l'hématologie, la patholo-

gie chimique, la bactériologie et le fonctionnement d'une banque de sang.

(c) Une année de formation qui peut comprendre :

i) Un autre stage d'étude de l'anatomie pathologique selon l'alinéa 2(a);

ii) Un autre stage d'étude de la pathologie clinique dans un laboratoire reconnu;

iii) Six mois de formation (à titre de résident) reconnue en Médecine interne et six mois de formation reconnue en pathologie clinique; *ou* six mois de formation (à titre de résident) reconnue en Médecine interne et six mois de formation (à titre de résident) reconnue en Chirurgie générale; *ou* une année complète de formation (à titre de résident) reconnue en Médecine interne;

iv) Une année d'étude de plein temps des sciences fondamentales dans un service reconnu par le Collège;

v) Une année consacrée à un cours d'études et de formation ou de recherches reconnu dans un hôpital ou un centre universitaire au Canada ou à l'étranger.



## IL EST LIBRE DES SYMPTÔMES ET DES EFFETS SECONDAIRES AVEC MEDROL\*

Le malade asthmatique qui devient asymptomatique sous Medrol ne présente que rarement, même à l'oeil du clinicien averti, les changements perturbateurs en apparence, comportement ou métabolisme souvent associés avec une thérapeutique corticoïde.

Les réactions secondaires sont moindres et moins graves avec des doses thérapeutiquement efficaces — voilà la marque de distinction de Medrol.

Présenté sous forme de comprimés de 2 et de 4 mg. en flacons de 30 et de 100 comprimés.

**Upjohn** Au Premier Rang en Recherches Stéroïdes  
865 YORK MILLS ROAD, DON MILLS (TORONTO), ONTARIO, CANADA

\*Marque déposée, Méthylprednisolone, Upjohn

**Aujourd'hui, combien de malades  
se sont plaints de douleur?**



non-narcotique — soulagement de la  
douleur équivalent à celui de la  
codéine

bien toléré, tant comme traitement  
court que comme traitement de  
longue haleine

vaste gamme d'indications — en pra-  
tique générale et dans les spécialités  
analgésie plus action anti-inflam-  
matoire

Présentation: En flacons de 100 comprimés.  
Le comprimé renferme 75 mg. de citrate  
d'éthoheptazine et 300 mg. (5 grains) d'acide  
acétylsalicylique.

***souvenez-vous de***



Marque Déposée  
WALKERVILLE, ONTARIO

**Zactirin\***

Citrate d'éthoheptazine et acide acétylsalicylique, Wyeth

## Chirurgie générale (1964)

1. Internat général reconnu d'au moins une année.

2. Quatre années de formation post-universitaire en plus de l'internat général. Cette période *doit* comprendre :

(a) Deux années de formation (à titre de résident) reconnue en Chirurgie. Une de ces années *doit* être passée dans un service de chirurgie générale; l'autre année peut aussi être passée dans un service de chirurgie générale ou, au choix, peut être partagée entre des services chirurgicaux spéciaux si ces services sont reconnus.

(b) Deux années de formation qui peuvent comprendre :

i) Un autre stage de formation reconnue en chirurgie générale à titre de résident;

ii) Une année consacrée à la recherche clinique dans un service reconnu par le Collège;

iii) Une année d'étude de plein temps des sciences fondamentales dans un service reconnu par le Collège;

iv) Six mois de formation (à titre de résident) reconnue en médecine interne ou six mois d'étude de plein temps reconnue des sciences fondamentales;

v) Une année consacrée à un cours d'études et de formation reconnu dans un hôpital ou un centre universitaire au Canada ou à l'étranger;

vi) Une année de formation reconnue en médecine interne à titre de résident.

## Obstétrique et gynécologie (1964)

1. Internat général reconnu d'au moins une année.

2. Quatre années de formation post-universitaire en plus de l'internat général. Cette période *doit* comprendre :

(a) Une année de formation (à titre de résident) reconnue en chirurgie générale, ou six mois de formation (à titre de résident) reconnue en chirurgie générale et six mois de formation (à titre de résident) reconnue en médecine interne.

(b) Deux années de formation (à titre de résident) reconnue en obstétrique et gynécologie. Ce stage *doit* être de nature à assurer une formation



## IL EST LIBRE DES SYMPTÔMES ET DES EFFETS SECONDAIRES AVEC MEDROL\*

Le malade asthmatique qui devient asymptotique sous Medrol ne présente que rarement, même à l'oeil du clinicien averti, les changements perturbateurs en apparence, comportement ou métabolisme souvent associés avec une thérapie corticoïde.

Les réactions secondaires sont moindres et moins graves avec des doses thérapeutiquement efficaces — voilà la marque de distinction de Medrol.

Présenté sous forme de comprimés de 2 et de 4 mg. en flacons de 30 et de 100 comprimés.

**Upjohn** Au Premier Rang en Recherches Stéroïdes  
865 YORK MILLS ROAD, DON MILLS (TORONTO), ONTARIO, CANADA

\*Marque déposée, Méthylprednisolone, Upjohn

# NOUVEAU:

# Métamine $\bar{c}$ Butabarbital Sustained

10 mg. phosphate  
d'aminonitrate

$\frac{3}{4}$  gr. butabarbital

action: 12 heures



*protection contre l'angine de poitrine:  
une attaque thérapeutique plus étendue:  
===== action vasodilatatrice prolongée,  
===== sédation légère.*



LEEMING MILES PHARMACEUTICALS INC., Montréal 28, Québec



et une expérience suffisantes dans chaque branche de la spécialité.

(c) Une année de formation qui peut comprendre :

i) Un autre stage de formation reconnue en obstétrique et gynécologie à titre de résident;

ii) Une année de recherche clinique dans un service reconnu par le Collège;

iii) Une année d'étude de plein temps des sciences fondamentales dans un service reconnu par le Collège;

iv) Si le candidat n'a pas consacré de temps à la médecine interne selon l'alinéa 2(a), six mois de formation (à titre de résident) reconnue en médecine interne et six mois d'étude de plein temps reconnue des sciences fondamentales;

v) Une année consacrée à un cours d'études et de formation reconnu dans un hôpital ou un centre universitaire au Canada ou à l'étranger.

#### Otolaryngologie (1964)

1. Internat général reconnu d'au moins une année.

2. Quatre années de formation post-universitaire en plus de l'internat général. Cette période doit comprendre :

(a) Trois années de formation reconnue en Otolaryngologie, dont deux années doivent être passées à titre de résident en Otolaryngologie et la troisième année également à titre de résident en Otolaryngologie ou à tout autre genre de formation en Otolaryngologie approuvé par le Comité de Vérification des titres et qualités du Collège.

(b) Une année de formation qui peut comprendre :

i) Une année de formation (à titre de résident) reconnue en Chirurgie générale;

ii) Six mois de formation (à titre de résident) reconnue en Chirurgie générale et six mois de formation (à titre de résident) reconnue en Médecine interne;

(les façons décrites sous les alinéas (i) et (ii) sont préférables mais non obligatoires)

iii) Une année d'étude de plein temps des sciences fondamentales dans un service reconnu par le Collège;



## IL EST LIBRE DES SYMPTÔMES ET DES EFFETS SECONDAIRES AVEC MEDROL\*

Le malade asthmatique qui devient asymptomatique sous Medrol ne présente que rarement, même à l'oeil du clinicien averti, les changements perturbateurs en apparence, comportement ou métabolisme souvent associés avec une thérapeutique corticoïde.

Les réactions secondaires sont moindres et moins graves avec des doses thérapeutiquement efficaces — voilà la marque de distinction de Medrol.

Présenté sous forme de comprimés de 2 et de 4 mg. en flacons de 30 et de 100 comprimés.

**Upjohn** Au Premier Rang en Recherches Stéroïdes  
865 YORK MILLS ROAD, DON MILLS (TORONTO), ONTARIO, CANADA

\*Marque déposée, Méthylprednisolone, Upjohn



## quand une émotivité tumultueuse menace les traitements médicaux et chirurgicaux

La crainte, l'agitation et la résistance du malade gênent le diagnostic et le traitement.

SPARINE atténue l'agitation, surmonte la résistance, apaise les craintes.

Outre son action calmante, SPARINE abolit les symptômes intercurrents: nausée, vomissement et hoquet.

CHLORHYDRATE de  
**Sparine**

Chlorhydrate de promazine, Wyeth

INJECTION • COMPRIMÉS • SIROP



Marque déposée  
WALKERVILLE, ONTARIO

iv) Une année consacrée à un cours d'études et de formation reconnu dans un hôpital ou un centre universitaire au Canada ou à l'étranger;

v) Une année de recherche clinique dans un service reconnu par le Collège.

#### LE PRÉCEPTORAT EN MÉDECINE GÉNÉRALE FORMULE D'APPLICATION

Les médecins qui désirent devenir précepteurs doivent faire application immédiatement.

Rappelons les buts du préceptorat :

a) *pour l'étudiant.*

1. Lui fournir l'occasion d'observer un médecin praticien et de vivre à ses côtés afin de connaître de façon expérimentale (dans la mesure du possible en pareille circonstance) en quoi consiste le travail du médecin de pratique générale.

2. Lui permettre de connaître la maladie dès ses premiers stades (ce qui est exceptionnel à l'hôpital) et tous ces malades que rencontre chaque jour le médecin, mais qui ne quittent pas le foyer.

3. Lui apprendre à suivre un patient vers la guérison, de telle sorte qu'il commence à savoir de façon vivante ce que représentent les relations "patient-médecin", ce que malheureusement l'hôpital ne lui fournit guère.

4. Lui faire prendre conscience de l'importance réelle, en pratique courante, du milieu familial, des croyances religieuses, du statut social et des conditions économiques.

b) *pour le médecin.*

1. L'encourager à ne pas cesser de se perfectionner par l'étude.

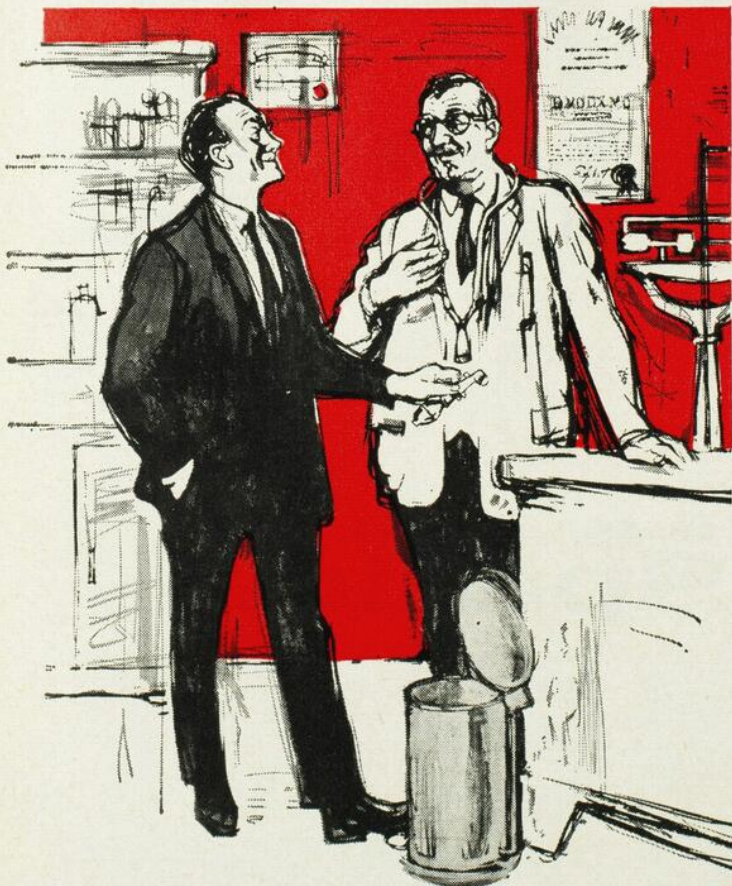
2. Lui procurer le plaisir qu'espère tout médecin compétent: celui de transmettre à d'autres le fruit de ses connaissances et de son expérience, les synthèses scientifiques et humaines inappréciables qu'il a pu réussir.

#### FONCTIONNEMENT

a) *Candidats.*

*Etudiant.* — Tout élève de 3ème année.

*Médecin.* — Tout médecin de médecine générale dont le sérieux, l'honnêteté et le dévouement sont reconnus.



## IL EST LIBRE DES SYMPTÔMES ET DES EFFETS SECONDAIRES AVEC MEDROL\*

Le malade asthmatique qui devient asymptomatique sous Medrol ne présente que rarement, même à l'oeil du clinicien averti, les changements perturbateurs en apparence, comportement ou métabolisme souvent associés avec une thérapeutique corticoïde.

Les réactions secondaires sont moindres et moins graves avec des doses thérapeutiquement efficaces — voilà la marque de distinction de Medrol.

Présenté sous forme de comprimés de 2 et de 4 mg. en flacons de 30 et de 100 comprimés.

**Upjohn** Au Premier Rang en Recherches Stéroïdes  
865 YORK MILLS ROAD, DON MILLS (TORONTO), ONTARIO, CANADA

\*Marque déposée. Méthylprednisolone, Upjohn



Antibiothérapie sûre  
sous une nouvelle  
forme liquide.

## COSA-TÉTRACYNE SIROP ET GOUTTES PÉDIATRIQUES

ou "Comment se gagner de jeunes malades et influencer sur leur guérison."

Les malades accepteront volontiers la Cosa-Tétracyne, parce que sa saveur a l'attrait de fruits frais.

A votre point de vue, vous pouvez être assuré de l'action décisive de la Cosa-Tétracyne, d'une excellente tolérance et qui, pré-mélangée, possède une activité, une efficacité et une saveur uniformes.

Sirop: 125 mg de tétracycline et 125 mg de n-acétylglucosamine, en flacons de 60 cc et de 16 onces liq.

Gouttes pédiatriques: 100 mg de tétracycline et 100 mg de n-acétylglucosamine, en flacon de 10 cc avec compte-gouttes.

*La Science pour le bien-être universel*



**PFIZER CANADA** (Division de Pfizer Corp.)  
5330, avenue Royalmount, Montréal 9, P.Q.

b) *Date du préceptorat.*

Au cours de l'été et plus spécialement durant la dernière semaine d'août et la première semaine de septembre.

Nous sommes convaincus que les praticiens s'honoreront de leur rôle de précepteur. Nous invitons très particulièrement nos praticiens des milieux ruraux à ne pas négliger cette occasion de démontrer leur nécessité dans la formation des étudiants en médecine.

Si certains praticiens désirent de plus amples informations, nous nous ferons un grand plaisir de les leur procurer.

J.G. BONNIER, M.D., D.P.H.  
a/s Faculté de Médecine  
Université de Montréal.

## APPLICATION - PRECEPTORAT

Nom ..... Prénoms .....  
.....  
Adresse ..... Age .....  
Lieu et date de graduation .....

JOURNÉES MÉDICALES LATINES, LES 4, 5, 6 et 7  
OCTOBRE 1960, À L'OCCASION DU CINQUANTENAIRE  
DE L'U. M. F. I. A., PARIS

Sous la présidence d'honneur de M. le prof. Binet,  
doyen de la Faculté de Médecine de Paris.

Mardi, 4 octobre 1960, de 9 h. 30 à 12 h. 30

1° Colloque de Pathologie Digestive. — Président: Prof. Chabrol (Paris).

*Rapporteurs :*

Prof. Chabrol (Paris) : De l'influence latine sur l'évolution des techniques médicales en Pathologie digestive au cours des 50 dernières années.

Prof. Girolami (Rome) : Délimitation du bord inférieur du foie et du pôle inférieur de la rate avec une nouvelle méthode radiologique.

Prof. Urso et Lippi (Rome) : Conceptions actuelles du traitement des cirrhoses hépatiques par la testostérone.

Prof. Tripodi (Rome) : Manifestations allergiques dans les helminthiases.

Prof. Charles Debray (Paris) : Pierre Housset et Sacha Segal : Les progrès de l'endoscopie des affections gastro-œsophagiennes.

Prof. Dubarry (Bordeaux) : Rectocolite hémorragique; importance des facteurs psychosomatiques,

endocriniens et allergiques.

Prof. Mogena (Madrid) : Valeur de l'étude histologique de l'innervation chez les malades de l'appareil digestif.

Dr Soupault (Paris) : Les récentes acquisitions de la chirurgie en pathologie pancréatique.

Dr Gutmann et Dr Guy Albot (Paris) : Etat actuel du diagnostic du cancer gastrique.

Dr Cattani (Paris) : Traitements actuels des Ascites cirrhotiques.

Dr Lambling (Paris) : Gastrites en pathologie digestive (ulcères, cancers, dyspepsies).

Dr Guy Albot (Paris) : Substratum histologique, optique et électronique des hépatites parenchymateuses diffuses.

Dr Nemours (Paris) : Le Syndrome douloureux de la bouche de l'œsophage.

Mardi, 4 octobre 1960, 15 heures à 19 heures.

2° Colloque de chirurgie cardiaque à cœur ouvert. — Président : Prof. de Gaudart d'Allaines (Paris).

Sujet proposé : "Exposé d'un cas personnel d'intervention sous cœur artificiel d'un intérêt particulier".

*Rapporteurs :*

Prof. de Gaudart d'Allaines (Paris).

Prof. Dogliotti (Turin).

Prof. Valdoni (Rome) et Dr Anacleto Venturini (Rome).

Prof. Oeconomos (Athènes).

Prof. André Thomas - Sorbonne (Paris).

Prof. de Vernejoul (Marseille).

Prof. Henry (Marseille).

Prof. Dubourg (Bordeaux).

Prof. Michaud (Lyon).

Prof. Marion (Lyon).

Prof. Mathey (Paris).

Prof. Dubost (Paris).

Prof. Vaysse (Paris).

Dr Servelle (Paris).

Dr Claude d'Allaines (Paris).

Mercredi, 5 octobre 1960, 9 h. 15 à 11 heures.

3° Colloque d'endocrinologie. — Président d'honneur: Prof. Maranon (Madrid).

*Rapporteurs :*

Prof. Maranon (Madrid) : (Sujet réservé.)

Prof. de Gennes et Bricaire (Paris) : Les insuffisances surrénaliennes infra-cliniques.

Prof. Decourt, Dr Michaud, Dr Nantal (Paris) : Les relations thyro-surrénaliennes en clinique.

Prof. Vague (Marseille) : Les lésions gonadales en neurologie.

Prof. Cassano et Prof. Baschieri (Rome) : Problèmes Physio-Pathologiques de l'Hyperthyroïdisme.

Mercredi, 5 octobre 1960, 15 à 16 h. 30.

4° Colloque d'anatomie pathologique. — Président: Prof. Delarue (Paris).

# DÉPRESSION CAUSE D'ANXIÉTÉ

**constatée très souvent dans les:**

troubles psychosomatiques  
maladies chroniques  
ou autres malaises organiques

**caractérisée le plus souvent par:**

nervosité  
anorexie  
fatigue due à la tension  
mélancolie  
malaises somatiques  
insomnie  
appréhension  
irritabilité

**traitée efficacement par:**

un véritable antidéprimant qui soulage  
la dépression causée par l'anxiété,  
en jugulant la dépression elle-même.



TORONTO, ONTARIO

# Nardil

*marque de sulfate bihydrogéné de phénelzine*

**un véritable antidéprimant — non un tranquillisant**

**POSOLOGIE:** 1 comprimé trois fois par jour.

**PRÉSENTATION:** comprimés orangés, dosés à 15 mg. de  
phényléthyl-hydrazine, sous forme de sulfate bihydrogéné.  
Flacons de 100 et 500.

*Rapporteurs :*

Prof. Delarue (Paris) : Utilisation des corps marqués en cyto-pathologie.

Prof. Verne : Anatomie pathologique comparée des épithéliomas intra-épithélieux.

Dr Moricard : Problèmes de microscopie électronique dans le diagnostic précoce du cancer du col.

*Mercredi, 5 octobre 1960, 15 h. à 16 h. 30.*

5° Colloque de geriatric. — Président: Doyen Binet.

*Rapporteurs :*

Prof. Binet et Bour (Paris) : Etudes physio-pathologiques du poumon du vieillard.

Drs Vignalou (Paris), Berthaut et Beck : L'athérosclérose coronarienne du vieillard.

Prof. Herbeuval (Nancy); Drs Cuny et Duheille : Critères biologiques et l'hypertension artérielle des sujets âgés.

*Mercredi, 5 octobre 1960, 16 h. 45 à 19 h.*

6° Colloque de cancerologie. — Président : Prof. Brocq (Paris). (in memoriam)

*Rapporteurs :*

Prof. Jean Bernard (Paris) : La chimiothérapie des affections malignes (données récentes).

Dr Gricoureff (Fondation Curie) : Sur la Pathologie des récidives tardives dans le cancer du sein.

Dr Baclesse (Fondation Curie) : Radiothérapie pré-opératoire dans le traitement des cancers.

Dr Tailhefer (Fondation Curie) : Evolution de la thérapeutique des cancers du sein.

Dr Ulrich (Paris) : Hormonothérapie du cancer du sein.

*Jeudi, 6 octobre 1960, 9 h. 15 à 12 h. 30.*

7° Colloque de gynécologie. — Président : Prof. Botella-Llusia (Madrid) : L'avortement à répétition.

*Rapporteurs :*

Prof. Botella-Llusia (Madrid) et Clavero Nunez.

Prof. Ferin (Louvain).

Prof. de Watteville (Genève).

Prof. Migliavaca (Cagliari).

Prof. Balleiro y Giarola (Milan).

Drs Beclere, Dalsace, Palmer (Paris).

*Jeudi, 6 octobre 1960, 15 h. à 16 h. 30.*

8° Colloque d'Epidémiologie. — Président : Prof. Lepine, Institut Pasteur.

*Rapporteurs :*

Prof. Lepine (Paris) : Epidémiologie de la Poliomyélite et des entero-virus.

Prof. Saenz, Ambassadeur (Uruguay) : Vaccin B. C.G. Epidémiologie de la tuberculose.

Dr Montestruc (Fort-de-France) : Epidémiologie de la lèpre.

*Jeudi, 6 octobre 1960, 16 h. 45 à 19 h. 30.*

9° Colloque de Pédiatrie. — Président : Dr Huber (Paris).

*Rapporteurs :*

Prof. Marquezy (Paris) : Pericardite récidivante chez l'enfant.

Dr Rober Clément (Paris) : Diabète galactosurique.

Dr Alagille (Paris) : Pathologie fœtale.

Dr Bach (Paris) : Chorée et rhumatisme articulaire chez l'enfant.

Dr Baron (Paris) : Problèmes de la paralysie obstétricale.

Dr Roueche (Paris) : Les orientations nouvelles de la protection médico-sociale de l'enfance.

*Vendredi, 7 octobre 1960, 9 h. 15 à 10 h. 45.*

10° Colloque de Neurologie. — Président : Prof. Alajouanine (Paris).

*Rapporteurs :*

Prof. Castaigne (Paris) : Considérations sur l'épilepsie de l'adulte.

Prof. Lhermitte (Paris) : Sur la pathologie vasculaire cérébrale (accidents vasculaires cérébraux).

*Vendredi, 7 octobre 1960, 11 h. à 12 h. 30.*

11° Colloque de Psychiatrie. — Président : Prof. Delay (Paris).

*Rapporteurs :*

Prof. Pichot et Dr Deniker (Paris) : Nouvelles méthodes chimiothérapeutiques en Psychiatrie.

Secrétaire Général des Journées Médicales Latines: docteur Cambies, 3, rue de Penthièvre, Paris (VIII<sup>e</sup>). Tél.: ANjou 81-98. A partir du 15 mai au 15 septembre: Villa Vélasquez - Chatel-Guyon (Puy-de-Dôme).

Organisation matérielle : S.O.C.F.I., 1<sup>er</sup>, rue Chanez, Paris (XVI<sup>e</sup>). Tél.: MIR. 84-00. (Compte Chèque Postal 6756-15 Paris).

*Yamamoto*



*pour un surcroît  
de vitalité pendant  
la période de la grossesse . . .*

**OBELINS\*** de base

**OBELINS\*** complehensifs

orsque vous spécifiez un supplément minéral-vitaminique pour un surcroît de vitalité pendant la période de la grossesse, le coût et la commodité sont des facteurs très importants. OBELINS offrent à vos patientes ces avantages sous la forme pratique d'un comprimé par jour . . . au coût minime d'environ .04 par jour pour les OBELINS de Base et .06 par jour pour les OBELINS Complehensifs.

es OBELINS de Base contiennent deux vitamines importantes . . . les OBELINS Complehensifs renferment dix vitamines importantes. Chacun de ces comprimés procure 40 mg. de fer et 250 mg. de calcium. Les deux formules sont exemptes de phosphore.

Disponibles en bouteilles de 30 et 100 comprimés.



Mead Johnson

*Emblème de service  
à la profession médicale*

\*M. Dép.

## L'Union Médicale du Canada en 1891

### L'ANALYSE DE L'URINE DANS LES EXAMENS D'ASSURANCE SUR LA VIE

Avril 1891.

L'analyse de l'urine est-elle toujours nécessaire dans les examens d'assurance sur la vie? A voir le petit nombre de compagnies qui ne font pas figurer cette analyse dans la série des questions d'examen, on pourrait répondre à coup sûr *oui*. De même est-on tout naturellement porté à répondre dans l'affirmative quand on songe à la grande fréquence de l'albuminurie et à l'importance extrême attachée à ce symptôme par la plupart des pathologistes. En effet, s'il est des auteurs qui admettent volontiers l'existence d'une albuminurie dite physiologique, plus ou moins transitoire et dépourvue de tout caractère grave, en revanche il en est plus encore qui considèrent la présence de l'albumine dans l'urine comme constituant, dans tous les cas, un accident des plus sérieux, en ce qu'il indique l'existence très probable d'une lésion rénale quelconque ou d'une maladie générale avec laquelle il faut nécessairement compter.

Mais s'il est théoriquement vrai que l'albuminurie soit toujours un symptôme sérieux, en est-il de même pratiquement? *Non*, répondent les partisans de l'albuminurie physiologique. *Non*, répondent encore certaines compagnies d'assurance, qui affectent de ne pas s'occuper plus que de raison du caractère de l'urine, et qui n'exigent pas l'examen de cette sécrétion chez ceux qui sollicitent l'octroi d'une police. D'après un relevé assez exact, en effet, le chiffre annuel de la mortalité ne serait pas plus élevé parmi les assurés des compagnies où on n'analyse pas l'urine que parmi ceux des compagnies qui exigent cette analyse. D'autre part, quelle importance faut-il attacher à la présence du mucus, du pus, des cylindres, du sucre, des sédiments, etc.? Si la réponse est facile pour ce qui concerne le sucre et le pus, elle ne l'est pas toujours quand il s'agit des cylindres, ou de certains sédiments de nature mal définies ou liés à un état pathologique transitoire.

Dans une note lue dernièrement au *Chicago Post Graduate Medical School*<sup>1</sup> par M. le Dr. Purdy, de Chicago, nous trouvons, brièvement mais très pratiquement résumées, les règles qui doivent guider le médecin examinateur dans ces cas et l'engager à accepter ou à refuser tel ou tel risque. Ceux de nos lecteurs, et ils sont nombreux, qui sont examinateurs de compagnies d'assurance, nous sauront gré de reproduire ici, en entier, les conclusions du Dr. Purdy:

1. Si l'urine est albumineuse, le risque ne doit pas être recommandé pour le seul fait que la quantité d'albumine est petite, même s'il n'y en avait que des traces.

2. S'il y a de l'albumine dans l'urine et que l'applicant soit âgé de plus de quarante ans, rejetez l'application.

3. Si l'on constate dans l'urine la présence de l'albumine et de cylindres, l'application doit être rejetée, quel que soit d'ailleurs l'âge du sujet et quelle que soit la quantité d'albumine.

4. Si l'albumine se trouve dans l'urine en quantité considérable — 2 grammes par litre ou davantage — le risque doit être rejeté.

5. Si l'applicant a atteint ou dépassé l'âge mûr et a toujours été bon mangeur, surtout en viandes; s'il se lève régulièrement toutes les nuits pour évacuer des quantités considérables d'une urine limpide et à gravité spécifique peu élevée; si en outre il y a tension marquée du pouls avec augmentation d'intensité du second bruit, rejetez l'application, même en l'absence de toute trace d'albumine.

6. Si l'examen révèle la présence de véritables cylindres rénaux: épithéliaux, granuleux, gras, hyalins ou composés, rejetez l'application, même si l'urine n'est pas albumineuse.

7. Si l'urine a une gravité spécifique normale (1.020), ou plus élevée que la normale, mais si elle contient de l'albumine à de certains temps, tandis qu'en d'autres elle n'en offre pas de traces, surtout le matin, au lever, et s'il n'y a pas de cylindres, l'applicant n'ayant pas atteint trente ans et paraissant être en bonne santé, l'albuminurie doit être indubitablement de forme fonctionnelle, et la compagnie peut accepter le risque sur le pied d'une dotation de dix ans. A tout prendre, néanmoins, de tels risques ne peuvent être considérés comme étant absolument sûrs.

8. Si l'applicant a été sujet à des attaques fréquentes ou occasionnelles de gravelle — et cela récemment — l'application doit être rejetée.

9. Si l'applicant a eu une ou plusieurs attaques, de gravelle et accuse plus ou moins de douleur sourde à la région rénale, et si enfin l'urine est plus ou moins trouble par la présence du pus, l'application doit être rejetée.

10. Si l'applicant ayant eu des attaques de gravelle, cinq ans se sont écoulés depuis la dernière attaque, l'urine restant parfaitement normale et aucune douleur ne se faisant sentir du côté du rein, le risque peut être accepté.

11. Si l'applicant a dépassé l'âge de cinquante ans et si la miction se fait parfois avec plus ou moins de lenteur et de difficulté, le jet étant petit, bifurqué ou vertical et s'arrêtant quelquefois brusquement avant la fin, s'il est obligé de se lever chaque nuit régulièrement pour vider sa vessie et s'il est sujet à des accès périodiques de miction fréquente, le risque ne doit être accepté, même dans le cas où l'urine elle-même serait absolument normale.

12. Si l'urine renferme du sucre, l'application doit être rejetée.

13. Si l'urine est trouble par mélange de pus ou de sang, l'application doit être également rejetée.

1. In *N.Y. Medical Journal*, 28 février 1891.

*l'anxiété rend*

*certains patients*

TENDUS

*et*

AGITÉS

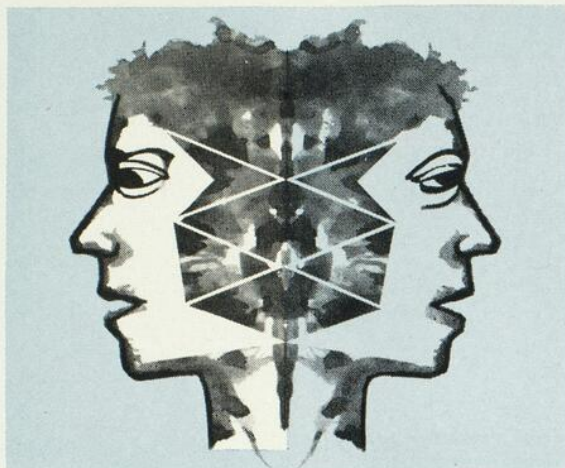
*l'anxiété rend*

*certains autres*

NONCHALANTS

*et*

APATHIQUES



## STELAZINE\*

est particulièrement efficace dans le traitement de l'anxiété, quelles qu'en soient ses manifestations. La raison de cette efficacité semble être en rapport avec la zone d'activité du médicament dans le cerveau.

Les études pharmacologiques montrent que la 'Stelazine' est des plus actives sur le diencéphale et les ganglions de la base; il est probable qu'elle a moins d'effet sur le système réticulaire activateur que les autres tranquillisants. Il s'ensuit que son action sédative est faible ou nulle. L'effet tranquillisant de la 'Stelazine' est primordial et, pour ainsi dire, spécifique; il se manifesterait, selon les cliniciens, par une *restauration du niveau normal de l'activité*.

Par suite, les malades dont l'anxiété se traduit par de la tension psychique et par de l'agitation, deviennent généralement calmes et détendus grâce à la 'Stelazine'. L'hyperactivité de leur psychisme a été "abaissée" jusqu'au niveau normal. En revanche, les patients chez qui l'anxiété se traduit par de la nonchalance et de l'apathie, font montre de plus d'énergie et jouissent d'une activité plus grande lorsqu'ils sont traités par la 'Stelazine'. Leur tonalité psychique a été "élevée" jusqu'au niveau normal.



SMITH KLINE & FRENCH • MONTRÉAL 9

\*Marque déposée au Canada de la trifluopérazine, S.K.F.

0252AF

## NOUVELLES PHARMACEUTIQUES

### SOULAGEMENT RHUMATISMAL: DELENAR

Une nouvelle formule thérapeutique pour le traitement des trois symptômes majeurs du rhumatisme et de l'arthrite bénigne, i.e., l'inflammation, le spasme musculaire et la douleur, vient d'être mise sur le marché par Schering pour ordonnance médicale.

Cette nouvelle drogue, Delenar, associe un faible dosage de dexaméthasone à l'action musculaire relaxante de l'orphénadrine et à l'acide acétylsalicylique (sous forme de sel d'aluminium), une forme neutralisée « auto-tamponnée » de l'acide acétylsalicylique.

Dans les conditions rhumatismales et arthritiques modérées ou légères ou dans les cas de blessures intéressant les articulations, les tendons ou les tissus mous, Delenar procure un soulagement rapide des malaises, de la raideur articulaire et de la douleur provoquée par les mouvements. L'amélioration objective est généralement notée par la diminution du gonflement des articulations et une plus grande amplitude des mouvements.

Delenar procure ainsi un soulagement complet des symptômes rhumatismaux; les muscles endoloris répondent bien à l'action anti-inflammatoire et anti-rhumatisme du corticoïde, dexaméthasone; les spasmes musculaires et la raideur sont soulagés par le relaxant musculaire et les malaises et douleurs musculaires sont atténués par le composant analgésique.

Des études cliniques ont démontré que l'administration simultanée de corticoïdes et de salicylates non seulement produisait un effet thérapeutique aussi bon ou meilleur avec des doses plus faibles de chacun des principes actifs, mais aussi réduisait le risque d'effets indésirables.

Les investigateurs ont rapporté que Delenar a une action rapide pour supprimer les malaises, la raideur des articulations et la douleur provoquée par les mouvements. Une légère action stimulante sur le comportement a été remarquée chez les patients légèrement déprimés.

Les Comprimés Delenar sont indiqués dans les cas légers d'arthrite rhumatoïde, de spondylite légère ou modérée, de goutte subaiguë ou intermittente, de bursite, d'effort lombaire, de synovite, de téno-synovite, de névrite, de douleur lombaire aspécifique et de torticolis.

Les Comprimés Delenar se sont aussi montrés utiles dans le traitement de certaines conditions cuta-

nées, telles que dans les dermatoses atopique et de contact. L'action bienfaisante de cette nouvelle association, dans certains troubles de la peau, semble être due à l'action anti-allergique et anti-inflammatoire de la dexaméthasone et à l'action antihistaminique légère de l'orphénadrine.

Delenar, tout comme les autres spécialités anti-rhumatismales de Schering est disponible sur ordonnance seulement.

### LIBRIUM

Le Librium contient comme principe actif du chlorhydrate de 7-chloro-2-méthylamino-5-phényl-3H-1,4-benzodiazépine 4-oxyde. Il se présente en capsules pour administration orale.

Librium est un nouvel agent psychothérapeutique d'un genre unique et d'usages multiples qui ne se rapproche d'aucun tranquillisant ou autre psychosédatif tant au point de vue chimique, pharmacologique que clinique. Il est particulièrement indiqué pour le soulagement de la tension et de l'anxiété et s'avère en outre précieux dans le traitement de la dépression agitée ainsi que d'une grande variété de troubles émotifs. Librium se classe parmi les composés psychopharmacologiques efficaces les plus inoffensifs de l'heure. Conformément aux critères de la nomenclature psychopharmacologique, Librium appartient donc au groupe des psycho-leptiques.

Librium est indiqué à chaque fois que la crainte, la tension et l'anxiété constituent des composantes importantes du tableau clinique.

Administré à faibles doses, Librium est efficace dans les cas de tension et d'anxiété légères et modérées, maux de tête de tension, appréhension pré- et post-chirurgicale, tension pré-menstruelle, stress menstruel, problèmes de comportement infantiles et à chaque fois que la tension et l'anxiété accompagnent des troubles gastro-intestinaux, cardiovasculaires, gynécologiques ou dermatologiques.

Administré à fortes doses, Librium s'avère précieux dans les états de tension et d'anxiété aiguës, d'alcoolismes chronique, de dépression agitée et de psychonévroses ambulatoires (e.g. états d'anxiété chronique et aiguë, phobies, syndrome d'obsession compulsive, troubles de comportement schizoïde). Librium peut en outre s'avérer utile dans certains types d'agitation aiguë tels que sevrage de narcotique, delirium tremens, états hystériques, paniques. On obtient en outre d'excellents résultats dans le traitement de la dépression grave lorsque Librium est employé en association avec Marplan.

## ALLERGIE INFANTILE AU LAIT DE VACHE



### PRÉVISION

chaque fois qu'un examen prénatal révèle un cas antérieur d'allergie (chez l'un des parents, frères ou soeurs)

### PRÉVENTION

# MULL-SOY *de Borden*

DEUX FORMULES: LIQUIDE OU POUDRE

... Lorsque prescrit *dès la naissance* pour les nourrissons souffrant d'allergie déclarée ou *latente*, MULL-SOY supprime ordinairement tout symptôme allergique actuel, et en prévient *les suites indésirables*

MULL-SOY... le premier substitut hypo-allergénique au lait de vache... est maintenant meilleur

que jamais. Plus agréable au goût, de couleur plus claire, il ne provoque pas de selles liquides et contribue à la croissance normale des nourrissons. Très digestible et facilement assimilable, il ne contient pas d'éléments allergènes et est d'une haute teneur en acides gras non saturés.

**MULL-SOY • LAIT PROTÉINÉ EN POUDRE • DRYCO • LAIT EN POUDRE À L'ACIDE LACTIQUE**

Produits de la Compagnie Borden Limitée, service des aliments pour régimes, 6290 rue Périnault, Montréal 9, Québec

*Posologie et mode d'administration:* En raison de la variété des indications dans lesquelles Librium s'avère efficace, la dose optima varie selon le diagnostic et la réaction de chaque patient. Il y a donc lieu d'individualiser la posologie afin d'obtenir les meilleurs résultats possible.

Dans les cas d'agitation aiguë (sevrage de narcotiques, delirium tremens, états hystériques, paniques) la dose initiale recommandée est de 50 à 100 mg. que l'on fait suivre de doses équivalentes suivant les besoins du patient jusqu'à ce que l'agitation soit maîtrisée. La dose maxima est de 300 mg. par jour. On peut réduire la dose pour le traitement d'entretien.

Librium n'a occasionné aucun effet néfaste sur les organes vitaux et aucune réaction secondaire même lorsqu'administré à des doses dépassant la posologie recommandée.

Chez certains patients, particulièrement les patients séniles et débiles, on a occasionnellement rapporté de l'ataxie et de la somnolence mais ces effets ont pu être surmontés et il a été facile de les prévenir dans la plupart des cas par un ajustement judicieux de la posologie. On a constaté en outre quelques cas de démangeaison, nausées et constipation de même que des augmentations et des diminutions de la libido.

Chez les patients séniles et débiles, il est important de limiter la posologie à la plus petite quantité efficace afin d'écartier les risques d'ataxie ou de sédation exagérée (pas plus de 10 mg par jour comme dose initiale à augmenter graduellement par la suite suivant et la tolérance du patient). Librium peut stimuler l'appétit chez certains sujets mais on peut combattre cet effet en administrant un médicament à effet dépressif sur l'appétit lorsqu'on ne désire pas

**TETREX** esto

**Tet**

PHOSPHATE COMPLEX

**DOSAGE  
B.I.D**

**RAPIDITÉ • EFFICACITÉ**

obtenir d'augmentation de poids. On n'a pas constaté d'incompatibilité pharmacologique ou de contre-indication clinique avec Librium. (Hoffman-Laroche Ltée).

#### NAQUA

Schering introduit Naqua, un nouveau diurétique hautement efficace de la série des benzo-thiadiazine, pour le traitement et le contrôle de l'œdème et de l'hypertension.

La puissance salurétique de Naqua, déterminée en clinique, est environ de 10 à 20 fois celle de l'hydrochlorothiazide et de 100 à 200 fois celle de la chlorothiazide. De plus Naqua permet une élimination de sel et d'eau plus prolongée avec une seule dose efficace maximum que les diurétiques actuellement disponibles.

Le risque d'effets indésirables tels que l'hypokaliémie et l'alcalose hypochlorémique est diminué considérablement grâce au schème posologique extrêmement faible (1 à 16 mg. par jour) de Naqua. Naqua potentialise l'action d'autres agents anti-hypertensifs comme la réserpine, les alcaloïdes du veratrum, l'hydralazine et les autres agents de blocage ganglionnaire. Lorsqu'employé seul, il abaisse la tension artérielle chez la plupart des hypertendus. Naqua a une durée d'action d'environ 24 heures permettant ainsi une posologie pratique d'une seule dose par jour.

Puisque cette drogue a une très grande marge de sécurité, il est préférable d'employer une dose plus élevée pour le premier ou deuxième jour plutôt que de risquer un traitement inadéquat. La dose peut ensuite être réduite à la dose de soutien requise, telle qu'indiquée par la réponse du patient.

**toujours TETREX**

**rex<sup>TM</sup>**

**TÉTRACYCLINE**

*un produit*

**Bristol**

**ÉCURITÉ DANS VOS TRAITEMENTS  
DE TÉTRACYCLINE**

efficacité  
et sécurité:  
une combinaison  
insurpassée



# RAUTRACTYL

Benzydrolfluméthiazide Squibb (Naturetin) et racine entière de Rauwolfia serpentina (Raudixin) avec chlorure de potassium

- efficace contre l'hypertension essentielle à tous ses degrés: bénigne, modérée et grave
- augmentation du débit urinaire avec changements minimes de l'équilibre des électrolytes; la composition de l'urine conserve presque sa valeur physiologique
- le potassium supplémentaire est un facteur additionnel de protection contre le déficit potassique durant un traitement à longue échéance ou lorsqu'on traite des sujets exceptionnellement prédisposés à l'hypokaliémie
- l'efficacité se maintient pendant une administration prolongée; on n'a pas signalé de tolérance

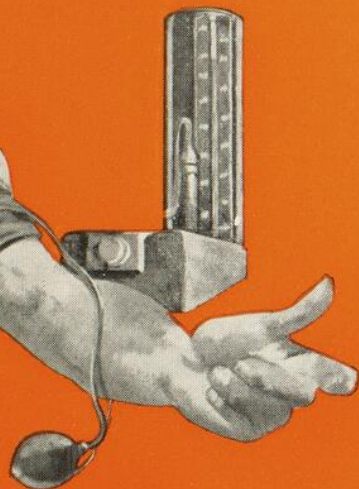


**SQUIBB**

Rautractyl et Naturetin marques de commerce Squibb

Raudixin marque déposée

insurpassé  
pour le traitement  
de l'hypertension  
essentielle



# RAUTRACTYL

Le Rautractyl réunit le Naturetin, le meilleur diurétique qui soit par son efficacité, sa sécurité et sa puissance, avec Raudixin, le point d'appui du traitement de l'hypertension.

PRÉSENTATION: Rautractyl-2 comprimés dosés à deux mg de benzydofluméthiazide (Naturetin), 50 mg de Raudixin (racine entière de Rauwolfia serpentina) et 400 mg de chlorure de potassium. Flacons de 100.

Rautractyl-4 comprimés dosés à quatre mg de benzydofluméthiazide (Naturetin), 50 mg de Raudixin (racine entière de Rauwolfia serpentina) et 400 mg de chlorure de potassium. Flacons de 100.

SQUIBB



# DBI



marque déposée de Phenformin HCl

**agent hypoglycémique oral "à spectre étendu"...**  
**diminue d'une manière sûre la concentration de sucre**  
**dans le sang, dans les cas de diabète bénin, modéré**  
**et aigu, chez les enfants et les adultes**

**débuter à**  
**doses minimales**

L'administration "à doses minimales" du DBI permet à un plus grand nombre de diabétiques, de jouir des avantages, du confort et de la régularisation satisfaisante que procure la thérapie orale dans:

- diabète adulte stable
- diabète instable (brittle) fragile
- diabète juvénile
- diabète résistant aux sulfonylurés

"Débuter à doses minimales et augmenter graduellement," veut dire un dosage initial de (25 mg. ou 50 mg. par jour en doses fractionnées) avec une augmentation graduelle de (25 mg.) tous les 3 ou 4 jours jusqu'à ce que le niveau sanguin de sucre soit adéquatement contrôlé. La quantité requise d'insuline est réduite graduellement avec chaque augmentation du dosage de DBI. Une régularisation satisfaisante est ordinairement obtenue avec l'usage de DBI seul, dans les cas de diabète modéré stable.

Avec un dosage tel que: "Débuter à doses minimales et augmenter graduellement" DBI est relativement bien toléré.

Plus de 3000 diabétiques ont été examinés soigneusement durant l'administration quotidienne de DBI pour des périodes, variant jusqu'à trois ans. Aucun changement histologique ou fonctionnel dans le foie, reins, coeur ou dans d'autres organes ne fut observé.

DBI (N<sup>2</sup>- $\beta$ -phénylbiguanide) est disponible en comprimés blancs, striés, de 25 mg. chacun, en bouteilles de 100.

\*Demander, la brochure comprenant toutes les instructions pour dosage dans chaque catégorie de diabétiques et beaucoup d'autres informations pertinentes.

augmenter  
graduellement

Une découverte des laboratoires de recherches de  
**arlington-funk laboratories**, division  
**u. s. vitamin corporation of canada, ltd.**  
Montreal, Canada

Communication clinique d'un pédiatre sur:  
L'efficacité et la sûreté des  
Tablettes Baby's Own dans le soulagement des

# malaises de la dentition

(irritabilité bave, constipation, etc.)

G. T. Fulford Co., Ltd.  
Brockville, Ontario, Canada

Messieurs,

Je suis heureux de vous communiquer personnellement que, de juin à décembre 1958, au cours de ma pratique en pédiatrie, j'ai continué de prescrire les Tablettes Baby's Own. J'ai conseillé l'administration des Tablettes Baby's Own à 68 mamans dont les bébés souffraient de troubles de la dentition. Voici quels étaient ces malaises, selon les renseignements que j'ai obtenus: irritabilité, mauvaise humeur, agitation, bave, et occasionnellement, constipation et irrégularité des selles. Je leur ai prescrit une Tablette Baby's Own par jour, pendant sept jours.

A la lumière de mon expérience passée avec les Tablettes Baby's Own et des résultats obtenus dans ces 68 cas très récents, je désire insister sur le fait que, à la dose prescrite, la tablette n'est aucunement toxique, qu'elle est efficace pour rétablir les habitudes intestinales, et qu'elle combat avec efficacité l'irritabilité et la mauvaise humeur du bébé. Je n'hésiterai pas à la prescrire dans les troubles de la dentition.

(Signé) K.S., M.D., New York, N.Y.

LES TABLETTES BABY'S OWN renferment 3/16 de grain de phénolphtaléine légèrement tamponnée avec 1/2 grain de carbonate de calcium précipité, et du sucre en poudre, q.s. Agréables, commodes. Pour échantillons et littérature, ECRIRE en citant les références 1-15.

**G. T. FULFORD CO., LIMITED, Brockville, Ontario**

# UNE PARTIE IMPORTANTE DU PROGRAMME PRÉNATAL

Le bocal décoratif de FILIBON\* rappelle objectivement la dose d'une seule capsule par jour... assurant ainsi un soutien nutritionnel efficace chaque jour par la formule complète FILIBON. Comprend du fer hématopoïétique bien toléré, du facteur intrinsèque non inhibiteur... dans de petites capsules sans huile qui sont bien acceptées. Pour la formule complète consulter le Vademecum International, 1960, page 167.

*Lederle*

CYANAMID OF CANADA LIMITED *Montreal*



Capsules Prénatales FILIBON\*

sans Phosphore *Lederle*

EXPECTANT MOTHERHOOD

Little,  
Brown

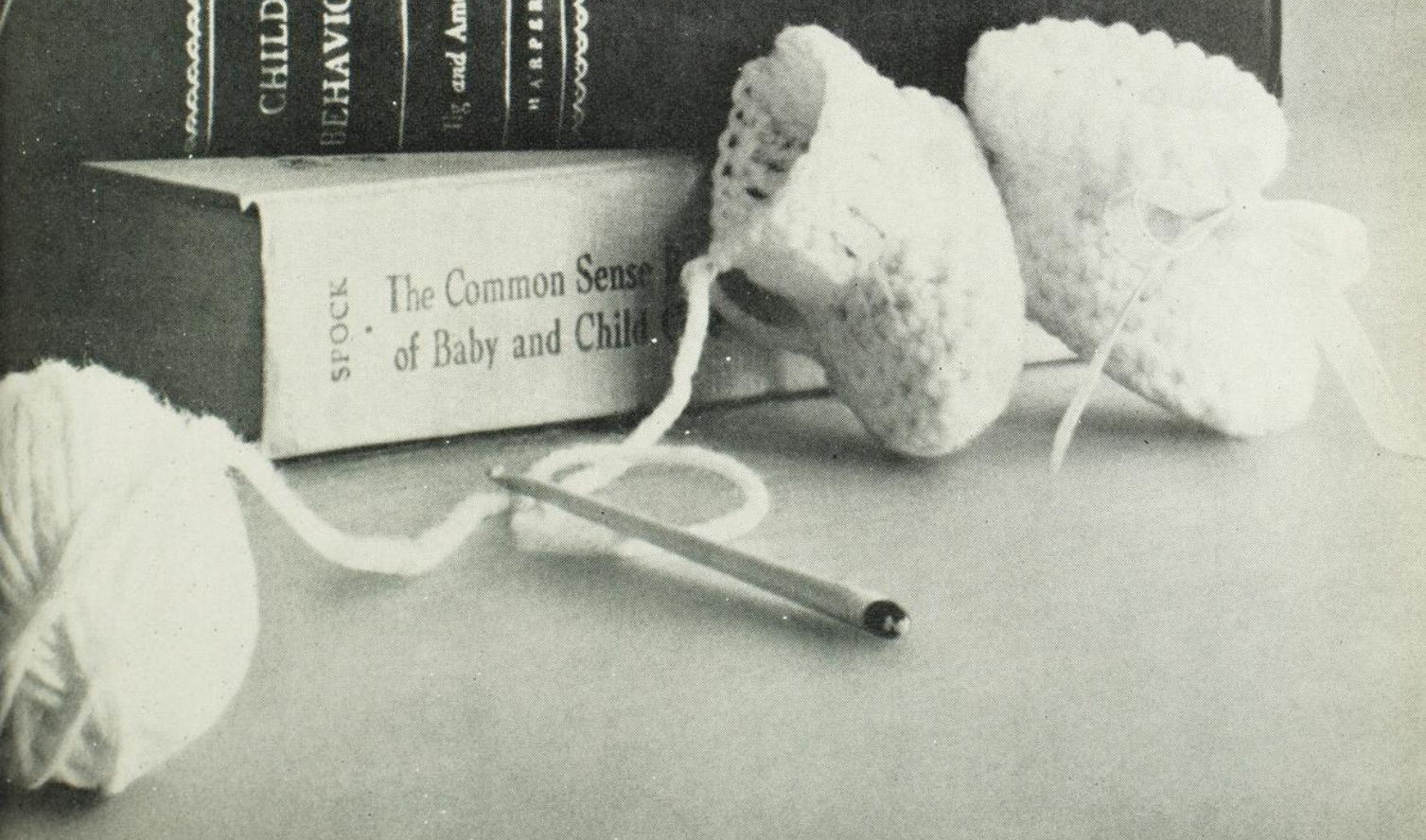
CHILD  
BEHAVIOR

Fig and Ames

HARPER

SPOCK

The Common Sense  
of Baby and Child



*Hygiène industrielle*

## BIENFAITS DES SERVICES DE SANTÉ

Que rapporte à l'employeur un service de santé bien organisé ?

- 1 — Il contribue à améliorer l'efficacité et la productivité du travailleur.
- 2 — Il contribue à améliorer le moral des employés en leur prouvant que la direction leur porte un intérêt sincère à eux-mêmes et à leur bien-être.
- 3 — Il contribue à réduire les primes d'assurance et de compensation des accidents.
- 4 — Il contribue à diminuer l'absentéisme (des enquêtes ont indiqué jusqu'à 29% de diminution).
- 5 — Il contribue à réduire le mouvement de la main-d'oeuvre (*labor turnover*) (des enquêtes ont indiqué jusqu'à 27% de réduction).
- 6 — Il contribue à réduire les maladies du travail (des enquêtes ont indiqué jusqu'à 63% de réduction).
- 7 — Il contribue à améliorer la qualité de la main-d'oeuvre en attirant vers l'industrie en question un personnel mieux qualifié.
- 8 — Il ajoute un important moyen de communication entre patrons et ouvriers, grâce aux méthodes éprouvées d'observation utilisées par des médecins et infirmières de haute valeur professionnelle.
- 9 — Il élève la réputation d'une organisation aux yeux du public.

**LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ DE LA PROVINCE DE QUÉBEC**

HONORABLE ARTHUR LECLERC, M.D.,

ministre

JEAN GREGOIRE, M.D.,

sous-ministre

# NOUVEAU TONIQUE CÉRÉBRAL BIOCHIMIQUE *L*-GLUTAVITE

pour augmenter la nutrition cellulaire  
dans l'anxiété, la confusion, la fatigue mentale

L-Glutavite vise à améliorer l'oxydation et la nutrition cellulaire du cerveau; il fournit des quantités optimales de l-glutamate monosodique — forme la plus facilement utilisable de l'acide glutamique, le seul acide aminé ayant des effets salutaires sur les processus métaboliques du cerveau. Dose initiale: Une cuillerée à thé (présentation: flacon de 180 grammes) ou 1 paquet (présentation de 30 paquets) dans du jus de tomate ou de légumes, trois fois par jour. Dose d'entretien: réduire à deux prises par jour.

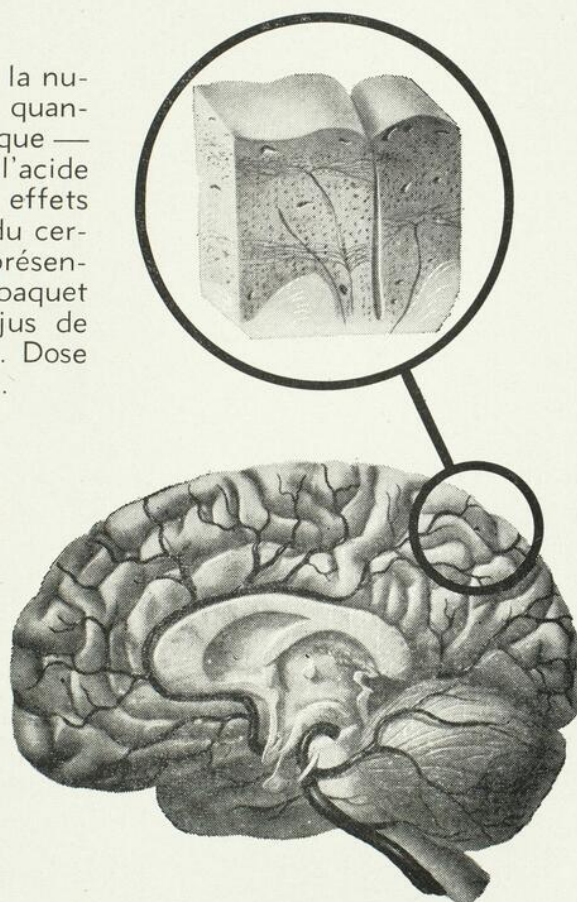
L-Glutavite exerce une action plus fondamentale, plus étendue et d'une plus grande sécurité que les stimulants, sédatifs ou tranquillisants pharmaceutiques. Les études cliniques révèlent que les symptômes de dépression, d'apathie et de fatigue s'amendent souvent en moins de 4 à 6 semaines après le début du traitement.<sup>1,2,3,4</sup>

Une quantité thérapeutique de niacine entre également dans la formule ainsi que des vitamines du complexe B pour accroître l'oxydation enzymatique.

Références: 1. Finkle, L. P., et Reyna, L. J.: *J. Clin. & Exper. Psychopath.* 19:7 (mars) 1958. 2. Barrabee, P.; Wingate, J. H.; Phillips, B. D., et Greenblatt, M.: *Postgrad. Med.* 19:485 (mai) 1956. 3. Katz, E. M., et Kowalczyk, Z.: *Internat. Rec. Med.* 169:596 (sept.) 1956. 4. Chu, J.: *J. Indiana M. A.* 50:992 (août) 1957.

Résumé complet de la documentation scientifique sur demande.

**CROOKES-BARNES CANADA, LIMITED**  
Ste-Thérèse, P. Q.



**plus** encore que seulement les vitamines A et D



# l'onguent **DESITIN**<sup>®</sup>

fournit aussi

**des acides gras non-saturés** en plus des vitamines A et D  
(provenant d'une huile de foie de morue norvégienne de haute qualité)  
indispensables pour maintenir la peau saine et pure

et d'autres produits émoullissants, lubrifiants, légèrement astringents, protecteurs  
qui aident à restaurer les tissus (oxyde de zinc, talc, vaseline et lanoline)

le mode de fabrication même de cet onguent lisse et crémeux fait que dès  
la première application Desitin calme, protège et stimule la guérison  
dans les cas

**d'érythème fessier**

(causé par les couches)

**de blessures**

**de brûlures**

**d'ulcères**

(de décubitus diabétique et variqueux)

**d'intertrigo**

Pour obtenir des **échantillons**, veuillez écrire à **DESITIN CHEMICAL COMPANY**

*Le seul représentant et distributeur canadien*

**LESLIE A. ROBB**

**54 Baby Point Rd., Toronto 9, Canada**

*Le premier antagoniste spécifique de l'aldostérone...*

# ALDACTONE™

*facilite grandement le contrôle médical de l'oedème et de l'ascite.*

*Apporte un élément thérapeutique nouveau dans le traitement des affections suivantes:*

**DÉFAILLANCE CARDIAQUE CONGESTIVE - CIRRHOSE HÉPATIQUE  
SYNDROME NÉPHROTIQUE - OEDÈME IDIOPATHIQUE**

ALDACTONE est un agent thérapeutique d'un genre nouveau, un antagoniste de l'aldostérone, capable d'apporter:

*un soulagement satisfaisant* aux sujets atteints d'oedème avancé ou rebelle, même à ceux qui dans le passé ont peu réagi ou se sont montrés réfractaires aux autres diurétiques, employés seuls ou en association.

## **Activité thérapeutique d'un genre nouveau**

ALDACTONE agit en bloquant l'effet de l'aldostérone, le principal minéralo-corticoïde à provoquer la réabsorption de l'eau et du sodium dans le segment distal des tubules rénaux.

De ce fait, Aldactone constitue une possibilité thérapeutique essentiellement nouvelle et efficace, dans le contrôle de l'oedème et de l'ascite, même dans les cas rebelles ou peu sensibles aux diurétiques classiques.

De plus, à cause de son centre et de son mode d'action différents, au niveau des tubules rénaux, Aldactone exerce une activité synergique réelle et très importante, quand il est employé conjointement avec un diurétique au mercure ou au thiazide.

## **Ce que les médecins sont en droit d'attendre d'Aldactone**

On s'attend fermement à ce qu'Aldactone modifie les notions médicales actuelles sur les limitations thérapeutiques du traitement de l'oedème. De nombreux malades vivant dans

un état plus ou moins prononcé d'invalidité due à l'oedème peuvent maintenant être débarrassés de cette affection. D'autre part, chez les sujets gravement atteints, Aldactone peut sauver des vies.

Employé seul, Aldactone provoquera une diurèse satisfaisante chez environ la moitié des cas d'oedème réfractaires jusqu'ici aux diurétiques classiques.

Quand Aldactone est utilisé dans un régime thérapeutique rationnel, comprenant également un diurétique au mercure ou au thiazide, il peut amener une diurèse satisfaisante et un soulagement de l'oedème dans environ 85 pour cent des cas *qui autrement n'auraient jamais réagi.*

**POSOLOGIE:** Chez la plupart des malades adultes, la dose optimale d'Aldactone, marque de la spironolactone, est de 100 mg. quatre fois par jour. Il faut administrer Aldactone pendant au moins quatre ou cinq jours avant de chercher à en apprécier les premiers effets, car la réaction ne se fait sentir que graduellement quand il est employé seul. Aldactone manifeste une activité plus rapide et provoque une réaction plus hâtive, soit dès le premier et le deuxième jours, quand il est administré en association avec un diurétique au mercure ou au thiazide.

**PRÉSENTATION:** Aldactone est présenté en comprimés jaunes à 100 mg., dragéifiés par pression.

SEARLE/La Recherche au Service de la Médecine

## RECOMMANDEZ EN TOUTE CONFIANCE

### Lait Evaporé Carnation

Un contrôle rigoureux de la qualité fait du Carnation Evaporé la forme de lait à pleine teneur en gras, (ou lipides) la plus digestible, la plus nourrissante, et de tout repos pour le biberon du bébé. Carnation fournit toutes les valeurs nutritives et tout le gras de beurre du lait entier pasteurisé. La vitamine D a été accrue à 800 unités par chopine.

Epruvé par l'usage et recommandé avec confiance, Carnation sert, dans les hôpitaux du monde entier, à la préparation des formules, de préférence à toutes les autres marques réunies.



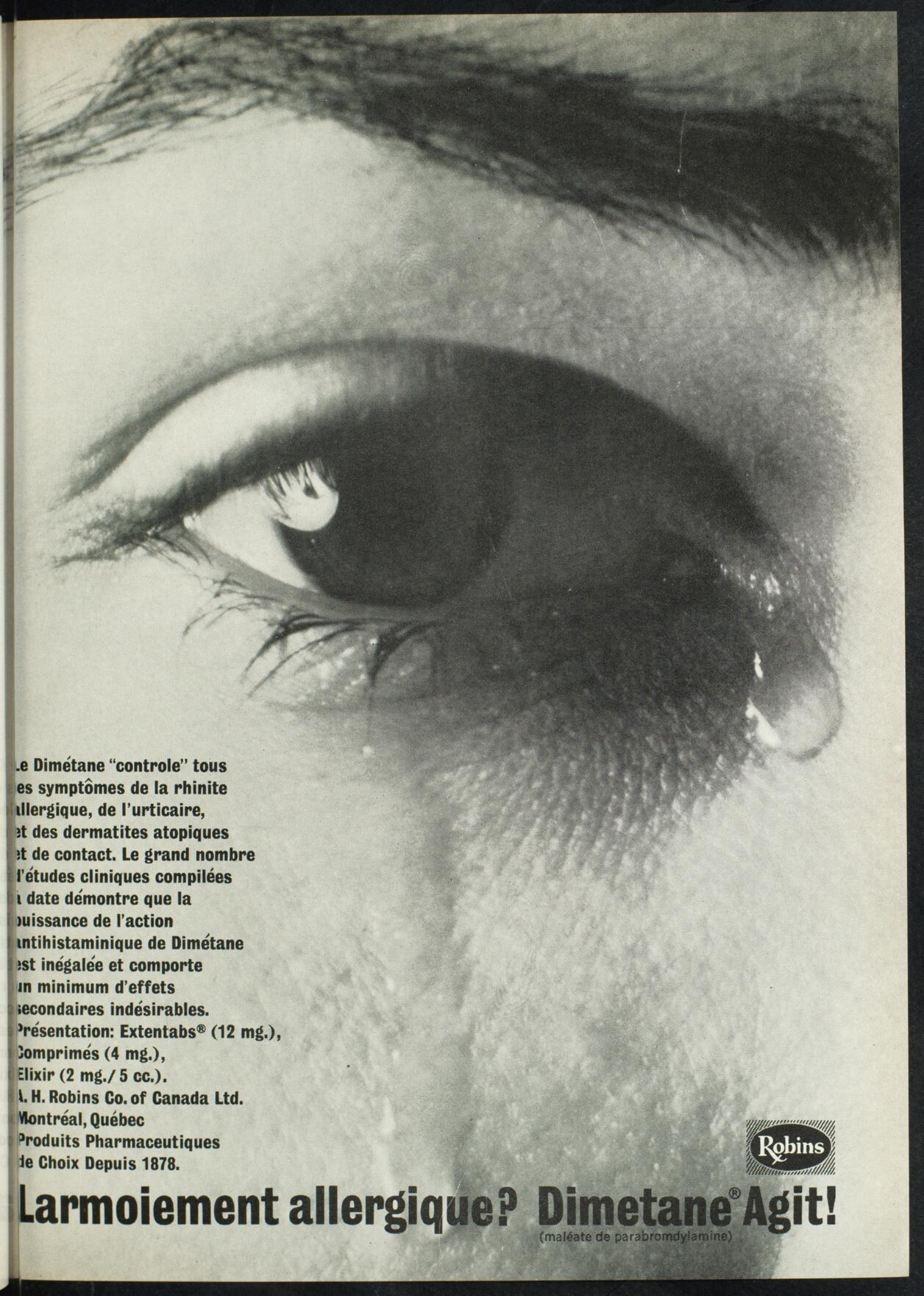
### Lait évaporé partiellement écrémé Morning



Produit et garanti par Carnation, le lait évaporé partiellement écrémé Morning répond aux exigences des enfants qui ont besoin d'une formule pauvre en gras de beurre. (Morning a une teneur en gras de 4%). Morning conserve les éléments nutritifs naturels du lait entier. La teneur de la vitamine D a été portée à 800 unités par chopine. Morning est économique, en plus.

*D'autres laits évaporés partiellement écrémés coûtent jusqu'à 1/3 de plus.*

Une homogénéisation spéciale et une double stérilisation font de ces formes de lait les meilleures qui soient pour le biberon du bébé.



Le Dimétane "contrôle" tous  
les symptômes de la rhinite  
allergique, de l'urticaire,  
et des dermatites atopiques  
et de contact. Le grand nombre  
d'études cliniques compilées  
à date démontre que la  
puissance de l'action  
antihistaminique de Dimétane  
est inégalée et comporte  
un minimum d'effets  
secondaires indésirables.  
Présentation: Extentabs® (12 mg.),  
Comprimés (4 mg.),  
Elixir (2 mg./5 cc.).  
A. H. Robins Co. of Canada Ltd.  
Montréal, Québec  
Produits Pharmaceutiques  
de Choix Depuis 1878.



**Larmoiement allergique? Dimetane® Agit!**

(maléate de parabromdylamine)



1¼ Gr. Ch.  
AROMATISÉ

## Conformément à une tradition familiale

Il y a probablement des médicaments que vous préférez entre tous, des médicaments qui vous inspirent particulièrement confiance.

Les médecins ont démontré depuis longtemps leur confiance en l'uniformité, l'efficacité et la pureté d'Aspirin en recommandant de plus en plus fréquemment ce produit.

Et Aspirin Aromatisé, Format pour Enfants, fait l'objet, de même qu'Aspirin, d'un contrôle de la qualité. Car la même compétence au cours de la fabrication, les mêmes procédés et les mêmes essais exclusifs qui contribuent à la qualité insurpassée d'Aspirin régissent les normes d'excellence d'Aspirin Aromatisé, Format pour Enfants.

Vous pouvez compter sur Aspirin Aromatisé, Format pour Enfants, car sa formule a été consciencieusement établie afin que ce produit ait une saveur particulièrement agréable, et afin de rester conforme à la tradition familiale de Bayer, qui est de produire un comprimé d'acide acétylsalicylique de la meilleure qualité qui soit.

Aspirin Aromatisé, Format pour Enfants—en comprimés aromatisés de 1¼ grain—est présenté en flacons de 36.

● Nous accueillerons favorablement vos demandes d'échantillons d'Aspirin et d'Aspirin Aromatisé, Format pour Enfants.

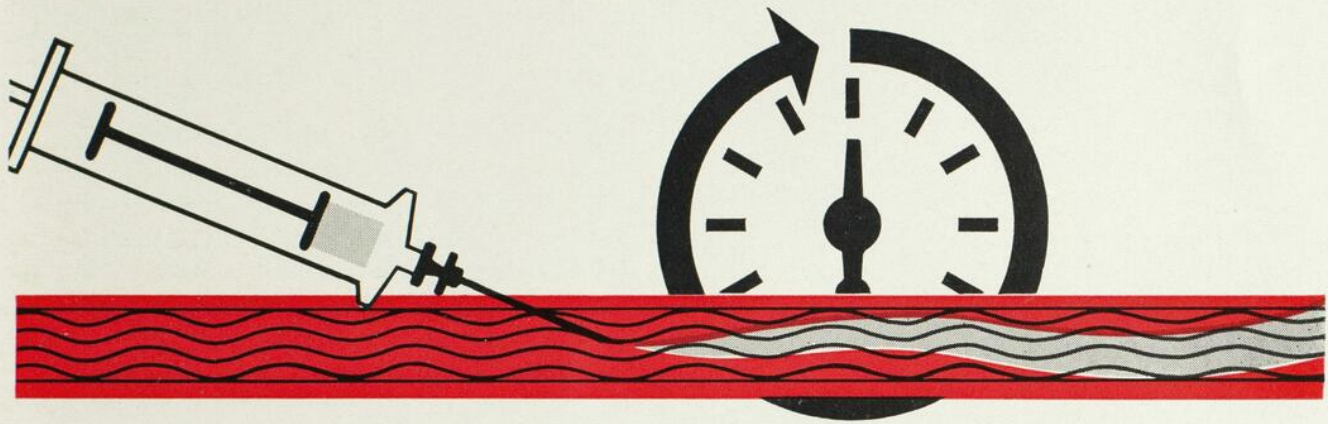
Nouveau  
**CAPUCHON À  
SERRAGE PARFAIT**  
pour une plus grande  
protection des enfants



THE BAYER COMPANY, LTD., AURORA, ONT.

# REVERIN

*la nouvelle  
tétracycline  
intra-veineuse*



- TEMPS D'INJECTION RAPIDE—  
UNE MINUTE
- CONCENTRATIONS  
ELEVÉES ET PROLONGÉES, DANS LE  
SANG ET LES TISSUS
- AUCUN  
DÉRANGEMENT GASTRO - INTESTINAL
- AUCUNE REACTION TISSULAIRE OU  
VASCULAIRE

Présenté en flacon de 275 mg. avec  
1 ampoule de 10 ml. d'eau bi-distillée

Littérature fournie sur demande

\*MARQUE DÉPOSÉE, PYRROLIDINOMÉTHYL TÉTRACYCLINE

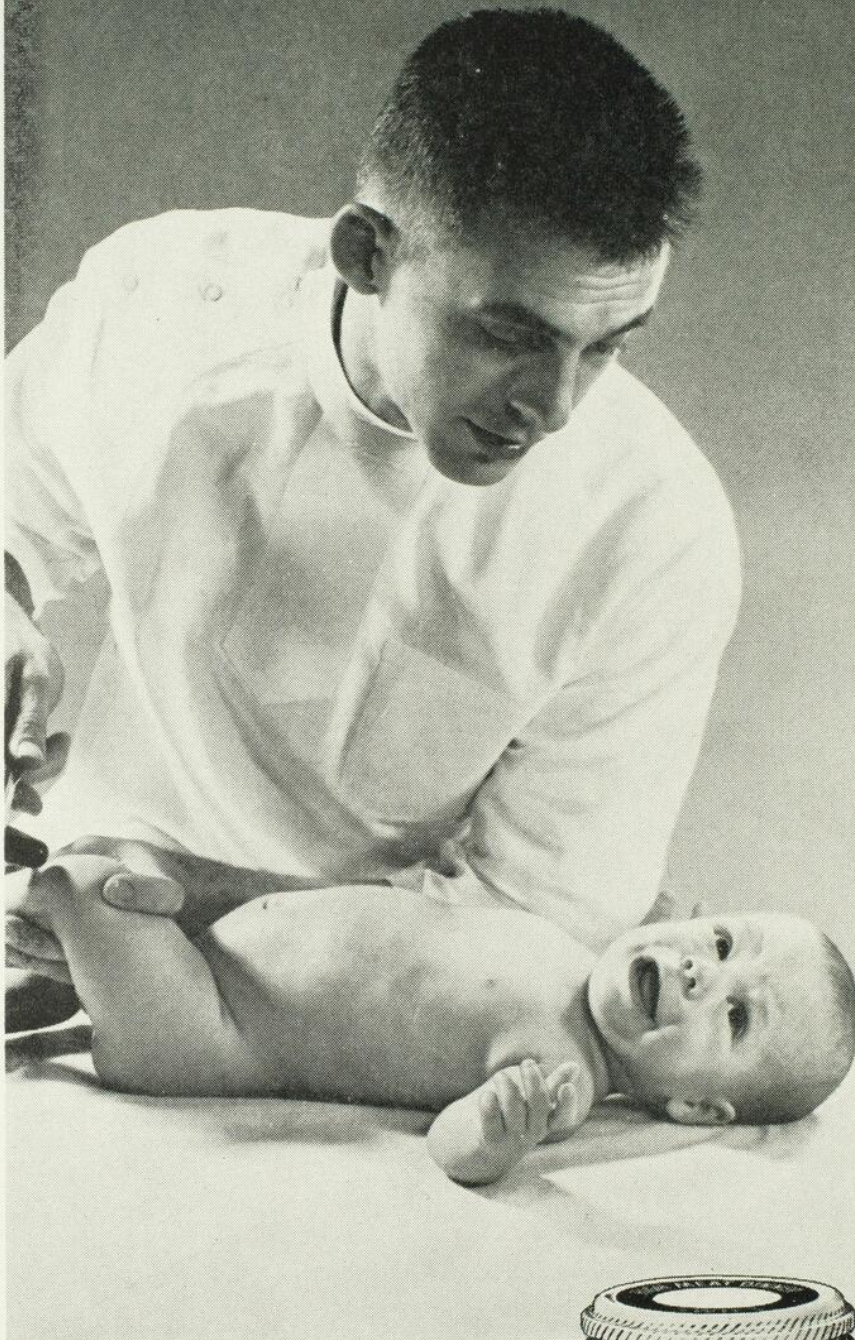


50

*années de recherches dans le domaine du diabète*

HOECHST PHARMACEUTICALS OF CANADA LIMITED  
MONTREAL, P.Q.

*Le moment de profiter des  
nombreux avantages de la viande?*



... alors, c'est le  
moment de faire  
confiance à

# SWIFT

... spécialiste en fait  
de viandes!

Les 105 années d'expérience de Swift comme *spécialiste* en fait de viandes de qualité profitent à vos petits patients dans deux domaines importants.

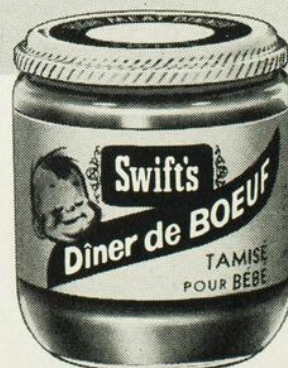
D'abord, pour une valeur nutritive optimum, nous choisissons de la viande *plus maigre*, d'une teneur plus élevée en protéines . . . et nous la préparons soigneusement pour lui conserver ses propriétés nutritives vitales.

Deuxièmement, pour assurer la satisfaction émotionnelle qui résulte de repas plus faciles à prendre, nous réduisons nos viandes en purée plus lisse.

Seul Swift est *spécialisé* dans la préparation de viandes et de mets à la viande pour bébés.

*Les deux mots les plus  
dignes de confiance  
en fait de viande . . .*

VIANDES 100%  
JAUNES D'OEUF  
DÎNERS À LA VIANDE



Du nouveau venant de Lederle

une association logique pour réprimer l'appétit

# BAMADEX\*

méprobamate avec sulfate de dextro-amphétamine LEDERLE

▼  
le méprobamate relâche  
la tension due au régime

▼  
la d-amphétamine  
réprime l'appétit  
et relève le moral

▼  
... sans  
stimulation exagérée

... sans  
insomnie

... sans  
la lourdeur ou le reliquat d'effet  
des barbituriques

*Chaque dragée (rose) renferme:*  
sulfate de d-amphétamine 5 mg.  
méprobamate . . . . . 400 mg.

*Posologie:*  
Une dragée une demi-heure  
à une heure avant chaque repas.



CYANAMID OF CANADA LIMITED Montréal

\*Marque déposée

# UN MÉDECIN

*n'a jamais fini d'en apprendre*



*“Ce n'est pas surprenant avec Heinz, Mme Lapierre”*

Une chose qu'il apprend, c'est que les sept céréales Heinz pour bébés forment le choix le plus complet, le plus utile de céréales pour bébés. Toutes sont nutritives et chacune répond à un besoin particulier. Vous pouvez maintenant prescrire la céréale que vous jugez la plus appropriée suivant le cas. Et les mamans apprécient le fait que les céréales Heinz pour bébés sont les plus faciles et les plus rapides à mélanger.

Infantsoy (haute teneur en protéines), riz, blé, avoine, orge, céréales mélangées, maïs. Pour tous renseignements et échantillons, écrire: Service des relations professionnelles, ALIMENTS HEINZ POUR BÉBÉS, LEAMINGTON, ONTARIO

## Aliments Heinz pour bébés

LEURS BIENFAITS D'AUJOURD'HUI DURENT TOUTE LA VIE

## une ordonnance logique pour les patients trop corpulents

méprobamate *plus* d-amphétamine

...réprime l'appétit...relève le moral...relâche la tension  
due au régime...*sans* stimulation exagérée, insomnie ou  
reliquat d'effet comme les barbituriques.

anorexique-ataraxique

# BAMADEX<sup>®</sup>

MÉPROBAMATE AVEC SULFATE DE D-AMPHÉTAMINE LEDERLE

Chaque dragée (rose) renferme: méprobamate 400 mg.; sulfate de d-amphétamine 5 mg.  
Dose: Une dragée une demi-heure à une heure avant chaque repas.



CYANAMID OF CANADA LIMITED, Montreal

\*MARQUE DÉPOSÉE



**DIPLOPIE  
DIPLOPIE**

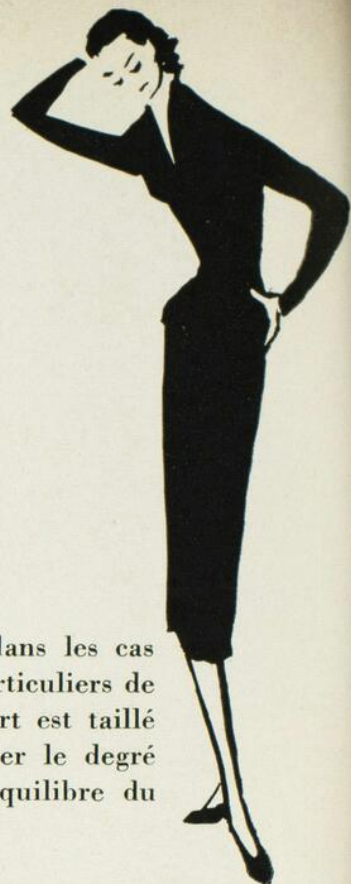
## METIMYD

SUSPENSION OPHTHALMIQUE    ONGUENT AVEC NÉOMYCINE

METIMYD, acétate de prednisolone et sulfacétamide sodique  
SULAMYD Sodique, sulfacétamide sodique  
METICORTELONE, acétate de prednisolone  
Marques de commerce de Schering Corporation Ltd.

Deux préparations éprouvées pour un traitement oculaire topique complet — infections, traumatismes, brûlures, corps étrangers. La suspension Ophtalmique METIMYD associe la Meticortelone pour une action stéroïdique intensifiée et le Sulamyd Sodique pour un traitement anti-bactérien étendu. Présentation: Flacon compte-gouttes de 5 cc. L'Onguent METIMYD avec Néomycine associe la Meticortelone, le Sulamyd Sodique et le sulfate de néomycine . . . lorsqu'une action anti-bactérienne plus puissante est nécessaire. Présentation: Tube applicateur de 1/8 d'once, boîte de 1.

*Schering*   
CORPORATION LIMITED    MONTREAL



## Quand il y a lombo-sacralgie Spencer offre un soulagement

Le Support Spencer constitue un adjuvant efficace pour votre traitement dans les cas d'algies lombo-sacrées, car il est dessiné *individuellement* pour les besoins particuliers de chaque malade — homme ou femme. D'après votre ordonnance, le support est taillé dans d'excellents tissus et muni de baleines flexibles ou rigides, pour donner le degré d'immobilisation voulu. En conséquence, vous êtes assuré d'un meilleur équilibre du corps, confort total et bon support des muscles abdominaux et dorsaux.



Seules les Corsetières Spencer peuvent vendre les Spencers dessinés individuellement. Si l'état de votre malade l'exige, demandez à votre Corsetière de lui prêter un support d'urgence.



# SPENCER

**le support dessiné individuellement**

SPENCER SUPPORTS (CANADA) LTD.,  
Rock Island, P.Q.

États-Unis: Spencer, Inc., New-Haven, Conn.  
Angleterre: Spencer, Ltd., Banbury, Oxon.

Envoyez-moi le nom de la Corsetière Spencer la plus rapprochée.

J'aimerais avoir une démonstration des avantages et caractéristiques Spencer dans mes bureaux.

Nom..... M.D.

Adresse.....

151-4-60

**un adjuvant logique  
du régime amaigrissant**

**méprobamate *plus* d-amphétamine**

...réprime l'appétit...relève le moral...relâche  
la tension due au régime...*sans* stimulation exagérée,  
insomnie ou reliquat d'effet comme les barbituriques.

anorexique-ataraxique

**BAMADEX®**

MÉPROBAMATE AVEC SULFATE DE D-AMPHÉTAMINE LEDERLE

Chaque dragée (rose) renferme: méprobamate 400 mg.; sulfate de d-amphétamine 5 mg.  
Dose: Une dragée une demi-heure à une heure avant chaque repas.

 **CYANAMID OF CANADA LIMITED, Montreal** \*MARQUE DÉPOSÉE

**U**ne clinique de  
recherches et de  
traitements psychiatriques  
dans la banlieue  
de montreal.

Demi-relief de  
Notre-Dame-de-la-Sérénité  
à l'entrée principale.



Hôpital psychiatrique moderne  
de 140 lits, pleinement accredité,  
offrant thérapie biologique  
et psychologique.

Situé dans un domaine  
majestueux, où les occupations  
et récréations thérapeutiques  
sont en fonction des besoins,  
du confort et de l'agrément  
des patients.

Affilié au département de  
psychiatrie de l'Université  
de Montréal, pour la formation  
de résidents, de psychologues, de  
travailleurs sociaux et d'infirmières  
spécialisées en psychiatrie.

*Brochures et tarifs sur demande.*

**INSTITUT  
ALBERT PREVOST**

**6555 OUEST, BOULEVARD GOUIN, MONTRÉAL 9, CANADA.**

## L'HUILE DE BLÉ-D'INDE ET LA SANTÉ...

Combinaison rationnelle des linoléates  
et autres lipides... le facteur "L-plus".



Des études cliniques, avec régimes surveillés, ont démontré que l'huile de blé-d'Inde peut contribuer à abaisser le pourcentage du cholestérol sanguin.

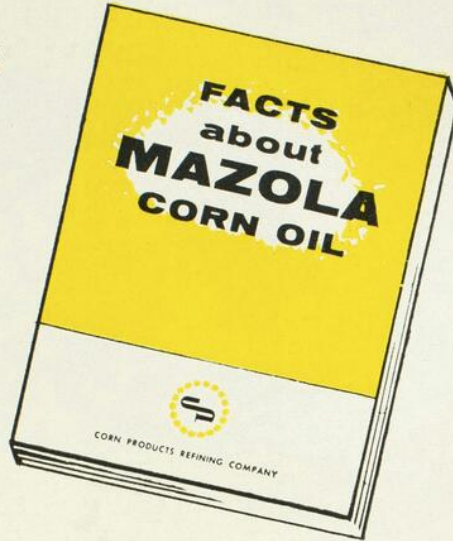
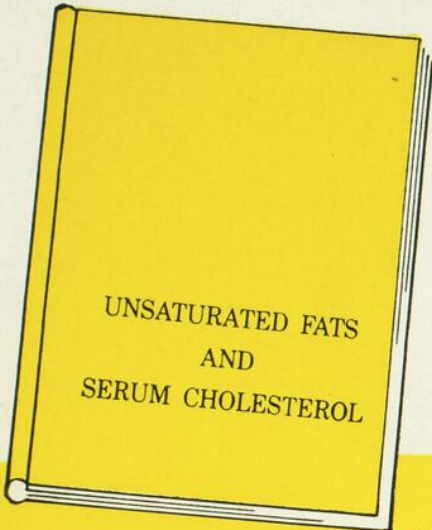
Les chercheurs ont souvent attribué cette action de l'huile de blé-d'Inde à la non-saturation totale, à l'acide linoléique, au sitostérol et autres composés actifs non encore déterminés. Nous identifierons cette combinaison comme étant le facteur "L-plus".

**L'huile de blé-d'Inde MAZOLA contient une grande quantité du facteur "L-plus".**

L'huile de blé-d'Inde MAZOLA contient 56% d'acide linoléique (ingrédient principal du facteur "L-plus")... le plus fort pourcentage parmi les huiles comestibles généralement vendues. L'acide linoléique est un des acides gras que le corps humain ne peut synthétiser. On doit donc y suppléer par un régime approprié.

On peut régulariser le pourcentage du cholestérol sanguin sans recourir à un régime rigoureux. Plusieurs experts en nutrition suggèrent maintenant que le tiers et même la moitié des lipides soient fournis par l'huile végétale non saturée, spécialement quand le contrôle du cholestérol sanguin présente un problème. On peut utiliser avantageusement l'huile de blé-d'Inde MAZOLA... riche en facteur "L-plus"... pour rétablir cet équilibre.

## DÉPLIANTS GRATUITS



**CHAQUE CUILLÉRÉE À SOUPE D'HUILE  
MAZOLA (14g) CONTIENT APPROXIMATIVEMENT :**

Acide linoléique .....	7 g
Sitosterol naturel .....	130 mg
Tocopherol naturel .....	15 mg
Total des acides gras non saturés .....	11 mg
Calories .....	126
Cholesterol .....	0

### THE CANADA STARCH COMPANY LIMITED

Dépt. M-1940, édifice Sun Life,  
Montréal, P.Q.

Veuillez, s.v.p., m'envoyer un exemplaire gratuit de

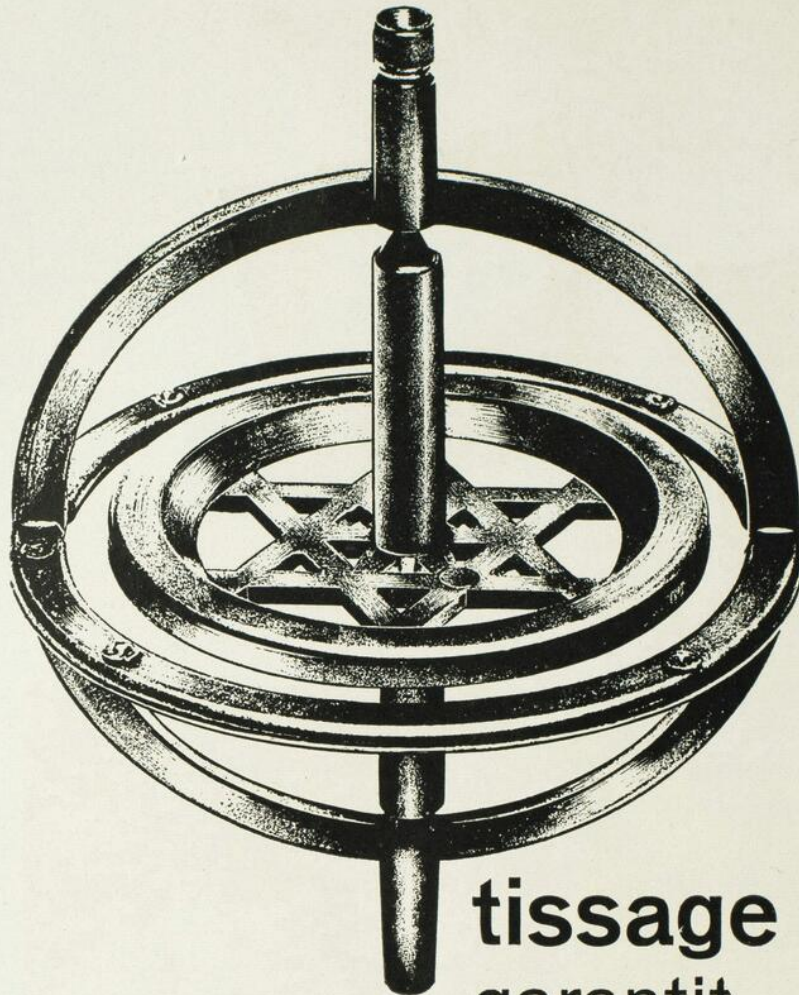
1. "Unsaturated Fats and Serum Cholesterol" (*anglais seulement*) ..
2. "Facts about Mazola Corn Oil" (*anglais seulement*) ..
3. "Recettes avec l'Huile de Maïs Mazola pour une  
meilleure alimentation"  
(INDIQUER LE NOMBRE) ..

MÉDECIN .....

ADRESSE .....

VILLE ..... PROV.....





**tissage équilibré**  
garantit  
un soutien  
uniforme

**AUJOURD'HUI... MEILLEURE QUE JAMAIS PARCE QUE**

FABRIQUE  
AU CANADA

**B-D**

la proportion des fils de la chaîne (en long) et de ceux de la trame (en travers), déterminée de façon scientifique pour chaque Bande ACE assure une pression qui —

- garantit une élasticité égale et contrôlable
- maintient sous pression
- évite le tassement
- réduit au minimum la possibilité de constriction veineuse

**ACE**

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

**BANDE ELASTIQUE CAOUTCHOUEE**

B-D ET ACE SONT DES MARQUES DE FABRIQUE

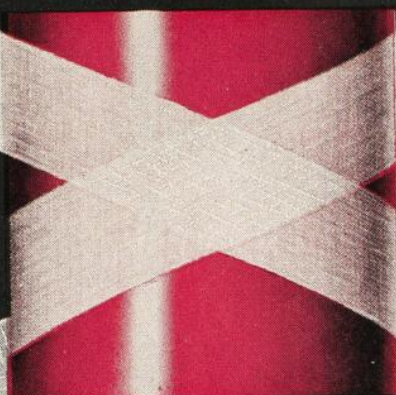
777607

**S'ADAPTE**  
à toutes les formes

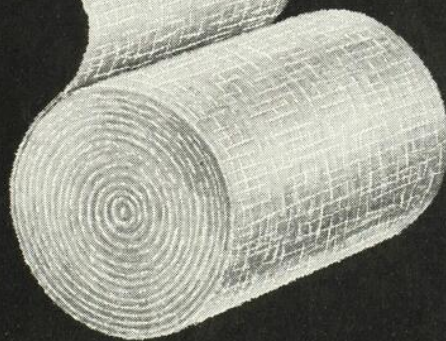
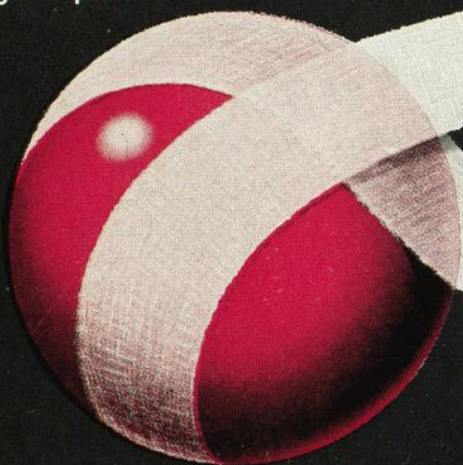


# PANSEMENT KLING\*

**AUTO-ADHÉRENT**  
— ne glisse pas

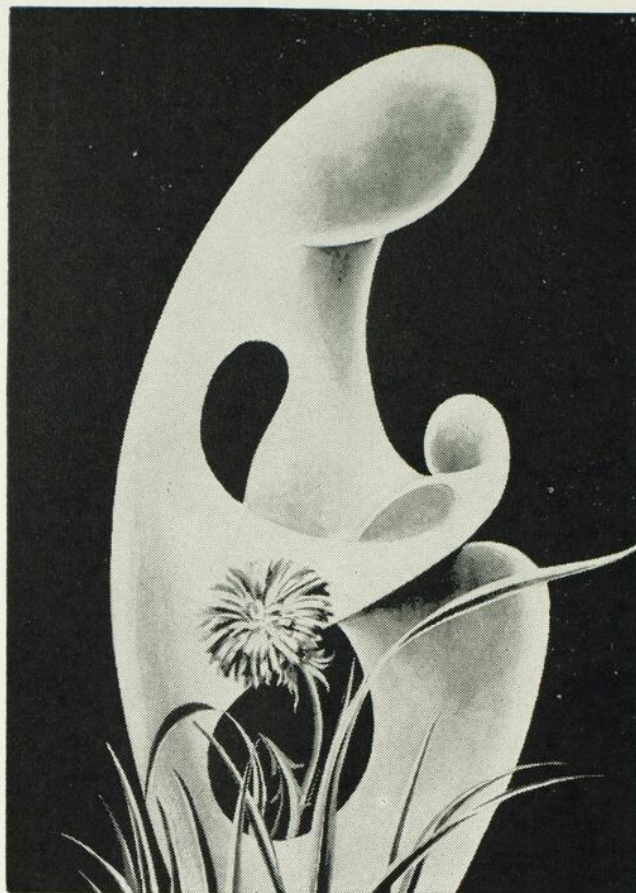


**S'ÉTIRE**  
— ne serre pas  
la partie enflée



Le pansement KLING permet de faire plus facilement et plus proprement des pansements qui laissent plus de liberté de mouvement, tout en restant en place.

**Johnson & Johnson**  
LIMITED MONTREAL



# SECROSTERON<sup>®</sup>

*Un agent purement progestatif*

L'absence d'effets secondaires, ordinairement associés à l'emploi d'agents progestatifs, a été réalisée par la synthèse de la 6 $\alpha$ , 21-diméthylethisterone (diméthisterone), maintenant disponible, en comprimés, sous le nom de SECROSTERON.

La Sécrostéron, administrée per os, est douée d'une activité remarquable. On a constaté qu'elle est douze fois plus énergique que l'éthisterone. Entièrement dépourvue de propriétés anaboliques, androgéniques ou estrogéniques, la Sécrostéron est un agent purement progestatif.

La Sécrostéron produit une réaction progestative intéressant également les éléments glandulaires et stromatiques de l'endomètre, contrairement aux agents progestatifs connus jusqu'à présent, qui déterminent une prolifération plus importante du stroma que des glandes.

## INDICATIONS:

Ménorragie, métrorragie, avortement habituel; menace d'avortement, aménorrhée secondaire, stérilité (due à un fonctionnement défectueux de l'endomètre).

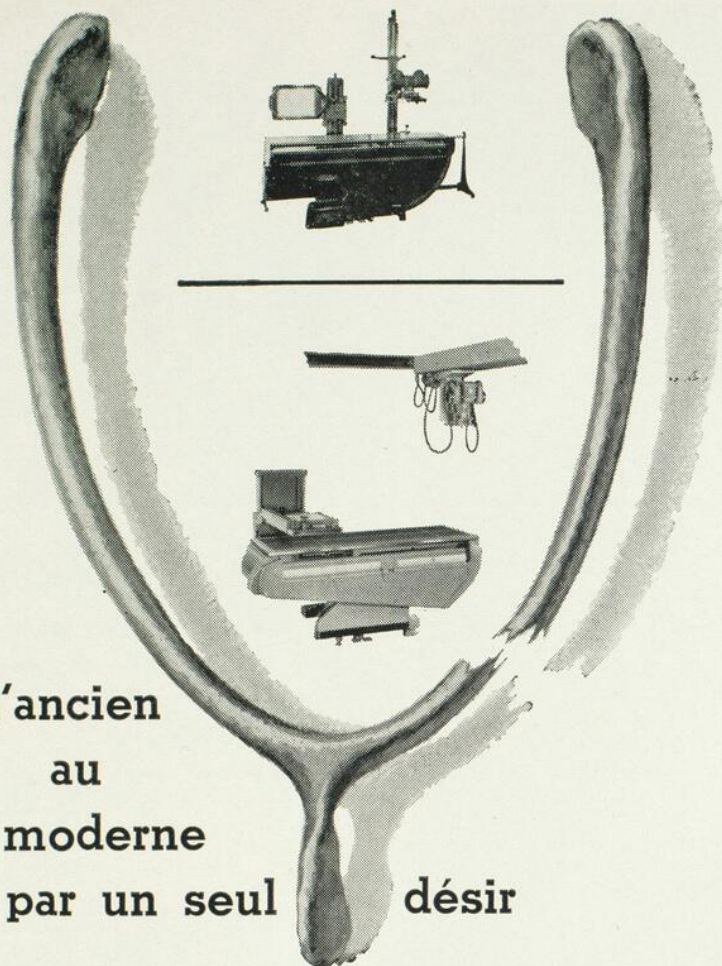
## POSOLOGIE:

Un comprimé de 5 mg. trois fois par jour, sauf dans l'avortement habituel où la dose est de un comprimé de 5 mg. par jour.

En flacons de 30 et 100 comprimés.



**BRITISH DRUG HOUSES**



De l'ancien  
au  
moderne  
par un seul désir

*Modernisation sans mise de fonds  
grâce au service de location G-E Maxiservice*

Il est aussi simple de louer des appareils à rayons X que de vous abonner au téléphone! Le service exclusif de location Maxiservice met à votre disposition des équipements à rayons X G-E entièrement nouveaux... sans que vous ayez à entamer vos épargnes. Il vous permet une installation "à la moderne", exempte de soucis, et cela, de façon permanente. Pour de plus amples détails, voyez votre représentant d'appareils à rayons X G-E, ou envoyez-nous le coupon ci-contre pour obtenir une brochure.

**Tout ceci pour un versement mensuel —**

- Equipement à rayons X moderne, exempt des ennuis dus à des appareils désuets
- Service complet: inspection périodique, entretien, accessoires, réparations d'urgence
- Facilité de remplacer les pièces ou d'en ajouter à mesure qu'apparaissent de nouvelles améliorations
- L'assurance est payée pour l'équipement au complet — en cas de perte ou de dommage, G-E le répare ou le remplace
- Les taxes locales pour la propriété de l'appareil sont payées.



**SERVICE DES RAYONS X  
GENERAL ELECTRIC CO.  
Milwaukee 1, Wisconsin, Suite FF--41**

S.V.P. m'envoyer votre plaquette de 12 pages  
MAXISERVICE

Nom .....

Adresse .....

*Le Progrès est le plus Important de nos Produits*

**GENERAL  ELECTRIC**



contre les  
brûlements d'estomac  
pendant la grossesse

# Gelusil<sup>®</sup>

Antiacide adsorbant

soulagement rapide, durable

aucun retour d'acide

ne constipe pas

ne renferme pas de laxatif



TORONTO, ONTARIO

*Le Cognac  
de l'amitié*  
**MARTELL**



*Le cognac le plus demandé  
au monde*

*Depuis 1715, les hôtes accueillants  
offrent du Martell*

MIS EN BOUTEILLE À COGNAC, FRANCE.

## Le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada

### AVIS CONCERNANT LES EXAMENS

Chaque automne ont lieu les examens pour admission au Titre d'Associé (Fellow) en Médecine ou en Chirurgie générale, avec modification de ces examens pour certaines spécialités, et pour la Certification dans les spécialités médicales et chirurgicales approuvées.

Les demandes d'admission aux examens de 1960 seront acceptées jusqu'au **30 avril 1960**.

On peut se procurer sur demande les "Règlements et Normes de Formation post-universitaire régissant les Examens", ainsi que les formules de demande d'admission aux examens, la liste des hôpitaux canadiens reconnus et les formules de demande d'évaluation de la formation et des études post-universitaires. On doit spécifier la spécialité (ou les spécialités) à laquelle on est intéressé.

Toute communication doit être adressée comme suit:

**Le Secrétaire,**

**Le Collège Royal des Médecins et  
Chirurgiens du Canada,**

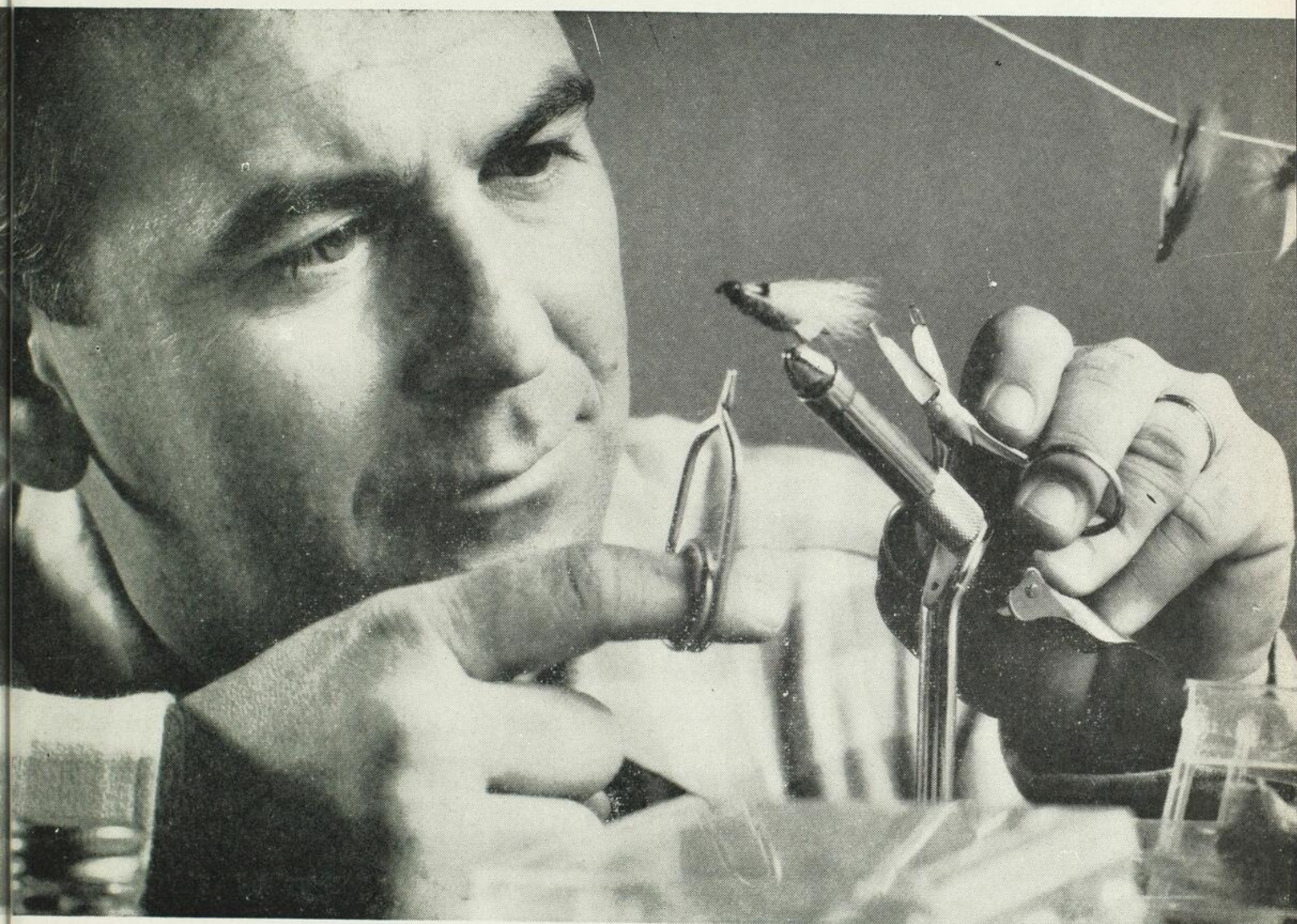
**74, avenue Stanley, Ottawa 2, Canada.**

Dans votre pratique quotidienne, l'EQUAZINE contribue à abolir les troubles émotifs, graves ou modérés qui se manifestent par de l'appréhension ou de l'agitation ou qui accompagnent:

- la nausée et le vomissement
- la tension prémenstruelle
- l'insomnie
- l'alcoolisme
- la dépression (avec anxiété)
- les symptômes de la ménopause

L'EQUAZINE agit à la fois au niveau des régions thalamique et hypothalamique du cerveau; elle abolit l'anxiété et la tension aussi bien que l'agitation psycho-motrice.

*Abolit l'agitation psycho-motrice, l'anxiété et la tension*



# EQUAZINE\*

méprobamate et chlorhydrate de promazine Wyeth

ACTIVITÉ SPÉCIFIQUE GRÂCE À LA DUALITÉ D'ACTION

La capsule, vert et blanc, renferme méprobamate 200 mg., et chlorhydrate de promazine 25 mg.

*Présentation:* En flacons de 50 capsules.

*Posologie:* La posologie habituelle d'EQUAZINE est 1 à 2 capsules, trois à quatre fois par jour.

\* Marque de commerce

  
The Wyeth Companies  
WILMINGTON, DELAWARE

## TABLE DES ANNONCEURS

	Pages		Pages
Abbott Laboratories Ltd. (Iberol — Pentothal)	53 - 54	Leeming Miles Pharmaceuticals Inc. (Métamine C)	63
Austin Laboratories Ltd. (Crème Furacin)	9	Le Ministère de la Santé de la Province de Québec (Bienfaits des Services de Santé)	80
Austin Laboratories Ltd. (Altafur)	13	Mead Johnson (Obelins)	69
Ayerst, McKenna & Harrison Ltée (Hylenta - Béminal)	27 - 28	Merck, Sharp & Dohme (Decadron)	24 - 25
Baxter Laboratories of Canada Ltd. (Travad)	40	Millet, Roux & Cie, Ltée (Néo-Spasmyl)	3
Bayer Company Ltd. (Aspirin)	86	Parke, Davis & Co. Ltd. (Chloromycetin)	37
Becton, Dickinson & Co., Canada Ltd. (Ace)	96	Pfizer Canada Ltd. (Cosa-Tétracyne)	67
Bell-Craig Ltd. (Sulfatussin — Sulfatussin-Pen)	18	Pitman-Moore of Canada Ltd., E. B. Shuttleworth division (Novahistex)	49
Berrols-Diets Ltd. (Menus équilibrés Berrols)	48	Poulenc Limitée (Stémétill)	7 - 8
Borden Company Ltd., The (Mull-Soy)	71	Poulenc Limitée (Largactil)	17
Bristol Laboratories of Canada Ltd. (Tetrex)	72 - 73	Redpath & Son (Cognac Martell)	100
British Drug Houses (Secrosteron)	98	Robins Co. of Canada Ltd. (Phenaphen avec Codéine)	39
Burroughs-Wellcome & Co. (Darenthin)	20	Robins Co. of Canada Ltd. (Dimétane)	85
Canada Drug Ltée (Somenal — Betagène — Lacto-Cal — Arteryl)	14	Rougier Inc. (Kerabec)	Première page de la couv.
Canada Drug Limitée (Paveral)	102	Roussel (Canada) Ltée (Androstalone)	44
Canada Starch Co. Ltd. (Huile de blé d'Inde Mazola)	94 - 95	Roussel (Canada) Ltée (Gonadyl)	52
Carnation Milk (Lait semi-écrémé)	84	Sandoz Pharmaceuticals (Mellaril)	43
Ciba Limitée (Ser-Ap-es) — Deuxième page de la couverture		Schering Corp. Limited (Trancin)	5
Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada (Examens)	100	Schering Corp. Limited (Metimyd)	91
Crookes-Barnes Canada, Ltd. (Argyrol S.S.)	32	Searle Co. of Canada Ltd., G. D. (Aldactone)	83
Crookes-Barnes Canada, Ltd. (L-Glutavite)	81	Sherman Laboratories (Protamide)	16
Desbergers Limitée (Heparos — B-Totum Concentré — Quatrième page de la couv.)		Smith, Kline & French Inter-American Corp. (Stelazine)	70
Desitin Chemical Co. (Onguent Desitin)	82	Smith & Nephew Ltd. (Carbonet)	34
Eddé, J., Limitée (Artichobyl)	26	Spencer Supports (Canada) Ltd. (Supports Spencer)	92
Endo Drugs (Canada) Ltd. (Percodan)	36	Squibb & Sons Ltd. (Mysteclin-V)	21
Frosst, Chas. E. & Co. (Alamino)	4	Squibb & Sons Ltd. (Rautractyl)	74 - 75
Frosst, Chas. E. & Co. (Trulfacillin)	15	Strassenburgh Co. of Canada Ltd. (Biphetamine)	45
Frosst, Chas. E. & Co. (Trulfa, Trulfa-Zine)	19	Strassenburgh Co. of Canada Ltd (Ionamin)	47
Frosst, Chas. E. & Co. (Falapen)	31	Swift Canada Co. (Viandes pour bébés)	88
Fullford Co. Ltd., G. T. (Tablettes Baby's Own)	78	Upjohn Co. Limited (Medrol)	6 - 58 - 60 - 62 - 64 - 66
Geigy Pharmaceuticals (Tofranil)	29	U. S. Vitamin Limited (DBI)	76 - 77
General Electric (Maxiservice)	99	Vinant Limitée (Opobyl — Pipérazine Midy — Thiodé- razine Midy — Thiodacaine Midy)	42
Heinz Baby Foods (Aliments pour bébés)	90	Warner-Chilcott Laboratories (Pyridium)	38
Herd & Charton, Inc. (Vichy Célestins)	2	Warner-Chilcott Laboratories (Mandelamine)	46
Herd & Charton, Inc. (Algésal)	55	Warner-Chilcott Laboratories (Peritrate)	51
Herd & Charton, Inc. (Marro-Dausse)	56	Warner-Chilcott Laboratories (Warnerin)	59
Herd & Charton, Inc. (Dainite-Ki, Ki-N)	57	Warner-Chilcott Laboratories (Nardil)	68
Hoechst Pharmaceuticals of Canada Ltd. (Reverin)	87	Warner-Chilcott Laboratories (Gelusil)	100
Hoffmann - La Roche Limitée (Librium)	12	White Laboratories of Canada Ltd. (Permitil)	23
Hoffmann - La Roche Limitée (Crème Triburon)	30	White Laboratories of Canada Ltd. (Orabiotic)	35
Horner Ltd., Frank W. (Procytox)	22	Winthrop Laboratories of Canada (Plaquenil)	41
Institut Albert-Prévost (Hôpital psychiatrique)	93	Wyeth & Bros. (Canada) Ltd., John (Sparidol)	11
Johnson & Johnson Limitée (Pansement Kling)	97	Wyeth & Bros. (Canada) Ltd., John (Carvasin)	33
Lederle Laboratories (Declomycin) Troisième page de la couv.		Wyeth & Bros. (Canada) Ltd., John (Promatussin)	50
Lederle Laboratories (Achromycine)	1	Wyeth & Bros. (Canada) Ltd., John (Zactirin)	61
Lederle Laboratories (Filibon)	79	Wyeth & Bros. (Canada) Ltd., John (Sparine)	65
Lederle Laboratories (Bamadex)	89 - 91 - 93	Wyeth & Bros. (Canada) Ltd., John (Equazine)	101

# PAVERAL

reste toujours un médicament de choix pour le traitement scientifique de la

## • • COQUELUCHE • •

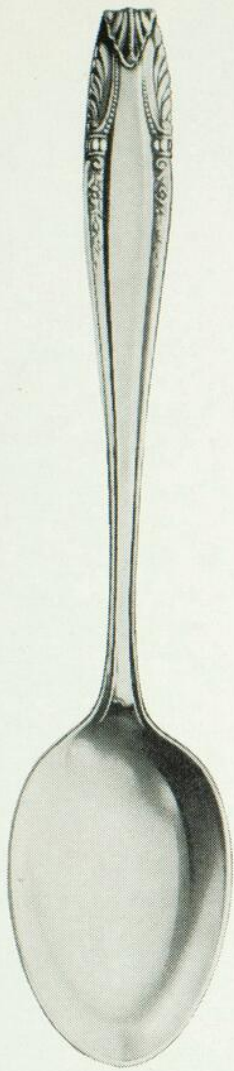
est journellement prescrit avec succès pour les cas de coqueluche et  
des toux coqueluchoïdes. — Ne cause ni intolérance ni complications.

*Littérature sur demande.*

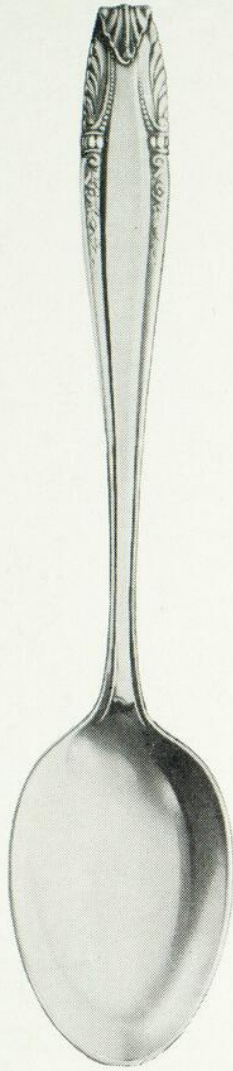
**CANADA DRUG LTÉE LTD., MONTRÉAL**



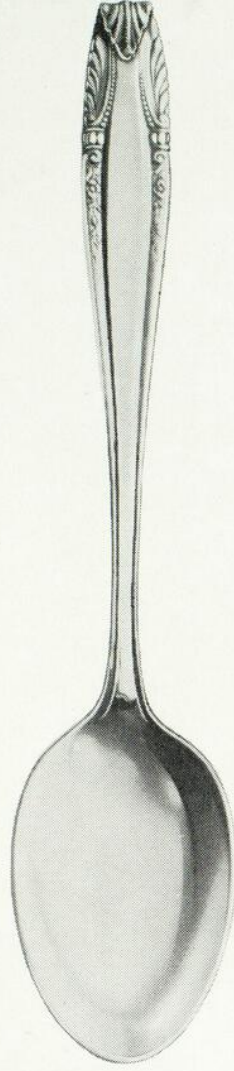
Imprimée dans les Ateliers de la  
Librairie Beauchemin Limitée, Montréal.



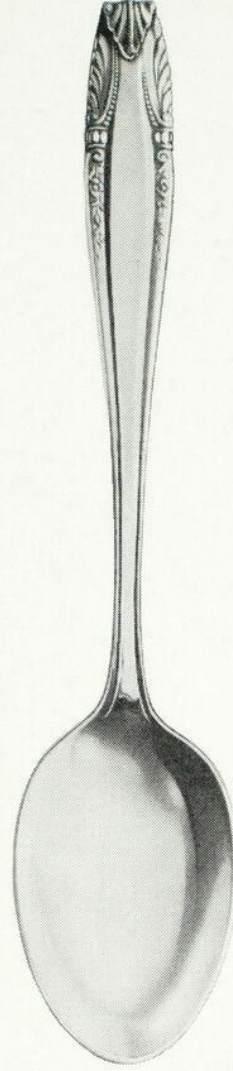
plus grande  
activité



meilleure  
tolérance digestive



action de  
pointe soutenue



protection pendant  
un jour de plus  
contre les rechutes

MAINTENANT...

LES BIENFAITS SUPPLÉMENTAIRES DE LA

# DECLOMYCIN\*

Déméthylchlortétracycline Lederle

À LARGE SPECTRE

DANS LE NOUVEAU

## SIROP

AROMATISÉ À LA CERISE

75 mg./c. à thé de 5 cc., en flacons de 2 onces  
—3-6 mg. par livre par jour en quatre doses  
fractionnées



CYANAMID OF CANADA LIMITED Montreal

\*Marque Déposée

# HEPAROS

FOIE DE VEAU CONCENTRÉ et ACIDES AMINÉS

PAR VOIE ORALE

Additionnés de 50 microgrammes de Vitamine B<sub>12</sub> par ampoule  
et de tous les facteurs anti-anémie secondaire.

### Posologie:

Une ampoule à tous les deux  
jour ou tous les jours  
selon le cas.

### Indications:

Anémies secondaires, aussi  
comme médication de support  
dans le traitement spécifique  
de l'anémie pernicieuse.

Boîtes de 10 et 25 ampoules "buvables".

"UN PRODUIT DESBERGERS"

**DESBERGERS LIMITÉE**

*Biologistes • Chimistes • Pharmaciens*

**MONTRÉAL**

**CANADA**

## B-TOTUM CONCENTRÉ

**PLUS 160 MGM DE VITAMINE "C" PAR DRAGÉE**

indiqué dans toutes les manifestations nerveuses, digestives, névrites, perte d'appétit, perte de poids, gingivite, etc., imputables directement ou indirectement à une déficience des vitamines B et C. Aussi dans les cas où il y a perte de vitamines hydrosolubles par transpirations profuses, diarrhées, états fébriles, etc.

### Chaque dragée contient:

Mononitrate  
de Thiamine .....7.5 mgm  
Riboflavine  
(Vitamine B<sub>2</sub>) .....7.5 mgm  
Niacinamide .....20.0 mgm  
Chlorure de  
Pyridoxine .....0.5 mgm  
d-Pantothénate  
de Calcium.....2.0 mgm  
ACIDE ASCORBIQUE  
(VITAMINE C) .... 160.0 mgm

### POSOLOGIE:

**1 - 3 dragées par jour  
selon le cas.**

### CONDITIONNEMENT:

**Flacons de 50 dragées.**

