

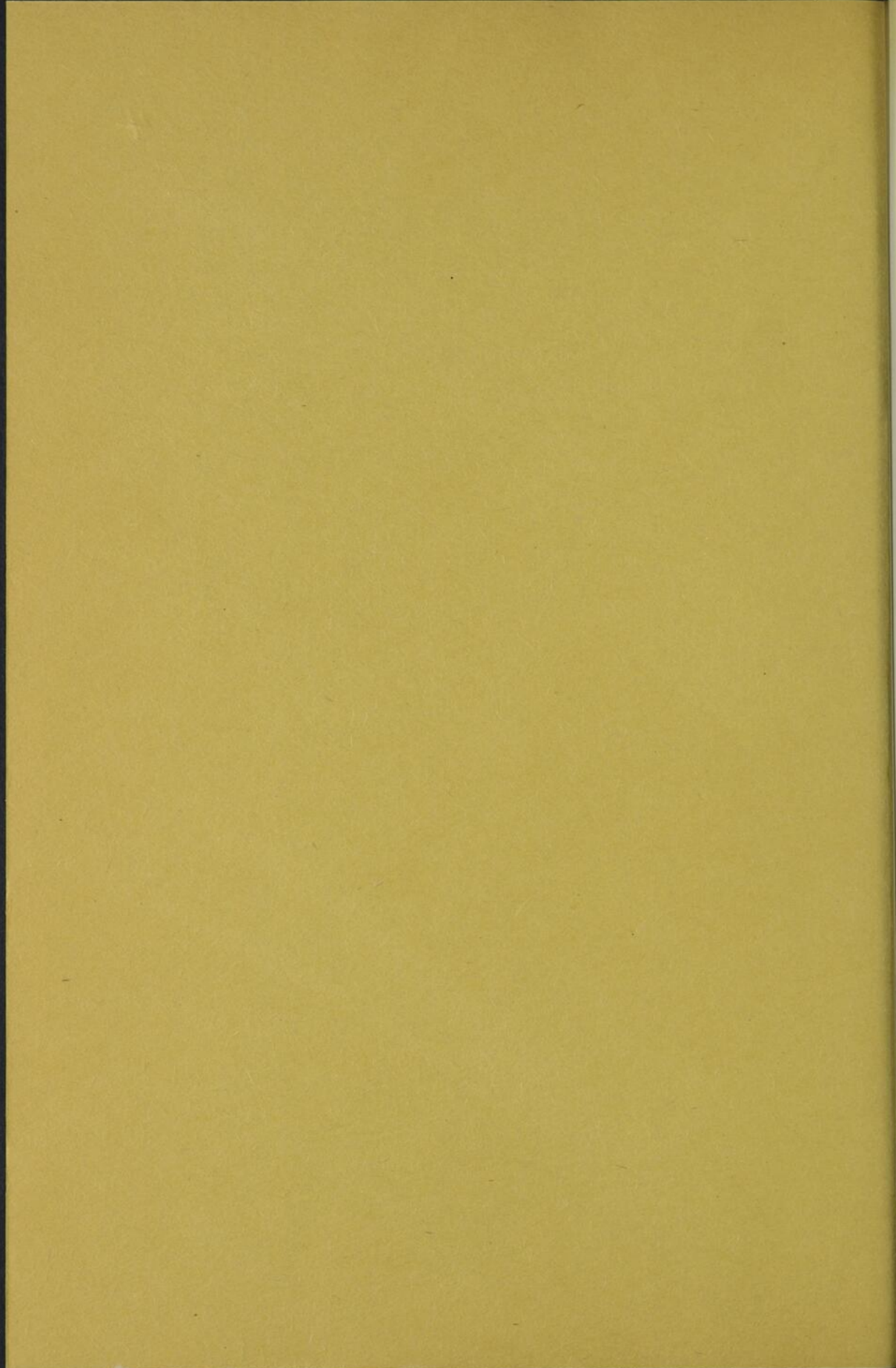


Bibliothèque Nationale du Québec

610.050

304

L



BIBLIOTHÈQUE
MINISTÈRE DE LA SANTÉ

MINISTÈRE DE LA SANTÉ
BIBLIOTHÈQUE

LAVAL MÉDICAL

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE
DES
HÔPITAUX UNIVERSITAIRES
DE LAVAL

Direction

FACULTÉ DE MÉDECINE
UNIVERSITÉ LAVAL
QUÉBEC



LAVAL MÉDICAL

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE LAVAL

CONDITIONS DE PUBLICATION. *Laval médical* paraît tous les mois, sauf en juillet et août. Il est l'organe officiel de la *Société médicale des Hôpitaux universitaires de Laval*, et ne publie, dans la section *Bulletin*, que les travaux originaux des membres de cette Société ou les communications faites devant d'autres sociétés à la condition que ces études soient inédites et qu'elles aient été résumées devant la Société médicale des Hôpitaux.

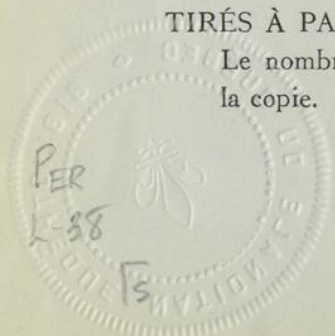
MANUSCRITS. Il est essentiel que, dans les manuscrits, le nom des auteurs cités, dans le texte comme dans la bibliographie, vienne en écriture moulée.

COPIES. Les copies doivent être dactylographiées avec double espace.

CLICHÉS. Pour fins de clichage, nos collaborateurs devront nous fournir des photographies noires sur papier glacé. Les dessins seront faits à l'encre de Chine sur papier blanc.

ABONNEMENT. Le prix de l'abonnement est de cinq dollars par année au Canada et de sept dollars cinquante sous à l'étranger. Les membres de la Société médicale des Hôpitaux universitaires jouissent du privilège d'un abonnement de groupe dont les frais sont soldés par la Société.

TIRÉS À PART. Il seront fournis sur demande au prix de revient. Le nombre des exemplaires désiré devra être indiqué en tête de la copie.



LAVAL MÉDICAL

VOL. 31

N° 1

JANVIER 1961

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE
DES HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE LAVAL
1960

MEMBRES CORRESPONDANTS ÉTRANGERS

- M. le professeur René CRUCHET, de Bordeaux.
M. le professeur Raoul KOURILSKY, de Paris.
M. le professeur Albert JENTZER, de Genève.
M. le professeur Henry L. BOCKUS, de Philadelphie.
M. le professeur Alexander BRUNSCHWIG, de New-York.
M. le professeur Charles H. BEST, de Toronto.
M. le professeur Jean MARCHE, de Paris.
-

COMPOSITION DU BUREAU

- Président : M. le professeur Honoré NADEAU.
Vice-président : M. le professeur Charles-A. MARTIN.
Secrétaire général : M. le docteur Rolland CÔTÉ.
Secrétaire correspondant : M. le professeur Georges-A. BERGERON.
Trésorier : M. le docteur Grégoire SAINT-ARNAUD.
Directeurs : MM. les professeurs Émile GAUMOND, Eustace MORIN et René SIMARD ; MM. les docteurs Claude BÉLANGER, F.-X. BRISSON, Roland CAUCHON, Euclide DÉCHÊNE, Jean-Paul DÉCHÊNE, Pierre GRONDIN, Jean-Marie LEMIEUX, Jean-Marie LOISELLE et Yves ROULEAU.
-

MEMBRES ÉMÉRITES

MM. COUILLARD, Edgar,	à la Faculté de médecine.
FORTIER, J.-É.	à la Faculté de médecine.
PAQUET, Albert,	à la Faculté de médecine.
PETITCLERC, J.-L.,	à l'Hôtel-Dieu.

LISTE DES MEMBRES TITULAIRES ET ADHÉRENTS

MM. ALLARD, Eugène,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
ALLEN, Marc,	à l'Hôpital Saint-Joseph, T.-R.
ANGERS, Benoît,	à l'Hôtel-Dieu de Chicoutimi.
AUDET, Jacques,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
AUDET, Luc,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
AUGER, Carlton,	à l'Hôtel-Dieu.
AUGER, Gustave,	à l'Hôtel-Dieu.
AUGER, Paul,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
BABINEAU, Louis-Marie,	à la Faculté de médecine.
BEAUDET, Jean-Paul,	à l'Hôpital Saint-Joseph, T.-R.
BEAUDET, Hector,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
BEAUDOIN, Jean-Luc,	à l'Hôtel-Dieu.
BEAUDRY, Édouard,	à l'Hôtel-Dieu de Chicoutimi.
BEAUDRY, Maurice,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
BEAULIEU, Émile,	à l'Hôtel-Dieu de Chicoutimi.
BEAULIEU, Maurice,	à l'Hôpital Laval.
BEAUREGARD, Léon,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
BÉDARD, Arthur,	à l'Hôtel-Dieu.
BÉDARD, Dominique,	à la Clinique Roy-Rousseau.
BÉDARD, Lucien,	à l'Hôpital Saint-Joseph, T.-R.
BÉLANGER, Claude,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
BÉLANGER, Jean-Marie,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
BÉLANGER, Maurice,	à l'Hôtel-Dieu de Chicoutimi.
BELCOURT, Roger,	à l'Hôpital Sainte-Foy.
BERGERON, Georges-A.,	à la Faculté de médecine.

MM. BERGERON, Jacques,	à l'Hôpital Sainte-Foy.
BERLINGUET, Louis,	à la Faculté de médecine.
BERNIER, Jean-Pierre,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
BERNIER, Léonard,	à l'Hôtel-Dieu.
BERTHO, Émile,	à l'Hôtel-Dieu de Chicoutimi.
BERTRAND, Guy,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
BISSONNETTE, Jean-Paul,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
BLANCHET, Roméo,	à la Faculté de médecine.
BOILARD, Charles,	à l'Hôtel-Dieu.
BOIVIN, Paul-A.,	à l'Hôpital Saint-François-d'Assise.
BOIVIN, Roch,	à l'Hôtel-Dieu de Chicoutimi.
BONENFANT, J.-Ls,	à l'Hôtel-Dieu.
BOUCHARD, Marcel,	à l'Hôpital Saint-Michel-Archange.
BOUDREAU, Gérard,	à l'Hôtel-Dieu de Chicoutimi.
BOULANGER, Jacques,	à l'Hôpital Sainte-Foy.
BOULAY, Jacques,	à l'Hôpital Sainte-Foy.
BOURGOIN, Louis,	à la Clinique Roy-Rousseau.
BRISSON, F.-X.,	à l'Hôtel-Dieu de Chicoutimi.
BROCHU, Paul,	à l'Hôpital Saint-François-d'Assise.
BROSSEAU, Claude,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
BRUNEAU, Joseph,	à l'Hôtel-Dieu de Chicoutimi.
BRUNET, Claude,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
BRUNET, Jacques,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
CAMPBELL, Maurice,	à l'Hôpital Saint-Joseph, T.-R.
CAOUCETTE, Maurice,	à l'Hôtel-Dieu.
CAOUCETTE, Robert,	à l'Hôtel-Dieu.
CARBOTTE, Marcel,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
CARON, Sylvio,	à la Clinique Roy-Rousseau.
CARON, Wilfrid,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
CARRIER, Henri,	à l'Hôtel-Dieu de Chicoutimi.
CAUCHON, Roland,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
CAUX, Magella,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
CAYER, Lomer,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
CHARBONNEAU, Aubin,	à l'Hôtel-Dieu de Chicoutimi.
CHAREST, André,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.

MM. CHOUINARD, Lévi,	à la Faculté de médecine.
CLAVEAU, Charles,	à l'Hôtel-Dieu de Chicoutimi.
CLAVEAU, Cléophas,	à l'Hôtel-Dieu de Chicoutimi.
CLAVEAU, Paul,	à la Faculté de médecine.
CLAVEAU, Robert,	à l'Hôtel-Dieu de Chicoutimi.
CLAVET, Marcel,	à l'Hôtel-Dieu.
COMTOIS, Gaston,	à l'Hôtel-Dieu de Chicoutimi.
CÔTÉ, Jacques,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
CÔTÉ, Jean-Robert,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
CÔTÉ, Paul-Émile,	à l'Hôpital Sainte-Foy.
COULOMBE, Maurice,	à l'Hôpital Saint-Michel-Archange.
COULONVAL, Louis,	à l'Hôtel-Dieu.
COUTURE, Jean,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
DARCHE, Jean,	à l'Hôpital Saint-Joseph, T.-R.
DÉCHÊNE, Euclide,	à l'Hôpital de la Crèche.
DÉCHÊNE, Jean-Paul,	à l'Hôpital Laval.
DELÂGE, Jean,	à la Clinique Roy-Rousseau.
DELÂGE, Jean-Marie,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
DELÂGE, Maurice,	à l'Hôpital Sainte-Foy.
DEMERS, F.-X.,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
DEMERS, Marc-André,	à l'Hôpital Saint-François-d'Assise.
DEMERS, Pierre-Paul,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
DENONCOURT, J.-Avila,	à l'Hôpital Saint-Joseph, T.-R.
DESMEULES, Roland,	à l'Hôpital Laval.
DESROCHERS, Gustave,	à l'Hôpital Saint-Michel-Archange.
DE ST-VICTOR, Jean,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
DE VARENNES, Paul,	à l'Hôtel-Dieu de Chicoutimi.
DION, Claude,	à l'Hôpital Saint-Michel-Archange.
DION, Robert,	à l'Hôpital Laval.
DORVAL, Chs-Henri,	à l'Hôpital Laval.
DROLET, Conrad,	à l'Hôpital Saint-Michel-Archange.
DROUIN, Georges,	à l'Hôpital de la Miséricorde.
DROUIN, Guy,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
DROUIN, René,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
DUCHAINE, Prime,	à l'Hôpital de la Miséricorde.

- MM. DUFOUR, Didier, à la Faculté de médecine.
DUFRESNE, Jean-Paul, à l'Hôpital Saint-Joseph, T.-R.
DUGAL, Jean-Paul, à l'Hôtel-Dieu.
DUGRÉ, Jacques, à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
DUMOULIN, Pierre, à l'Hôpital Saint-Joseph, T.-R.
DUNNE, Roger, à l'Hôpital Sainte-Foy.
M^{me} DUPUIS-LADOUCEUR, Paule, à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
MM. DUPUIS, Pierre, à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
DURAND, Henri, à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
- FILTEAU, Georges, à l'Hôpital Sainte-Foy.
FISSET, P.-Émile, à l'Hôpital Sainte-Foy.
FISHER, J.-C., à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
FOLFY, Roger, à la Faculté de médecine.
FORTIER, Claude, à la Faculté de médecine.
FORTIER, de la B., à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
FORTIER, Jean, à l'Hôpital Saint-François-d'Assise.
FRANCŒUR, Jean, à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
FUGÈRE, Paul, à l'Hôtel-Dieu.
- GAGNÉ, François, à la Faculté de médecine.
GAGNON, André, à la Faculté de médecine.
GAGNON, Gérard, à l'Hôtel-Dieu de Chicoutimi.
GAGNON, Jean-Baptiste, à l'Hôtel-Dieu de Chicoutimi.
GAGNON, Paul-M., à la Faculté de médecine.
GALIBOIS, Paul, à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
GARANT, Oscar, à l'Hôtel-Dieu.
GAREAU, Paul-Émile, à l'Hôpital Laval.
GARNEAU, Jean-Jacques, à l'Hôpital Saint-Joseph, T.-R.
GARNEAU, Robert, à la Faculté de médecine.
GAUMOND, Émile, à l'Hôtel-Dieu.
GAUTHIER, Chs-Auguste, à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
GAUTHIER, G.-Thomas, à l'Hôtel-Dieu de Chicoutimi.
GAUTHIER, Gustave, à l'Hôtel-Dieu de Chicoutimi.
GAUTHIER, Vincent, à l'Hôpital Saint-François-d'Assise.
GAUVREAU, Léo, à l'Hôpital du Saint-Sacrement.

MM. GÉLINAS, Guy,	à l'Hôpital Saint-Joseph, T.-R.
GENDRON, Philippe,	à l'Hôpital Saint-Joseph, T.-R.
GHYS, Roger,	à la Faculté de médecine.
GIGUÈRE, Alphonse,	à l'Hôtel-Dieu.
GINGRAS, Rosaire,	à la Faculté de médecine.
GIROUX, Maurice,	à l'Hôpital Laval.
GOBEIL, Ls-Joseph,	à l'Hôtel-Dieu de Chicoutimi.
GOSSELIN, Jean-Yves,	à l'Hôpital Saint-Michel-Archange.
GOUIN, Jacques,	à l'Hôpital Saint-Joseph, T.-R.
GOULET, Léo,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement,
GOURDEAU, Yves,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
GRANDBOIS, Jean,	à l'Hôtel-Dieu.
GRANTHAM, Harry,	à l'Hôpital Saint-Michel-Archange.
GRAVEL, Joffre-A.,	à l'Hôtel-Dieu.
GRÉGOIRE, Claude,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
GRÉGOIRE, Jean,	à la Faculté de médecine.
GRENIER, Jacques,	à l'Hôpital Saint-Michel-Archange.
GROULX, Georges,	à l'Hôpital Saint-Joseph, T.-R.
GUAY, Marcel,	à l'Hôtel-Dieu.
GUIMOND, Vincent,	à l'Hôtel-Dieu de Chicoutimi.
HALLÉ, Jules,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
HÉBERT, Claude,	à l'Hôpital Laval.
HÉON, Maurice,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
HOUDE, Jacques,	à l'Hôtel-Dieu.
HOULD, Fernand,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
HUDON, Fernando,	à l'Hôtel-Dieu.
JACOB, David,	à l'Hôpital Saint-François-d'Assise.
JACQUES, André,	à l'Hôtel-Dieu,
JACQUES, Guy,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
JEAN, Clément,	à la Faculté de médecine.
JOBIN, Jean-Baptiste,	à la Faculté de médecine.
JOBIN, Joachim,	à l'Hôtel-Dieu.
JOBIN, Pierre,	à la Faculté de médecine.
JOHNSON, Gérard,	à l'Hôpital Saint-Michel-Archange.

MM. JOLICÉUR, Amyot,	à l'Hôpital Sainte-Foy.
JOURDAIN, Camille,	à l'Hôtel-Dieu de Chicoutimi.
JULIEN, Marc,	à l'Hôpital Laval.
LABERGE, Martin,	à l'Hôtel-Dieu.
LABRIE, Gérard,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
LACERTE, Jean,	à l'Hôtel-Dieu.
LACHANCE, P.-A.,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
LACHANCE, Wilfrid,	à l'Hôtel-Dieu de Chicoutimi.
LALIBERTÉ, Charles,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
LALIBERTÉ, Henri,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
LAMARCHE, Guy,	à la Faculté de médecine.
LAMBERT, Jules,	à l'Hôpital Saint-Michel-Archange.
LAMONTAGNE, A.,	à l'Hôpital Saint-François-d'Assise.
LAMOUREUX, Chs-Édouard,	à l'Hôpital Saint-Joseph, T.-R.
LANGLOIS, Marcel,	à l'Hôpital Saint-François-d'Assise.
LAPERRIÈRE, Vincent,	à l'Hôtel-Dieu de Chicoutimi.
LAPOINTE, André,	à l'Hôtel-Dieu.
LAPOINTE, Donat,	à l'Hôpital de la Crèche.
LAPOINTE, Gaston,	à l'Hôtel-Dieu de Chicoutimi.
LAPOINTE, Henri,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
LAPOINTE, Marcel,	à l'Hôtel-Dieu de Chicoutimi.
LAROCHELLE, Jean-Louis,	à l'Hôtel-Dieu.
LAROCHELLE, Napoléon,	à l'Hôtel-Dieu.
LAROCHELLE, Paul,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
LAROCHE, Dollard,	à l'Hôtel-Dieu de Chicoutimi.
LARUE, Antoine,	à l'Hôpital de la Crèche.
LARUE, G.-H.,	à l'Hôpital Saint-Michel-Archange.
LARUE, Lucien,	à l'Hôpital Saint-Michel-Archange.
LAVERGNE, J.-Nérée,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
LAVOIE, Jean-Charles,	à l'Hôtel-Dieu de Chicoutimi.
LAVOIE, René,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
LAVOIE, Roland,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
LEBLANC, Jacques,	à la Faculté de médecine.
LEBLANC, Jean-Baptiste,	à l'Hôpital Saint-Joseph, T.-R.
LEBLOND, Sylvio,	à l'Hôtel-Dieu de Chicoutimi.

MM. LEBLOND, Wilfrid,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
LECLERC, Jules,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
LECLERC, Ls-Philippe,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
LEMIEUX, Hector,	à l'Hôtel-Dieu de Chicoutimi.
LEMIEUX, Jean-Marie,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
LEMIEUX, Jean-R.,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
LEMIEUX, Lionel,	à la Clinique Roy-Rousseau.
LEMIEUX, Renaud,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
LEMONDE, André,	à la Faculté de médecine.
LESAGE, Roger,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
L'ESPÉRANCE, Alphonse,	à l'Hôpital Laval.
L'ESPÉRANCE, Paul,	à l'Hôtel-Dieu.
LESSARD, Camille	à l'Hôpital Laval.
LESSARD, Jean-Marc,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
LESSARD, Richard,	à l'Hôtel-Dieu.
LESSARD, Robert,	à l'Hôtel-Dieu.
LESSARD, Yvon,	à l'Hôtel-Dieu de Chicoutimi.
LETARTE, François,	à l'Hôpital Saint-François-d'Assise.
LÉTIENNE, Louis,	à l'Hôpital Saint-Joseph, T.-R.
LEVASSEUR, Louis,	à l'Hôpital Saint-François-d'Assise.
LOISELLE, Jean-Marie,	à la Faculté de médecine.
LOU, Wu,	à l'Hôpital Laval.
MADORE, Fernand,	à l'Hôtel-Dieu de Chicoutimi.
MAGNAN, Antonio,	à l'Hôpital Saint-Michel-Archange.
MARANDA, Émilien,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
MARCEAU, Gilles,	à l'Hôtel-Dieu.
MARCHAND, René,	à l'Hôpital de la Miséricorde.
MARCOUX, Gendron,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
MARCOUX, Henri,	à l'Hôtel-Dieu.
MAROIS, André,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
MARQUIS, André-B.,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
MARTEL, Antonio,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
MARTEL, Fernand,	à la Faculté de médecine.
MARTIN, Charles-A.,	à la Clinique Roy-Rousseau.
MATTEAU, René,	à l'Hôpital Saint-Joseph, T.-R.

MM. MAYRAND, Gérald,	à l'Hôpital Saint-Joseph, T.-R.
MERCIER, Arthur,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
MOISAN, Fernand,	à l'Hôpital Laval.
MONTMINY, Lionel,	à l'Hôpital Laval.
MOREAU, Alphonse,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
MORIN, Benoît,	à l'Hôpital Saint-François-d'Assise.
MORIN, Eustace,	à l'Hôpital Sainte-Foy.
MORIN, J.-Édouard,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
MORIN, Yves,	à l'Hôtel-Dieu.
NADEAU, Guy,	à l'Hôpital Saint-Michel-Archange.
NADEAU, Honoré,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
NAUD, Robert,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
NORMAND, Georges,	à l'Hôpital Saint-Joseph, T.-R.
PAGÉ, Robert,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
PAINCHAUD, C.-A.,	à la Clinique Roy-Rousseau.
PAINCHAUD, Paul,	à l'Hôtel-Dieu.
PANNETON, André,	à l'Hôpital Saint-Joseph, T.-R.
PAQUET, Adrien,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
PAQUET, Berchmans,	à l'Hôtel-Dieu.
PARADIS, Bernard,	à l'Hôtel-Dieu.
PARADIS, Gérard,	à l'Hôpital Laval.
PARADIS, Guy,	à l'Hôpital Saint-Michel-Archange.
PARENT, Roger,	à l'Hôpital Saint-Michel-Archange.
PATRY, Laurent,	à la Clinique Roy-Rousseau
PAYEUR, Léo,	à l'Hôtel-Dieu.
PELLETIER, Alphonse,	à l'Hôpital Saint-Michel-Archange.
PELLETIER, Émile,	à l'Hôtel-Dieu.
PETITCLERC, Roland,	à l'Hôpital Saint-Michel-Archange.
PETTIGREW, Antoine,	à la Faculté de médecine.
PION, René,	à la Clinique Roy-Rousseau.
PLAMONDON, Charles,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
PLAMONDON, Marc,	à l'Hôtel-Dieu.
PLAMONDON, Marcel,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
PLANTE, Normand,	à l'Hôpital Saint-Michel-Archange.

MM. PLANTE, Robert,	à l'Hôpital Saint-François-d'Assise.
PLOURDE, Camille,	à l'Hôpital Saint-Michel-Archange.
POLIQVIN, Paul,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
POMERLEAU, Pierre,	à l'Hôpital Saint-François-d'Assise.
POTVIN, André,	à l'Hôtel-Dieu.
POTVIN, A.-R.,	à la Faculté de médecine.
POTVIN, Pierre,	à la Faculté de médecine.
POULIOT, Louis,	à l'Hôpital Saint-François-d'Assise.
RACINE, Gérard,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
REID, Léonide,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
REINHARDT, Georges,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
RICHARD, Maurice,	à l'Hôtel-Dieu.
RICHARD, Philippe,	à l'Hôpital Laval.
RINFRET, Lucien,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
ROBERGE, Raoul,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
ROCHETTE, Paul,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
ROGER, Jean-Paul,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
ROULEAU, Yves,	à l'Hôpital Saint-Michel-Archange.
ROUSSEAU, Jean,	à l'Hôpital Sainte-Foy.
ROUSSEAU, Louis,	à l'Hôpital Laval.
M ^{lle} ROUSSEAU, Marie,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
MM. ROY, François,	à l'Hôtel-Dieu.
ROY, Ls-Ph.,	à l'Hôtel-Dieu.
ROY, Marcel,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
ROYER, Louis,	à l'Hôtel-Dieu.
RUCART, Gilbert,	à la Faculté de médecine.
RUELLAND, Raymond,	à l'Hôpital Saint-Michel-Archange.
SAINT-ARNAUD, Grégoire,	à l'Hôtel-Dieu.
SAINT-PIERRE, Rosaire,	à l'Hôpital Saint-Joseph, T.-R.
SAMSON, Euchariste,	à l'Hôtel-Dieu.
SAMSON, Mathieu,	à la Clinique Roy-Rousseau.
SAMSON, Maurice,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
SAUCIER, Roland,	à l'Hôtel-Dieu de Chicoutimi.
SAULNIER, Georges,	à l'Hôtel-Dieu.

MM. SAVARD, Lucien,	à l'Hôtel-Dieu de Chicoutimi.
SCHERRER, Roland,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
SIMARD, Émile	à l'Hôtel-Dieu de Chicoutimi.
SIMARD, Ls-Ph.,	à l'Hôtel-Dieu de Chicoutimi.
SIMARD, René,	à l'Hôpital de la Miséricorde.
SIROIS, Jean,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
SORMANY, Yvon,	à l'Hôtel-Dieu de Chicoutimi.
SYLVESTRE, Ernest,	à l'Hôpital Laval.
TANGUAY, Léo,	à l'Hôtel-Dieu de Chicoutimi.
TÉTREAU, Adélar, d,	à l'Hôpital Saint-Joseph, T.-R.
THERRIEN, Richard,	à l'Hôtel-Dieu.
THIBAUDEAU, Roland,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
THIBAUT, Maurice,	à l'Hôtel-Dieu de Québec.
THIVIERGE, Marcel,	à l'Hôtel-Dieu de Chicoutimi.
TREMBLAY, Gilles,	à l'Hôtel-Dieu de Chicoutimi.
TREMBLAY, G.-W.,	à l'Hôtel-Dieu de Chicoutimi.
TREMBLAY, Jean-Louis,	à l'Hôpital Laval.
TREMBLAY, Léonidas,	à l'Hôpital Laval.
TREMBLAY, Maurice,	à l'Hôtel-Dieu de Chicoutimi.
TREMPE, Florian,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
TURCOT, Jacques,	à l'Hôtel-Dieu.
TURCOT, Roland,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
TURCOTTE, Hector,	à la Faculté de médecine.
TURCOTTE, Maurice,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
TURMEL, Jacques,	à la Clinique Roy-Rousseau.
VACHON, Malcolm,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
VALLIÈRES, Guy,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
VANDAL, Léo,	à l'Hôtel-Dieu de Chicoutimi.
VERREAULT, J.-E.,	à la Faculté de médecine.

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE
DES HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE LAVAL

STATUTS ET RÈGLEMENTS

I. STATUTS

NOM

1. Cette association est connue sous le nom de « SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE LAVAL ».

BUTS

2. La Société médicale des hôpitaux universitaires de Laval a pour buts :

a) De promouvoir l'amitié et la bonne entente entre les membres du personnel de chacun des hôpitaux affiliés à l'université Laval et des départements de l'École de médecine et de réunir en un seul groupement tout le personnel de la Faculté de médecine ;

b) Par la présentation de communications scientifiques, de tenir les membres au courant du travail et des observations cliniques, des améliorations techniques et des travaux de recherche exécutés dans chacun des hôpitaux universitaires ou à l'École de médecine ;

c) De fournir aux jeunes médecins, pendant leur période de formation, l'occasion de préparer et de présenter des travaux scientifiques ;

d) D'appuyer de son autorité, en matières scientifiques, les recommandations concernant l'amélioration de la santé publique, les Services médicaux, l'enseignement médical et la formation des médecins.

JOURNAL

3. Le *Laval médical* est l'organe officiel de la Société.

MEMBRES

4. La Société comprend cinq catégories de membres : les membres titulaires, les membres adhérents, les membres associés, les membres émérites et les membres correspondants.

Les membres titulaires sont les membres actifs de la Société.

5. Peuvent devenir membres titulaires les médecins détenant l'un des titres suivants :

- a) Professeur titulaire à la Faculté de médecine ;
- b) Professeur agrégé à la Faculté de médecine ;
- c) Chef de Service dans un hôpital universitaire ;
- d) Chef d'un département de l'École de médecine ;
- e) Assistant universitaire.

6. Peuvent devenir membres adhérents, les autres médecins admis à pratiquer dans les hôpitaux universitaires.

7. Peuvent devenir membres associés, les scientifiques, etc., attachés aux laboratoires et aux centres de recherche des hôpitaux universitaires ou à l'École de médecine.

8. Deviennent membres émérites, les anciens membres nommés professeurs émérites à la Faculté de médecine.

9. Les membres correspondants sont choisis parmi les personnalités médicales canadiennes et étrangères, qui peuvent apporter à la Société une contribution utile ou qui ont des titres à sa reconnaissance. Leur nombre ne doit pas dépasser cinq pour cent de celui des membres titulaires.

10. Les membres adhérents, associés, émérites et correspondants jouissent des mêmes privilèges que les membres titulaires, sauf qu'ils

n'ont pas droit de vote à l'assemblée générale et qu'ils ne peuvent remplir aucune charge.

OFFICIERS

11. Les officiers de la Société sont au nombre de cinq : un président, un vice-président, un secrétaire général, un secrétaire correspondant et un trésorier.

12. Les officiers sont élus chaque année, à l'assemblée générale, pour un an, par scrutin uninominal secret et ballottage.

13. Le président et le vice-président ne sont rééligibles qu'une fois. Les autres officiers sont indéfiniment rééligibles.

14. Un Comité de nomination, composé de trois anciens présidents, est chargé de présenter une liste comportant un candidat pour chacun des postes d'officier et de la soumettre, pour élection, à l'assemblée générale.

BUREAU DE DIRECTION

15. On élit chaque année, parmi les membres titulaires de la Société, un directeur représentant les membres de chacun des hôpitaux universitaires et de l'École de médecine. Les directeurs et les officiers constituent le Bureau de direction, chargé de conduire les affaires et les activités de la Société.

16. Chaque directeur est élu pour un an et indéfiniment rééligible.

17. Au moins une semaine avant l'assemblée générale, les membres titulaires de chaque hôpital universitaire et de l'École de médecine choisissent dans leur groupe un candidat au poste de directeur et soumettent son nom au Comité de nomination, pour être proposé à l'élection.

18. Les vacances se produisant parmi les membres du Bureau de direction dans l'intervalle des assemblées générales sont comblées par le Bureau de direction. Les officiers ou directeurs ainsi choisis ne sont en fonction que jusqu'à la prochaine assemblée générale. Cependant, le vice-président succède automatiquement au président.

RÉUNIONS

19. La Société tient séance régulièrement le deuxième et le quatrième jeudi soir de chaque mois, de septembre à avril inclusivement,

excepté la quatrième semaine de décembre, à l'École de médecine, ou à l'un ou l'autre hôpital universitaire et, exceptionnellement, à tout autre endroit désigné par le président.

20. La deuxième réunion d'avril est l'assemblée générale annuelle. Au cours de cette réunion on entend les rapports des officiers et des comités permanents et l'on procède aux élections. Cette assemblée clôture l'année d'exercice et se tient toujours à l'École de médecine.

21. Le Bureau de direction, quand il le juge à propos, peut convoquer des assemblées spéciales. Seule la question spécifiée dans l'avis de convocation peut y être discutée. Une assemblée spéciale ne doit pas remplacer une réunion régulière, mais elle peut être combinée avec une réunion régulière.

AMENDEMENTS

22. Tout amendement proposé à ces Statuts doit être soumis par écrit à une réunion régulière de la Société, porter la signature de trois membres titulaires et être lu à l'assemblée par le Secrétaire. Après cet avis de motion, l'amendement est soumis au vote de l'assemblée générale annuelle. Pour être accepté, tout amendement doit recueillir au moins les deux tiers des votes des membres titulaires présents à la dite assemblée annuelle.

II. RÈGLEMENTS

ADMISSION

1. Pour être admis, tout nouveau membre doit être proposé par écrit par le directeur représentant l'institution à laquelle il appartient. Il incombe à ce directeur de vérifier l'éligibilité du candidat, ses titres et la catégorie de membre à laquelle il doit appartenir. Le candidat doit contresigner le bulletin de présentation, pour signifier qu'il accepte d'être proposé.

2. Cette proposition est soumise à la prochaine réunion régulière et si elle obtient la majorité des suffrages des voteurs présents, le candidat est accepté comme membre de la Société. Si le vote est demandé, il doit se faire par scrutin secret.

DURÉE DE L'AFFILIATION

3. Les membres titulaires, adhérents et associés, ne font partie de la Société que pendant la durée de leur fonction universitaire ou hospitalière.

4. Dans le cas où l'un des membres désire démissionner, il doit en aviser le Bureau de direction par écrit. Après l'acceptation de cette démission, le Bureau de direction en donne avis à l'assemblée lors de la prochaine réunion régulière.

COTISATION

5. Les ressources de la Société proviennent des cotisations et souscriptions de ses membres, de dons, de legs et des subventions qui lui sont accordés.

6. La cotisation annuelle est de dix dollars, pour les membres titulaires et adhérents. Elle n'est pas exigée des membres correspondants, émérites et associés. Des nouveaux membres admis après le premier janvier on n'exige que la moitié de la cotisation annuelle.

7. Sont temporairement exemptés de la cotisation annuelle pour l'année courante les membres absents, pendant une période d'au moins six mois, pour un voyage d'étude en dehors de nos milieux universitaires ou pour tout autre voyage commandé.

8. Le coût de la cotisation comprend le prix de l'abonnement au *Laval médical*.

9. L'année fiscale s'étend d'une assemblée générale à la suivante. La cotisation annuelle est payable depuis le début de l'année fiscale jusqu'au premier janvier suivant.

10. Les membres qui ne se sont pas acquittés de leur cotisation dans les délais prévus perdent leur droit de voter.

11. Tout membre qui n'a pas payé sa cotisation pendant deux années consécutives, après avis du trésorier par lettre enregistrée, peut être exclu des cadres de la Société, par un vote majoritaire à l'assemblée générale.

12. Tout membre qui a été rayé des cadres de la Société pour refus de payer sa cotisation ne peut être réinstallé avant d'avoir été réélu suivant la procédure régulière et avant de s'être acquitté de ses redevances vis-à-vis de la Société.

13. Aucun remboursement n'est accordé au membre de la Société, résiliant son adhésion avant la fin de l'année fiscale.

DEVOIRS DES OFFICIERS

14. Le Président préside toutes les réunions ; il exerce une surveillance générale sur les affaires et les activités de la Société ; il est membre *ex officio* de tous les comités permanents, à l'exception du Comité de nomination.

15. Le vice-président doit assumer les devoirs du président durant son absence.

16. Le secrétaire général doit préparer l'ordo des séances de l'année, faire le décompte des membres présents à chaque séance, prendre note des discussions et en fournir un résumé substantiel pour publication dans le *Laval médical* à la suite du travail correspondant et préparer le procès-verbal de chaque séance. Il doit conserver les documents qui appartiennent à la Société. Il est membre *ex officio* de tous les comités permanents.

17. Le secrétaire correspondant remplace le Secrétaire en son absence ; il voit à se procurer en temps opportun le programme définitif de la prochaine séance ; il fait parvenir à chaque membre, au cours de la

semaine qui précède la réunion, un avis de convocation et le programme qui sera présenté. Il fait la correspondance pour la Société.

18. Le trésorier reçoit tous les fonds de la Société et les garde en dépôt à la banque. Il paye les comptes et tient à jour les livres de la Société.

19. Deux membres titulaires sont élus à l'assemblée générale comme auditeurs. Ils doivent faire la vérification des comptes avant la fin de l'année fiscale et certifier de leur exactitude à l'assemblée générale suivante.

DEVOIRS DU BUREAU DE DIRECTION

20. Le Bureau de direction, constitué des officiers et des directeurs de la Société, doit étudier, promouvoir et conduire les affaires de la Société en accord avec les Statuts et règlements, selon les instructions qui lui sont données lors des assemblées régulières. Ses décisions sont soumises à l'approbation des membres, lors d'une assemblée subséquente. Il agit comme comité des programmes. Il nomme les membres des comités permanents.

21. Chaque directeur sert d'intermédiaire entre la société et les membres appartenant au groupe qu'il représente. Il s'occupe du recrutement des nouveaux membres de son institution. Il tient à jour la liste complète des membres de son groupe. Il voit à ce que les membres de son institution préparent en temps opportun des travaux et des communications en accord avec les règlements et les besoins du comité des programmes, de façon à ce que chaque institution fournisse sa contribution aux programmes des séances régulières. Il est responsable de la collection des travaux aux fins de publication.

COMITÉS

22. La Société peut, au besoin, constituer des comités permanents et des comités spéciaux.

Les membres de chaque comité sont choisis par le Bureau de direction et nommés par le président.

Les membres d'un comité choisissent eux-mêmes leur président.

23. Les comités permanents sont au nombre de trois :

- le Comité de nomination ;
- le Comité des prix ;
- le Comité des relations extérieures.

24. Le Comité de nomination est constitué de trois membres ayant déjà rempli la charge de président de la Société. Avant l'assemblée générale, il requiert de chaque institution affiliée le nom d'un ou de deux de leurs membres, qu'ils proposent comme directeur pour les représenter.

Le président du Comité fournit à l'assemblée générale une liste de candidats aux divers postes d'officiers et de directeurs. Cette liste peut comporter un ou plusieurs noms à chaque poste.

25. Le Comité des prix est composé d'au moins trois membres titulaires, dont un représentant du *Laval médical*, pour apprécier la valeur des travaux présentés au cours de l'année et soumettre au Bureau de direction des suggestions quant aux récipiendaires des prix.

26. Le Comité des relations extérieures est composé de trois membres titulaires, qui serviront d'agent de liaison avec l'ACFAS et toute autre société. Ils sont chargés de trouver un ou plusieurs rapporteurs, pour représenter notre Société au congrès annuel de l'ACFAS. D'accord avec le Comité des programmes du Bureau de direction, ils s'intéressent à obtenir, à l'occasion, un conférencier de l'ACFAS ou de toute autre société.

SÉANCES RÉGULIÈRES

27. A moins d'avis contraire, les séances régulières sont tenues au grand amphithéâtre de l'École de médecine, à la cité universitaire. Elles débutent à 8 h. 30 du soir et ne doivent pas durer plus de deux heures.

28. Au cours de la semaine qui précède la réunion, un avis de convocation et le programme de la séance sont adressés par la poste à chaque membre.

29. Tous les médecins de la région et les étudiants en médecine sont invités à assister aux séances d'étude, par voie d'affichage ou par les journaux. Le programme des séances doit être adressé, chaque année, avec une nouvelle invitation, aux directeurs médicaux des hôpitaux non

universitaires et aux présidents des autres sociétés médicales de Québec et de la banlieue.

30. Les séances se déroulent dans l'ordre suivant :

1. Ouverture de la séance ;
2. Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente ;
3. Élection des nouveaux membres ;
4. Correspondance ;
5. Communications et avis divers ;
6. Présentation des travaux et discussion ;
7. Convocation de la prochaine séance ;
8. Clôture.

PRÉPARATION DU PROGRAMME

31. La préparation du programme des séances relève du Bureau de direction qui, par l'intermédiaire des directeurs, prend contact avec chaque groupe de membres, pour dresser la liste des communications.

32. Le Bureau de direction peut choisir trois de ses membres pour former un sous-comité du programme, chargé de répartir et de distribuer les travaux à présenter à chaque séance particulière.

33. Pour équilibrer le programme et en assurer la variété, pour mieux répartir le travail de préparation, chacun des rapporteurs au programme d'une même réunion doit appartenir, de préférence, à des institutions différentes.

34. Le programme complet de chaque semestre doit être préparé avant le début de celui-ci et chaque directeur, par voie d'affichage ou autre, en informe les membres de son institution.

35. Le Bureau de direction peut réserver un maximum de deux séances régulières par année pour présenter des conférenciers étrangers invités.

36. Le Bureau de direction peut, une fois par année, organiser le programme d'une séance d'étude spéciale ou d'une journée médicale à l'intention de la profession médicale en général.

PRÉSENTATION ET DISCUSSION DES TRAVAUX

37. Choix des travaux :

La nature des travaux à présenter doit être conforme aux buts que poursuit la Société, tels qu'énoncés à l'article 2 des Statuts. Les cours et les revues générales sont à éliminer au profit d'observations et de travaux originaux et personnels, choisis pour intéresser le plus grand nombre de membres possible.

38. Préparation :

Chaque travail présenté doit être accompagné d'un texte pour publication. Ce texte peut être élaboré suivant le jugement de l'auteur.

39. Durée :

A moins d'une autorisation préalable et exceptionnelle du président, un maximum de vingt minutes est alloué à la présentation et à la discussion de chaque travail et le temps attribué à chaque rapporteur est indiqué sur le programme.

40. Présentation :

Vu le temps limité, il est suggéré au rapporteur de présenter un résumé substantiel de son travail, exprimé d'un point de vue et en des termes qui soient à la portée de la majorité des auditeurs, surtout quand il s'agit de travaux très spécialisés. Ce résumé peut être écrit et lu, quand il est impossible de le présenter de mémoire.

41. Discussion :

La discussion constructive de chaque travail est fortement encouragée. Les directeurs sont chargés de désigner un membre pour ouvrir la discussion sur les travaux présentés par les membres de leur institution et d'en fournir le nom au secrétaire correspondant, pour qu'il soit porté au programme, sur l'avis de convocation. Le secrétaire général doit prendre note des discussions et en fournir un compte rendu substantiel pour publication dans le *Laval médical*.

PUBLICATIONS

42. Aucune communication ne peut être publiée au nom de la Société, sans l'approbation du Bureau de direction.

43. Le *Laval médical* publie régulièrement, dans le plus bref délai possible, un compte rendu de chacune des séances.

44. En principe, le texte des travaux présentés aux séances de la Société doit être livré le plus tôt possible, par l'intermédiaire du secrétaire correspondant pour publication dans le *Laval médical*.

45. Le Bureau de direction peut autoriser un auteur à publier ailleurs, si celui-ci en fait la demande immédiatement et s'il a de bonnes raisons à faire valoir, surtout quand il s'agit de travaux très spécialisés qui ont plus de chances d'être lus dans des revues spécialisées. En pareil cas, un résumé substantiel du travail sera ajouté au compte rendu de la séance et publié dans le *Laval médical*.

BOURSE C.-J.-BERGERON

46. Chaque année, à l'assemblée générale, un premier prix de \$200. et un deuxième prix de \$100. sont décernés aux auteurs des deux meilleurs travaux présentés au cours de l'année par des membres âgés de quarante ans ou moins. Ces travaux doivent être livrés pour publication.

PRIX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE LAVAL

47. Chaque année, la Société médicale des hôpitaux universitaires attribue un prix à l'auteur dont le travail présenté à la Société médicale des hôpitaux universitaires et publié sera jugé le meilleur tant pour le fond que pour la forme.

AMENDEMENTS ET ADDITIONS

48. Tout amendement ou addition à ces règlements peut être proposé à n'importe quelle réunion régulière, pour être adopté à la majorité des votes à la réunion suivante, si dans l'intervalle, l'amendement ou l'addition proposé reçoit l'approbation du Bureau de direction.

COMMUNICATIONS

ÉTUDE DE DOUZE CAS D'INFECTION A ADÉNOVIRUS TYPE III *

par

Claude-C. ROY,† F.R.C.P. (C) et Roger BELCOURT‡

L'adénovirus type III peut être incriminé dans tous les syndromes cliniques attribués aux adénovirus (10). Cette étude de douze cas met cette notion en valeur et essaie modestement de montrer que le sérotype en cause est plus en fonction de l'âge des malades et de leur environnement que de la symptomatologie présentée.

MATÉRIEL CLINIQUE ET PLAN D'ÉTUDE

Pendant la quatrième semaine de juillet 1959, un grand nombre d'enfants domiciliés à Sainte-Foy tombèrent soudainement malades.

* Ce travail a été présenté en partie, le 28 janvier 1960, à la Société médicale des hôpitaux universitaires de Laval.

† Assistant dans le Service de pédiatrie de l'Hôtel-Dieu de Québec.

‡ Chef du Service des laboratoires à l'Hôpital Sainte-Foy.

Le centre de cette épidémie nous a semblé être dans un territoire limité par le boulevard Laurier, la rue de l'Église et la côte Ross. A l'intérieur de ce territoire, le taux de morbidité était très élevé et rares étaient les familles qui n'avaient pas un enfant affecté. Font l'objet de cette étude douze malades dont l'âge varie entre deux à dix-sept ans. Des gargarismes au soluté physiologique ont été prélevés en période aiguë (30 juillet) ainsi que des échantillons de sang pour l'étude sérologique. Un second échantillon de sérum a été obtenu pendant la période de convalescence de la moitié de nos patients. En plus des études viro-



Figure 1. — Photographie de L. P. illustrant l'œdème palpébral et l'importance des hémorragies palpébrales.

logiques, une culture bactériologique de la gorge et un décompte blanc ont été obtenus chez trois de nos patients, ainsi qu'une radiographie pulmonaire pour notre seul patient hospitalisé.

DESCRIPTION DE LA SYMPTOMATOLOGIE CLINIQUE

Le symptôme qui a orienté notre diagnostic est celui de l'érythème conjonctival (figure 1) qui aurait pu faire penser à une conjonctivite rougeoleuse, n'eût été l'absence des autres signes de rougeole. En

regardant le tableau des manifestations cliniques, on constate pourtant que la conjonctivite n'a été observée que chez la moitié de nos patients (tableau I). Un autre symptôme constaté chez dix des douze malades est la disparité entre le degré élevé de la température et l'état général du patient ; en effet, la plupart avaient un état général très bon, bien que la température pouvait se maintenir à 104°F. La durée de la température a varié entre trois et douze jours, avec une moyenne de sept jours. Une adénite cervicale nous a semblé à peu près constante, ainsi qu'une pharyngite caractérisée par une rougeur diffuse à laquelle s'ajoutait souvent une amygdalite exsudative. L'embarras nasal a été considérable chez plusieurs de nos patients et attribuable, dans la plupart des cas, à un gonflement inflammatoire de la muqueuse du nez et des cornets ainsi qu'à des sécrétions muco-purulentes.

Les conjonctivites n'ont pas présenté de sécrétion. Deux malades faisant partie de notre étude ont eu un gonflement palpébral important, un des deux avait des ecchymoses importantes des paupières et une hémorragie des conjonctives bulbaires et palpébrales. Un malade que nous avons vu, mais pour lequel nous n'avons pas fait de prélèvement, a aussi présenté une hémorragie des conjonctives. Trois de nos patients ont eu au cours de leur maladie un état général très altéré. Le seul patient qui a été hospitalisé a présenté pendant dix jours, une température à 104°F. ne cédant pas aux antipyrétiques ni aux antibiotiques administrés par son médecin. Une toux non productive devint un symptôme important au bout d'une semaine. La radiographie pulmonaire montra une infiltration péribronchique plus marquée à la base gauche ; l'aération sembla meilleure à droite qu'à gauche ; quelques râles bronchiques furent les seuls bruits adventices que nous avons entendus.

EXAMENS DE LABORATOIRE

TECHNIQUE :

1° *Sérologie* :

La technique de fixation du complément se fait ici avec une modification locale, en volumes, selon la technique de Kolmer. Le sérum de la phase aiguë et le sérum de la convalescence sont étudiés en même temps pour éviter toute variation technique.

TABLEAU I

Compilation des manifestations cliniques observées

PATIENTS	Age	Fièvre	Érythème conjonctival	Rhinorrhée	Pharyngite	Lympha- dénop- pathie	Toux	Râles
1	E. W.	9½	104	○	+++	+++	++	++
2	L. P.	9	102	très marqué gonflement hémorragie	○	○	++	○
3	T. S.	9	104	○	○	++	++	○
4	H. D.	5	105	très marqué gonflement	○	+	+	○
5	D. T.	9	104	+	○	○	+	○
6	M. D.	9	104	++	++	+++	++	+
7	K. G.	8	104	○	+++	+	+	○
8	L. G.	12	103	○	+++	+	+	+
9	M. R.	5	104	○	+++	+	+	○
10	R. R.	5	103	+	+	+	+	○
11	M. M.	4	102	+	++	++	++	○
12	P. T.	17	103	○	+	+++	+	○

2° *Virologie* :

Les gargarismes prélevés avec du soluté physiologique sont traités à la pénicilline (500 u.i.) et à la streptomycine (500 microgrammes par cm³) après centrifugation clarifiante. Après incubation à 4°C pendant douze heures, on inocule un centimètre cube de liquide de gargarisme à des cultures de cellules rénales de singe (rhésus). Après incubation à 37°C. pendant une heure, ce liquide de gargarisme est enlevé et remplacé par du milieu 199 de Morton, Morgan et Parker. Ces cultures sont étudiées au microscope, tous les trois jours, pour y surveiller l'apparition d'inclusions nucléaires ou d'effet cytopathogénique.

Une fois la dégénérescence cellulaire apparue, on fait une neutralisation de ce liquide d'entretien du virus avec divers antisérums connus et on l'inocule à de nouvelles cultures de tissus. Le nom du virus correspond au type de sérum qui protège sa culture de tissus.

RÉSULTATS

Les résultats sérologiques démontrent (tableau II) une montée incontestable de quatre ou plus pour les anticorps des adénovirus là

TABLEAU II
Virologie

Sujet	CPE *	Virus APC, RI-67 Fixation de complément †		Virus isolé	Titre d'anticorps par neutralisation au Cocksackie B5 †	
		Phase aiguë	Phase de conva- lescence		Phase aiguë	Phase de conva- lescence
E. W.	+	<10	40	B5a	5	20
L. P.	+	<10	80	Cox. B5a	Inf.	20
T. S.	-	10	40	-	<5	<5
H. D.	+	<10	20	B5	20	20
D. T.	+	40	≥160	B5a	10	10
M. D.	+	80	≥160	B5	20	20
L. G.	+	20 (+)		B5a		Pas fait

* *Cyto-pathogenic effect.*

† Réciproques des dilutions de sérum.

+ Sérum de phase aiguë seulement.

a Contrôlés au Laboratoire d'hygiène d'Ottawa.

où nous avons un sérum prélevé au cours de la phase aiguë de la maladie et un autre sérum obtenu au cours de la phase de convalescence. Nous avons donc affaire à une infection à adénovirus prouvée par la clinique et par la sérologie. L'isolement d'un agent étiologique sur des cultures de tissus à partir des gargarismes a été cependant une tout autre affaire ; dans presque tous les cas, on isola un virus Coxsackie du type B5.

Il s'agissait maintenant de vérifier les titres d'anticorps au Coxsackie B5 par neutralisation en nous servant de la technique d'inhibition métabolique sur des cellules de reins de singes en suspension. Nous avons dosé les anticorps de Coxsackie B5 chez six enfants. Les résultats en sont indiqués sur le tableau qui ne montre pas de montée d'anticorps B5. Les enfants en question étaient donc porteurs de Coxsackie B5, mais leur maladie aiguë était une infection à adénovirus.

Le fait de trouver du virus Coxsackie B5 n'était d'ailleurs pas étonnant, car la ville de Québec était à ce moment aux prises avec une épidémie localisée de Coxsackie B5. De plus, le virus Coxsackie a un effet cytopathogénique beaucoup plus rapide et plus intense que les adénovirus. Il nous fut donc impossible d'isoler et de typer exactement les adénovirus, vu que les cellules étaient toutes détruites par le Coxsackie dès le troisième jour d'incubation.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Un bon nombre de syndromes cliniques sont actuellement attribués aux adénovirus. Au cours des derniers dix ans, plusieurs tentatives ont été faites pour retrouver l'agent étiologique des infections respiratoires où les cultures bactériologiques demeuraient négatives. En 1953, indépendamment l'un de l'autre, trois chercheurs, Rowe (16) Hilleman et Werner (7), ont découvert un nouveau groupe de virus habitant l'arbre respiratoire de l'homme. Nommés au début R.I. (*respiratory illness*), A.P.C. (*adenoidal pharyngeal conjunctial*), A.R.D. (*acute respiratory disease*) virus, l'appellation d'adénovirus leur fut donné à la suggestion de J. F. Enders et d'autres auteurs, à cause de l'atteinte caractéristique du tissu lymphatique et des premiers essais fructueux d'isolement dans le tissu adénoïdien.

On distingue actuellement plus de vingt-huit types sériques dans cette famille de virus dont au moins seize seraient pathogènes pour l'homme et pour le singe. Résistant à l'éther et non pathogènes pour les animaux de laboratoire, en culture sur des cellules humaines ou simiennes, on retrouve les particules de virus sous forme d'inclusions à l'intérieur des noyaux cellulaires (17). Les adénovirus élaborent un antigène de groupe qui est soluble et facilement détectable, par conséquent, par la réaction de fixation du complément. Le typage sérologique se fait par l'emploi d'antisérums de lapins. Dans les tissus infectés, parmi les changements pathologiques, il faut remarquer la constance de l'hyperplasie des structures folliculaires du tissu lymphatique.

Les entités cliniques attribuées à ces agents ont été au début bien individualisées. Il y a maintenant chevauchement considérable parce que plusieurs types sérologiques peuvent être responsables des mêmes symptômes (1). Jetant un coup d'œil sur le tableau des syndromes cliniques (tableau III) on constate que le type III peut être responsable de chacune des affections rattachables aux adénovirus. La période d'incubation des infections à adénovirus varie entre quatre à six jours, L'infection respiratoire aiguë (A.R.D.), surtout rencontrée chez les recrues et causée principalement par le type IV (9), entraîne, non seulement les symptômes de la pharyngite aiguë fébrile, mais des douleurs thoraciques vives, une toux impressionnante et de l'enrouement. La conjonctivite folliculaire aiguë qui se rencontre sporadiquement chez les adultes ne se différencie de la fièvre pharyngo-conjonctivale que par son épidémiologie et par l'absence d'inflammation catarrhale associée des muqueuses respiratoires (13 et 17). On reconnaît maintenant qu'une kératite peut se rencontrer ; elle est de durée beaucoup plus courte et de gravité moindre que dans la kérate-conjonctivite épidémique.

Contrairement à la fièvre pharyngo-conjonctivale qui se manifeste en Amérique depuis de nombreuses années, la kérate-conjonctivite épidémique n'est connue que depuis 1941. La conjonctivite se manifeste par une hypertrophie folliculaire. La kératite est caractéristique, se manifestant par l'apparition d'infiltrats sous-épithéliaux qui peuvent persister pendant plusieurs mois. Les signes systémiques sont à peu près absents. L'affection atteint surtout les adultes et sa transmission

TABLEAU III

Syndromes cliniques attribués aux adénovirus

SYNDROMES	SÉROTYPES EN CAUSE		COMMENTAIRES
	Habituels	Occasionnels	
Pharyngite aiguë fébrile	1,2,3,5		Taux endémique élevé pour les types 1,2 et 5 chez les enfants en bas de deux ans, épidémique pour le type 3 (plus souvent pendant la saison froide)
Fièvre pharyngo-conjonctivale	3,7,14	1,2,5,6	Épidémique chez les enfants, sporadique chez les adultes ; souvent en rapport avec la natation
Infection respiratoire aiguë (ARD)	4,7	3,14	Épidémique chez les recrues ; sporadique chez les adultes ; les infections types 4 et 7 sont rares chez les enfants
Pneumonie à virus : — chez les moins de deux ans — chez les adultes	7 4,7	1,3 3	} Rare, peut survenir dans les pouponnières Souvent précédée par une infection respiratoire aiguë (ARD), les agglutinines froides ne se développent pas
Conjonctivite folliculaire aiguë	3,7	2,6,9,10	
Kératoconjonctivite épidémique	8	3,7	Épidémique : adultes surtout affectés, commun au Japon, rare en Amérique (hypertrophie folliculaire de la conjonctive, kératite caractérisée par des infiltrats sous-épithéliaux et parfois pseudomembranes)

(Avec la permission de *Médecine moderne du Canada*)

ne paraît pas se faire par l'intermédiaire de l'eau des piscines. Des petites épidémies ont été rapportées au sein du personnel d'hôpitaux, de cliniques, etc. Le type en cause, comme le montre notre tableau, est surtout la souche 8 (11).

Cette étude de douze cas met en évidence la diversité de la symptomatologie que l'on peut rencontrer au cours de la même épidémie. La moitié des enfants ont présenté une conjonctivite et les symptômes de la fièvre pharyngo-conjonctivale ; il est à noter qu'au sein d'une même famille un enfant pouvait faire une conjonctivite sévère, tandis que d'autres pouvaient être épargnés. Il est, semble-t-il, significatif que, des sept cas de conjonctivite, au moins quatre étaient des habitués d'une piscine publique et deux autres de piscines de jardin. Les deux cas de conjonctivite hémorragique ont présenté un intérêt particulier, en ce sens que tous deux, (des habitués de la piscine publique) ont eu peu de signes systémiques ; on dirait que tous deux se sont comportés comme les conjonctivites folliculaires aiguës des adultes. L. P. a été examiné par un ophtalmologiste qui n'a pu déceler aucune trace de la kératite bénigne, telle que décrite comme parfois associée à la conjonctivite de la fièvre pharyngo-conjonctivale (19).

Notre seul patient hospitalisé a été durement atteint. Il a eu une toux sèche et douloureuse ainsi qu'un embarras nasal considérable par des sécrétions muco-purulentes. Le caractère de la toux s'est rapproché de celui de la toux décrite dans l'A.R.D. des recrues, causée principalement par le type IV (6 et 9). En regardant, encore une fois, le tableau des syndromes cliniques, on note que les pneumonies à adénovirus sont souvent précédées par A.R.D. se manifestant par des infiltrations péri-bronchiques et n'entraînent pas la production d'agglutinines froides (2, 9 et 10).

De nombreuses recherches épidémiologiques ont été faites à propos des adénovirus, afin d'essayer d'établir le pourcentage d'infections respiratoires dont ils sont responsables dans la population en général (4, 5 et 14). Les auteurs semblent d'accord pour établir ce pourcentage entre 1,5 et 2 pour cent. Ce chiffre est d'autant plus surprenant que, en particulier, il a été trouvé dans un milieu où plus de 50 pour cent des amygdales et des végétations adénoïdes chirurgicalement enlevées,

étaient atteintes d'une infection latente à adénovirus (5). Ceci légitimerait jusqu'à un certain point l'idée que certains types d'adénovirus font partie de la flore virale de l'homme. Par ailleurs, les auteurs semblent d'accord pour dire qu'au cours d'épidémies à adénovirus il est rare de pouvoir trouver le virus dans l'entourage des malades, contrairement à ce qui se passe dans certaines autres infections à virus, comme, par exemple, la poliomyélite. Bien que le nombre des cas étudiés soit restreint, il est permis de penser que le degré de contamination par l'adénovirus isolé était élevé, sans toutefois atteindre le taux de 80 pour cent rapporté chez les recrues pendant les six premières semaines d'entraînement, où les types IV et VII sont isolés et où les symptômes sont ceux de l'A.R.D. (15). Comme le démontrent les études épidémiologiques, la vie en commun semble un facteur important dans l'intensité de la contamination (1). Les épidémies dans les camps d'été (18) pourraient avoir leur source dans l'eau des piscines ; cette étude ne nous permet pas de conclure à cette pathogénie, mais nous laisse suspecter cette hypothèse.

En 1956, Hilleman et ses collaborateurs (8) ont réussi à fabriquer un vaccin préparé à partir des adénovirus 3, 4 et 7 tués par la formaline. L'efficacité de ce vaccin est estimée à 80 ou 90 pour cent (8 et 15). Étant donné la rareté des épidémies dans la population civile, la bénignité relative de la maladie et le fait que d'autres souches que celles qui sont contenues dans le vaccin disponible puissent se rencontrer, il n'y a pas d'indication de vacciner toute la population (tableau IV). Le vaccin est toutefois administré actuellement dans les camps militaires et il est recommandé de l'utiliser dans certaines institutions comme les sanatoria et les asiles. La vaccination contre le type III dans les camps d'été, serait peut-être à considérer. Présentement, le vaccin n'est pas recommandé pour le public en général par l'association médicale américaine, l'Académie américaine de pédiatrie et l'Association américaine d'hygiène publique (5).

CONCLUSION

La découverte de méthodes relativement simples pour l'isolement des virus dans les cultures de tissus a grandement facilité la découverte

TABLEAU IV

Recommandations pour l'usage du vaccin anti-adénovirus

AGE	CONNAISSANCES ACTUELLES SUR LES INFECTIONS A ADÉNOVIRUS	INDICATIONS
Nourrissons et jeunes enfants	Infection assez fréquente avec types 1,2,5,6. Syndrome très bénin de pharyngite ou coryza.	Non indiqué à cause de l'innocuité de l'infection
Enfants	Infection latente fréquente du tissu amygdalien ou adénoïdien avec les types 1, 2,5,6. Infections respiratoires rarement causées par adénovirus, excepté dans les camps d'été ou dans les institutions.	Peut-être dans certains groupes particulièrement contre le type 3.
Jeunes adultes	Recrues militaires : incidence élevée et surtout due aux types 3,4,7. Universitaires : 2 pour cent des infections respiratoires sont dues aux adénovirus.	Indication de vacciner avant d'arriver au camp. Non indiqué, car le vaccin ne réduirait que de 2 pour cent le nombre total des infections respiratoires.
Adultes	Infections rares.	Peut être indiqué dans institutions comme les sanatoria.

d'un grand nombre de nouveaux virus. Le problème pour le virologue n'est plus de trouver des virus, mais de leur attacher des entités pathologiques bien définies. Quand les premiers adénovirus ont été découverts à partir de tissus adénoïdes et amygdaliens, il semblait que les virus écho seraient aussi appelés orphelins (*orphan*). L'identification subséquente du type III comme agent étiologique de la fièvre pharyngo-conjonctivale devrait jeter de la lumière sur une famille de virus dont la plupart des types sérologiques sont pathogènes pour l'homme (12).

RÉSUMÉ

Douze cas d'infections à adénovirus vus pendant le mois de juillet 1959 sont discutées. Ces malades se sont présentés avec une symptomatologie qui cadre bien, au point de vue épidémiologique et au point de vue clinique, avec une infection à adénovirus type III. Les études virologiques ont montré, dans la majorité des cas, une élévation d'anticorps caractéristique, mais l'isolement du virus n'a pu être fait.

Nous avons aussi fait une revue du rôle des adénovirus en pathologie humaine.

BIBLIOGRAPHIE

1. ADAMS, J. M., et LOOSBI, C. G., Viral pharyngitis, laryngitis and pneumonitis, *Med. Clin. N. A.*, **43** : 1335, 1959.
2. DINGLE, J. H., et coll., Evidence for the specific etiology of ARD, *Tr. Ass. Am. Physicians*, **67** : 149, 1954.
3. ENDERS, J. F., et coll., Group name proposed for new respiratory tract virus, *Science*, **124** : 119, 1956.
4. EVANS, A. S., Acute respiratory disease in University of Wisconsin students, *New Engl. J. Med.*, **256** : 377, 1957.
5. EVANS, A. S., Adenovirus infections in children and adults, *New Engl. J. Med.*, **259** : 464, 1958.
6. GINSBERG, H. S., et coll., Etiologic relation ship of the RI-67 agent to acute respiratory disease (ARD), *J. Clin. Invest.*, **34** : 830, 1955.
7. HILLEMAN, M. R., et WERVER, J. H., Recovery of a new agent from patients with acute respiratory illness, *Proc. Soc. Exper. Biol. Med.*, **85** : 183, 1954.
8. HILLEMAN, M. R., STALLONES, R. A., GAULD, R. L., WARFIELD, M. S., et ANDERSON, S. A., Prevention of acute respiratory illnesses in recruits by adenovirus (RI - APC - ARD) vaccine, *Proc. Soc. Exper. Biol. & Med.*, **92** : 377, 1956.
9. HILLEMAN, N. R., Epidemiology of adenovirus respiratory infection in military recruit populations, *Ann. N. Y. Acad. Sc.*, **67** : 262, 1957.
10. HUEBNER, R. J., Illnesses due to adenoviruses, *Modern Med.*, **26** : 103, 1958.

11. JAWETZ, E., Etiologic of epidemic kerato-conjunctivitis, *Am. J. Ophth.*, **43** : 79, 1957.
 12. JAWETZ, E., Some clinical entities associated with sporadic infection with adenoviruses in adults, *N. Y. Acad. Sc.*, **67** : 279, 1957.
 13. JAWETZ, E., HANNA, L., KIMURA, S. J., et THYGESON, P., New type of APC virus from follicular conjunctivitis, *Am. J. Ophth.*, **41** : 231, 1956.
 14. JORDAN, W. S., Jr., Frequency of infections with adenoviruses in family study population, *Ann. N. Y. Acad. Sc.*, **67** : 273, 1957.
 15. LOOSLI, C. G., TIPTON, V. C., WAANER, O., SMITH, M., JOHNSTON, P. B., et HAMRE, D., Adenovirus vaccine evaluation in naval recruits, *Proc. Soc. exper. Biol. & Med.*, **98** : 583, 1958.
 16. ROWE, W. P., Isolation of a cytopathogenic agent from human adenoids undergoing spontaneous degeneration in tissue culture, *Proc. Soc. Exper. Biol. & Med.*, **84** : 570, 1953.
 17. ROWE, W. P., et coll., Definition and outline of contemporary information on the adenovirus group, *Ann. N. Y. Acad. Sc.*, **67** : 255, 1957.
 18. SOBEL, G., ARONSON, B., ARONSON, S. M., et WALKER D., Pharyngo-conjunctival fever, *Ann. J. Dis. Children*, **92** : 596, 1956.
 19. THYGESON, P. Ocular viral diseases, *Med. Clin. N. A.*, **43** : 1419, 1959.
-

ÉTUDE COMPARATIVE DU CO⁶⁰ ET DE LA THÉRAPIE CONVENTIONNELLE *

par

Maurice THIBAUT, F.R.C.P. (C)

*assistant dans le Service de radiothérapie et de physiothérapie
de l'Hôtel-Dieu de Québec*

Depuis quelques années, on parle beaucoup du super-voltage et du CO⁶⁰ et il nous semble qu'on puisse dire qu'il y a encore beaucoup de notions imprécises au sujet de ces techniques de traitement, surtout en ce qui concerne le Co⁶⁰.

On se demande parfois sous quelle forme le cobalt se présente ? Comment il est administré ? Est-ce qu'il émet des radiations ? Ces radiations sont-elles comparables aux radiations produites par les appareils de rayons X ou sont-elles différentes ? Comment la tumeur réagit lorsqu'elle est bombardée par ces radiations, et quelles sont les réactions du patient traité par le Co⁶⁰ ? Le but de ce court travail, est de donner quelques idées générales sur la cobaltthérapie et de la comparer avec la thérapie conventionnelle.

En premier lieu, demandons-nous ce qu'est le Cc⁶⁰, et comment il est produit ? Le Co⁶⁰ est un isotope radioactif artificiel ce qui veut dire que le cobalt n'est pas radioactif naturellement, qu'il n'émet pas

* Travail présenté à la Société médicale des hôpitaux universitaires de Laval, le 20 octobre 1960.

de radiations. Pour devenir radioactif, il doit subir des transformations physiques qui le rendent instable et ainsi lui font émettre une radiation.

La façon de produire cette instabilité, est de prendre du cobalt⁵⁹ naturel et de le faire bombarder par des neutrons dans une pile atomique. De cette façon, un des neutrons réussit à percer l'orbite électronique de l'atome et à pénétrer à l'intérieur même du noyau, produisant un cobalt avec un neutron additionnel, le cobalt⁶⁰, élément très instable (figure 1).

Afin de regagner sa stabilité, l'atome est l'objet de divers changements, dont les premiers effets sont l'émission d'une radiation bêta (émission d'un électron) pour produire un autre élément, le nickel⁶⁰

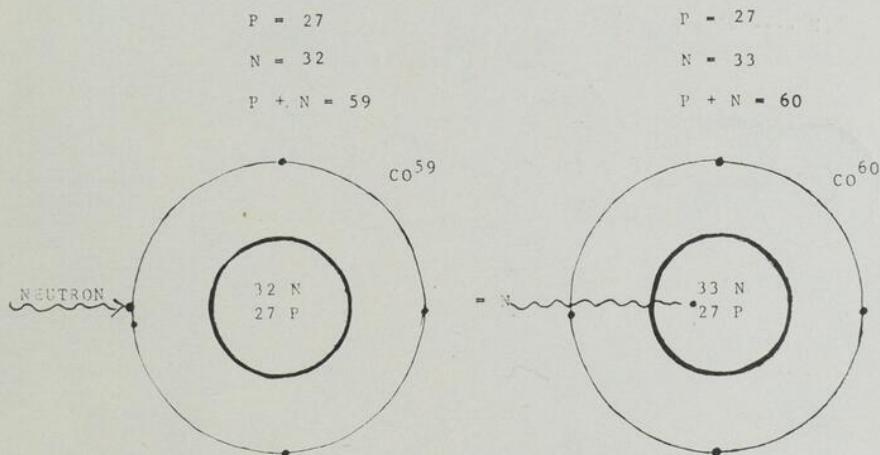


Figure 1. — Le cobalt⁶⁰, isotope radioactif artificiel.

(figure 2). Par la suite, le nickel⁶⁰ émet deux radiations gamma dont l'une a une énergie de 1,17 MeV et l'autre, une énergie de 1,33 MeV. (Un MeV est la charge d'un électron à laquelle une différence de potentiel d'un million de volts a été donnée). Donc, en définitive, lorsque nous disons que le Co⁶⁰ émet deux radiations gamma, ce n'est pas tout à fait exact, vu que, avant d'émettre la radiation que nous recherchons, le Co⁶⁰ est déjà transformé en nickel.

Le Co⁶⁰ ainsi obtenu, est inséré dans une enveloppe très épaisse de plomb ; la source radioactive, elle-même très petite, ne mesure que deux ou trois cm de diamètre et le plomb très épais protège de la ra-

diation les techniciens et les radiothérapeutes qui doivent pénétrer dans la chambre où est placé le cobalt. Par un mécanisme électrique, le Co^{60} vient se placer devant une fenêtre qui permet l'émission de la radiation du cobalt. Comme dans les traitements de radiothérapie conventionnelle, le patient est placé sous cette radiation pendant un temps défini. Le débit du cobalt est proportionnel à la quantité de cobalt contenue dans la source ; cette quantité est exprimée comme on exprime la quantité de tout élément radioactif, en curies (figure 3).

Le curie est une unité de quantité qui représente un nombre très élevé de désintégrations, d'émissions par seconde, soit $3,7 \times 10^{10}$.

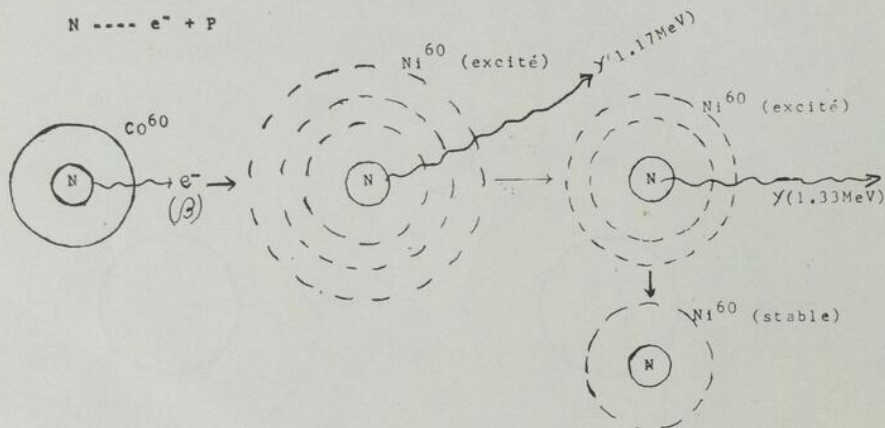


Figure 2. — Schéma illustrant la désintégration du cobalt⁶⁰.

Un autre facteur à considérer dans la source du cobalt en fonction du débit, est la concentration du cobalt⁶⁰, c'est-à-dire, la grosseur de la source par rapport au nombre de curies. C'est ainsi que deux sources de 1 500 curies ayant l'une 2×2 cm et l'autre 2×5 cm, auront des débits différents, une pénombre différente, et un prix différent. C'est ainsi que l'on qualifie souvent les diverses sources par l'expression RMM qui veut dire roentgen à un mètre par minute, au lieu de les qualifier par le nombre de curies. Les sources des bombes de cobalt varient entre 600 et 5 000 curies. Si nous prenons une source d'environ 1 500 curies, comme celle que nous possédons à l'Hôtel-Dieu de Québec, le débit lors de l'installation à l'hôpital, calibrée par notre physicien con-

sultant, le docteur Jean-Pierre Bernier, était de 35 röntgens à la minute, à 80 cm de distance.

Plus le cobalt vieillira, plus ce débit diminuera en intensité, car l'activité de tous les isotopes radioactifs décroît avec le temps. Cette diminution est caractéristique de l'élément en question et peut s'exprimer par la demi-vie de l'élément : la demi-vie d'une substance radioactive est le temps qu'il faut à cet élément pour perdre 50 pour cent de son intensité. Pour le Co^{60} , la demi-vie est de 5,24 années, ce qui veut

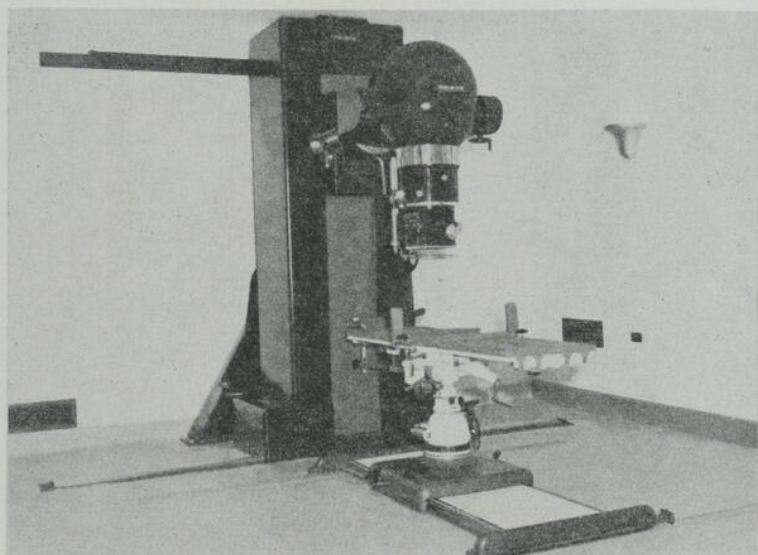


Figure 3. — Appareil utilisé pour la cobaltthérapie.

dire que, après 5 ans, une source de 1 500 curies n'aura que 750 curies. Donc le débit qui originellement, était de 35r à la minute à 80 cm de distance sera après cinq ans, de 17,5r à la minute, soit 50 pour cent de ce qu'il était auparavant. Cette diminution de l'activité d'un élément radioactif doit être présente à l'esprit lorsque les traitements sont administrés et la dose doit être révisée chaque mois.

Une autre caractéristique utile à connaître lorsque nous nous servons de la cobaltthérapie, est que la source de radiation, contrairement à celle des appareils de radiothérapie conventionnelle, n'est pas puncti-

forme. En effet, la source de cobalt mesure de deux à trois cm de diamètre et de ce fait cause ce qu'on appelle une pénombre ; la pénombre étant une radiation mitigée, qui est distribuée au pourtour du champ de traitement que l'on a choisi, donnant une irradiation supplémentaire et ordinairement non voulue (figure 4).

Un appareil a été dessiné par un physicien, le docteur Johns anciennement de Saskatoon, pour collimer le faisceau de radiation. Cet appareil est constitué de plusieurs diaphragmes de plomb.

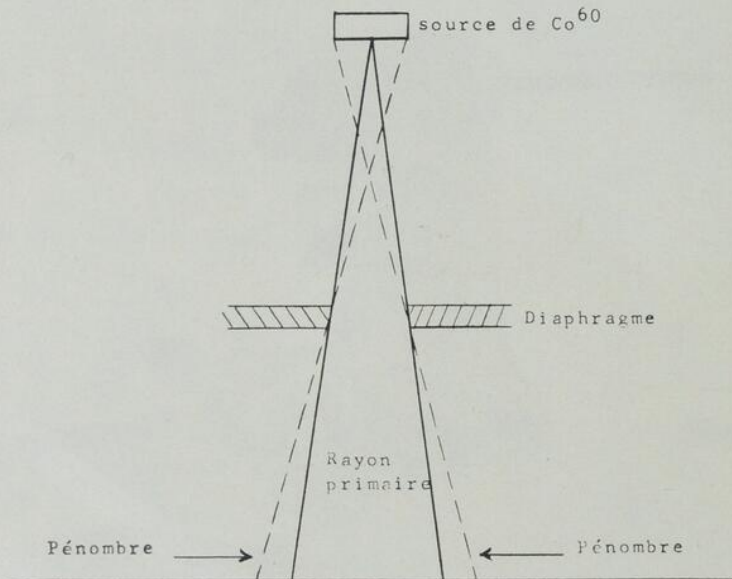


Figure 4. — Schéma illustrant le phénomène de la pénombre.

La radiation émanant du Co⁶⁰ comme celle des autres appareils de supervoltage, diffère de la radiation des appareils conventionnels par sa longueur d'onde, par sa pénétration différente, par le fait que son maximum d'intensité qui est à la peau pour la radiation conventionnelle se trouve six mm sous la peau avec le Co⁶⁰ et enfin par le fait que par sa radiation secondaire est beaucoup moindre que celle des appareils à voltage peu élevé.

Maintenant que nous avons exposé l'aspect physique du Co⁶⁰, discutons brièvement de ses effets sur les tumeurs cancéreuses et comparons-les à ceux de la radiothérapie conventionnelle. Les propriétés

de la radiation gamma, émanant du Co^{60} , sont les mêmes que celles de n'importe quelle radiation produite par le 100, 200 ou 240 kV, dite thérapie conventionnelle, c'est-à-dire, que leur pouvoir ionisant qui égale leur pouvoir destructif sur la tumeur néoplasique est, non seulement moindre que celui des rayons de la radiothérapie conventionnelle, mais, sujet encore débattu de nos jours, n'équivaut probablement qu'à 75 pour cent de la force destructive des rayons de la radiothérapie conventionnelle (rayons ordinaires) ; en d'autres termes, l'effet biologique est moindre. En conséquence, les doses utilisées chez un patient traité avec le Co^{60} seront plus grandes que celles qu'on emploie pour un patient traité avec le 200 ou le 250 kV.

Quels sont alors les avantages que l'on peut retirer du Co^{60} ?

Le premier et le plus grand avantage est que, avec la thérapie conventionnelle, la peau limite habituellement la dose à distribuer à une tumeur. Nous aurions parfois voulu appliquer à la tumeur une dose plus élevée, mais la radiodermite cutanée était tellement importante qu'il fallait arrêter les traitements. Le Co^{60} , au contraire, nous permet de distribuer de très hautes doses, de l'ordre de 7 000r à 8 000r en se servant d'une porte d'entrée sans avoir d'inconvénients sérieux pour la peau (figure 5).

Un autre avantage découle de ce que l'énergie de la radiation étant beaucoup plus grande, son pouvoir de pénétration est aussi proportionnellement augmenté et alors le pourcentage de la dose en profondeur par rapport à la dose en surface, est augmenté d'autant. Si, par exemple, avec le 200 kV, nous voulons donner une dose à dix cm de profondeur, pour 100r qui seront distribués à la peau, les tissus recevront 431 à dix cm. Avec le Co^{60} , pour 100r à 6 mm au-dessous de la surface, les tissus recevront environ 58 à 60r à dix cms de profondeur.

Un troisième avantage est la diminution de la radiation secondaire latérale (*lateral scattering*). Cette radiation est d'environ dix pour cent avec le Co^{60} , donc négligeable, surtout si on la compare à celle de la thérapie conventionnelle. C'est ainsi que certaines tumeurs profondes, auxquelles il est nécessaire de distribuer des doses de l'ordre de 6 000 à 6 500r pour pouvoir les stériliser peuvent être adéquatement traitées avec le Co^{60} , sans inconvénients sérieux pour les tissus sains environnants.

Enfin, le patient qui subit les traitements est beaucoup plus confortable lorsqu'il est traité par le Co^{60} , vu que les douleurs occasionnées par la radiodermite cutanée sont presque inexistantes et que les nausées, vomissements et diarrhée sont moindres. Aussi, se servant de moins de portes d'entrée, les mesures et l'installation du patient par le radiothérapeute et le technicien sont de beaucoup facilitées.

En résumé, les propriétés des rayons gamma du Co^{60} ne sont pas différentes de celles des rayons X de la radiothérapie conventionnelle, mais les avantages du cobalt découlent du fait que :

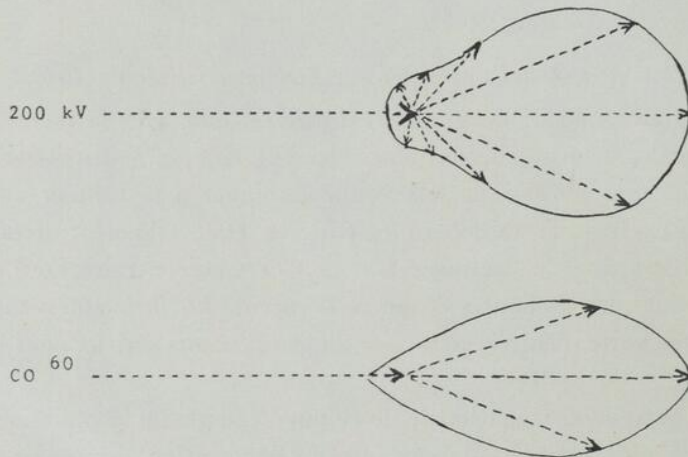


Figure 5. — Schéma illustrant la radiation secondaire (d'après Johns).

- 1° Les traitements sont plus facilement administrés ;
- 2° Le patient supporte mieux ses traitements, ayant moins de douleurs et d'inconvénients, tels que les nausées, les vomissements et la diarrhée ;
- 3° La dose en profondeur peut être augmentée de beaucoup en raison de l'augmentation de son pourcentage par rapport à la surface ;
- 4° Des doses plus grandes peuvent être administrées à des tumeurs plutôt résistantes à la radiothérapie et nécessitant de hautes doses pour être stérilisées.
- 5° Enfin, le faisceau peut être dirigé sur la tumeur, sans trop irradier les tissus sains environnants.

Il est à noter que les avantages ci-haut mentionnés pour le Cobalt⁶⁰ sont réalisés avec les autres appareils de supervoltage, tel un Van Graff ou un Détatron.

BIBLIOGRAPHIE

1. GLASSER, QUIMBY, TAYLOR et WEATHERWAX, Physical foundations of radiology.
2. JOHNS, The physics of radiation therapy.
3. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH, EDUCATION and WELFARE, Radiological Health-Handbook.

DISCUSSION

Docteur Léopold Genest :

Il est difficile d'ajouter beaucoup de choses à ce que le docteur Thibault a rapporté. De plus en plus, on sort des mystères et des choses magiques d'autrefois, on quitte un peu ce qui se passait au temps de l'*Apprenti sorcier*, de Goethe. Grâce à la physique et aux sciences connexes à la médecine, on peut maintenant utiliser en clinique des appareils élaborés, tels que celui qui permet l'emploi du Cobalt⁶⁰.

Un fait intéressant à noter, comme l'a mentionné le docteur Thibault, est que c'est au Canada que le Cobalt⁶⁰ fut employé pour la première fois en médecine clinique. C'est à Saskatoon, en Saskatchewan, que le docteur Johns, avec les radiothérapeutes de l'endroit, a mis au point le premier appareil clinique de cobalt et a permis son emploi.

Ce qui m'a impressionné dans mes études aux États-Unis, c'est que dans presque tous les centres américains où on fait de la radiothérapie, le Cobalt⁶⁰ a toujours sa place, même si on y retrouve les appareils à supervoltage et la thérapie conventionnelle que, de toute façon, on n'a pas complètement délaissée.

Parmi les points intéressants signalés par le docteur Thibault, je voudrais insister sur l'avantage du Cobalt⁶⁰ de donner un maximum d'intensité à six mm sous la peau, ce qui est déjà suffisant pour éliminer presque complètement, aux doses thérapeutiques habituelles, les radio-dermites qui peuvent parfois être assez sévères.

Un autre avantage également signalé est la facilité avec laquelle on peut employer cet appareil, surtout en ce qui concerne les portes d'entrée. C'est ainsi qu'une tumeur pulmonaire radiocurable, mais

qui ne peut être opérée, du fait de sa localisation, peut par contre être guérie par la radiothérapie, à condition qu'on puisse donner une dose suffisante. Si, avec le Cobalt⁶⁰, on peut y arriver en utilisant deux ou trois portes d'entrée, on peut imaginer la difficulté avec la thérapie conventionnelle d'administrer une dose de l'ordre de sept à huit mille röntgens. Il faut multiplier les portes d'entrée, au point qu'on en arrive à faire le tour du sujet, ce qui pratiquement devient de la « rotation ». De plus, la thérapie conventionnelle a l'inconvénient d'irradier le tissu sain pulmonaire.

Un autre avantage clinique est l'absence de radiations secondaires (*lateral scattering* et *back scattering*). Cette radiation qui nous préoccupe avec les appareils de thérapie conventionnelle est tout à fait négligeable avec le cobalt⁶⁰, car la radiation secondaire latérale est redirigée en avant, grâce à l'intensité de la radiation elle-même qui est de l'ordre de un million de volts environ, et même plus.

Enfin, la cobaltthérapie tire avantage de sa grande simplicité. Il suffit de prendre du cobalt ordinaire sous forme de petits disques, un peu plus gros qu'un cinquante sous, et de les placer dans une pile atomique d'où ils ressortent radioactifs. Dix à douze de ces petits disques sont montés dans la tête d'un appareil d'acier, facilement manipulable par le courant électrique ordinaire (110 volts), sans qu'il soit nécessaire de recourir à des transformateurs.

Évidemment, le problème du cancer ne se résout pas avec le cobalt radioactif. Toutefois, ce procédé permet de traiter un plus grand nombre de cancers. Certes, la radiothérapie conventionnelle, jusqu'à un million de volts, permet d'atteindre les tumeurs excessivement radiosensibles, comme celles qui sont d'origine lymphomateuse, les tumeurs localisées de petite taille et, en général, les tumeurs de l'abdomen. Par contre, le cobalt radioactif, de même que d'autres isotopes, comme le cæsium, sont utiles aux régions où il n'y a que peu de tissus, beaucoup d'os et de cartilages, aux endroits peu vascularisés, justement là où on s'expose aux radiodermites et aux nécroses, comme au larynx, aux tumeurs de la tête et même à d'autres tumeurs qu'on n'arrivait pas à traiter autrefois.

NOUVEAU MÉDICAMENT
POUR
LE TRAITEMENT DES NAUSÉES ET VOMISSEMENTS
DE LA GROSSESSE *

par

Georges DROUIN

du Service d'obstétrique de l'Hôpital de la Miséricorde

Nous avons mis à l'essai, depuis un peu plus d'un an, un nouveau médicament contre les nausées et les vomissements de la grossesse. Il s'agit d'un suppositoire¹ renfermant de la vitamine B₁, de la vitamine E, un anticholinergique et un barbiturique. La formule se lit comme suit :

Vitamine B ₁	100 mg
Vitamine E.....	10 mg
Méthylbromure de scopolamine.....	5 mg
Pentobarbital sodique.....	75 mg

Le médicament existe aussi à une concentration plus faible. Pour cette étude, toutefois, nous n'avons utilisé que le suppositoire régulier.

Nous avons traité cent femmes enceintes qui présentaient des nausées de la grossesse, avec ou sans vomissements. De ce nombre,

* Reçu pour publication le 24 novembre 1960.

1. Suppositoires Anemese, gracieusement fournis pour cette étude par le Laboratoire Demers.

quatre-vingt-six étaient des patientes de l'Assistance maternelle de Québec et dix étaient des patientes privées. Par ailleurs, quatre vingt dix étaient mariées et dix étaient célibataires.

L'âge de ces patientes varie entre dix-sept et trente-sept ans, avec une moyenne de vingt-cinq ans. La parité s'échelonne de une à douze grossesses, la moyenne étant de 3,3 grossesses. Nous comptons vingt-trois primigestes et soixante-dix-sept secondigestes ou multigestes.

L'âge de la grossesse au début du traitement varie entre un mois et huit mois et demi, la moyenne se situant à quatre mois environ.

Plusieurs de ces patientes avaient reçu d'autres médicaments avant le traitement actuel. Il s'agissait dans la plupart des cas d'antihistaminiques, d'antispasmodiques, de vitamines du complexe B, ou d'associations de ces différentes substances. En tout vingt-neuf patientes avaient déjà été traitées antérieurement, sans résultats appréciables.

TABLEAU I

Nature de la médication antérieure

A.....	13 patientes
B.....	4 »
D.....	1 »
A-B.....	5 »
A-B-C.....	1 »
A-B-D.....	1 »
A-C.....	2 »
A-D.....	1 »
B-C.....	1 »

Légende : A. Antihistaminique ;
 B. Médicament renfermant les vitamines B, C et K, un anticholinergique, un antispasmodique et un barbiturique ;
 C. Vitamines du complexe B, administrées par voie buccale ou parentérale ;
 D. Antispasmodique.

Les patientes que nous avons traitées ont reçu pour la plupart six suppositoires, à raison d'un suppositoire au coucher pendant six jours. Plusieurs d'entre elles nous ont rapporté n'en avoir utilisé que trois ou quatre. Toutefois, sept patientes ont dû prolonger le traitement entre

huit et vingt-quatre jours avant de voir leurs malaises disparaître de façon définitive. Par ailleurs, nous n'avons jamais répété la médication lorsqu'un traitement de six jours n'avait entraîné aucune amélioration.

TABLEAU II

Durée du traitement

De 2 à 6 jours.....	93 patientes
8 jours.....	1 »
12 jours.....	3 »
13 jours.....	1 »
24 jours.....	2 »

Les résultats obtenus avec cette médication furent tels, que soixante-dix-huit patientes ont été complètement et définitivement soulagées de leurs malaises. Une patiente a manifesté une amélioration très nette : ses vomissements ont cessé alors que ses nausées ont persisté encore quelque temps. Enfin les vingt et une autres patientes n'ont rapporté aucune amélioration sensible après six jours de traitement.

Nous devons rapporter ici deux cas qui ne comptent pas parmi les cent patientes que nous avons étudiées. Nous les avons délibérément retranchés du nombre, car les deux patientes en question ont abandonné le traitement trop tôt pour que nous puissions en apprécier les résultats. Nous tenons toutefois à en dire un mot, car ce sont les deux seules patientes qui nous aient rapporté des effets secondaires à cette médication. La première a noté un peu de somnolence et de vertige au réveil, après un premier suppositoire, et a abandonné le traitement de son propre chef. Dans le second cas, la patiente s'est plainte de coliques consécutives à l'introduction du suppositoire. Après deux jours, par mesure de prudence, nous lui avons conseillé d'abandonner la médication.

Il est intéressant de noter que nous n'avons pas eu de résultats médiocres ou douteux, bien qu'il ait parfois fallu prolonger le traitement pour assurer la permanence du soulagement obtenu. De plus l'amélioration s'est manifestée dès les deux ou trois premiers jours dans la

majorité des cas. C'est d'ailleurs pour cette raison que nous n'avons pas prolongé le traitement après un échec de six jours.

A l'analyse des vingt et un cas qui n'ont pas été améliorés par la médication, nous avons fait les constatations suivantes. L'âge des patientes ne semble pas avoir eu d'influence sur les résultats obtenus. Par contre, le pourcentage d'échecs a été plus élevé dans la première moitié de la grossesse, soit 26,5 pour cent, comparativement à 11 pour cent dans la seconde moitié. On note encore que les échecs n'ont été que de huit pour cent chez les primigestes, comparativement à 24,5 pour cent chez les multigestes. Enfin un tiers des échecs sont survenus chez des patientes qui avaient déjà reçu d'autres médicaments antérieurement, et une de ces patientes a continué de vomir jusqu'à la fin de sa grossesse, malgré toute thérapeutique.

Les principaux avantages que nous avons trouvés à cette médication sont la rapidité avec laquelle l'amélioration s'est manifestée, la courte durée du traitement, la netteté des résultats et la commodité de la voie rectale.

L'amélioration s'est fait sentir le plus souvent après deux ou trois jours de traitement, et le traitement complet n'a été que de six jours dans la plupart des cas. Par ailleurs, les résultats ont été nets et définitifs dans tous les cas où ils se sont manifestés. Enfin la voie rectale nous a semblé un avantage considérable. Elle est plus facile et plus simple que la voie parentérale, et de beaucoup plus efficace que la voie buccale en présence de vomissements importants ou d'intolérance gastrique.

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

LES PYÉLONÉPHRITES EN PÉDIATRIE *

par

Claude-C. ROY, F.R.C.P. (C), et J.-G. MARTEL

du Service de pédiatrie de l'Hôtel-Dieu de Québec

Les pyélonéphrites provoquent deux fois plus de décès par insuffisance rénale que les glomérulonéphrites (6). Les statistiques de plusieurs auteurs médicaux révèlent que un pour cent des patients hospitalisés ont une infection urinaire, comparativement à cinq pour cent des patients qui sont soignés par les pédiatres (2).

Le but de ce travail est de revoir brièvement vingt-neuf cas de pyélonéphrites vus dans le Service de pédiatrie de l'Hôtel-Dieu de Québec de décembre 1958 à août 1960. Dans une seconde partie, nous verrons la pathogénie, les causes, les critères diagnostiques et le traitement de cette affection, dont les conséquences sont des plus sérieuses, si le diagnostic est posé en retard ou si le traitement est incorrect.

De décembre 1958 à août 1960, approximativement 1 400 malades (tableau I) ont été admis dans le Service de pédiatrie de l'Hôtel-Dieu

* Travail présenté à la journée médicale de l'Hôtel-Dieu de Québec, le samedi 10 octobre 1960.

TABLEAU I

Pyélonéphrites à l'Hôtel-Dieu de Québec de décembre 1958 à août 1960

Incidence :

29 cas sur 1 400 admissions (2%)

Age :

6 semaines à 14 ans

Symptomatologie :

Température : 17 cas
 Signes urinaires : 15 cas
 Douleurs abdominales : 8 cas
 Insuffisance rénale : 3 cas

Malformations associées :

1 ectopie rénale croisée
 1 rein ectopique unique
 3 implantations urétérales anormales
 2 rétrécissements urétéro-pyéliques
 1 uretère rétrocave
 1 uretère rétropubien
 1 exstrophie vésicale (cloaque)
 1 vessie neurogène
 1 valve de l'urèthre postérieur
 1 contracture du col vésical
 1 urétérocèle

Urographie intraveineuse :

21 cas
 Normales : 7 cas
 Anormales : 14 cas
 Malformations : 12 cas
 Pyélonéphrite aiguë : 1 cas
 Pyélonéphrite chronique : 1 cas

Bactériologie :

Négative : 2 cas de pyélonéphrites chroniques
 Positive : colibacille : 17 cas
 Proteus : 4 cas
 Faecalis alcaligenes : 1 cas
 Staphylocoque doré : 1 cas
 Aerobacter aerogenes : 1 cas
 Pyocianique : 1 cas

de Québec. Vingt-neuf d'entre eux ont été traités pour pyélonéphrite. La fréquence est donc de deux pour cent, l'âge varie de six semaines à quatorze ans ; il y a seize filles et treize garçons. La durée des symptômes est très variable (quatre jours à huit ans) et parfois difficile à déterminer. Un diagnostic de pyélonéphrite a été posé à neuf reprises, basé sur les changements histologiques rencontrés à la biopsie, à l'intervention, à l'autopsie. Un seul cas de pyélonéphrite chronique sur cinq ne présentait pas de malformation urinaire sous-jacente.

Les malformations rencontrées chez tous ces malades étaient au nombre de quatorze. Huit des treize garçons et seulement six des seize filles en étaient atteints. Une urographie intraveineuse a été faite dans vingt et un cas ; elle s'est avérée normale dans sept cas. Les patients non affectés de malformation urinaire associée, ont pour leur part présenté une urographie normale à sept reprises. Les changements notés dans les pyélonéphrites aiguës sans malformation associée étaient représentés par une dilatation minime et une distorsion des calices et des bassinets. Ces changements ont été vus chez un seul de nos patients.

Au point de vue bactériologique, deux cultures sont restées stériles ; il s'agissait de deux cas de pyélonéphrite chronique. Chez les autres, dix-sept ont fourni du colibacille ; quatre du *Proteus* ; une, du *Faecalis alcaligenes* ; une, du staphylocoque doré ; une, du pyocyanique ; une, de l'*Aerobacter aerogenes* et une, du bacille de Friedlander. La symptomatologie observée dans ces vingt-neuf cas est difficile à apprécier. Quelques points ressortent tout de même de cette étude. Quinze cas sur vingt-neuf présentaient des signes urinaires, tels que de la dysurie, des mictions impérieuses, de la pollakyurie ; huit cas éprouvaient des douleurs abdominales et dix-sept avaient de la fièvre. De la rétention a été observée dans trois cas de même que des signes d'insuffisance rénale chez trois autres. Des malformations ont été rencontrées dans quatorze cas : une ectopie rénale croisée, un rein ectopique unique, trois mauvaises implantations de l'uretère, une urétérocèle, une position rétrocave de l'uretère, un uretère implanté derrière le pubis, deux rétrécissements de la jonction urétéro-pyélique ; les malformations basses comprenaient une vessie neurogène, une exstrophie vésicale, une contracture du col et une valve de l'urètre postérieur.

Commentaires.

Le terme pyélonéphrite tend aujourd'hui à englober toute infection des voies urinaires. Cette appellation est d'ailleurs légitime si l'on songe qu'à la biopsie rénale, dans la grande majorité des cas d'infections urinaires, le parenchyme rénal lui-même est infecté (9). Les formes cliniques, telles que la pyélite et la cystite, sont encore utiles, mais ne sont que des manifestations symptomatiques qui ne doivent pas nous faire oublier que la maladie a frappé non seulement le système de drainage, mais le parenchyme lui-même (1).

Le système urinaire doit être regardé comme une unité anatomique où l'infection peut se communiquer facilement d'une partie à l'autre (1). Il est indéniable que les microbes peuvent atteindre l'arbre urinaire par voie sanguine ; un furoncle, une dent abcédée, un panaris, peuvent être la source d'une bactériémie avec pyélonéphrite secondaire. L'organisme en cause, cela va de soi, est presque toujours alors le staphylocoque doré (7). La voie ascendante est de beaucoup la plus fréquente, l'urèthre, en effet, est en continuité directe avec l'extérieur et menacé constamment d'invasion bactérienne. Chez la femme, la localisation dans le périnée d'un urèthre très court à proximité de l'anus pose le problème d'expliquer comme il se fait que, malgré tout, tant de femmes ne font pas d'infections (3). L'incidence dans les âges pédiatriques de neuf filles pour un garçon atteints de pyélonéphrite ne surprend pas, lorsqu'on connaît l'expérience au cours de laquelle on a retrouvé de la teinture dans la vessie de dix fillettes qui s'étaient assises vingt fois dans six pouces d'eau colorée. La voie ascendante explique aussi pourquoi 90 pour cent des infections urinaires relèvent du colibacille et des autres microorganismes habitant normalement l'intestin.

Outre les voies sanguine et ascendante, il faut mentionner les causes iatrogéniques d'infection urinaire ; depuis quelques années, on insiste sur la restriction du cathétérisme urétral et sur l'emploi des techniques les plus aseptiques possibles quand on l'utilise (10). Une corrélation très étroite faite entre l'urine ramassée au milieu du jet et celle qu'on a obtenue par cathétérisme montre qu'il n'y a pas d'avantage à cathétériser les malades, sauf en de rares exceptions (9). Jusqu'à très récemment, on faisait systématiquement un cathétérisme pour

TABLEAU II
Anomalies des voies urinaires

	NOMBRE	VOLUME	FORME	STRUCTURE	POSITION
REIN	Agénésie — unilatérale — bilatérale Surnuméraire	Hypoplasie Hypertrophie	En fer à cheval En galette En « S » En « L »	Kyste simple	Ectopie simple — unilatérale — bilatérale Ectopie croisée Rein mobile Malrotation
BASSINET	Duplication — unilatérale — bilatérale — partielle — totale	Hydronéphrose congénitale	Bifide		Extrarénal Intrarénal
URÈTÈRES	Agénésie Duplication	Mégalo-uretère congénital Stricture congénitale Urétérocèle		Valves Replis Torsions	Rétrocave Implantation anormale Ectopie des orifices
VESSIE		Diverticule		Kyste de l'ouraque Perméabilité de l'ouraque	Exstrophie vésicale
URÈTHRE		Stricture du méat Diverticule Hypertrophie du <i>veru montanum</i>		Valves uréthrales Hypospadias Épispadias Contracture du col vésical	
VAISSEAUX	Surnuméraires Aberrants	Veines Artères			

(d'après Moseley)

obtenir un échantillon d'urine que ce soit chez un enfant ou une femme. On évite maintenant ce risque d'infection.

Un des problèmes les plus importants de la bactériologie moderne concerne les infections urinaires. Le bactériologiste doit, en effet, déterminer quand il examine une urine non stérile s'il s'agit d'un contaminant ou d'un microbe pathogène. L'urètre sain, même chez l'homme, contient un grand nombre de microbes. Dougherty a, en effet, trouvé des microbes chez 49 hommes sur 50 à une distance de sept à dix centimètres du méat ; le staphylocoque doré et le staphylocoque blanc étant les deux principaux microorganismes trouvés. Kass et ses associés (5) ont trouvé une étroite corrélation entre le diagnostic de pyélonéphrite et la présence de plus de 100 000 colonies par cm^3 d'urine. On reconnaît maintenant la valeur des numérations de colonies et cette technique est de plus en plus employée à l'Hôtel-Dieu. Plus récemment, Pryles (8), songeant au praticien, a établi une technique très facile consistant à examiner une goutte d'urine non centrifugée au microscope et à y faire une coloration de Gram. Dans 80 à 95 pour cent des cas, des microbes sont vus seulement lorsque le compte des microbes dépasse 100 000 colonies au centimètre cube. Cet examen est aussi employé dans un grand nombre de laboratoires et constitue un autre moyen de différencier un contaminant d'une véritable infection.

Il est intéressant de constater l'indolence avec laquelle les pyélonéphrites peuvent évoluer. L'infection initiale donne presque toujours lieu à des symptômes qui ont une tendance naturelle à disparaître, qu'il y ait traitement ou non. Si le traitement a été insuffisant, l'infection évoluera alors à bas bruit, donnant parfois lieu à des reprises de quelques jours. Sur une grande série de patients souffrant de pyélonéphrites aiguës ou chroniques, 60 pour cent étaient sans symptômes, 30 à 40 pour cent présentaient des signes urinaires ; 20 à 30 pour cent, des frissons et de la température.

Tout obstacle au drainage de l'urine augmente de façon importante l'apparition d'infections urinaires. Que l'obstacle constitue une véritable obstruction ou qu'il ne soit qu'une perturbation de la motilité ou de l'innervation des voies urinaires, l'incidence des infections s'explique par le fait qu'un débit continu d'urine est essentiel au lavage des microbes

prenant la voie ascendante, les empêchant ainsi de se multiplier et d'envahir le système de drainage et, de là, le parenchyme rénal (7). A l'Hôpital des Enfants malades, à Toronto, plus de 54 pour cent des enfants admis pour pyélonéphrite en 1958 étaient atteints d'anomalies rénales ou des voies urinaires. Avec un premier épisode de pyélonéphrite, 50 pour cent des garçons avaient une urographie anormale, et presque 70 pour cent lorsqu'il s'agissait d'un épisode subséquent. Chez les filles on obtient une proportion de 32 pour cent lors d'une première attaque et de 60 pour cent dans les cas de rechute. Ces chiffres sont éloquentes et légitiment la bonne habitude de faire une urographie intraveineuse chez tout patient faisant ou ayant fait une infection urinaire. La ligne de conduite à tenir dans l'élaboration d'un traitement des infections urinaires doit être inspirée par cette conception que l'arbre urinaire est un système complexe où l'infection d'une seule partie peut atteindre l'ensemble de l'appareil. En présence d'une pyurie, un sulfamidé bien soluble doit être administré à la dose de 150 mg/kg/jour, en quatre doses, et ceci pendant quatre à six semaines. Une nouvelle culture et un examen d'urine seront alors refaits. Si la pyurie persiste et si la culture demeure positive, il faudra alors référer le patient à l'urologue. Si, par contre, la culture est négative le sulfamidé peut être continué pendant une autre période de quatre à six semaines ou remplacé par l'antibiotique de choix, qui sera administré pendant quinze jours avant de reprendre la médication sulfamidée pendant six à dix-huit mois et ceci même en présence d'une urine stérile. Ce traitement prolongé selon Mèchie (6) empêcherait les rechutes.

RÉSUMÉ ET CONCLUSION

Vingt-neuf cas de pyélonéphrite sont étudiés ; l'incidence des malformations urinaires associées est à peu près celle qu'on a observée dans d'autres milieux. Il est difficile d'expliquer pourquoi un si grand nombre de garçons ont été vus ; la prédominance des filles sur les garçons n'est sûrement pas celle qu'on rencontre habituellement. Au point de vue bactériologique, la prépondérance du colibacille concorde bien avec d'autres statistiques. La non-spécificité des symptômes, leur longue

durée et, souvent, leur indolence soulignent l'importance de l'examen microscopique des urines.

Le diagnostic le plus précis et l'institution d'un traitement approprié protégeront, sans doute, la majorité des patients atteints d'infection urinaire contre une destruction progressive et sournoise de l'arbre urinaire. Il restera toujours, cependant, quelques malheureux patients qui consulteront pour la première fois atteints d'une insuffisance rénale avancée, et chez qui, souvent, l'infection active s'est éteinte spontanément laissant derrière elle des lésions irréparables.

BIBLIOGRAPHIE

1. BEESON, P. E., Principles of internal medicine, *Harrisson*, 1958.
 2. BROD, J., Chronic pyelonephritis, *Lancet*, **1** : 973, 1956.
 3. DESAUTELS, R. E., et HARRISSON, Management of the urethral catheter, *Med. Clin. N.A.*, **43** : 1574, 1959.
 4. DOUGHERTY, J., *Peter Bent Brigham Research*, 1938.
 5. MACDONALD, R. A., LEVITIN, H., MALLORY, G. K., et KASS, E. H., Relation between pyelonephritis and bacterial counts in the urine, *New Engl. J. Med.*, **256** : 915, 1957.
 6. MICHIE, A. J., Pædiatric urology, *Pædiat.*, **24** : 1118, (déc.— 1959).
 7. NESBIT, R. M., et BAUM, W. C., Acute urinary tract infections in infants and children, *Pædiat. Clin. N. A.*, p. 773, (août) 1955.
 8. PRYLES, C. V., et STAG, N. L., Specimens of urine obtained from young girls by catheter versus voiding, *Pædiat.*, **23** : 441, 1959.
 9. RUBLIN, M. J., Examination of urine in pyelonephritis, *Pædiat.*, **24** : 6, 977, décembre 1959.
 10. TALBOT, H. S., MAHONEY, E. H., et JAFFEE, S. R., Effects of prolonged urethral catheterisation, *J. Urol.*, **81** : 138, 1959.
-

L'ARTHROGRAPHIE DU GENOU *

par

Maurice ROYER

chef du Service d'orthopédie de l'Hôpital Saint-François-d'Assise

La difficulté de diagnostic des diverses et nombreuses lésions du genou est connue de tous. C'est pourquoi nous avons voulu diminuer le plus possible les chances d'erreur de diagnostic en nous servant d'une aide qui, nous le croyons, est d'une grande valeur, le pneumarthrogramme du genou.

Au début, cette technique a fourni des résultats peu encourageants. Mais, en ces dernières années, les améliorations apportées à l'arthrographie par Anderson, Brooks, Mitchell, Hamilton, Sommerville et d'autres ont fait espérer qu'on en obtiendrait de meilleurs résultats.

L'arthrographie du genou consiste à injecter une substance contrastante dans le but de rendre visibles les ménisques. (Nous traitons évidemment ici uniquement de ce qui concerne le diagnostic des lésions méniscales par l'arthrographie.)

Nous employons l'oxygène commercial comme agent contrastant. C'est une substance qui n'est pas irritante, libre de toute poussière et stérile, et qui s'absorbe beaucoup plus vite que l'air. Nous devons faire remarquer qu'il n'existe théoriquement que deux contre-indications à pratiquer une arthrographie :

- 1° Les fractures articulaires, à cause du danger d'embolie ;

* Travail reçu pour publication le 30 décembre 1959.

2° Les arthrites suppurées au début, en raison de la possibilité de dissémination de l'infection.

La technique est simple. Nous devons prendre toutes les précautions d'asepsie comme s'il s'agissait d'une intervention majeure : rasage et asepsie de toute la région du genou intéressé. Le chirurgien doit se préparer de la façon habituelle. La région du genou est recouverte de champs stériles.

Nous pratiquons l'injection à la face antéro-interne du genou sous la rotule, en nous servant d'une aiguille 20-22 et d'une seringue de 50 centimètres cubes. On pratique une anesthésie locale en faisant la ponction.

S'il existe un épanchement articulaire, nous devons en libérer le genou le plus complètement possible.

L'injection d'oxygène est alors faite et, habituellement, de 100 à 125 cm³ d'oxygène suffisent chez un adulte.

Nous nous rendons compte de la quantité de gaz à injecter par la distension des tissus et par la sensation de plénitude qu'éprouve le malade. Nous devons éviter les ponctions répétées du genou, en raison de la possibilité de diffusion d'oxygène dans les tissus mous environnants.

Dès que l'injection d'oxygène est complétée, nous appliquons un bandage très serré à la partie supérieure du genou afin d'éviter la diffusion d'oxygène en dehors du cul-de-sac sous-quadricipital.

Puis le malade est conduit au département de radiologie où les clichés nécessaires sont pris.

Statistiques. De janvier 1948 à septembre 1950, nous avons pratiqué 56 pneumarthrogrammes du genou.

Nous devons souligner que nous ne pratiquons cet examen que chez les malades dont le diagnostic est douteux et qu'il ne s'agit aucunement d'un examen systématique. Quand la lésion méniscale est très nette, cet examen n'est pas fait.

Pour les 55 arthrographies pratiquées, 26 malades ont été opérés, c'est-à-dire 47,3 pour cent et 29 n'ont subi aucune intervention. Dans 20 cas le diagnostic clinique de lésion méniscale a été confirmé par le

pneumarthrogramme. Et, à l'intervention, 16 fois le diagnostic a été confirmé, c'est-à-dire 80 pour cent des cas.

A noter que sur les 16 cas de lésion méniscale confirmée, dans un cas, il s'agissait d'un kyste du ménisque externe.

Un malade dont le pneumarthrogramme était positif n'a pas été opéré et nous n'en avons eu aucune nouvelle.

Il reste donc trois erreurs radiologiques confirmées à l'opération, c'est-à-dire un pourcentage de 6,6 pour cent. Et pour des raisons cliniques, malgré le fait que nous avons un pneumarthrogramme négatif, nous avons opéré six malades chez qui nous n'avons trouvé aucune lésion méniscale.

REVUE CLINIQUE

CONSIDÉRATIONS SUR LA PSYCHIATRIE DANS L'HÔPITAL GÉNÉRAL

par

Yves ROULEAU

*professeur agrégé, assistant dans le Service de neuro-psychiatrie
de l'Hôpital Saint-Michel-Archange*

La psychiatrie est reconnue comme une spécialité médicale et il est logique que sa pratique s'exerce en contact intime avec la médecine. Si, aujourd'hui, il est admis que les malades psychiatriques peuvent être traités dans l'hôpital général, il n'en fut pas toutefois toujours ainsi. Un regard sur l'histoire de la médecine et de la psychiatrie, sur l'évolution de la pensée humaine vis-à-vis de la maladie mentale, nous fait voir les étapes qui ont finalement abouti aux conceptions actuelles.

Durant le cours des temps, les malades psychiatriques furent soit totalement laissés à eux-mêmes, ignorés, exorcisés comme des possédés, brûlés comme des sorciers, ou bien enfermés, enchaînés comme des criminels. Graduellement, grâce à la clinique médicale, ils se virent réellement considérés comme des malades devant être traités. Naquirent alors les asiles où ils furent enfermés et gardés surtout dans le but de protéger la société, puis les asiles se transformèrent en hôpitaux psychia-

triques qui, de simples garderies, devinrent de plus en plus des centres de traitements intensifs. A leur côté, se créèrent des hôpitaux psychiatriques ouverts destinés à recevoir en plus des psychoses aiguës, les névroses et les cas mineurs.

Dans la dernière décade, avec les changements dans les idées, l'amélioration dans les moyens de traitements, le plus grand nombre de psychiatres, l'hôpital général a permis à ces patients d'être traités dans ses cadres. Cette formule se généralise de plus en plus, surtout en Amérique.

L'histoire nous enseigne encore que cette formule n'est pas tout à fait nouvelle et que, dans le passé, à titre exceptionnel, il va sans dire, des hôpitaux généraux recevaient des patients psychiatriques. Zilboorg raconte qu'au XIII^e siècle, dans un hôpital général du Caire, d'excellents traitements étaient donnés aux malades mentaux, qu'au *Juliuspital*, à Wunsburg, ils étaient traités sur le même pied que les autres patients, en 1576. De même, au *Guy's Hospital* de Londres, en 1728, des sections pour lunatiques furent instituées, et, en 1792, le *New York Hospital* adoptait la même politique. Dans l'ensemble, à part quelques rares hôpitaux qui ont toujours eu une section pour malades mentaux, c'est dans les cinquante dernières années qu'en Amérique s'est opéré le retour de la psychiatrie au sein de la médecine et que les malades psychiatriques peuvent être traités ailleurs que dans les asiles.

Au voisinage des hôpitaux généraux, se développèrent de petits hôpitaux psychiatriques opérant de concert avec ceux-ci et avec une École de médecine, comme le *Michigan State Psychopathic Hospital*, le *Boston Psychopathic Hospital*. Dans la province de Québec, des hôpitaux psychiatriques ouverts, comme la Clinique Roy-Rousseau, le Sanatorium Prévost, le *Allan Memorial Institute*, furent érigés. Ailleurs, des pavillons psychiatriques privés ont été bâtis comme annexes aux hôpitaux généraux, tel le *Phipps Psychiatric Institute* avec le *Johns Hopkins Hospital*.

Durant longtemps, les hôpitaux généraux avaient montré une certaine hésitation dans l'acceptation de certains malades comme les mentaux et les alcooliques. Aujourd'hui, ils tendent de plus en plus à leur ouvrir leurs portes et à ne pas faire de discrimination arbitraire,

Cependant, la demande d'hospitalisation étant très grande, ils demeurent toujours libres de choisir leurs patients, et généralement les alcooliques doivent recevoir leurs traitements dans d'autres institutions.

Ce retour de la psychiatrie dans l'hôpital général est souhaité, non seulement par les psychiatres et leurs malades, mais aussi par les internistes comme le montre l'enquête menée par A. E. Bennett.

Actuellement, aux États-Unis, 239 hôpitaux généraux consacrent à la psychiatrie 23 000 de leurs 163 000 lits.

Au Canada, C. A. Roberts, dans une étude sur le sujet, donne les chiffres suivants : sur 197 hôpitaux de 100 lits ou plus, 130 ont des facilités psychiatriques (tableau I).

TABLEAU I

Proportion des hôpitaux offrant des facilités psychiatriques au Canada (1956)

NOMBRE DE LITS	NOMBRE D'HÔPITAUX	HÔPITAUX AVEC FACILITÉS PSYCHIATRIQUES	POURCENTAGE
500 ou plus	26	24	92,3
250 à 499	37	32	86,5
150 à 249	68	50	73,5
100 à 149	66	24	36,4
TOTAUX	197	130	66,0

Plus l'hôpital est vaste, plus grande est la proportion des Services psychiatriques. Le tableau II indique le nombre de lits alloués à la psychiatrie en 1956.

Sur ces 1 040 lits, 870, soit 84 pour cent, se trouvent dans les hôpitaux avec un service de psychiatrie séparé, une unité. Les 170 autres appartiennent aux hôpitaux à service ouvert ; c'est pourquoi, en réalité, le nombre des lits alloués aux malades psychiatriques dépasse le chiffre plus haut cité. Les hôpitaux à service ouvert n'ont habituellement pas de lits attribués spécifiquement à la psychiatrie, mais, en pratique, une

TABLEAU II

Nombre de lits psychiatriques selon l'importance en lits de l'hôpital

IMPORTANCE DE L'HÔPITAL EN LITS	NOMBRE DE LITS	LITS ALLOUÉS A LA PSYCHIATRIE	POURCENTAGE
500 ou plus.....	18 672	658	3,5
250 à 499.....	11 690	296	2,5
150 à 249.....	9 299	76	0,8
100 à 149.....	2 870	10	0,3
Totaux.....	42 531	1 040	2,4

moyenne de 10 à 15 lits est souvent quotidiennement employée à cet effet.

La psychiatrie s'y exerce sous trois formules différentes. La première forme, groupe 1 du tableau III, est l'unité séparée. C'est la formule adoptée par la plupart des grands hôpitaux canadiens.

TABLEAU III

Type de Services psychiatriques

NOMBRE DE LITS	HÔPITAUX AVEC FACILITÉS PSYCHIATRIQUES	DISTRIBUTION SELON LES GROUPES		
		Groupe 1 (unité séparée)	Groupe 2 (service ouvert)	Groupe 3 (consultation et observation)
500 ou plus.....	24	18	4	2
250 à 499.....	32	8	7	17
150 à 249.....	50	2	5	43
100 à 149.....	24	—	1	23
Totaux.....	130	28	17	85

La deuxième formule, groupe 2, est le service dit ouvert où les malades ne sont pas groupés dans un secteur déterminé de l'hôpital, mais dispersés comme tous les autres malades.

La troisième formule, groupe 3, comprend les hôpitaux qui n'ont pas de service, de clinique organisée, mais où les facilités psychiatriques se résument à la consultation pour diagnostic et observation de courte durée.

L'unité psychiatrique groupe les patients dans un secteur déterminé de l'hôpital, où ils sont examinés et où ils demeurent durant le temps de leur traitement. Le personnel, médecins et infirmières, travaille sur place, ce qui exige moins de déplacement, réalisant ainsi une certaine économie de temps et d'énergie. Le problème de la surveillance est simplifié par l'isolement des malades et la présence d'un personnel infirmier spécialisé qui y est présent jour et nuit. Les techniques de psychothérapie de groupe sont plus facilement réalisables. Ce service, d'autre part, se prête mieux à l'hospitalisation des agités et des turbulents. L'enseignement de la psychiatrie aux infirmières et aux étudiants en médecine y trouve avantage, les stages y étant favorisés.

Actuellement, c'est la formule la plus répandue dans les grands hôpitaux canadiens ; cependant, nous croyons que certaines réflexions s'imposent.

Le service séparé a, par le fait même, tendance à isoler à nouveau le psychiatre et les malades psychiatriques du reste de la médecine. Y sont dirigées surtout des psychoses et des névroses sévères et la grande majorité des malades psychosomatiques demeurent dans le service de médecine, et les deux disciplines, au lieu de se compénétrer, demeurent isolées.

La ségrégation des malades y est inévitable, et souvent cette section est dénommée comme le « coin des fous », « des cinglés », « l'aile des mentaux ». Et ceci, souvent, par des membres du personnel, par les autres malades de l'hôpital et, par ricochet, par les parents et amis.

Parfois, à certaines époques, il s'y crée comme un petit asile, les facilités d'internement étant réduites. Les autres services y réfugient leurs déments séniles, et même des arriérés mentaux.

Si bien qu'actuellement des expériences sont tentées pour convertir les sections fermées en sections ouvertes. Ainsi, au *Kansas University*

Medical Center, Kim et Eaton rapportent cette transformation, c'est-à-dire que les portes sont ouvertes et les patients peuvent circuler librement dans l'hôpital.

Nous sommes plus à l'aise pour discuter de la deuxième formule qui est celle adoptée par les hôpitaux de la ville de Québec. Le premier service de psychiatrie dans un hôpital général fut créé à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus par le docteur C.-A. Gauthier en 1940. Ce n'est qu'en 1949-50, avec l'aide du plan fédéral-provincial d'hygiène mentale, que furent instituées dans six hôpitaux, Saint-Sacrement, Saint-François-d'Assise, l'Hôtel-Dieu de Québec, l'Hôtel-Dieu de Lévis, Jeffery Hale, l'Enfant-Jésus, des cliniques psychiatriques dont certaines devinrent progressivement des services adjoints à celui de médecine ou furent associées à ce service.

Dans cette formule, les patients psychiatriques sont considérés sur le même pied que les autres malades de l'hôpital et, comme eux, sont hospitalisés soit dans les chambres, les petits dortoirs ou les salles communes.

Dès les débuts, ce genre de service eut la faveur des directeurs médicaux et des directeurs du département de psychiatrie qui n'étaient pas favorables au service fermé, croyant que, si cette formule est facilement adaptable dans une grande ville anonyme, à Québec, où chacun se connaît, elle n'était pas pratique. Dans leur opinion, un service ouvert n'amène aucune discrimination ou stigmatisation du patient psychiatrique et assure une meilleure discrétion. D'autre part, ils voulaient prévenir le mélange de différents cas : psychoses et névroses. Ce mélange n'est pas habituellement apprécié des névrosés qui gardent un mauvais souvenir de leur association avec des malades en psychose et des alcooliques psychopathes.

Enfin, à l'époque, les conditions matérielles des hôpitaux ne permettaient pas la création de services séparés à cause du manque d'espace.

Pour le médecin, le personnel infirmier, ce genre de service demande plus de travail ; ils y sont plus alertés et sur le qui-vive. Pour les malades, il semble y avoir des avantages indéniables. Ils ne sont pas aliénés, ils demeurent au contact des autres malades, de leur médecin, de leur famille, ce qui contribue à diminuer bien des anxiétés de part et

d'autre. Ils peuvent être traités conjointement avec le médecin référant ou l'interniste. Dans plusieurs cas, le médecin traitant demandera une consultation en psychiatrie dans le but de vérifier son diagnostic et son traitement et, après discussion avec le psychiatre, continuera seul le traitement.

A leur sortie de l'hôpital, les malades n'ont pas à affronter le refus de l'employeur ni à voir leur chance d'avancement ou de promotion compromise, sort qui attend souvent le malade qui quitte l'hôpital mental et même l'unité psychiatrique. Même en ce siècle où, théoriquement, on professe la plus grande tolérance vis-à-vis du malade psychiatrique, la pratique nous enseigne tous les jours que les faits sont parfois bien différents.

Aucune contrainte n'étant exercée, aucune stigmatisation faite, si, par hasard, une rechute se produit ou un autre accès survient, le malade accepte facilement une nouvelle hospitalisation.

Le dispensaire externe contribue à garder sous observation les anciens patients de l'hôpital mental et à continuer leur traitement. De nombreux instables, angoissés, sont aidés immédiatement et d'autres dont la maladie est au début sont traités aussitôt et bien souvent l'internement leur est évité. Les cliniques psychiatriques constituent des centres d'hygiène mentale.

Cette formule a toutefois ses inconvénients. Dans l'hôpital, un patient pourra occasionnellement causer un certain émoi, événement qui est de plus en plus rare, le personnel hospitalier ayant appris à manipuler ces malades. C'est pour le personnel psychiatrique, médecins et infirmières, que la tâche est plus difficile.

Il faut d'abord être prudent dans le choix des patients à admettre et pouvoir évaluer rapidement ceux qui sont déjà hospitalisés. Chez les déprimés, il faut toujours avoir à l'esprit les potentialités de suicide. Si nous acceptons de les traiter, nous devons assurer une surveillance appropriée, c'est-à-dire de vingt-quatre heures durant les premiers temps du traitement. Avec les déprimés ambulants, les mêmes précautions s'imposent, la famille doit être mise au courant et nous devons avoir la certitude d'une surveillance sans relâche de vingt-quatre heures. Il n'est pas exagéré d'insister sur ce point.

En d'autres temps, nous rencontrons des manifestations impulsives et même agressives chez certains schizophrènes, des crises de panique chez les anxieux, des phénomènes d'automatisme ambulatoire chez les épileptiques, l'onirisme et l'agitation des alcooliques, la confusion mentale, les égarements des séniles. De même, au cours de traitement ou après le traitement, certaines manifestations d'abréaction et d'agitation peuvent troubler la paix d'un dortoir. Ces manifestations sont d'ailleurs rares et, avec l'expérience progressive du personnel, sont facilement maîtrisées.

Dans cette formule, le psychiatre fait partie de la vie de l'hôpital et est en contact avec les médecins, les internes, les étudiants, les infirmières, etc. Ce contact a, semble-t-il, des avantages de part et d'autre. Le psychiatre demeure ainsi dans la médecine, les échanges de vue sont fréquents, les cas sont suivis conjointement et, de cette façon, la psychiatrie se joint aux autres disciplines pour une meilleure compréhension du malade.

Au cours de ces rencontres, un certain enseignement socratique s'établit nécessairement : progressivement, le personnel d'un département apprend à comprendre et à manœuvrer ces patients et ce département acquiert de plus en plus une atmosphère thérapeutique. Ici, comme ailleurs, les dispositions naturelles du personnel dans l'établissement de bonnes relations avec le malade sont très variables ; à côté d'infirmières et d'internes qui ont spontanément un bon contact avec les malades, d'autres, la plupart du temps eux-mêmes tendus et anxieux, leur manifestent de l'hostilité et souvent de l'agressivité. Lorsque cette situation se produit, il faut, de la part du médecin, une certaine patience pour faire comprendre aux intéressés, sans les froisser, qu'il est préférable d'avoir une autre attitude vis-à-vis du malade. Les réactions agressives du personnel amènent souvent une réponse de même nature de la part des patients, et, malheureusement, c'est toujours à eux que l'on donne tort. Il est remarquable de constater que ce sont toujours les mêmes personnes qui sont impliquées dans ces situations conflictuelles.

L'influence des patients psychiatriques sur les autres malades n'est pas celle que certains avaient imaginée au début. A part quelques cas d'exception, il s'établit habituellement un courant de sympathie et

d'entr'aide de la part des autres malades du Service. Le malade psychiatrique est parfois plus facilement accepté par les autres patients que par certains membres du personnel.

Cette formule de service ouvert permet d'exercer plus facilement une sélection dans l'hospitalisation. Sa nature même exclut les malades agités, turbulents ou dont le traitement laisse prévoir une hospitalisation prolongée. Ainsi, un triage s'effectue au niveau de l'hôpital général et un aiguillage des cas qui sont dirigés soit à la Clinique Roy-Rousseau ou à l'Hôpital Saint-Michel-Archange.

Il est très important que les possibilités de transfert d'un patient à l'hôpital psychiatrique ouvert, la Clinique Roy-Rousseau ou à l'hôpital psychiatrique fermé soient faciles et rapides, autrement, il y a danger que les malades mentaux demeurent indéfiniment dans l'hôpital général. Dans notre milieu, les transferts ont toujours été très faciles et la collaboration de ces deux hôpitaux, excellente ; ce n'est pas la situation qui existe dans la plupart des centres du pays.

Cette formule présente d'ailleurs d'immenses possibilités pour l'enseignement de la psychiatrie, tant au niveau de l'étudiant en médecine que de l'enseignement postuniversitaire. Le matériel est là, il s'agirait de l'utiliser (histoires de cas, cliniques, réunions conjointes avec le Service de médecine, etc.).

Certains hôpitaux ont apporté des variantes à cette formule de base ; par exemple, à la clinique de consultation, on a groupé une dizaine de lits qui servent au traitement des patients ambulants qui, le soir, retournent dans leur foyer. Cette formule nous paraît excellente, car elle évite la nécessité de l'hospitalisation ; elle fut désignée sous le vocable d'hôpital de jour, en opposition à l'autre variante, dite hôpital de nuit, où les malades sont traités le soir, passent la nuit à l'hôpital et, le lendemain matin, retournent à leur travail.

Un système qui nous paraît souhaitable pour nos milieux serait le suivant. A ce service ouvert que nous venons de décrire, il faudrait adjoindre une salle avec dix à quinze lits séparés par de petites cloisons où demeureraient les patients ambulants en cours de traitement et où séjourneraient, durant quelques heures, les malades hospitalisés après leur traitement. De plus, trois ou quatre chambres d'isolement ren-

draient de grands services. Des patients agités ou confus, de grands déprimés pourraient y être gardés durant les deux ou trois premiers jours de traitement. Les méthodes thérapeutiques actuelles permettent de venir à bout des patients les plus agités dans un délai de vingt-quatre

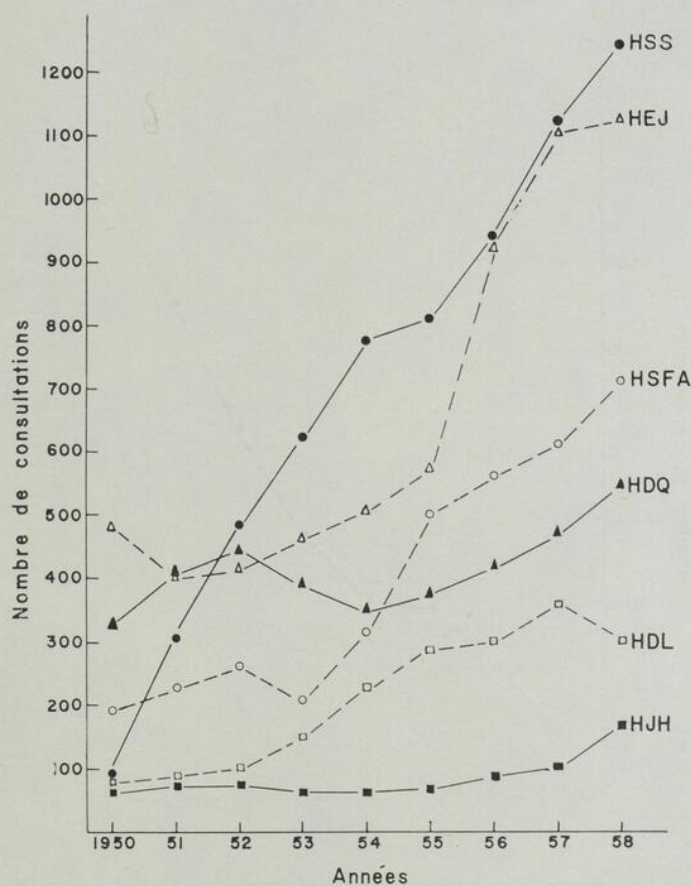


Figure 1. — Fréquentation des services psychiatriques dans chacun des six hôpitaux étudiés.

à trente-six heures. De cette façon, bien des transferts inutiles à l'hôpital mental seraient évités ; faute de lieu d'isolement, nous sommes souvent forcés de transférer un patient confus et agité qui, vingt-quatre heures après, se retrouve parfaitement lucide dans un hôpital mental.

* * *

Depuis 1950, le nombre des consultations, tant externes qu'internes, ont été en progression, comme le démontrent les figures 1 et 2 et le tableau IV.

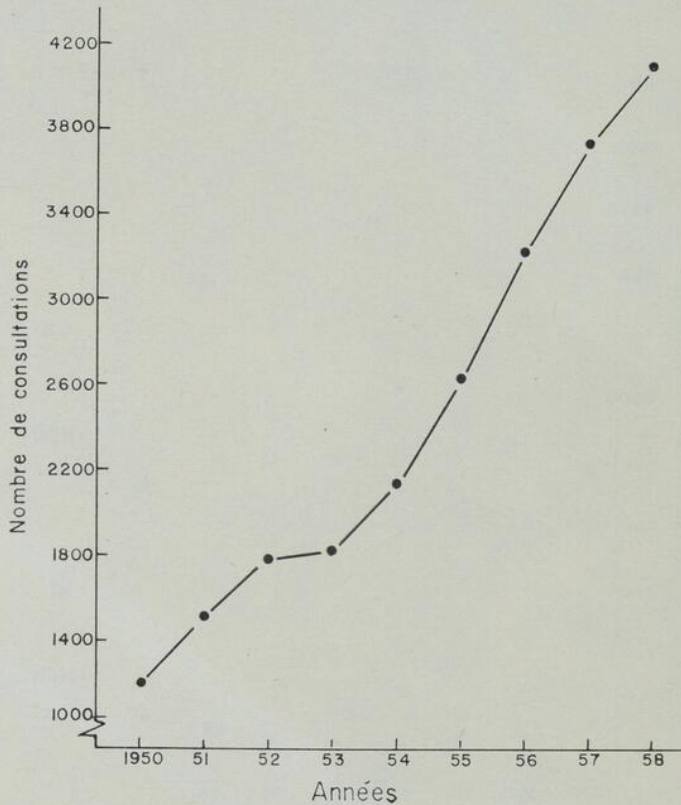


Figure 2. — Fréquentation des services psychiatriques dans l'ensemble des six hôpitaux étudiés.

Durant les neuf premières années, 21 301 patients ont été suivis dans les hôpitaux de Québec et de Lévis.

L'objection suivante est parfois formulée par certains médecins : le patient psychiatrique immobilise un lit durant trop longtemps et ainsi ralentit le roulement de l'hôpital. Cette idée vient probablement du fait

TABLEAU IV

Nombre total de patients dans les six hôpitaux généraux étudiés

HÔPITAUX	1949	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957	1958	TOTAUX
Hôpital du Très-Saint-Sacrement	100	361	414	502	623	684	801	938	975	1 047	6 445
Hôtel-Dieu de Québec	—	285	392	415	370	296	297	317	351	499	3 222
Hôpital Saint-François-d'Assise	—	170	188	239	218	333	512	578	642	744	3 624
Hôpital de l'Enfant-Jésus	—	484	404	420	433	490	553	893	1 081	1 082	5 840
Hôpital Laval	—	—	83	110	129	165	250	297	332	289	1 655
Hôpital Jeffery-Hale	—	38	55	50	36	38	34	52	—	212	515
Totaux	100	1 338	1 536	1 736	1 809	2 006	2 447	3 075	3 381	3 873	21 301

que des médecins assimilent tous les patients psychiatriques aux grands malades internés. La statistique pour l'Hôpital du Saint-Sacrement montre que la moyenne de temps d'hospitalisation pour les patients admis d'emblée en psychiatrie est de 14,8 jours ; par contre, les malades suivis conjointement par le Service de médecine et la psychiatrie ont un séjour de 18,1 jours. Le tableau V, où les patients sont classés par diagnostic, indique cette moyenne de séjour.

TABLEAU V

Nombre de jours d'hospitalisation selon que le patient est d'abord admis en médecine, puis référé en psychiatrie ou admis d'emblée en psychiatrie

DIAGNOSTIC	ADMIS EN MÉDECINE, PUIS EN PSYCHIATRIE			ADMIS D'EMBLÉE EN PSYCHIATRIE (séjour total)
	Nombre de jours en médecine	Nombre de jours en psychiatrie	Séjour total	
Arriération mentale	12	5	17	12
Psychose d'involution	6	14	20	15
État dépressif	6	13	19	13
Manie	7	12	19	7
Schizophrénie	7	7	14	14
Névrose	9	10	19	16
Psychoses toxico-infectieuse, puerpérale	5	11	16	14
Psychoses sénile, artériosclé- reuse	10	10	20	5
Durée moyenne d'hospitalisa- tion	7,8	10,3	18,1	14,8

LE TRAVAIL PSYCHIATRIQUE DANS UN HÔPITAL PARTICULIER

Après ce résumé du plan d'ensemble des hôpitaux, nous donnerons nos impressions du travail psychiatrique dans un hôpital particulier, l'Hôpital du Saint-Sacrement.

D'abord, d'où viennent les malades? Il y a ceux qui sont hospitalisés et ceux qui sont ambulants.

Les malades hospitalisés se divisent en deux groupes. Ceux que leurs malaises ont conduits dans les Services de médecine ou de chirurgie, de spécialités, et qui, après un examen négatif, sont référés à la psychiatrie. On y retrouve des patients chez lesquels rien d'organique n'a été décelé et qui sont ou des anxieux ou des déprimés, etc. ; ou bien, à la lésion somatique s'ajoutent des manifestations psychiatriques, ou d'autres qui, durant leur séjour soit en chirurgie ou en obstétrique, ont développé des troubles mentaux, comme des confusions mentales postopératoires, des psychoses *post partum* ou des *delirium tremens*, etc.

Ce groupe de malades, non originellement considérés comme psychiatriques à leur entrée à l'hôpital, se chiffre à 71 pour cent.

Le deuxième groupe comprend les malades hospitalisés spécifiquement pour des traitements psychiatriques. Ils sont référés par leur médecin traitant, soit un médecin de l'hôpital ou de quartier ou un praticien de la campagne, dans une proportion de 20 pour cent. Le reste est référé par d'anciens patients, des agences sociales ou la Cour, dans une proportion de neuf pour cent.

Les patients qui s'adressent directement au psychiatre sont plutôt rares.

Les patients externes sont dirigés par les mêmes sources de référence.

Méthodes de travail :

A part certains cas spéciaux où la demande du médecin stipule que le patient soit vu d'abord par le psychiatre, le premier contact est fait par l'infirmière psychiatrique. Elle établit la relation, explique au malade la nature de la consultation, fait l'histoire clinique et une biographie générale du patient sans entrer dans les détails. Ce travail est un premier défrichage et sauve énormément de temps.

Contrairement à l'objection qui nous vient à l'esprit, la plupart des patients se prêtent facilement à l'entrevue de l'infirmière, les refus enregistrés sont rares.

L'infirmière psychiatrique est entraînée à la technique de l'entrevue et, après quelques années, a acquis une grande expérience des différentes personnalités et sait s'y adapter.

Ce premier contact permet déjà une sélection des malades, c'est-à-dire que l'infirmière, dès lors, note la gravité, la sévérité de la maladie et en avertit le médecin psychiatre. Ce sont les qualités de personnalité, de tact et de travail des infirmières qui sont la base du service. Elles entrent en contact, non seulement avec le patient, mais avec les familles, les médecins. De bonnes infirmières, le service va très bien ; de mauvaises infirmières, rien ne va, et ceci du premier contact à la fin du traitement.

L'entrevue avec le psychiatre :

L'examen psychiatrique n'est pas le même dans tous les cas. La façon de procéder et le temps alloué varient suivant les patients. Il faudrait être naïf pour s'astreindre à des règles arbitraires et appliquer la même technique à tous. Par exemple, l'examen d'un arriéré profond est très différent de celui d'une névrose obsessionnelle, si parfois quelques minutes suffisent dans le premier cas, il faudra souvent plus d'une heure dans le second cas et avec une technique bien différente. Dans nos conditions de travail, les tests psychologiques les plus pratiques sont l'*Army B*, le *Minnesota Multiphasic Personality Inventory*, le *Thematic Aperception Test*.

Nature des cas :

Le matériel clinique est très varié, comme le démontrent les tableaux VI et VII. Cette incidence de la nature des cas dans notre milieu est tout à fait comparable à celle du Canada comme on le voit au tableau VIII.

Remarques générales :

Le problème thérapeutique doit être envisagé sous plusieurs angles.

En fonction même de la nature de l'hôpital général et avec le système de service ouvert, une catégorie de malades, sinon en principe, du moins en pratique, se trouve exclue. A quelques exceptions près, les patients agités qui nécessitent l'isolement sont dirigés vers les hôpitaux mentaux.

Par ailleurs, les patients dont la nature de la maladie laisse entrevoir un traitement de plusieurs mois, long et onéreux, sont aussi orientés vers les hôpitaux psychiatriques.

TABLEAU VI

Distribution des cas selon le diagnostic

	1949	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957	TOTAUX
Schizophrénie.....	5	5	12	17	26	26	39	49	62	241
Psychose maniaque dépressive.....	4	35	55	60	55	65	65	98	70	507
État paranoïde.....	0	8	5	4	8	8	7	16	12	68
Psychose involutive.....	0	0	15	16	13	8	11	7	8	78
Psychose sénile et artériosclérose.....	3	0	15	23	22	17	17	17	20	134
Arriération mentale.....	6	23	18	23	27	29	30	31	29	216
Psychose toxi-infectieuse et puerpérale.....	1	14	9	30	11	6	6	15	15	107
Psychopathie.....	3	9	15	6	12	16	17	23	19	120
Neurologie-Épilepsie.....	15	83	98	78	121	135	142	170	157	999
Commotion cérébrale.....	3	6	6	18	18	13	7	9	23	103
État dépressif.....	15	54	11	35	25	34	54	108	81	420
Psycho-névrose.....	30	109	141	182	264	307	384	376	420	2 213
Non diagnostiqué.....	15	15	14	21	17	20	20	23	31	176

TABLEAU VII

Distribution des principaux diagnostics

DIAGNOSTIC	NOMBRE DE CAS	POURCENTAGE
Psychoses.....	1 907	36,0
Névroses.....	2 213	41,8
Neurologie.....	999	18,5
Autres.....	176	3,7
Totaux.....	5 295	100,0

TABLEAU VIII

Distribution des cas selon leur nature (statistique canadienne)

	GROUPE 1	GROUPE 2 *	GROUPE 3	TOTAL
Nombre d'hôpitaux.....	20	8	11	39
Psychoses.....	34,1%	22,6%	24,8%	31,5%
Névroses.....	46,8%	42,0%	38,8%	45,2%
Arriérés.....	2,5%	2,0%	5,6%	2,8%
Épileptiques.....	3,6%	6,9%	9,8%	4,8%
Autres.....	13,0%	26,5%	21,0%	15,7%

* Pour les hôpitaux du groupe 2, les taux des névroses sont identiques, le nombre des psychoses est légèrement supérieur chez nous.

Comme il faut travailler dans une limite de temps, au maximum un mois, on voit la nécessité d'une sélection des cas. L'approche thérapeutique est éclectique, le traitement n'est pas dirigé par des conceptions dogmatiques mais par l'étude et l'évaluation de chaque cas en particulier, c'est l'approche multi-dimensionnelle des Américains.

Le traitement des psychoses :

En soi, ce traitement ne diffère pas de celui qu'on applique dans un hôpital ou une clinique mentale. Dans les dépressions, c'est-à-dire

les états mélancoliques de la classification de Kræpelin, les dépressions endogènes avec ralentissement psychomoteur, inhibition, troubles du sommeil, l'électroplexie est le traitement indiqué. L'utilisation du courant rectifié (Liberson, Reiter) qui ne donne pas de confusion mentale et de troubles de la mémoire permet de travailler avec aisance et évite bien des problèmes tant du côté du personnel que du côté de la famille du malade. Depuis quelques années, les traitements sont donnés avec anesthésie générale et un curarisant de synthèse qui réduit la convulsion au minimum, l'oxygénation complète est administrée avant et après le traitement. Cette technique a certains avantages : le traitement est mieux accepté, l'anxiété du patient est réduite à condition que l'injection du curarisant soit donnée, une fois le sommeil barbiturique obtenu, car une injection prématurée du curarisant crée une angoisse marquée chez le patient. Celui-ci a l'impression vive de manque d'air, il se sent étouffé.

Le risque de fractures et de tassement vertébral est réduit, plusieurs cas contre-indiqués avec la méthode classique peuvent ainsi être traités sans danger. Toutefois, dans certains états dépressifs, avec forte inhibition, il semble que le nombre de traitements requis soit plus grand qu'avec la méthode classique.

Le taux des patients déprimés améliorés est comparable à la statistique universelle de 84 pour cent (Leo Alexander) et, comme nous l'avons déjà écrit, en corrélation assez étroite avec le pronostic du test de Funkenstein.

Dans l'hôpital général à service ouvert, une surveillance et une vigilance constantes doivent être exercées sur les déprimés, car le danger de suicide est toujours présent. Dans les cas de dépression où nous redoutons cette éventualité, une surveillance de tous les instants, soit par une infirmière privée ou un nombre responsable de la famille est exigée durant les premiers jours du traitement. Par la suite, elle peut être relâchée mais en ayant toujours l'œil ouvert. Il faut se méfier des « queues de mélancolie » et des patients qui sortent de leur dépression.

Pour les patients ambulants, les mêmes précautions s'imposent. Avant d'accepter de traiter un patient, la famille doit être mise au courant de la nature de la maladie, doit accepter d'exercer une surveillance sérieuse et régulière du patient et l'accompagner à chaque traitement.

Durant une période de dix ans, nous avons eu à déplorer un cas de suicide chez les patients hospitalisés et deux autres chez des patients qui, après une première consultation, attendaient leur place à l'hôpital.

De cette façon, des états mélancoliques délirants qui, il y a quelques années, auraient été immédiatement internés ont pu être traités dans un temps de deux à trois semaines ; parfois, les malades ont dû parcourir des distances de cinquante à soixante milles, trois fois par semaine.

Aujourd'hui, la pharmacologie, avec une publicité tapageuse de la part des fabricants, offre des médicaments dits antidépresseurs. Notre expérience de ces substances nous laisse encore réticent et seulement un recul du temps suffisant permettra de juger de leur valeur. Ces médicaments permettent aux patients de mieux supporter leur état dépressif. Dans la dépression endogène, à l'heure actuelle, nous partageons tout à fait l'opinion de Kalinosky et de Leo Alexander, à savoir que le traitement de choix demeure encore l'électroplexie.

D'ailleurs, à la suite des publications optimistes du début, les hôpitaux et les instituts sérieux publient actuellement leurs statistiques qui sont beaucoup plus réservées. En se fiant uniquement à ces médications, le médecin s'endort dans une fausse sécurité et ignore le danger toujours présent du suicide et s'expose à des incidents toujours regrettables.

La dépression névrotique, qui est tout autre, peut être traitée comme nous verrons plus loin, avec ces médications comme avec bien d'autres moyens, d'ailleurs.

Cette opinion personnelle, fruits de nos observations qui, d'ailleurs, est partagée par beaucoup d'autres psychiatres, peut paraître excessive, mais nous ne connaissons pas actuellement de médications chimiques spécifiquement antidépresseurs comparables aux médications tranquillisantes chez les anxieux et les agités.

Traitement des schizophrènes :

Il n'y a pas de traitement standard de la schizophrénie, mais diverses modalités qui varient suivant l'orientation thérapeutique du clinicien, suivant chaque malade et aussi suivant le stade d'évolution de la schizophrénie. Les réactions schizo-affectives, les schizophrénies au début, les états oniriques, doivent être envisagés suivant la présentation clinique et leur traitement doit varier suivant le besoin. Par exemple, l'électro-

plexie améliore l'état catatonique et dépressif ; les sédatifs, l'anxiété ; les neuroleptiques et l'insulino-thérapie, les idées paranoïdes et les réactions agressives ; enfin, une psychothérapie appliquée aux besoins du schizophrène continue le traitement et tout ceci de façon isolée ou combinée.

Voici en résumé trois observations différentes de réactions schizophréniques traitées à l'hôpital général avec l'approche décrite plus haut.

Madame P. B. est une patiente de vingt-sept ans dont les troubles actuels évoluent depuis six mois. Elle se sent progressivement devenir la risée des autres. Elle change d'emploi, les mêmes ennuis se répètent ; interprète les faits et gestes de l'entourage ; refuse de voir son mari, pense qu'il va la tuer, complot sa mort. L'entourage connaît ses pensées au moyen de la télépathie ; elle craint que les voisins ne l'assassinent, n'a plus aucune activité, rit seule par moments, a des troubles des perceptions, des illusions, elle se sent différente des autres, différente de ce qu'elle était auparavant ; elle devient persécutée au point qu'elle fait des fugues et se sauve de chez elle en crises de panique. Elle a peur d'être empoisonnée. Elle a l'impression que son mari change de forme physique à volonté.

En raison du début subit de la maladie, de l'insomnie, de l'élément dépressif, de la forte charge d'anxiété, la patiente est traitée d'abord par électroplexie et sédation. Elle reçoit douze traitements qui amènent une amélioration. Elle redevient calme, non déprimée, plus gaie, n'exprime plus ses idées délirantes. L'entourage trouve l'amélioration remarquable mais son contact avec la réalité n'est pas satisfaisant, elle demeure bizarre et discordante. Elle se surveille et garde une certaine méfiance. Environ un mois plus tard, elle est ramenée par son mari ; cette fois, elle ressent des odeurs de chloroforme dans sa chambre, elle a l'impression de dépersonnalisation, elle éprouve des hallucinations auditives, elle voit des complots et des persécuteurs autour d'elle. Il est impossible de la raisonner. Elle est soumise au coma insulinique, elle reçoit trente comas avec une dose maximum de 290 unités. Cette fois, l'amélioration est de meilleure qualité, son autocritique est bonne et elle se sent comme auparavant. Depuis 1954, cette patiente a été revue plusieurs fois pour de légères recrudescences du syndrome et elle prend régulièrement une

dose d'entretien de 75 milligrammes de largactil par jour. Dès qu'elle cesse cette médication, au bout d'un mois ou deux, elle voit ses troubles réapparaître et, automatiquement d'elle-même, elle reprend sa médication.

Le *follow-up* de ce cas est de six ans, le mari et sa famille constatent qu'elle mène une vie sensiblement normale.

Mlle C. B., dix-sept ans. Personnalité schizoïde antérieure. Depuis quelque temps, cette patiente se dit incomprise de sa famille et ne peut les comprendre elle-même, a l'impression qu'on rit d'elle. Dernièrement, sainte Bernadette lui est apparue et, depuis, elle sait à quoi s'en tenir au sujet de son avenir. Elle est devenue bizarre, elle raconte à ses parents des faits qui ne correspondent pas à la réalité, des gens malveillants mouillent le terrain chez elle, signes de manifestation contre elle, la radio, les journaux ont des allusions malveillantes à son sujet. Elle entend des voix qui commandent ses pensées, elle a le sentiment d'étrangeté de l'entourage, des idées de référence, une perte complète de l'auto-critique et du sens de la réalité. Elle a l'impression qu'on rit d'elle, qu'on parle contre elle ; elle fouille dans les garde-robes parce qu'elle croit qu'il y a des personnages cachés à ces endroits.

Traitée d'abord par électroplexie et neuroleptiques (dix traitements), elle se calme, dort mieux mais les hallucinations persistent ; elle a peur d'être empoisonnée ; elle demeure dans l'irréel. Soumise à la cure insulínique (dix-neuf comas), on observe une amélioration sensible, elle n'exprime plus d'idées délirantes, son contact est bon, sa famille la trouve normale. Depuis, elle a présenté deux courtes rechutes avec tableau identique qui ont été contrôlées avec des neuroleptiques. Depuis trois ans, cette patiente a eu une rémission sociale satisfaisante.

Mlle R. D., trente-deux ans. Antécédents familiaux chargés. Depuis quelques mois, elle a l'impression qu'on ajoute à son breuvage un philtre d'amour afin de la pousser vers les hommes et d'attirer les hommes vers elle. Elle a l'impression d'être magnétisée. En voyageant en automobile, ses compagnons qui fument le cigare ont influencé sa vie par la fumée du cigare. Elle croit être le diable et ceux qui l'entourent sont des anges déguisés. Elle a l'impression d'être surveillée et que les gens qui l'entourent veulent la faire périr, des voix commentent ses pensées

et les racontent aux autres. La nuit, elle demeure éveillée et voit des hommes autour de la maison, elle a l'impression d'avoir tué sa mère.

Elle a été traitée d'abord avec de l'électroplexie et de la chlorpromazine ; les manifestations aiguës se sont améliorées, mais elle est demeurée dans un état d'irréalité sans aucune auto-critique, méfiante et toujours avec ses tendances interprétatives. Par la suite, elle reçut 25 comas à l'insuline avec une amélioration notable. Cependant, elle a dû continuer à prendre une dose d'entretien de 100 mg de largactil par jour. Depuis cinq ans, nous l'avons vue à plusieurs reprises, elle a continué son travail d'infirmière et a présenté quatre phases d'exacerbation du syndrome, après avoir cessé sa médication.

Ces exemples sont donnés pour montrer que le traitement des schizophrènes doit être varié et qu'après le départ de l'hôpital, lorsqu'il est possible, le médecin doit rester en contact avec le patient afin de supprimer le plus vite possible les rechutes. Il est étonnant de constater combien le schizophrène reste fidèle à son médecin et revient consulter lui-même lorsqu'il s'aperçoit de l'imminence d'une rechute. Comme pour les malades chroniques de la médecine, comme les diabétiques, les schizophrènes améliorés doivent rester sous surveillance médicale.

Un grand nombre de schizophrènes chroniques sont rencontrés dans le Service de médecine où ils sont traités pour divers malaises physiques. Il n'y a pas d'avantages à hospitaliser des schizophrènes chroniques qui présentent des phases de rechute ; le traitement ambulatoire avec les neuroleptiques réussit à faire cesser les réactions antisociales et agressives et à amener une rémission sociale satisfaisante qui, dans la plupart des cas, se compare avantageusement aux autres formes de traitement de cette affection. Depuis une décennie, le traitement des schizophrènes a évolué. Avant l'ère thérapeutique, le pourcentage de rémissions était de 25 pour cent, tandis qu'actuellement il se chiffre aux environs de 75 pour cent (statistique d'Henri Ey).

Le patient traité de façon ambulatoire et demeurant au contact de sa famille ne régresse plus aussi profondément que les anciens patients d'asile laissés à eux-mêmes. Souvent, après une phase de traitement intensif, les réactions affectives s'atténuent et le patient atteint un stade de rémission sociale satisfaisante.

Dans les conditions sociales actuelles, le retour au foyer ne peut être réglé de façon arbitraire. S'il est possible de retourner un adolescent schizophrène amélioré dans une famille compréhensive et avec laquelle un contact peut être maintenu, le problème n'est pas le même dans le cas d'un schizophrène chef de famille sur lequel l'épouse ne peut exercer de contrôle, à plus forte raison s'il demeure dans un « rang » isolé des voisins. Il faudrait une collaboration très étroite avec des travailleurs sociaux entraînés spécialement dans la surveillance (*after care*) des schizophrènes.

Dans un service de médecine, le nombre d'épileptiques rencontrés dans une année est important. Dans notre milieu, il constituait 12 pour cent des patients vus en 1958 ; il s'agit surtout d'épileptiques non reconnus dont le diagnostic est porté précisément lors de leur hospitalisation. La forme dite temporale, avec ses manifestations physiques et psychiatriques, est de plus en plus reconnue grâce aux renseignements fournis par l'électro-encéphalographie.

Le traitement des patients agités, excités ou confus, comme les cas de psychoses postopératoires, posttraumatiques ou de sevrages alcooliques, qui, habituellement, nécessitent un transport urgent à l'hôpital mental est souvent possible.

En somme, le traitement des psychoses dans l'hôpital général n'est pas tellement différent de celui donné dans les hôpitaux mentaux. Par contre, le nombre important des malades groupés sous le terme général de « névrosés » mérite que nous nous étendions plus longuement sur cette catégorie. Les malades groupés sous cette désignation générale de psychonévroses représentent 41 pour cent de nos patients. En pratique, dans un service de médecine, ce pourcentage est encore plus élevé car tous ces cas ne sont pas vus en psychiatrie. Cette classification générale comprend les névroses proprement dites, « obsessives-compulsives », phobiques, hypocondriaques, hystériques, etc., et un groupe qui forme environ 60 pour cent des patients du service de médecine et qui sont ces malades qualifiés de « fonctionnels », de « non-organiques », de « psychiques ». On les retrouve en gastro-entérologie, en cardiologie, en gynécologie, etc. Les motifs de consultation sont les plus divers et les examens et explorations cliniques de même que les investigations radiologiques et biologiques sont à peu près négatives. A partir de ce moment,

la médecine a parfois tendance à les négliger ; ils sont libérés souvent avec une formule vague ou un tonique ; d'autres fois, on leur explique qu'après un examen complet, tout a été trouvé normal ou bien on leur dit simplement : « Ce sont vos nerfs ». Le patient quitte alors l'hôpital avec les mêmes malaises en se disant, « j'ai une maladie que les médecins ne comprennent pas ». « J'ai un mal mystérieux », ou bien « On me cache une affection grave. »

Leur anxiété augmente et, dans leur esprit, la médecine ayant échoué, il ne leur reste comme espoir que les chiropraticiens, les guérisseurs et les charlatans.

Par ironie du sort, ils s'y présentent le plus souvent après de nombreuses recommandations et dans un état de confiance totale et un phénomène de suggestion intense les soulage de leurs malaises et ils repartent louant la puissance de ces guérisseurs. En d'autres circonstances, avant d'aboutir chez le charlatan, ils consulteront un autre médecin ou un autre hôpital. Les examens sont recommencés, plus poussés et le résultat est sensiblement le même. Sauf que, cette fois, l'on parle de « légère insuffisance hépatique », « de légères hyperthyroïdie ou hypothyroïdie », de « légère hypoglycémie » « d'insuffisance glandulaire », etc. Une médication est prescrite qui, souvent, n'amène pas de soulagement. A la longue, les patients se découragent ; d'autres fois, c'est le médecin qui tourne en rond. Une certaine classe de gens commence alors les « voyages médicaux » et ils font la tournée des polycliniques renommées, soit la clinique Mayo, à Rochester, la clinique Leahy, à Boston, d'où ils reviennent le plus souvent avec un diagnostic vague et une prescription de phénobarbital.

Une bonne part de ces patients entre dans le cycle de la chirurgie. Si, aujourd'hui, le système de classification des hôpitaux et le travail du comité des tissus réduisent cette éventualité de plus en plus, il n'en était pas de même, il y a quelques années, et, encore actuellement, il ne se passe pas de semaine où nous ne voyions de ces malades qui ont subi de nombreuses interventions chirurgicales et qui sont à nouveau hospitalisés pour les mêmes malaises.

Macy et Allen, de la clinique Mayo, ont révisé, après six ans, les dossiers de 235 patients chez lesquels le diagnostic de fatigue nerveuse

avait été posé, dans le but de rechercher si, lors du premier examen, une maladie organique était passée inaperçue. La rectitude du diagnostic fut prouvée dans 94 pour cent des cas, 289 interventions chirurgicales avaient été faites chez 200 de ces patients.

Devant ces malades, nous avons constaté que les attitudes sont diverses. Les internes et les résidents sont souvent désemparés, ils ne les comprennent pas et, par le fait même, parfois leur sont hostiles. Chez les cliniciens d'expérience, il y a des organicistes absolus qui, va sans dire, ont toujours une explication à fournir comme cause de la maladie. La plupart des cliniciens cependant ont un flair qui leur fait dépister et reconnaître ces malades, même s'ils ne les comprennent pas tout à fait.

Dans nos contacts réguliers avec ces cliniciens, nous avons discuté bien des fois de ce problème et nous avons à maintes reprises mutuellement constaté qu'une fois la nature fonctionnelle des troubles reconnue, le médecin est souvent hésitant et gauche devant ces patients, ne sachant trop comment procéder.

Il nous semble que, généralement, le défaut réside dans la technique de l'entrevue.

L'étude de la personnalité est aussi importante que les investigations de laboratoire. L'aspect fonctionnel de la maladie étant envisagé, il faut maintenant examiner le patient sous l'angle psychologique. Le premier contact et la première entrevue étant très importante, il faut y réserver habituellement près d'une heure, car l'examen se fait au niveau de la communication. Certaines étapes nous semblent à suivre. D'abord, rassurer le malade et lui expliquer que la négativité de l'examen organique ne signifie pas que ses malaises soient imaginaires, comme il a tendance à le croire, mais qu'il est tout à fait courant de constater que des symptômes ne dépendent pas de la lésion de tel ou tel organe mais peuvent être la résultante d'un ensemble de facteurs qu'il faut examiner.

En deuxième lieu, il faut faire reconnaître au malade le rôle des émotions sur le fonctionnement de l'organisme et ceci avec des exemples simples et connus du malade. Même chez les patients très sophistiqués et qui disent avoir lu des livres de psychologie avancée, il est frappant de constater comment les gens sont peu renseignés sur la physiologie des émotions. On repasse les émotions connues, comme la peur, la crainte, la

joie, la tristesse, et l'on décrit leur composante physiologique. Ces états sont connus du malade et il fait facilement la relation de cause à effet. Les explications varient suivant la connaissance et la culture du malade ; là, il faudra être très simple, ailleurs, on pourra même donner des exemples de réflexes conditionnés.

Tout ceci pour aboutir à la reconnaissance par le malade du rôle des émotions.

Après ce stade, il faut tenter de découvrir si le malade donné possède cette personnalité anxieuse, cette habitude de tension qui est le dénominateur commun de tous ces malades.

Habituellement, à peu de variantes près, ces individus présentent tous le même tableau et ils se reconnaissent facilement dans la description qu'on leur donne. Ce sont des individus hypersensibles, prenant toutes choses à cœur, réagissant vite à la critique, facilement impressionnables et qui sont surtout des perfectionnistes ayant toujours peur de mal faire ou d'être pris en défaut. Ils travaillent très vite, sous tension, ne vivent pas dans le présent mais dans le futur et souvent dans le passé. Ils sont appréhensifs, toujours sur le qui-vive et se sentent continuellement insécures.

Souvent, ils se plaignent de perte de mémoire, ils sont distraits, incapables de se concentrer, tellement ils sont pris par leur angoisse. D'autres fois, ils ont l'impression « qu'ils vont devenir fous », « qu'ils vont perdre l'esprit ». Les hommes sont souvent impuissants ou se plaignent d'éjaculations précoces ; les femmes sont frigides.

Leur système nerveux autonome est en réaction constante, ils éprouvent des palpitations, des angoisses précordiales, des « serremments » au creux épigastrique, ils ressentent une boule dans la gorge, etc. Ils sont constipés ou présentent de la diarrhée. De plus, ils sont toujours dans un état de tension psychique et aussi du muscle strié. Ils sont crispés, incapables de se relâcher. Cette tension musculaire est marquée au point de causer de la douleur à certains moments dans les muscles de la partie postérieure du cou et des épaules et dans les muscles de l'aponévrose du cuir chevelu, ce qui occasionne cette céphalée frontale et temporale des gens au front soucieux et qui s'étend souvent sur le pourtour de la tête comme une bande. Ils sont incapables de se détendre et ils tour-

nent dans un cercle vicieux, plus ils sont tendus, plus ils sont appréhensifs et vice-versa.

Spontanément, les patients se reconnaissent dans ce tableau et souvent continuent à le brosser eux-mêmes.

Cette catégorie de patients qui présentent en eux une exagération de phénomènes normaux constitue, comme nous l'avons dit plus haut, la majorité de ces soi-disant fonctionnels ou névrosés d'un hôpital général. A ces manifestations physiologiques d'anxiété, viennent souvent se greffer des réactions phobiques et obsessives. Leur histoire montre généralement que cette tension anxieuse est précoce. Déjà dès l'enfance, ils étaient timides, inhibés, gênés au point d'en souffrir. La genèse de cette tension anxieuse semble avoir une double origine : elle est en partie inhérente et en partie acquise dans des proportions variables suivant les cas particuliers. Chez plus de 75 pour cent de ces patients que nous avons examinés, un ou les deux parents présentent eux-mêmes ce terrain anxieux. Comme il est naturel d'hériter pour une partie du terrain biologique de ses parents, il est probable que cette hyperréactivité du système nerveux soit inhérente à la personnalité de ces sujets. Mais, par ailleurs, 85 pour cent des sujets ont reçu une éducation donnée par des parents anxieux et appréhensifs, c'est-à-dire une éducation sévère, faite de défense et de crainte, et il semble bien que ces individus depuis l'enfance aient été entraînés à réagir de cette façon. La mère anxieuse et perfectionniste élève habituellement ses enfants avec des défenses continuelles à propos de rien, une crainte exagérée des événements les plus banals, des critiques répétées, un souci exagéré de la perfection et de l'opinion des autres, ce qui contribue à l'insécurité de l'enfant. Cette anxiété est aussi acquise par contagion, par identification avec les parents. Les patients les plus anxieux que nous ayons rencontrés avaient perdu très jeunes un de leurs parents et avaient été élevés par des grand-mères ou des tantes, vieilles filles rigides et surprotectrices. Le même résultat est obtenu lorsque l'enfant a sans cesse la désapprobation du père ou de l'adulte qui le remplace. Au milieu familial, viennent s'ajouter certains facteurs anxiogènes qui opèrent à la façon de réflexes conditionnés provenant du milieu extérieur, comme des maladies physiques, des expériences affectives traumatiques.

Dans la vie adulte ultérieure, les sources d'anxiété sont intimement reliées aux antécédents initiaux de l'enfance, « l'effet d'un événement émotif troublant à l'âge adulte peut être multiplié géométriquement comme un prototype des réactions infantiles », par exemple, ils garderont la peur du blâme et de la désapprobation des personnes en autorité ou encore leur réaction au *stress* vital de lutte pour la vie sera minime. Ils tolèrent mal la frustration et réagiront par une hostilité et une rage intérieure qui se transforment en anxiété et en sommation des symptômes. Quoi qu'il en soit, ils possèdent une réponse conditionnée et ils approchent la vie d'une manière insécure toujours sur leurs gardes avec cette alerte constante des mécanismes physiologiques. Le sujet ramasse ses énergies pour se tenir sous contrôle, ce qui amène un cercle vicieux, il essaie de se débarrasser de sa tension par une tension plus marquée. Souvent, après une période de lutte contre sa tension, le patient ne consulte plus pour de l'angoisse, mais se plaint de fatigue, d'épuisement avec un état dépressif réactionnel qu'il est important de différencier de l'état dépressif avec ralentissement psychomoteur, car le traitement n'est pas le même. Cette tension anxieuse est une habitude de réagir qui est venue à faire partie de la personnalité et qui aurait été acquise à la façon de réflexes conditionnels, et ce qui est une réaction d'urgence est devenue une façon d'être, de répondre.

Une fois que cette personnalité anxieuse du patient est découverte, il importe de faire sa biographie et de constater avec lui comment dans sa vie les influences affectives et émotives dans ses interrelations contribuent à entretenir sa tension anxieuse. Parfois, il existe des problèmes actuels qui alimentent et entretiennent l'anxiété, ces problèmes varient à l'infini suivant l'âge, la condition sociale, l'état civil, etc. On y retrouve souvent des mécanismes de répression, de négation, de compensation, de conversion et de dépendance, etc. Par contre, maintes fois, les facteurs actuels sont négligeables, c'est plutôt cette façon, cette habitude de réagir qui est tellement incorporée dans le comportement du sujet qu'il ne peut réagir autrement.

L'exploration des facteurs actuels, chez la plupart des patients, nous paraît aussi importante que l'étude des facteurs passés ou inconscients. Il est toujours plus facile de modifier des conditions actuelles

que de changer tout le fond d'une personnalité. D'autre part, la persistance de problèmes actuels inchangeables explique l'échec de bien des tentatives de traitement.

Le nombre croissant de ces patients dans la pratique médicale demande que l'on considère la façon de les traiter et de les aider.

Nous avons tenté d'évaluer nos formules de traitement, car, devant tout l'effort déployé, il faut se demander si les résultats en valent la peine, c'est-à-dire, quelle est la valeur statistique des résultats obtenus et comment se compare-t-elle aux statistiques internationales. Une première difficulté se rencontre, c'est la diversité de signification que les auteurs donnent au terme de guérison et d'amélioration : pour les uns, il s'agit d'un changement complet de la personnalité ; pour les autres, d'un ajustement social ; pour d'autres, de la disparition des symptômes. Nos critères d'amélioration ont été les suivants : d'une part, le témoignage du patient qui se dit amélioré et, d'autre part, le témoignage des membres de la famille qui ont pu juger qu'effectivement le malade ne se plaignait plus de ses différents malaises et menait une vie assez bien adaptée. La compilation des cas améliorés d'après ces normes à l'Hôpital du Saint-Sacrement est de 65 pour cent. Si nous examinons la statistique des résultats du traitement psychiatrique de ces cas, nous constatons qu'elle est pauvre, mal définie et établie sur des critères peu objectifs, souvent contradictoires.

Une étude de Miles, Barrabee, Finesinger portant sur le résultat de la psychothérapie des patients d'un hôpital général donne dans 62 cas de névroses d'angoisse avec un contrôle de deux à douze ans, les chiffres suivants : 8,0 pour cent apparemment guéris, 8,1 pour cent très améliorés, 35,5 pour cent améliorés, 42,0 pour cent inchangés, 1,6 pour cent aggravés.

Une étude de mille cas, incluant les cas de l'Institut de psychanalyse de Berlin, de la Clinique de Londres, de l'Institut de psychanalyse de Chicago et de la Clinique Minniger donne 63,2 pour cent de patients « apparemment guéris » et « très améliorés » dans les psychonévroses.

Leo Alexander, dans 520 cas de psychonévroses traités par psychothérapie intensive, donne 60,4 pour cent de malades guéris (*complete recovery*). Rosenbaum, Friedlander, Kaplan, dans 210 cas de patients avec troubles émotifs, divers, traités par psychothérapie, trouvent une amélioration dans 70 pour cent.

Appel et son groupe étudient 4 131 cas traités par une longue psychothérapie et trouvent 67 pour cent des cas très améliorés ou guéris.

Par ailleurs, Denber étudie les dossiers de 500 patients (névrosés) non traités par des psychiatres, et constate qu'après deux ans 71 pour cent étaient « très améliorés ou guéris ».

Saslow et A. De Huff Peters, du *Massachusetts General Hospital*, ont relevé les cas de 83 névroses vus sur une période s'étendant de seize mois à six ans et huit mois (80 pour cent vus après quatre à six ans) notent une amélioration dans 37 pour cent des cas et concluent que « l'hypothèse voulant que la psychothérapie facilite la guérison du trouble névrotique, si elle est comparée avec le traitement de la médecine générale ou d'un hôpital mental où seulement des soins de surveillance sont donnés, ne se soutient pas ».

W. J. Grace, R. H. Pinsky, H. G. Wolf, du *New York Hospital, Cornell Medical Center*, étudient les résultats du traitement de 1 154 patients avec un diagnostic de *stress disorders*. Trente et un internistes s'occupèrent de ces malades durant sept ans, consacrant en moyenne seize heures par patient durant neuf mois ; le résultat est le suivant : après un an de traitement, les deux tiers des patients sont améliorés et après trois ans de *follow-up*, la même proportion se maintient. Ils rapportent aussi les résultats du traitement de 194 névroses primaires et donnent une amélioration dans 52 pour cent et une très grande amélioration dans neuf pour cent. Le rôle du médecin fut celui d'un support intéressé et constant. Les patients furent encouragés à s'exprimer librement, à faire de l'introspection, à revoir le passé, à associer leurs pensées, leurs sentiments avec les faits de la vie, à acquérir une meilleure compréhension d'eux-mêmes et une orientation constructive. Ils concluent que dans les mains d'un médecin sympathique, sincère et bien instruit, les deux tiers des patients s'améliorent.

D. W. Hansting, de l'université de Minnesota, dans une étude intitulée : *Follow up results in psychiatric illnesses*, constate que chez les psychonévrosés sans traitement, l'évolution naturelle amène une amélioration dans 64 pour cent des cas et il conclut que tout traitement, pour avoir une valeur, doit avoir un taux d'amélioration supérieur à l'évolution naturelle.

D. Rosenthal, J. Frank, étudient le sort des patients soumis à la psychothérapie à la *Henry Phipps Psychiatric Clinic* (*Johns Hopkins University*). Il s'agit d'une psychothérapie non dogmatique où le but est d'aider le patient à obtenir un meilleur fonctionnement dans ses transactions interpersonnelles et de soulager ses symptômes par le moyen d'une relation de confiance avec son thérapeute. Sur 216 patients, ils constatent que seulement 17 pour cent sont améliorés avec un bénéfice maximum et il donne pour l'ensemble des patients sous le vocable général « améliorés » un taux de 42 pour cent : trois sur cinq des patients sont classés comme non améliorés.

La conclusion de ce travail élaboré est la suivante : « Dans une étude faite à la *Henry Phipps Psychiatric Clinic*, un patient sur trois référé pour psychothérapie ne s'est pas présenté pour ce traitement . . . Trois patients sur quatre ayant commencé la psychothérapie ont abandonné sans en parler à leur thérapeute . . . et environ six patients sur dix furent libérés comme non améliorés ».

Appel, Lhamon, Myers, et Harvey, dans une autre étude sur les résultats de la psychothérapie donnent une étude statistique des résultats obtenus par divers auteurs (tableau IX).

Enfin, une autre statistique compilée par Berle, Pinsky, Wolf et Wolf sur les résultats thérapeutiques des *stress disorders* par psychothérapie, montre les proportions suivantes : sur 739 patients, 179 sont considérés comme ayant atteint une amélioration de base, 311, une amélioration symptomatique et 244 sont demeurés sans amélioration.

Eysenck conclut que l'étude des statistiques montre qu'avec des méthodes éclectiques de psychothérapie, on peut obtenir des améliorations dans deux cas sur trois. Il souligne la difficulté d'établir une statistique, car, souvent, c'est l'argument *post hoc ergo propter hoc* qui fait force, c'est-à-dire que l'amélioration qui suit un traitement lui est automatiquement attribuée ; or, l'amélioration spontanée des névroses est fréquente. Ainsi, comme il le souligne, certains hôpitaux mentaux ont une longue liste d'attente et les névrosés peuvent attendre jusqu'à six mois et, à ce moment, les patients rapportent qu'ils n'ont plus besoin de traitement ; la maladie s'étant améliorée durant l'attente.

TABLEAU IX

Résultats dans le traitement des psychonévroses

(d'après Appel, Lhamon, Myers, Harvey)

AUTEUR ET SOURCE DU MATÉRIEL	NOMBRE DE CAS	GUÉRIS OU TRÈS AMÉLIORÉS, EN %	AMÉLIORÉS, EN %	NOMBRE TOTAL D'AMÉLIORÉS, EN %	DURÉE DU "FOLLOW-UP" EN ANNÉES
Coon et Raymond, 1940, Stockbridge (1910-1934).....	1 060	29,9	27,6	57,5	1-20
Carmichael and Masserman, 1939, <i>U. of Chicago Clinics</i> (1935-1937).....	66	35	20	55	1-2
Luff et Garrod, 1935, <i>Tabstock Clinic</i> (1928-1931).....	355	31	28	59	3
Ross, 1936, <i>Cassel Hospital</i> , (1921-1933).....	1 186	45	25	70	1
Cobb, 1950, <i>Massachusetts General</i> (1933-1948).....	200	31	45	76	1-10
Hamilton, Varney et Wall, 1942 ; Hamilton et Wall, 1942 ; <i>New-York Hospital</i> (1927-1937)	200	59	17	76	4-15
Miles, Barrabee, et Finesinger, 1951, <i>Massachusetts General</i> (1935-1947).....	62	23	35	58	2-12
Knight, 1941, rapports de diverses sources psychanalytiques (1920-1937).....	534	45	21	66	—
Fenichel, 1934, Institut de psychanalyse de Berlin (1920-1930).....	312	40	18	58	—
Bond et Braceland, 1937, <i>Pennsylvania Hospital</i> (1927-1928).....	37	57	19	76	5
Hinsie and Landis, 1937, <i>N. Y. Psychiatric Institute</i> (1930-1935).....	119	40	47	87	—
Pourcentage moyen du nombre de cas améliorés.....				67	

Le même auteur rapporte deux études statistiques : premièrement, il souligne le taux d'amélioration des névroses dans les hôpitaux mentaux (*American State Hospitals*). Dans ces hôpitaux, il y a très peu de psychothérapie et le pourcentage est aussi de deux améliorations sur trois cas.

L'autre étude porte sur cinq cents réclamations d'invalidités dues à des psychonévroses traitées par des praticiens généraux à travers tous les États-Unis. Ces réclamations sont tirées des fiches de l'*Equitable Life Assurance Company* et les gens concernés souffraient de leur névrose au moins depuis trois mois avant les demandes de réclamations. Ces cas pourraient facilement être étiquetés « sévères », puisque les malades étaient totalement invalides depuis ces trois mois et incapables de gagner leur vie.

Ces patients furent suivis régulièrement et traités par leur propre médecin avec des sédatifs, des toniques, de la suggestion et de la réassurance. Aucune psychothérapie spéciale ne fut tentée. Des affirmations répétées des médecins et des investigations indépendantes par la compagnie d'assurance ont confirmé le fait que les patients n'ont pas eu de travail productif durant la période de leur maladie.

Durant leur invalidité, ils recevaient des indemnités ; ce facteur peut avoir prolongé la période totale d'invalidité et agi comme une barrière au rétablissement.

Comme l'auteur du rapport de ces faits le remarque, « on ne devrait pas s'attendre à ce que les résultats thérapeutiques dans un tel groupe soient aussi favorables que dans d'autres groupes où le facteur économique joue plutôt comme une aide pour le patient. »

Ces cas furent suivis durant cinq ans et certains durant dix ans. Les critères suivants d'amélioration furent employés :

- 1° Retour au travail et ajustement économique depuis au moins cinq ans ;
- 2° Rapport d'aucune ou de très légères difficultés ;
- 3° Ajustement social normal.

Les résultats furent les suivants : 72 pour cent étaient améliorés après deux ans, 10,5 et 4 pour cent, dans les années subséquentes, et 90 pour cent, étaient améliorés après cinq ans.

Si l'on prend les deux premières années comme moyenne, on voit que deux cas sur trois sont améliorés sans psychothérapie.

La conclusion générale qui s'impose de ces statistiques est la suivante : les névrosés traités par psychothérapie d'origine psychanalytique ou éclectique, par simples soins de surveillance, par les praticiens généraux guérissent dans la proportion constante de deux sur trois. Est-ce à dire que toute psychothérapie soit vaine ? Les études statistiques n'ont pas réussi à démontrer de différences significatives dans les résultats obtenus par une méthode de traitement ou une autre. Cependant, elles n'ont pas prouvé qu'il n'y a pas de différence dans la valeur de différentes méthodes thérapeutiques ou que toutes les méthodes ou tous les éléments de traitement sont également effectifs dans tous les cas ou en tout temps.

Ces faits posent un problème pratique pour les médecins et les psychiatres, car, devant le nombre croissant de ces patients, appelés « névrosés » fonctionnels qui viennent à l'hôpital, non seulement pour recevoir un diagnostic, mais qui veulent se faire traiter, on peut se demander s'il vaut vraiment la peine de dépenser tant de temps et d'énergie.

C'est l'étude de la statistique qu'il faut scruter de près. Le taux d'amélioration de l'ensemble de nos névroses au sens large est de 65 pour cent, chiffre qui correspond à la statistique générale de deux améliorations sur trois, communes, semble-t-il, à toutes les thérapies de ces états.

De ces statistiques, il ressort trois points :

1. La psychothérapie ne semble pas spécifique dans le traitement des névroses et des affections psychosomatiques ; quelle que soit la technique employée ; analytique, éclectique, etc., on aboutit aux mêmes résultats ;
2. La psychothérapie ne donne pas plus que les autres méthodes de traitement ;
3. Quel que soit le traitement, les résultats semblent identiques.

Il va sans dire que les statistiques actuelles ne sont pas compilées avec toute la rigueur scientifique et qu'il faudrait dans l'avenir que des recherches statistiques soient faites de façon rigoureuse et les résultats codifiés de façon uniforme. Actuellement, il est impossible de tirer des conclusions définitives de ces chiffres ; mais, d'autre part, malgré leur

imprécision, il n'est pas permis de les nier systématiquement et il faut y réfléchir.

Nous avons examiné notre matériel et nous trouvons le chiffre de 65 pour cent d'améliorations. Nous avons souvent discuté de cette question avec des confrères psychiatres et surtout avec des internistes, des médecins de quartiers, des médecins de campagne et il apparaît que ce chiffre de deux sur trois est le taux moyen d'amélioration de leurs névrosés. Ces observations sont évidemment subjectives et faites d'impressions ; ici, encore, il faudrait une compilation rigoureuse.

Nous avons essayé d'examiner le problème le plus près possible. « Les causes et la nature des maladies mentales aussi bien que les causes des mécanismes de réponse au traitement sont inconnues », dit Leo Alexander. « Nous devons laisser de côté les points de vue doctrinaires et analyser chaque pas de notre action thérapeutique jusqu'à son dernier dénominateur commun, de façon à obtenir une vue objective qui est essentielle à l'évaluation scientifique. »

Si nous prenons les deux tiers qui guérissent, traités par tous les médecins et si nous examinons quels sont les traitements employés, nous trouvons trois sortes de traitements : des moyens pharmacologiques, comprenant des produits chimiques et biologiques, des moyens physiques et des moyens psychothérapiques. En relevant les observations, nous voyons que la gamme des moyens pharmacologiques est des plus variées : les sédatifs, les stimulants, les neuroleptiques, les vitamines, les hormones, les fortifiants, les extraits pluriglandulaires, les toniques, les sels minéraux, les placébos, l'histamine, l'insuline, l'éther, l'anhydride carbonique, les séries de piqûres, etc.

Les moyens physiques comprennent les bains chauds, les bains froids, les massages, la culture physique, l'électroplexie, l'électrostimulation, les voyages, les stations balnéaires, etc.

En fin de compte, des moyens très différents, non spécifiques, mais qui semblent tous donner les mêmes résultats.

Reste la psychothérapie. Il nous semble que c'est peut-être là que réside un facteur important de l'amélioration. Inévitablement, dans tout contact entre le patient et le médecin, il s'établit une relation humaine qui est importante dans le succès du traitement. Il y a, d'un côté, un

patient qui voit dans le médecin un être qui peut le guérir, le patient consulte avec l'espoir de la guérison. De l'autre côté, un médecin qui, par sa définition même, en plus de poser un diagnostic, est un thérapeute qui s'efforce par tous les moyens qu'il a à sa disposition, d'améliorer son patient.

Ce qui scuvent est plus important que la parole, c'est comment le médecin agit envers le patient, comment il l'écoute, comment il lui parle. Comme dit Leo Alexander, « c'est son habileté à influencer les animaux ou les êtres humains par ses attitudes et ses actes qui est le facteur naturel le plus important du psychothérapeute. » C'est un élément non verbal, fait « de bonté, d'attention, de bonne volonté vis-à-vis des autres, exprimé avec une certaine chaleur, force et enthousiasme qui est très effectif », dit encore le même auteur. Ce moyen de relation interpersonnelle est indépendant de toute doctrine et théorie. On doit tenir compte de cet élément dans l'évaluation de toute thérapie.

Nous connaissons des médecins de quartiers qui, sans connaissances psychiatriques, sont d'excellents psychothérapeutes et qui ont une grosse clientèle de névrosés qu'ils traitent avec succès comme nous connaissons des psychiatres férus de psychodynamisme et qui sont de pauvres psychothérapeutes.

Si nous examinons la façon de travailler de ces médecins, qui, pour la plupart, ne croient faire qu'une thérapie pharmacologique, nous constatons qu'ils utilisent régulièrement des techniques psychothérapiques comme la ventilation, c'est-à-dire qu'ils permettent au patient de se confesser, de « vider son panier », ce qui souvent sculage beaucoup. En effet, bien des gens ne cherchent qu'une oreille attentive et complaisante.

Ils usent régulièrement de la suggestion et de la persuasion, de la réassurance et, comme dit Leo Alexander, « la suggestion est encore une des armes thérapeutiques des plus puissantes en psychiatrie ». « La suggestion et la persuasion, dit-il, jouent un rôle même dans les psychothérapies les moins directives ».

De plus, ils dispensent des informations, conseillent des changements d'attitude dans l'environnement, suggèrent des soupapes de sûreté pour l'agressivité, indiquent des compensations acceptables pour les craintes

et les infériorités. En plus, ils usent souvent d'une autre technique qui est plus délicate en psychothérapie et qui est l'interprétation.

Nous avons maintes fois causé de ces questions avec des médecins qui racontaient leurs cas, leurs propres conceptions de la névrose, leur traitement et les interprétations qu'ils donnaient aux patients au sujet de leur maladie. Bien souvent, nous étions porté à trouver naïves ces interprétations qui paraissent tout à fait non orthodoxes et quasi des hérésies psychopathologiques. Dans plusieurs circonstances, nous avons été, par la suite, amenés à voir ces patients qui étaient améliorés et tout à fait satisfaits des explications reçues.

C'est ce qui, probablement, a fait dire à Adolph Meyer que « lorsque le patient et le docteur s'entendent sur la cause de la maladie, le malade est guéri » et Allison et Gordon disent que « la vraie cause n'a pas d'importance si le patient croit la raison qu'on lui donne, du moment qu'il se sent satisfait ».

Tous les jours, les médecins dans leurs relations avec leurs patients emploient ces techniques et, pour parodier Molière, si Monsieur Jourdain faisait de la prose sans le savoir, les médecins font souvent de la psychothérapie de la même façon.

Aussi faut-il être prudent vis-à-vis des statistiques du traitement des névrosés, car, si les moyens pharmacologiques et physiques varient d'un médecin à l'autre, il semble qu'il existe un dénominateur commun dans toutes les formes du traitement et ce serait la psychothérapie sous une forme ou une autre.

Ainsi la psychothérapie aurait un effet, mais aucune technique spéciale ne serait spécifique comme l'indiquent les chiffres cités plus haut et comme le confirment de plus en plus les études faites dans de nombreux milieux psychiatriques. Les statistiques données dans les différentes écoles, les différents groupes doctrinaires, donnent le même pourcentage de résultats.

Comme il ne semble pas que la méthode soit le facteur le plus important, il faut étudier les autres facteurs qui entrent en jeu dans ce contact entre le médecin et le patient.

Comme nous l'avons vu plus haut, c'est cette relation entre le malade et le médecin qui semble déterminer le résultat clinique. Dans cette

relation agit, d'une part, la personnalité du médecin, son habileté, son expérience, sa capacité émotive. Aussi, actuellement, surtout aux États-Unis, des études sont faites pour étudier les traits de la personnalité des meilleurs thérapeutes présents et passés, comme Mesmer, Weir, Mitchell, etc., de même que des *faith-healers*.

D'autre part, chez le patient entre un élément de foi, de croyance quasi magique parfois dans les principes de la médecine scientifique et il ne faut pas négliger non plus le potentiel d'adaptation de l'organisme, de même qu'il faut tenir compte de la tendance à la rémission spontanée de beaucoup de syndromes névrotiques.

En définitive, nous le répétons, deux cas sur trois de névroses s'améliorent après un certain temps. Si nous nous tournons maintenant vers le groupe des patients qui entrent dans le tiers des insuccès, que pouvons-nous en tirer ?

Il nous a été possible de traiter 64 de ces patients. La plupart d'entre eux, nous les avons pris en traitement souvent à titre d'expérience, afin de constater si une certaine forme de traitement donnerait des résultats. Ces cas peuvent être considérés comme sévères, ils avaient tous été traités à maintes reprises et certains avaient été soumis à la psychothérapie durant plusieurs années. Environ la moitié de ces malades étaient inactifs depuis des mois, ne sortant pas de leur maison, étant pris de panique dès qu'ils s'en éloignaient. Avec un recul de six mois à quatre ans, nous constatons que 43 peuvent être considérés comme améliorés, c'est-à-dire qu'ils mènent une vie normale, vaquent à leurs occupations et ne consultent plus de médecin de façon régulière. C'est retomber dans la même statistique. Si nous tentons d'examiner les facteurs qui semblent jouer un rôle dans l'amélioration clinique, d'une part, et ceux qui semblent accompagner l'insuccès thérapeutique, d'autre part, pour tenter de discerner certains éléments de pronostic du traitement, nous constatons que plusieurs facteurs entrent en jeu. Premièrement, et c'est quasi une vérité de La Palisse pour ceux qui traitent régulièrement ces patients, il faut tenir compte du fond biologique. Plus cette hyperactivité anxieuse semble inhérente à la personnalité, plus elle est trouvée comme façon habituelle de réagir chez le père, la mère, les grands-parents, etc., plus le rôle de la psychothérapie sera limité. C'est

dans les cas où les facteurs d'éducation, les facteurs de milieu ou actuels sont plus importants que les résultats seront meilleurs.

Un point de première importance dans le succès d'un traitement paraît être le niveau mental du patient, c'est-à-dire son quotient intellectuel. Toutes les techniques de psychothérapie tant soit peu élaborées s'adressent à des gens intelligents. En effet, pour des gens avec un niveau mental moyen et une scolarité réduite, des méthodes comme la psychanalyse qui font appel à des opérations mentales sophistiquées et compliquées et à un pouvoir d'auto-observation marquée sont impraticables.

Ce qui revient à dire que suivant les niveaux d'intelligence il faut adapter la psychothérapie et que, pour être efficace comme toute autre méthode de traitement, elle doit être réaliste et doit s'orienter selon les possibilités de l'individu. Là, un traitement pourra être très élaboré, ailleurs, il faudra donner très peu d'explications et se contenter souvent d'une médication symptomatique.

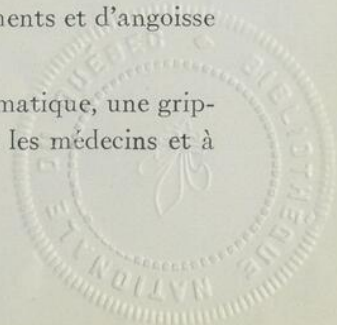
Les écoles de psychothérapie ont toujours cru qu'un des buts principaux était l'acquisition par le patient de l'*insight*, de l'autocritique. L'expérience des névrosés nous montre que certaines gens sont incapables d'acquérir une autocritique et il nous semble même que des individus soi-disant normaux n'en ont jamais eu.

Comme dans le reste de la médecine, la longueur de l'évolution est importante ; il est plus facile de traiter les syndromes d'évolution récente que ces cas évoluant depuis des années où se sont créés tant de conditionnements secondaires. De même si les facteurs actuels, les situations vitales sont insolubles, il est compréhensible que le succès thérapeutique sera limité. Mais encore, le facteur qui nous semble le plus important est l'intelligence du patient. Plus un individu est intelligent, plus il a de facilités d'adaptation, plus il a de potentialités, de ressources pour modifier et rééduquer sa personnalité. Comme dit Leo Alexander, « l'importance du *learning* dans la psychothérapie est reconnue, le patient apprend à distinguer entre de vieilles habitudes « compulsives » (qui sont comme des réponses conditionnées à des stimuli passés) et les nouvelles réalités (non conditionnées) du présent. Au contraire, le débile est limité par son déficit mental, dans ses capacités d'adaptation. Bien des auteurs à la mode, à clientèle de gens intelligents

et aisés dans des cliniques privées prétendent que le succès psychothérapique est proportionnel à la capacité de payer du patient. Ceci ne semble pas être conforme aux faits. Effectivement, les résultats sont meilleurs chez les patients privés, mais c'est dans les « salles publiques » que nous rencontrons les quotients intellectuels les plus bas aussi, il semble bien que c'est la différence des niveaux d'intelligence qui est le facteur important.

Il existe aussi d'autres facteurs qui durant le traitement, bien qu'ils soient tout à fait indépendants du patient et du médecin, modifient la vie du malade et contribuent ainsi à son adaptation. C'est pourquoi, il est excessivement difficile de toujours attribuer l'amélioration clinique directement au traitement. Parfois, on se demande même si le temps n'est pas le plus grand traitement, le rôle du médecin consistant simplement à supporter le malade durant sa maladie. Certains patients des services sont des échecs thérapeutiques à peu près partout et on peut les grouper dans les mêmes catégories. Dans notre milieu, ils constituent une partie importante d'un service de médecine. Ils ont à peu près tous la même histoire. Ce sont des individus intellectuellement pauvres, dépourvus d'éducation et de connaissances qui viennent pour la plupart des milieux ruraux, issus de familles à niveau mental inférieur qui ont commencé à travailler très jeunes dans les chantiers. Vers l'âge de vingt ans, ils se marient, ils s'établissent sur un lot de colonisation. Durant les premières années, ils coupent leur terre à bois pour vivre et, par la suite, essaient de cultiver cette terre qui est souvent inculte. Ils travaillent du matin au soir, ils sont toujours devant rien. Ils font des dettes, les enfants se succèdent les uns à la suite des autres, les épouses sont fatiguées. Après quelques années de ce régime, divers symptômes font leur apparition, mauvaise digestion, amaigrissement, insomnie, fatigue, etc. Un état d'insécurité s'empare d'eux, ils ne savent pas comment s'en sortir et survivre et, un bon jour, ils font une crise de panique, habituellement de la même façon. Soudainement, soit à la maison soit à l'ouvrage, ils sont pris de tremblements, de transpiration, d'étouffements et d'angoisse et, à partir de là, ils entrent dans la maladie.

Parfois, le facteur déclenchant est une maladie somatique, une grippe, un petit accident, etc. Ils se mettent à consulter les médecins et à



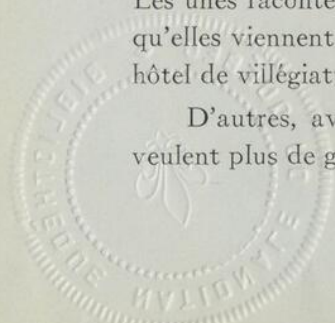
prendre des médicaments. Ils présentent un syndrome fait d'asthénie, de fatigue au moindre effort, de douleurs diverses et d'angoisse. Leurs plaintes sont toujours les mêmes « Je ne suis plus capable de travailler », « Je suis ruiné », « Je suis fini », « J'ai trop travaillé étant jeune », etc. Ils apprennent alors à connaître les pensions qui deviennent leur planche de salut. C'est souvent à l'occasion de la demande des pensions de mères nécessiteuses ou des invalides que nous les rencontrons à l'hôpital. A ce stade, les traitements ont peu d'effet, la motivation d'être malade est alors trop forte.

Quantité de patients nous ont raconté qu'avec les allocations familiales, la pension des mères nécessiteuses et des invalides, ils avaient un revenu mensuel supérieur à tout ce qu'ils pouvaient gagner en travaillant.

En soi, cet état de maladie devient un état d'être qui assure leur subsistance. On se demande si ces cas relèvent bien de la médecine. Ils sont le résultat d'une série de facteurs ; souvent l'insuffisance biologique au départ à laquelle vient s'ajouter le manque d'instruction et d'éducation et l'insécurité socio-économique.

Dans le service des femmes, on rencontre la contre-partie, c'est-à-dire les épouses. Habituellement, de même niveau mental, de même milieu, mariées à dix-neuf, vingt ans, très peu renseignées, frigides depuis le début qui, à trente-cinq ans, paraissent dix ans plus vieilles. Elles ont des grossesses répétées, entremêlées de fausses couches. Souvent, en plus des soins ménagers, elles doivent s'occuper de la besogne de la ferme, traire les vaches, entrer le bois, etc. Une partie d'entre elles ont un mari invalide qui passe son temps à critiquer et à grogner. Elles aussi deviennent malades, elles sont fatiguées, ont des « points partout », des tremblements, sont essouffées, dorment mal et un grand nombre présentent, en plus, des douleurs abdominales vagues. L'examen montre habituellement des femmes anxieuses, tendues, amaigries dont les mécanismes psychologiques ne sont pas du tout inconscients. Les unes racontent tout simplement qu'elles sont fatiguées, ennuyées et qu'elles viennent à l'hôpital pour se reposer. Le riche va dans le grand hôtel de villégiature pour se reposer, le pauvre vient à l'hôpital.

D'autres, avec plus de réticence, finissent par avouer qu'elles ne veulent plus de grossesse, « qu'elles ont mal aux organes », qu'elles vou-



draient un repos de ce côté, mais que le mari ne veut pas entendre parler de réduire son activité sexuelle ou bien que le curé leur défend même de pratiquer la méthode Ogino, certaines trichent sur ce point mais au prix d'un sentiment de culpabilité qui augmente leur angoisse ; elles espèrent que « les docteurs » après avoir étudié leurs cas, conseilleront ou ordonneront aux maris de réduire leur activité de ce côté.

D'autres, à symptomatologie surtout abdominale insistent fortement sur leurs troubles gynécologiques et espèrent l'hystérectomie « libératrice ». C'est une sœur ou une voisine qui ont subi « la grande opération » et vantent les bienfaits de cette délivrance. Il est inouï de voir combien d'hôpitaux visiteront ces patientes sans jamais se décourager jusqu'à ce qu'elles obtiennent leur hystérectomie.

Un fort groupe de femmes de cinquante à soixante ans présentent un syndrome particulier fait de nombreux troubles fonctionnels, de fatigue, d'asthénie, de perte d'intérêt et de dégoût. Elles ont été antérieurement toujours bien actives et elles ne sont pas déprimées à la façon des mélancoliques ou des psychoses d'involution et elles ne réagissent pas à l'électroplexie, aux chimiothérapies et à la psychothérapie. Les troubles ne semblent pas reliés à la ménopause. Les malaises ont commencé quand la maison s'est vidée, que tous les enfants sont partis. Les maris sont frustes et ne s'en occupent pas. Même si elles changent de milieu et vont vivre chez leurs enfants, il y a peu de changement ; elles semblent dépaysées. Les soins des enfants semblaient leur apporter un refuge et une sécurité émotive. Heat et McKerracher ont décrit un tableau identique chez les femmes d'extraction ukrainienne de l'Ouest canadien.

Une autre classe de résultats thérapeutiques relatifs comprend le groupe de ces femmes immatures, « enfants gâtées » et « femmes poupées » que, trop souvent, les maris entretiennent dans cet état. Elles tentent de se libérer de toute responsabilité au moyen de manifestations hystériques.

Nous pourrions prolonger à l'infini ces descriptions qui ne sont pas des interprétations d'hypothèses, mais des faits qui nous sont racontés tous les jours.

Bien souvent, dans ces cas, c'est le service social qui devient le plus efficace. Les examens médicaux et psychiatriques terminés, une cure de repos et de sédation faite, comme il est souvent impossible d'agir sur

la cause première, le service social tente d'améliorer la situation. La travailleuse sociale peut apporter une aide morale, parfois financière, d'autres fois, effectuer des changements de milieu, trouver une situation mieux appropriée, un placement des enfants, etc. Les meilleurs résultats ont été obtenus chez des adolescents, vivant dans des familles telles que décrites, qui ont été retirés du milieu et qui, adaptés soit aux études ou à un emploi, ont vu leur tension anxieuse diminuer et leurs différents malaises disparaître.

Le traitement des anxieux :

L'anxiété a toujours existé et existera; c'est un phénomène humain que nous payons pour tolérer les frustrations et refréner nos instincts. Libérer le monde de l'anxiété serait une folie. C'est le moteur qui souvent active les gens, si l'humanité devenait « tranquillisée » il n'y aurait plus d'intérêt. La vie n'a jamais été libre de *stress*, de contrainte et ne le sera jamais. Aussi, le traitement s'adresse au cas où l'anxiété dépasse les limites tolérables. L'anxiété a des avantages, elle stimule bien des créations et des réalisations, le perfectionnisme conduit souvent aux postes de commande. Aussi semble-t-il préférable de la mesurer de façon quantitative plutôt que qualitative et de parler du degré d'anxiété chez un individu donné, degré qui varie avec les situations vitales. L'expérience des camps de concentration a démontré que les individus qui en paraissaient les plus exempts finissaient par réagir comme les autres lorsque le *stress* devenait intolérable. Les expériences de lavage de cerveau sont dans la même veine.

L'examen des facteurs contribuant à la guérison montre le rôle important de la personnalité du médecin comme thérapeute, c'est-à-dire que certaines qualités humaines d'empathie, de contact, sont communes au bon thérapeute ; ce sont des traits souvent possédés par les guérisseurs à leur insu. Aussi les médecins, les psychiatres, en plus de leur science, doivent s'entraîner et s'efforcer d'acquérir ces qualités. Chez certains, ces dispositions sont naturelles et, tous, nous connaissons des médecins, des professeurs, des amis qui sont naturellement des confidents réconfortants.

Dans l'enseignement de la psychothérapie, de plus en plus l'insistance sera placée sur la découverte des sujets qui ont ces qualités de façon innée

et sur l'aide qu'on doit donner aux autres afin qu'ils s'appliquent à les acquérir. Cette expérience est actuellement tentée dans plusieurs centres anglo-saxons où, dès la deuxième année de médecine, l'étudiant est placé en contact régulier avec une famille afin d'améliorer ses contacts humains. C'est une évolution qui se fait habituellement de façon empirique chez la plupart d'entre nous. Un regard en arrière nous fait voir nos propres progrès dans ce domaine depuis nos débuts comme stagiaire où nous appliquions aux patients une histoire semiétiologique stéréotypée, le stage d'internat, nos premières entrevues psychiatriques assez gauches et hésitantes et, avec les années et l'expérience, l'acquisition d'une habileté croissante dans nos relations avec les malades. Nous paraissions insister sur ce point parce que c'est l'élément qui nous a paru jouer le plus grand rôle chez les thérapeutes que nous avons rencontrés.

Depuis 1952, il nous a été donné d'assister chaque année à l'*Institute of Psychiatric Treatment*, tenu soit à Boston, à Philadelphie ou à New-York, où se réunissent durant quelques jours des psychiatres engagés dans le traitement. Ces gens sont d'appartenance théorique tout à fait disparate et même opposée et utilisent des techniques complètement différentes les unes des autres. Cependant, ils ont tous en commun cette personnalité de thérapeute, cette habileté à se saisir du patient, ce doigté, ce raffinement dans le contact. Certains nous ont paru même inconscients du dynamisme qu'ils exercent sur le patient et ils attribuent leurs succès à des techniques plus ou moins rationnelles.

L'anxiété étant un phénomène psycho-physiologique, le traitement sera le plus souvent mixte, c'est-à-dire psychothérapie associée à des moyens physiologiques. Nous ne croyons pas qu'il existe de techniques rigoureuses. En fait, chacun a sa manière d'aborder le patient : autant de psychothérapies que de psychothérapeutes. Une qualité importante est de pouvoir « entrer dans la peau du patient », de s'identifier avec lui, de s'imaginer ce qu'il ressent actuellement. Bien souvent, le patient n'a pas besoin d'une psychothérapie proprement dite, mais d'une hygiène générale, mentale et physique.

Moyens physiologiques :

En pratique courante, nous voyons régulièrement une série de médications prescrites dans ces états et qui, la plupart du temps, nous paraissent

sent devoir être évitées. Elles sont habituellement données pour combattre certains symptômes qui sont souvent le résultat d'une lutte volontaire contre l'anxiété de la part du patient, comme la fatigue, l'asthénie, une réaction dépressive. Ces préparations sont des stimulants et, la plupart du temps, contribuent à augmenter la tension anxieuse, la réactivité neuro-végétative, les troubles du sommeil et, dans l'ensemble, amènent une exagération du syndrome. Nous avons vu arriver à l'hôpital des patients dans un état d'angoisse extrême qui, depuis des semaines, recevaient de ces stimulants, tels que le cola, la caféine, les amines psycho-toniques, benzédrine, dexédrine, ritaline, etc., ou encore des extraits thyroïdiens. Il existe, d'autre part, de nombreuses préparations à effets surtout suggestifs : ce sont les divers produits pour les « nerfs » où entrent des extraits glandulaires, des vitamines, des hormones. Ces médicaments coûtent très cher et sont habituellement importés et en ampoules buvables. Bien des anxieux, des pauvres, dépensent parfois de dix à quinze dollars par semaine pour se procurer ces médicaments qui semblent, aujourd'hui, avoir remplacé le foie de veau, dont parlait Martin il y a quelques années.

Le but à atteindre est l'apaisement de l'éréthisme du système nerveux neuro-végétatif et cérébro-spinal, de relâcher, de détendre l'organisme. C'est fréquemment l'apport pharmacologique qui permet la première prise de contact ; il est presque impossible de calmer par simple psychothérapie une crise de panique chez un patient que nous voyons pour la première fois.

Il faut l'aide de médications à effets sédatifs, calmants, tranquillisants, comme on dit aujourd'hui.

La règle habituelle est de donner la médication à doses fractionnées, à « doses filées », durant un laps de temps variable assez long pour que l'organisme soit calmé, que les symptômes neuro-végétatifs disparaissent ou, tout au moins, soient très atténués. La dose est diminuée de façon progressive jusqu'à la cessation complète. Ceci est réalisable dans la majorité des cas, mais il existe toujours des exceptions à la règle et certains patients, dès la cessation de la médication, voient leur angoisse réapparaître et d'eux-mêmes reprennent une dose d'entretien. Certains médecins s'alarment devant un patient qui prend de façon prolongée une

dose légère de phénobarbital. L'expérience ne montre pas que ces gens sont des toxicomanes ; d'ailleurs, les mêmes médecins prescrivent régulièrement du gardénal et du dilantin aux épileptiques, sans s'alarmer. Il n'existe pas de formules mathématiques identiques pour tous. L'intensité, la durée du syndrome, l'âge du malade, indiquent la marche à suivre. Le plus vieux et le plus connu des sédatifs est l'alcool. Pour certains, il est devenu l'apéritif qui permet de manger sans tension, le *night cap* qui assure le sommeil aussi bien qu'un barbiturique, le catalyseur social qui, dans les réunions, brise les inhibitions, les tensions, etc.

D'ailleurs, nombreux sont les gens qui, en fin de journée, en utilisent une petite quantité qui les détend et les repose ; par contre, tous connaissent de petits anxieux qui ont trouvé le remède salutaire et qui, progressivement, sans s'en rendre trop compte, sont devenus des alcooliques. Aussi, sa prescription de façon systématique demeure problématique et il faut tenir compte de la personnalité du patient et de sa maturité.

Les médicaments habituels comprennent les barbituriques (gardénal, phénobarbital, plexonal, luminal, etc.), les bromures et les diverses associations de phénobarbital avec bromure et végétaux sédatifs, gardénal et belladone, gardénal et trasentine, etc. Ils sont donnés par voie orale, à la dose de trois ou quatre comprimés par jour. Dans les cas plus marqués, il arrive souvent que nous donnons de fortes doses durant trois jours, environ huit à dix comprimés, ce qui crée un état de somnolence, de repos et, dans les jours suivants, la dose est diminuée progressivement. Cette simple manœuvre vient souvent à bout des anxiétés marquées.

En général, on demande au patient de prendre cette médication pour un temps de trois semaines à un mois et, à mesure que les symptômes diminuent, d'en réduire la dose jusqu'à la cessation. Souvent, après une période d'amélioration de plusieurs semaines, le naturel a tendance à revenir au galop et le malade de nouveau devient anxieux et tendu. On lui recommande instamment de reprendre sa médication tout de suite durant deux ou trois jours pour couper ainsi immédiatement le cercle vicieux qui est en train de s'installer. D'autres fois, le malade demeure relativement calme dans son milieu et dans les endroits habituels, mais sa tension anxieuse réapparaît s'il doit se rendre dans certains endroits spéciaux ou publics, église, salle publique, théâtre, etc. La prise du

sédatif, quelques minutes avant de s'y rendre, lui donne parfois le calme et la confiance nécessaires. Durant très longtemps, ces médications furent les seules connues et donnèrent de bons résultats.

Depuis quelques années, de nouveaux produits chimiques appelés tranquillisants sont apparus. D'abord, les méprobamates comme l'équanil, le miltown, la tranquilline, etc., que la grande presse qualifie de pilules de bonheur et dont l'action serait à la fois cérébrale et musculaire. Employés seuls, ces médicaments ont des effets variables et individuels. Certains patients ressentent une grande détente, un bien-être reposant jamais connu auparavant ; par ailleurs, d'autres patients du même genre nous disent ne sentir pratiquement aucun changement. Les mêmes remarques que pour les premiers sédatifs s'imposent : dose moyenne de trois à quatre comprimés par jour, exceptionnellement, huit à dix comprimés, réduction progressive de la dose. Certains effets secondaires sont rencontrés, comme de l'ataxie, de la somnolence, des nausées, des troubles cutanés comme le prurit et l'urticaire. Nous avons rencontré des crises convulsives et des états confuso-oniriques après sevrage brusque. Certains patients ont beaucoup de difficultés à se déshabituer de cette médication, d'où danger d'accoutumance. Leur association avec les sédatifs plus haut nommés donne souvent une formule heureuse dans le traitement d'attaque.

Quant aux neuroleptiques, les phénothiazines, genre largactil, sparine, pacatal, nozinan, mellaril, de même que les dérivés de la rauwolfia comme le serpasil, s'ils rendent d'immenses services chez les grands malades mentaux, ils ne sont pas tellement efficaces dans la tension anxieuse et, parfois, exagèrent le syndrome en augmentant certains symptômes neuro-végétatifs, palpitations, dyspnée, hypotension et sensations de faiblesse. Tous, mais surtout le trilafox, la stelazine, le dartal, donnent des troubles extrapyramidaux, même à faibles doses comme des tremblements du genre parkinsonien, de la rigidité, des dystonies d'attitude, de l'akathysie, c'est-à-dire un phénomène de mobilité constante. Toutes ces réactions contribuent à alarmer le patient et l'entourage. Nous avons observé des malades admis d'urgence à l'hôpital pour de soi-disant convulsions ou attaques aiguës de paralysie qui présentaient tout simplement ces réactions extrapyramidales. Le stémétil donne

parfois de ces complications à aspects dramatiques. Les patients deviennent rigides, même en opisthotonos, avec des mouvements de mastication et de propulsion antérieure de la langue.

Les neuroleptiques ne nous semblent pas des médicaments de routine dans la tension anxieuse chez les fonctionnels et leur maniement demande une certaine expérience et une bonne connaissance de leurs actions physiologiques et de leurs effets secondaires. Chez les névrosés qui ne réagissent pas aux autres médications, leur prescription doit se faire à petites doses progressives. Les fortes doses d'attaque ne sont pas pour ces malades. Les patients doivent être mis au courant des manifestations secondaires possibles.

Dans les cas d'anxiété marquée, en milieu hospitalier, le médicament le plus utile nous semble l'amytal sodique donné, non pas dans un but de narcose, mais dans un but thérapeutique :

1. Dans le but de calmer la panique et faire le premier pas psychothérapique ;
2. Pour faire ce qu'on peut appeler la cure de sommeil mitigé ou en raccourci ;
3. Et aussi du déconditionnement.

L'injection intraveineuse de 7,5 grains d'amytal sodique de façon lente chez l'anxieux en panique amène aussitôt une détente, un relâchement, un état de calme. Le malade se sent bien, disant souvent : « il y a longtemps que je me suis pas senti ainsi » ; cet état favorise le contact entre le patient et le médecin et lui montre qu'il n'est pas incurable, qu'il peut être soulagé. Cette injection est habituellement suivie d'un sommeil de quelques heures et, au réveil, le patient est reposé et détendu. Il faut profiter de cet état de confiance et de bien-être pour commencer la psychothérapie du cas. Il est souvent nécessaire de répéter l'injection dans les jours suivants en espaçant et réduisant les doses.

L'amytal sodique est encore utile dans une autre circonstance. Régulièrement, le médecin psychiatre est placé devant un dilemme. Malgré le meilleur examen possible, la réaction de la courbe de Funkenstein, il existe des cas frontière où il est quasi impossible de trancher entre un état d'anxiété suivi de dépression, c'est-à-dire de dépression

névrotique et l'état dépressif endogène ou réactionnel d'allure mélancolique, caractérisé par un ralentissement psycho-moteur mais parfois aussi accompagnée d'anxiété. Si, dans la deuxième éventualité, l'électroplexie est le traitement de choix et le plus efficace, elle est souvent catastrophique dans le premier cas et c'est son emploi intempestif et sans discrimination dans les dépressions névrotiques qui a contribué bien souvent à discréditer cette forme de traitement.

En effet, la plupart des anxieux soumis à l'électroplexie voient leur angoisse augmentée parfois jusqu'à la panique, ils deviennent pantophobiques, ils ont peur de ce traitement ; ils en rêvent, souvent même ils diront au médecin qu'ils sont très bien afin de pouvoir quitter l'hôpital ; ils deviennent, par la suite, difficiles à traiter parce qu'ils se méfient de tout psychiatre. Dans ces cas de doute, nous abordons le traitement comme si nous avions affaire à un anxieux et, après quelques séances d'amytal sodique, le tableau se clarifie et, dans 80 pour cent des cas, nous constatons qu'il s'agit plutôt d'angoisse avec réactions dépressives. S'il y a indication d'électroplexie, le traitement est beaucoup plus facilement accepté, l'anxiété étant diminuée et un bon rapport existant entre le patient et le médecin. Dans les cas où, même après ce test à l'amytal sodium, nous demeurons incertain sur la nature de l'état dépressif, nous commençons à traiter le patient comme un anxieux. S'il n'y a pas de changement, nous essayons un traitement sous anesthésie générale et le résultat de ce premier traitement nous éclaire habituellement sur la marche à suivre. Ces réflexions, pour certains, peuvent sembler superflues mais dans le traitement, nous essayons d'abord de ne pas nuire et, chez les anxieux, nous demeurons convaincu que l'électroplexie aggrave leur cas.

Chez d'autres angoissés, devenus irritables, crispés à l'extrême, fatigués, à « bout de nerfs », il faut souvent opérer, une « mise au repos » du système végétatif et du cortex surexcité et épuisé en favorisant, à l'instar du sommeil physiologique, l'inhibition de défense de l'activité corticale ». Ce repos est obtenu par l'injection intraveineuse d'amytal sodique à divers moments de la journée donnant des périodes de sommeil de trois à quatre heures. Une injection le matin, vers midi, le patient se réveille détendu et en train, habituellement en appétit, il dîne ; une

autre injection est faite en fin d'après-midi ; et, enfin, au coucher, une nouvelle injection amène le sommeil jusqu'au lendemain matin. Ce régime est maintenu durant quatre, cinq, six jours de suite, la diminution de l'angoisse servant de critère à la réduction du dosage. De cette façon, le cercle vicieux est coupé et le patient reposé, détendu aborde et discute ses problèmes d'une tout autre façon.

Nous employons aussi l'amytal sodique associé à la psychothérapie dans une technique de déconditionnement. Certains individus appréhendent tellement les lieux où ils ont connu la panique que le seul fait d'y penser ou de se mettre en marche pour s'y rendre augmente leur angoisse et, une fois rendus, inévitablement la panique réapparaît. Nous avons en mémoire de ces patients qui entraient dans ce groupe du tiers qui avaient été des échecs en traitement médical ordinaire et aussi en traitement psychiatrique assez élaboré. Par exemple, ce patient de quarante-cinq ans, homme d'affaires à personnalité obsessionnelle compulsive, qui, au moment où nous l'avons connu, ne sortait plus de chez lui depuis un an. Deux ans auparavant, il avait été saisi de panique lors d'une tempête de neige et, à partir de ce moment, il réduisit progressivement son rayon d'action et se limita à la banlieue, puis à la ville, à son quartier, pour, finalement, se renfermer chez lui. Il ne pouvait plus conduire sa voiture et il lui était devenu impossible de se rendre chez ses clients même les plus près. Durant plusieurs mois, il avait été soumis à un traitement intensif de psychothérapie, à la convulsivo-thérapie et avait goûté tous les ataraxiques. Après avoir débrouillé son histoire, étudié sa personnalité de même que les facteurs que nous croyions anxiogènes chez lui, nous avons commencé par une cure de sommeil mitigé de quelques jours. Ceci le reposait et créait un contact suffisant. Après un sommeil de deux ou trois heures, il s'éveillait détendu et maître de lui, sans angoisse. Cet état se prolongeait durant quatre à cinq heures. Durant les jours suivants, à son réveil, dans cet état de bien-être, nous l'avons incité à aller visiter ses clients en ville, là où habituellement la panique le prenait. Progressivement, dans l'espace de quelques mois, il pu parcourir de nouveau son territoire et il semble qu'il se soit graduellement déconditionné.

Dans l'état dépressif névrotique, le Marsilid nous a paru une médication des plus utiles. Une communication est en préparation à ce sujet.

A ces traitements physiologiques doit toujours s'associer une psychothérapie adaptée au cas particulier.

Psychothérapie de ces cas :

Tout en gardant l'impression que les diverses positions théoriques, les diverses techniques psychothérapeutiques n'ont rien de spécifique, nous croyons quand même qu'en pratique il faut s'astreindre à une certaine ligne de conduite.

Comme ces patients forment une partie importante d'une clientèle de bureau et d'hôpital, tout médecin est forcément obligé de s'engager dans une psychothérapie quelconque. Tous n'ont pas la même facilité à capter la confiance et à établir un bon contact et, comme nous l'avons vu plus haut, cette relation médecin-patient semble jouer un rôle important ; aussi, le premier contact demeure toujours très primordial. Ces malades ont souvent l'habitude des médecins qui les ont traités pour divers états. Ils ont souvent été traités comme des imaginaires et sont sur leurs gardes. Tout médecin qui veut entreprendre leur traitement doit savoir les écouter longuement. Après leur avoir fait comprendre et constater les relations entre les émotions et les réactions psycho-physiologiques, leur avoir fait connaître cet état particulier de l'organisme en angoisse, c'est-à-dire cet éréthisme neuro-végétatif, cette tension musculaire striée, après avoir étudié avec eux les facteurs qui semblent depuis l'enfance avoir entretenu cette réponse conditionnée, après avoir scruté les problèmes actuels qui entretiennent ou déclenchent ces réactions d'angoisse, après avoir calmé cet état physiologique par une médication sédatrice appropriée il faut tenter par la psychothérapie de s'attaquer au fond anxieux, non pas avec l'espoir naïf de transformer globalement la personnalité des sujets, mais avec l'espérance plus modeste de leur apprendre à vivre en harmonie avec eux-mêmes.

La psychothérapie est une discipline médicale, un effort pour comprendre la structure de la personnalité des patients, les mécanismes mentaux en jeu et les relations entre les situations psychologiques et le début de la maladie. Elle tente de faire comprendre au patient la signification de ces symptômes et la nature de ces conflits. C'est un processus de rééducation. « Les méthodes psychothérapeutiques n'apparaissent plus comme des bastions à l'avant-garde de la science, mais comme

de simples codifications modernes des notions éternellement retrouvées sur les relations entre le moi et l'autre, le non-moi » (George Amado).

Le but du traitement est de réarmer le patient ; « il s'agit de remplacer des moyens primitifs de protection, des expédients externes contre l'angoisse, par un système de défense personnelle, organisée et faisant désormais partie intégrante de la personnalité » (P.-C. Récamier).

C'est pourquoi tout médecin qui a une culture générale suffisante et qui, par son expérience clinique, a acquis une assez grande connaissance des hommes est qualifié pour faire la psychothérapie de ces patients et son habileté s'accroîtra avec la pratique. Souvent, il craint de se hasarder sur ce terrain parce qu'il manque de technique et ignore même les éléments de psychophysiologie et les psychodynamismes les plus simples. On voit parfois des psychothérapies à rebours. Par exemple, le médecin conseille à l'anxieux de prendre sur soi, de se maîtriser, de faire un effort de volonté, ce qui crée un surcroît de tension déjà existante et amène après quelque temps une réaction d'épuisement, de dépression réactionnelle. A côté, existe la technique de les traiter d'imaginaires, de demi-fous, de simulateurs, où on les expédie complaisamment avec un placebo. Tout cela donnant en général peu de résultats, ces patients étant très sensibles. Les méthodes qu'on pourrait appeler punitives, comme l'injection de « tracente » à l'histamine sont peu efficaces, ces malades ont déjà tendance à se sentir coupables.

Le repos complet est souvent prescrit chez ces malades et il nous a paru donner peu de résultats. Ces malades sont habituellement mieux lorsqu'ils sont occupés et que leur esprit est occupé à quelque chose. Au repos, ils jonglent, ruminent le cercle vicieux de leur angoisse ; de jour en jour, ils appréhendent la reprise du travail et prolongent sans cesse leur congé. Cette psychothérapie doit être éclectique, « la situation vitale qui a donné au patient de fausses valeurs et de fausses habitudes de vie basées sur une hypersensibilité innée est revue avec lui et une attitude de vivre dans le présent est préconisée. On peut accepter la présence de conflits inconscients dans la formation de la névrose mais on insiste sur le besoin d'une philosophie de la vie qui permettra au patient de voir ses symptômes objectivement et dans une perspective propre ».

Un autre point qui intrigue beaucoup de médecins, c'est la durée d'une psychothérapie. Encore ici, et à tort, il est sous l'impression que cette thérapeutique pourra durer des semaines et des mois.

Or, il n'en est rien et, comme dit Masserman (Alexander F.), dans certains cas, une seule séance est suffisante. Rosenthal et Frank dans leur étude soulignent « le fait qu'environ un tiers des patients améliorés n'ont eu que cinq sessions de psychothérapie et que les psychiatres reconnaissent que certains patients peuvent obtenir considérablement d'*insight* en peu de temps ». Quant à son intensité et à sa profondeur, elle est aussi très variable et dépend de la gravité de l'anxiété et du niveau mental du patient. Comme la moitié des patients d'un service de médecine ont un niveau mental dans la moyenne inférieure, avec très peu d'instruction, il faut demeurer très simple et utiliser souvent une psychothérapie où la suggestion et la persuasion entrent pour une large part. Très souvent, il faut créer un climat de réassurance et de sécurité et instituer un traitement symptomatique et lorsqu'il est possible, avec le concours du service social, essayer de diminuer les causes actuelles.

Enfin, dans les états de tension anxieuse marquée et sévère, et même chez certains phobiques et obsédés, il est fort possible que les méthodes psychophysiologiques de relaxation gagnent de plus en plus la faveur des médecins.

A la suite des travaux de Sherrington, de R. W. Sperry, de Jacobson, aux États-Unis, de Schultz, de Burger, en Europe, et, plus récemment, de J. B. Haugen, H. H. Dickson, H. A. Dickel, aussi aux États-Unis, s'est créée une thérapie qui veut le relâchement du muscle strié. Dans la tension anxieuse, il est facile de constater cliniquement la contraction exagérée des muscles striés tout le long du squelette, en particulier au niveau des maxillaires, du cou, de la région scapulaire, etc. En laboratoire, Jacobson a bien démontré que les muscles de ces patients ne sont jamais relâchés, même au repos, il demeure une tension résiduelle marquée comme en témoignent les potentiels électriques élevés.

« La fonction tonique est celle qui maintient à tout instant le muscle dans la forme qu'il a prise et qui lui donne un degré variable de consistance. Cette fonction s'exerçant sur tous les muscles du corps règle à tout instant ses différentes attitudes. C'est aussi aux variations locales

ou généralisées du tonus que sont dus les états d'hypotonie, d'hypertonie ou de spasmes d'où procèdent les émotions. Car, aux modifications du tonus et des attitudes, sont liées des modifications de la sensibilité affective. Entre les deux, il y a réciprocity d'action immédiate. Ainsi se spécifient et s'intensifient les émotions (H. Wallon). »

Physiologiquement, des muscles striés tendus partent constamment des stimuli altérant les fonctions corticales et, comme le suggèrent Haugen, Dickson, Dickel, le système nerveux central est si intimement relié à l'activité du muscle volontaire qu'il doit être extrêmement sensible à toute altération dans ces muscles.

D. O. Hebb suggère que les stimuli qui arrivent au système d'éveil de Magoun et Maruzzi dans la formation réticulaire produisent une activité corticale d'un type défini et approprié jusqu'à un certain point, mais que des stimuli en excès produisent une activité désorganisée avec anxiété et panique. Haugen, Dickson et Dickel ajoutent que des stimuli proprioceptifs intermittents sans cesse changeants, produisent une activité corticale, mais qu'un bombardement persistant de stimuli excessivement forts venant d'une contraction chronique de tous les muscles striés résulte dans une suractivité de ce centre d'éveil et amène l'appréhension et la peur, etc.

D'ailleurs, comme ils le font remarquer, les médicaments comme les méprobamates n'agissent pas directement sur le cortex mais sur des centres inférieurs et ils sont des relaxants musculaires. Ils doivent bloquer les stimuli afférents avant qu'ils n'atteignent le centre d'éveil réticulaire. « Par son éducation, son contact avec la société, l'adulte a acquis à travers des états tensionnels (et souvent de contrainte) invisibles, sa position, son calme, son *sentiment de prestance* » (Wallon) ; dans son rôle vis-à-vis des autres et vis-à-vis de lui-même, il adapte des attitudes, il « s'observe ». De cette adaptation incessante aux exigences du milieu ambiant, des autres et de son propre personnage, résultent facilement des « états de crispation » accompagnés des troubles neuro-végétatifs de l'angoisse, d'un état d'irritabilité et même de réactions dépressives souvent par un manque de concentration dû à l'inattention.

« On croyait naguère qu'il suffisait d'analyser un patient pour le guérir, que l'analyse à elle seule constituait un traitement. Cette théorie

ne tenait pas compte du fait que les réflexes conditionnés sont des habitudes organiques et musculaires et que si elles échappent à la conscience, elles n'en sont pas moins des habitudes. Pour les détruire, il ne suffit donc pas d'en prendre conscience, il faut aussi s'adonner à une activité qui leur interdit de s'exercer plus longtemps » (Fink).

C'est le rôle de la thérapie de relaxation qui s'adresse au fond anxieux, au terrain. Cette technique doit s'enseigner au patient. Il faut lui expliquer la nature de cette tension musculaire, son rôle dans la création de ses symptômes et le but de cette thérapie. La technique en soi est assez simple et est bien décrite par Jacobson, Schultz, Dickson. « Cette détente physique et psychique qui est plus que le repos permet de mieux régler les fonctions musculaires et végétatives et, à un stade plus élevé, les représentations psychiques. Cet état de relaxation est un état global où le rôle du corps ne peut être dissocié de celui de l'esprit » (Berger).

Le premier but est d'apprendre au patient à se détendre quotidiennement durant un certain temps, dans des séances régulières et, une fois la capacité de se détendre obtenue, d'en venir à avoir une attitude relâchée dans toutes les actions de la vie. Évidemment, ce résultat ne s'accomplit pas en deux semaines ni un mois ; il y a tout un déconditionnement qui s'accomplit et toute une attitude de détente, de décontraction qui demande toujours un certain temps. C'est, d'ailleurs, la première chose qu'un instructeur de golf, de ski, de natation tâche d'obtenir de son élève et, dans certains cas, combien d'heures de travail faut-il répéter, non pour acquérir la théorie, la technique, mais la détente musculaire nécessaire pour réussir dans ces comportements.

Il va sans dire que chez les patients tendus, crispés des pieds à la tête, la détente demande un travail de plusieurs mois, mais, dans l'ensemble, les résultats en valent la peine. Les patients que nous avons traités de cette façon, faisaient partie du tiers des cas d'échec et, pour la plupart, avaient essayé diverses sortes de traitement, et c'est grâce à ce déconditionnement qu'ils ont pu retrouver une diminution marquée de leur habitude de tension.

Il est regrettable que le grand nombre de malades, le manque de temps, nous empêchent d'appliquer cette technique sur une plus grande

échelle et qu'elle soit réservée à certains cas particuliers, c'est-à-dire à des échecs du traitement usuel. Car, pour juger de sa réelle valeur, il faut un recul de temps suffisant et un grand nombre de patients. Nous sommes tenté de croire qu'associée à la psychothérapie cette méthode est prometteuse.

Dans ces considérations sur le traitement des malades psychiatriques dans l'hôpital général, nous avons laissé de côté le problème des névroses proprement dites qui sont plus spécifiquement du domaine du psychiatre, pour insister sur les cas les plus nombreux qui occupent le service de médecine et font la clientèle de bureau. Leur nombre est tel qu'il est impossible de traiter tous ces malades et les médecins doivent s'y intéresser et en prendre charge. Ceux-ci devront s'orienter vers la psychologie médicale et la psychophysiologie et travailler en collaboration avec la psychiatrie. C'est le travail d'équipe qui donne les meilleurs résultats. Pour l'avenir, il est à souhaiter que l'enseignement de la psychiatrie débute dès les premières années du cours de médecine.

Tous ces malades ne guérissent pas, direz-vous ! La même réflexion peut s'appliquer au cardiologue, à l'hématologiste, à celui qui traite un diabète ; tous seront satisfaits si le patient est « équilibré », comme on dit.

Souvent, dans bien des cas, en psychiatrie, le médecin administre de la réassurance, de la confiance, de la connaissance de soi-même en doses régulières et il sait dans bien des circonstances qu'il n'espère pas de guérison, mais tâchera de rendre le patient plus heureux et plus apte à vivre.

BIBLIOGRAPHIE

1. ABOULKER, P., CHERTEK, L., et SAPIR, M., La relaxation. Aspects théoriques et pratiques, *Expansion scientifique française*, Paris, 1958.
2. ALEXANDER, L., Treatment of mental disorder, *W. B. Saunders Company*, 1953.
3. ALEXANDER, L., Objective approaches to treatment in psychiatry, *Charles C. Thomas*, Springfield, 1958.
4. ALLISON, D. R., et GORDON, R. G., Psychotherapy : its use and limitation, *Oxford Medical Press*, London.
5. ALVAREZ, W. C., The neuroses, *W. B. Saunders Company*, 1951.
6. ALVAREZ, W. C., Live at peace with your nerves, *Prentice-Hall Inc.*, New-York, 1958.
7. APPEL, L., LHAMON, W. T., MYERS, J. M., HARVEY, W. A., Long term psychotherapy, *Proceedings of the Association for Research in Nervous and Mental Diseases*, 1958, et in (8).

8. *Association for research in nervous and mental disease*, Research publication, Williams et Wilkins Co., 1953.
9. BARUK, H., Les thérapeutiques psychiatriques, *Presses Universitaires de France*.
10. BENNETT, A. E., Problems in establishing and maintaining psychiatric units in general hospitals, *Am. J. Psychiat.*, **115** : 974-979, 1958.
11. BENNETT, A. E. et collaborateurs, Psychiatry in general hospitals, *University of California Press*, 1956.
12. BERLE, B. B., PINSKY, R. H., WOLF, S., WOLF, H. G., Appraisal of the results of treatment in stress disorders, in (8).
13. BROMBERG, W., Man above humanity, *J. B. Lippincott Company*.
14. COBB, S., Emotions and clinical medicine, *W. W. Norton & Co.*, New-York.
15. DAVIDSON, H. A., The doctor's personality, *Canadian Doctor*, **25** : 31-38, 1959.
16. DENBER, P. G., *New York State J. Med.*, (1 oct.) 1946.
17. DICKEL, H. A., DIXON, H. H., SHANKLIN, T. G., et DAVIDSON, G. A., Observations on the anxiety and the syndrome, *Canad. M. A. J.*, **72** : 1-6, 1955.
18. EIDUSON, B. T., Brain mechanisms and psychotherapy, *Am. J. Psychiat.*, **115** : 203-209, 1958.
19. EY, H., Médecine psychosomatique et névroses d'organes, *Encyclopédie médico-chirurgicale*, Psychiatrie.
20. EY, H., Études psychiatriques, *Desclée de Brouwer et Cie*, Paris.
21. EYSENCK, H. J., Uses and abuses of psychology, *Penquin Books*, Baltimore.
22. FARAR, C. B., Psychotherapy, *Canad. M. A. J.*, **74** : 253-258, 1956.
23. FINK, D. H., Soignez-vous vous mêmes, *Presses Denoël*, Paris.
24. FINK, D. H., Ne vivez plus sur vos nerfs, *Presses Denoël*, Paris.
25. FLEMING, J. W., A primer on common functional disorders, *Little, Brown and Company*, Boston.
26. FROM, R. F., Principles of intensive psychotherapy, *The University of Chicago Press*.
27. FUNKENSTEIN, D. H., GREENBLATT, M., SOLOMON, H. C., Pronostic tests indicating the effectiveness of treatment, in (8).
28. GAUTHIER, C.-A., et COULOMBE, M., La psychiatrie dans l'hôpital général, *Union méd. Canada*, **87** : 12-15, 1958.
29. GERTY, F. J., The physician and psychotherapy, *Am. J. Psychiat.*, **116** : 1-10, 1959.
30. GIRAUD, P., Psychiatrie générale, *Le François*, Paris.
31. GIRAUD, P., Psychiatrie clinique, *Le François*, Paris.
32. HASTING, D. W., Follow-up results in psychiatric illness, *Am. J. Psychiat.*, **114** : 1057-1065, 1958.
33. HAUGEN, G. B., DIXON, H. H., et DICKEL, A therapy for anxiety reactions, *The MacMillan Company*, New-York.
34. HENDERSON et GILLEPSIE, A text-book of psychiatry, *Oxford University Press*, London.
35. HESNARD, A., L'univers morbide de la faute, *Presses Universitaires de France*.
36. HOCH, P., Failures in psychiatric treatment, *Grune-Stratton*, New-York.
37. HORMS, E., Modern psychotherapy 130 years ago, *J. Mental Sc.*, **103** : 804-810, 1957.
38. HYMAN, H. T., The value of psycho-analysis as a therapeutic procedure, *J. A. M. A.*, **107** : 326-329, 1937.
39. HYMAN, H. T., et KESSEL, L., The value of psycho-analysis as a therapeutic procedure, *J. A. M. A.*, **101** : 1612-1615, 1932.
40. KIM, K., et EATON, M. T., Experiences in the conversion of a closed to an open psychiatric ward in a general hospital, *Am. J. Psychiat.*, **116** : 74-75, 1959.

41. KNIGHT, P. P., An evaluation of results of psycho-analytic therapy, *Am. J. Psychiat.*, **98** : 434-446, 1941.
42. LAUGHLIN, H. P., The neuroses in clinical practice, *W. B. Saunders Company*, 1956.
43. LEWIS, A., Between guesswork and certainty in psychiatry, *Lancet*, **1** : 227-230, (fév.) 1958.
44. LEWIS, N., Historical roots of psychotherapy, *Am. J. Psychiat.*, **114** : 770-775, 1958
45. MASSERMANN, J. H., The practice of dynamic psychiatry, *W. B. Saunders Company*, 1955.
46. MCGILL, V. J., Emotions and reason, *Charles C. Thomas*, Springfield.
47. MILES, H. H. W., BARRABEE, E. L., et FINESINGER, J. F., Evaluation of psychotherapy with a follow-up study of 62 cases of anxiety neuroses, *Psychosom. Med.*, **13** : 83-105, 1951.
48. MUNCIE, W., Factors influencing the effectiveness of treatment in private practice of psychiatry, in (8).
49. NADEAU, H., La psychiatrie vue par le médecin, *Union méd. Canada*, **87** : 15-19, 1958.
50. NILSEN, J. M., et THOMPSON, G. N., The engrammes of psychiatry, *Charles C. Thomas*, Springfield.
51. RACAMIER, P.-C., et GENDROT, J.-A., Névrose d'angoisse, *Encyclopédie médico-chirurgicale*, Psychiatrie.
52. ROBERTS, C., Psychiatric services in general hospitals in Canada : five years of development 1951-56, *Canad. M. A. J.*, **78** : 774-778, 1958.
53. ROGERS, R. C., A reseach program in client-anteder therapy, in (8).
54. ROSENBAUM, M., et REISER, M. F., HIGGINS, V., Setting goals of treatment in psychomatic medicine, in (8).
55. ROSENTHAL, D., et Frank, J. D., The fate of psychiatric clinic out patients assignee to psychotherapy, *J. Nerv. Ment. Dis.*, **127** : 330-343, 1958.
56. RUESCH, J., Social factors in therapy, in (8).
57. SARAMA, J., La guérison, *Presses Universitaires de France*.
58. SARGANT, W., Aim and method in treatment : twenty years of British and American psychiatry, *J. Mental Sc.*, **103** : 699-710, 1957.
59. SARGANT, W., Physical methods of treatment in psychiatry, *E. Livingsstone*, Londres.
60. SASLOW, G., DE HUFF, Peters A., Follow-up on study of « untreated » patients with various behavior disorders, *Psychiat. Quart.*, **30** : 283-302, 1956.
61. STEVENSON, I., The challenge of results in psychotherapy, *Am. J. Psychiat.*, **116** : 120-123, 1959.
62. THORM, D. A., Psychotherapy in private practice, *Am. J. Psychiat.*, **13** : 77, 1933.
63. WESCHLER, I. S., The neurologist's point of view, *L. B. Fischer*, New-York.
64. WITTHEORN, J. C., Therapeutic goals and their significance for therapeutic strategy, in (8).
65. YOUNG, Z. J., Doubt and certainty in science, *Oxford Clarendon Press*, 1931.
66. ZILBOORG, G., A history of medical psychology, *W. W. Norton Company*.
67. ZUBIN, J., Design for the evaluation of therapy, *Group for the advancement of psychiatry, Committee of psychiatric social work (Report 16)* Topeka, Kansas.

ANALYSES

M. BONDUELLE et P. BOUYGUES. **Syndromes mésencéphaliques et bulbo-protubérantiels.** *Encycl. méd.-chir.*, Neurologie, 17039 A¹⁰ (9-1960), 10 pages, 5 figures.

Le pédoncule cérébral, ou mésencéphale, le pont, ou protubérance, et le bulbe constituent un ensemble anatomique auquel correspond une pathologie particulière.

Après un rappel anatomique détaillé, indispensable pour comprendre la pathologie de cette région complexe, M. Bonduelle et P. Bouygues en exposent la séméiologie, étudient tour à tour les syndromes suivants :

- Syndromes alternés ;
- Paralysie des mouvements associés du regard et syndromes des tubercules quadri-jumeaux ;
- Myoclonies vélo-palato-laryngées ;
- Syndrome du noyau rouge.

Enfin, le chapitre nouveau et d'un grand intérêt consacré à la substance réticulée et ses perturbations pathologiques, étudiant la formation réticulée, l'hallucinoïse, les troubles du sommeil et la rigidité de décérébration.

F. THIÉBAUT et J. GRUNER. **Tuberculose cérébrale.** *Encycl. méd.-chir.*, Neurologie, 17054 A¹⁰ (9-1960), 4 pages.

Peu de chapitres de la pathologie ont été aussi profondément modifiés par les thérapeutiques actuelles que celui de la tuberculose cérébrale. Sa fréquence, son aspect et son évolution sont aujourd'hui tout différents de ceux qui étaient connus naguère. C'est ce que montrent F. Thiébaud et J. Gruner dans ce fascicule, qui apporte aux lecteurs les notions les plus modernes sur la clinique et le traitement des

formes tumorales (tuberculose du cervelet, du tronc cérébral et des hémisphères cérébraux), comme des formes encéphalitiques de la tuberculose cérébrale.

R. BASTIN et J.-F. ACAR. **Diarrhées chroniques du nourrisson.**

Maladie cœliaque. *Encycl. méd.-chir.*, Pédiatrie, 4014 P¹⁰ (7-1960), 12 pages.

Ce chapitre est d'un grand intérêt pratique puisqu'il groupe les problèmes que pose aux médecins d'enfants un symptôme d'observation courante.

Les auteurs étudient en effet successivement :

- les diarrhées chroniques chez l'enfant au sein et chez le nourrisson soumis à l'allaitement artificiel ;
- la dyspepsie des farineux ;
- la maladie cœliaque, dont la pathogénie vient d'être éclairée par d'importants travaux hollandais et dont le traitement a gagné en efficacité ;
- les diarrhées chroniques d'origine infectieuse et parasitaire ;
- les diarrhées chroniques symptomatiques d'affections du tube digestif, de maladies congénitales, etc. . . .
- enfin, les diarrhées de cause encore imprécise pour lesquelles se discute une éventuelle allergie gastro-intestinale.

A propos de chacune de ces formes de diarrhée chronique, les auteurs envisagent la signification pathogénique du désordre et les sanctions thérapeutiques qui en découlent.

C. GARNIER. **Déformations thoraciques.** *Encycl. méd.-chir.*, Pédiatrie, 4063 B¹⁰ (7-1960), 4 pages, 5 figures.

Certaines déformations thoraciques du nourrisson peuvent être à l'origine de troubles qui vont de l'essoufflement à la tachycardie paroxystique et à la cyanose permanente.

Il faut donc savoir poser à temps l'indication opératoire et ne pas attendre de la seule croissance la guérison des cas rebelles.

Ce chapitre d'un grand intérêt pratique comporte l'étude :

1° des vices de conformation visibles à la naissance : malformations congénitales du sternum, ectocardie partielle ou totale, absence de grand pectoral, vices du modelé thoracique ;

2° des déformations dystrophiques s'affirmant au cours de la croissance du nourrisson : thorax en entonnoir ou en carène, déformations sous-mammaires.

J. COUVREUR. **Fœtopathies.** *Encycl. méd.-chir.*, Pédiatrie, 4002 V²⁰ (7-1910), 6 pages.

Sous ce titre sont groupées les maladies contractées par le fœtus après la fin de la formation embryonnaire jusqu'au terme de la grossesse. C'est un chapitre actuellement en plein remaniement et qui ne cesse, grâce au laboratoire, de s'enrichir d'acquisitions nouvelles.

Le lecteur trouvera ici les données les plus récentes sur :

- les fœtopathies bactériennes (listériose en particulier), virales (maladie des inclusions cytomégaliqes, herpès, etc.), parasitaires et mycotiques ;
- les fœtopathies des enfants de mères diabétiques ;
- les pneumopathies fœtales ; et,
- les fœtopathies carencielles, métaboliques, endocriniennes, toxiques et médicamenteuses.

R. JOHANNY. **Dermatoses ulcéreuses exotiques.** *Encycl. méd.-chir.*, Dermatologie, 12690 A¹⁰ (6-1960), 6 pages, 3 figures.

L'auteur groupe sous ce titre :

- Les leishmanioses cutanées (bouton d'Orient et leishmaniose américaine) dont le diagnostic est souvent malaisé, dont le pronostic est bénin, mais qui laissent des cicatrices indélébiles ;
- La draconculose déterminée par la femelle de la filaire de Médine ;
- Le granulome ulcéreux des organes génitaux dont le pronostic est assez sombre en raison des atteintes métastatiques, des complications locales et des mutilations que l'on observe ;
- L'ulcère phagédénique des pays chauds qui complique les plaies d'origine fuso-spirillaire ;
- L'amibiase cutanée, enfin, se présentant sous forme d'ulcérations chroniques profondes à tendance phagédénique, de pronostic mortel si un traitement à l'émétine ou la terramycine n'intervient pas.

Y. BUREAU et H. BARRIÈRE. **Dermo-hypodermes nodulaires et en plaques.** *Encycl. méd.-chir.*, Dermatologie, 12550 A¹⁰ (6-1960), 12 pages, 9 figures.

Les dermo-hypodermes nodulaires et en plaques constituent un groupe important d'affections dermatologiques caractérisées essentiellement par des indurations circonscrites et arrondies plus ou moins bien limitées, mais toujours de consistance ferme.

Se fondant sur la clinique et l'anatomie pathologique, les auteurs, pour la clarté de la description, traitent ici chacune de ces affections dans deux grands chapitres :

A. Les affections où l'hypodermite est le symptôme majeur :

1. Dermo-hypodermite aiguës dont le type est l'érythème noueux ;
2. Dermo-hypodermite subaiguës :
 - a) Avec vascularite (érythème induré de Bazin),
 - b) Sans vascularite (maladie de Weber-Christian),
 - c) Avec vascularite sans réaction périvasculaire (thrombo-phlébite essentielle des membres inférieurs) ;
3. Dermo-hypodermite nodulaires chroniques dont le type est la sarcoïde hypodermique.

B. Les affections où l'hypodermite est accompagnée d'autres symptômes :

1. Hypodermite des angéites allergiques, groupant :
 - a) Les allergides nodulaires (maladie trisymptomatique de Gougerot),
 - b) La périartérite noueuse ;
2. Hypodermite des variqueux.

P. L. CHICOT. **Luxation congénitale de la hanche.** *Encycl. méd.-chir., Pédiatrie*, 4008 D¹⁰ (7-1960), 4 pages, 5 figures.

Ce nouveau chapitre consacré à la luxation congénitale de la hanche répond à une nécessité. Cette malformation congénitale est, en effet, d'une grande fréquence (deux à trois pour mille environ). Le médecin, l'accoucheur et le pédiatre sont appelés à en rencontrer même en dehors des régions, comme la Bretagne et le nord de l'Italie, où cette malformation récessive continue de se maintenir.

On ne saurait trop insister sur la nécessité d'un diagnostic précoce dès la naissance ou dans les premières semaines de la vie. A ce stade, des mesures préventives simples et peu onéreuses permettent d'éviter la boiterie, et leurs résultats éloignés sont supérieurs à ceux des traitements orthopédiques ou opératoires tardifs. Des instructions nécessaires pour l'éducation des parents sont d'ailleurs, dans certaines contrées, insérées dans le carnet de maternité.

Mais il est des cas où le diagnostic n'est fait que devant le retard de la marche ou une boiterie affirmée. Le pronostic est alors tout différent. Les résultats de la réduction orthopédique ou chirurgicale ne donnent que des résultats médiocres si on les juge à longue échéance. C'est dire, une fois encore, tout l'intérêt du dépistage précoce, du traitement préventif et d'une propagande active de la part des pouvoirs publics.

F. DARNIS et J. DUBRISAY. **Exploration fonctionnelle du foie.**

Encycl. méd.-chir., Foie, 7010 A¹⁰, A³⁰, A⁵⁰ (10-1960), 23 pages, 2 figures.

Devant cette atteinte hépatique, le recours aux tests d'exploration fonctionnelle est indispensable ; mais

- quels tests demander ?
- comment les interpréter ?

Il est, en effet, souvent difficile de choisir parmi la multiplicité des tests que provoque la technique moderne, ceux qui sont exactement adaptés au cas clinique qui préoccupe le praticien. C'est à ces questions majeures et difficiles que répond cet article.

Pratique, précis, méthodique, il constitue un véritable guide de pathologie hépatique. Mais les indications qu'il donne reflètent aussi toutes les nuances de la clinique.

M. PAYET, R. CAMAIN, P. PENE et M. SANKALE. **Cancers du**

foie. *Encycl. méd.-chir.*, Foie, 7038 A¹⁰ (10-1960), 10 pages, 3 figures.

Si le cancer primitif du foie reste relativement rare en Europe et en Amérique, de nombreux auteurs ont signalé ces dernières années sa très grande fréquence dans les zones intertropicales. Ce renouveau d'intérêt est complété par les travaux des auteurs japonais sur le cancer expérimental, recherches menées parallèlement à celles entreprises sur le plan clinique. Les interrelations entre les cirrhoses, les parasitoses, les intoxications et le cancer du foie posent des problèmes tout récemment étudiés. C'est assez dire l'intérêt actuel de cette refonte qui envisage les différentes formes du cancer primitif du foie :

- formes tumorales ;
- formes fébriles à type d'abcès tropical ;
- formes à type de cirrhose maligne.

Leur diagnostic et leur traitement sont réunis dans un autre chapitre.

La deuxième partie de cette refonte beaucoup plus brève est réservée aux cancers secondaires.

REVUE DES LIVRES

The adhesiveness of human blood platelets *in vitro*. (L'adhérence des plaquettes sanguines humaines *in vitro*), par A. J. HELLEM, *Oslo University Press*. Un livre de 132 pages avec huit photographies, 49 tableaux et 14 figures. Prix approximatif : \$2.40.

L'auteur présente une nouvelle méthode pour l'appréciation quantitative de l'adhérence des plaquettes humaines sanguines. L'application de sang citraté entier à une surface de verre standardisé facilite le calcul de l'adhérence des plaquettes sanguines d'après leur décompte, avant et après l'expérience. L'auteur expose la précision de la méthode et sa dispersion normale.

L'auteur étudie le mécanisme de cette adhérence et tous les facteurs qu'il croit susceptibles de la faire varier. L'influence des globules rouges fait l'objet d'un chapitre particulièrement intéressant. L'étude de l'adhérence des plaquettes sanguines porte autant chez les sujets normaux que chez ceux qui sont affectés de dyscrasies sanguines.

Cette monographie présente les résultats de deux années de recherche à l'Institut pour la recherche sur la thrombose, dirigé par le professeur Paul A. Owren, à l'hôpital universitaire d'Oslo, Norvège.

Tome VIII. Cours supérieur d'anesthésiologie 1959, publié sous la direction des professeurs P. MOULONGUET et J. BAUMANN. *Acta* de l'Institut d'anesthésiologie. Librairie Arnette, Paris. Un volume de 280 pages, 62 figures. Prix : 28 nf.

Les *Acta* de l'Institut d'anesthésiologie apportent chaque année une mise au point par les spécialistes les plus compétents des problèmes d'actualité dans les domaines des sciences de base ou de la pratique de l'anesthésie et de la réanimation.

On trouvera dans le tome VIII deux études sur la physiologie de la substance réticulée, l'une de neurophysiologie de A. Hugelin qui est intimement associée aux travaux de Dell, l'autre de neuropharmacologie de J. Levy, spécialiste de la sérotonine. La physiologie cardio-pulmonaire est l'objet d'une très claire étude de J. Drutel sur les rapports entre ventilation alvéolaire et circulation capillaire pulmonaire. Les physiciens R. Alfieri et J. Valeyre apportent une méthode originale de mesure de la résistance des appareils d'anesthésie « en régime fonctionnel ».

L'École de l'Hôpital Claude-Bernard, avec R. Bastin et M. Rapin nous présente les dernières modalités du traitement du tétanos déclaré (traitement des grands accidents neuro-végétatifs) et du coma barbiturique (méthode de polyurie provoquée et d'alcalinisation plasmatique et urinaire).

Avec les articles de M. Leroy sur les espaces morts, de G. Vourc'h sur les nouveaux agents myorésolutifs, les nouvelles interprétations de leurs actions, et leurs antidotes, de J. Boureau sur l'anesthésie des malades ambulatoires, la pratique de l'anesthésie trouve sa part.

Les problèmes de réanimation sont étudiés dans les clairs exposés de M. Legrain sur les diurétiques, de E. Bernard-Weil sur la rééquilibration hydroélectrolytique dans les traumatismes crâniens, dans l'essai critique de J.-P. Benhamou sur l'intoxication ammoniacale.

La mise au point des dernières acquisitions de la chirurgie cardiaque : l'arrêt cardiaque provoqué et la stimulation artificielle du cœur est faite par un cardiophysiologiste de l'équipe de Ch. Dubost, M. Weiss.

Le tome VIII des *Acta* de l'Institut d'anesthésiologie intéressera comme ses prédécesseurs, anesthésistes, réanimateurs, physiologistes, pharmacologistes, médecins et chirurgiens.

Exposés d'anesthésiologie. — *A l'usage des praticiens et des étudiants*, par P. HUGUENARD et P. JACQUENOUD. *Première série.* Deuxième édition revue et mise à jour. Un volume de 218 pages, avec 30 figures (15,7×21,5) : 23 nf. *Masson et Cie*, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VI^e).

L'épuisement rapide de la première série des « Exposés d'anesthésiologie » a nécessité une nouvelle édition, mais celle-ci n'a demandé que quelques compléments et corrections.

L'ouvrage a gardé son double but, que nous rappellerons :

— apporter aux candidats un début de « dossier » : seize questions de physiologie, pharmacologie et clinique anesthésiologique, choisies parmi les plus importantes du programme, sont traitées de façon schématique, mais aussi complète que possible. Les auteurs se sont efforcés, sans oublier les notions récentes, de rester fidèles aux données classiques les plus sûres, susceptibles d'être admises sans discussion par tous les jurys. Une épreuve particulière aux concours hospitaliers français :

la « consultation écrite », ou « épreuve de malade », fait l'objet de quelques conseils généraux illustrés par un exemple détaillé.

— permettre au praticien de rafraîchir ses connaissances ou de les mettre à jour, sans perdre à cela trop de temps, puisqu'il trouve ici, rassemblées sous la forme de plans détaillés, les notions disséminées dans la bibliographie mondiale.

Des « notes de techniques » abondamment illustrées et destinées à l'étudiant, complètent l'ouvrage, ainsi qu'un glossaire. Celui-ci permet aux auteurs de préciser le sens qu'ils donnent à une cinquantaine de termes usuels, trop souvent mal employés (comme « anesthésie » et « narcose » par exemple).

Une « liste de synonymes » (dénominations communes et noms de spécialités des médicaments) s'efforce aussi d'éviter toute confusion, notamment pour les lecteurs étrangers.

Traitement des cancers : Épithéliomas - Leucémies - Sarcomes,

Directives médico-chirurgicales. Travail de l'Institut Gustave-Roussy (Centre clinique et thérapeutique), de la Chaire de cancérologie médicale et sociale, et de la Chaire de clinique chirurgicale cancérologique. Un volume in-8 de 384 pages (1960) : 50 nf. G. Doin & Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (VI^e).

La conception du traitement des cancers est encore fondée, actuellement, sur la notion du passage successif par trois phases : locale, ganglionnaire et de généralisation, et de l'utilité qu'il y aurait à avancer le moment du traitement afin d'essayer de limiter l'extension redoutée.

Mais, à notre époque, les malades sont examinés de plus en plus près de leur premier symptôme clinique. La thérapeutique a vu son action s'étendre considérablement et, cependant, la qualité moyenne des résultats observés ne s'est pas améliorée en proportion. Bien des médecins ont pensé qu'il fallait, dès lors, réviser ces données cliniques.

La maladie cancéreuse passerait d'abord par la première phase précancéreuse biologique, où il n'est pas possible de prévoir le développement prochain d'une lésion maligne, bien que certaines recherches expérimentales puissent permettre de penser que des modifications biologiques existent déjà.

Une seconde phase correspond au précancer morphologique, où se manifestent des modifications cellulaires qui peuvent (et ne doivent pas nécessairement) évoluer vers une lésion évolutive, donc maligne.

La phase suivante est celle du cancer préclinique, caractérisée par des lésions malignes pré-évolutives, mais dont les faibles manifestations n'ont pas attiré l'attention du malade qui en est l'hôte.

Enfin, dans la dernière phase, le cancer émerge, se manifeste. Cette dernière phase est de courte durée en moyenne par rapport à l'ensemble des autres périodes silencieuses.

Lorsque la maladie se manifeste, bien des choses ont eu lieu, conséquence des relations hôte-tumeur. Ces circonstances déterminent les probabilités évolutives de la maladie qui pourrait être une forme loco-régionale « non-lymphophile », ou à tendance loco-régionale « lymphophile » ou dans la troisième catégorie, la forme « diffuse ».

Ces notions nouvelles vont influencer nos conceptions thérapeutiques. La chirurgie et les radiations doivent guérir les formes loco-régionales, doivent être employées dans les formes lymphophiles avant une extension trop importante, mais ne nous permettent pas d'agir dans les formes diffuses.

Il est donc de première importance de connaître au plus tôt à quelle catégorie chaque cancer appartient et il n'est pas possible d'envisager le cancer comme une entité globale à laquelle s'adapte un traitement univoque que l'on essaie de réaliser de plus en plus tôt et de plus en plus largement.

* * *

Voulant rester tout à fait pratique, ce livre traite, après une importante introduction sur l'histoire naturelle du cancer et sur les possibilités du diagnostic précoce, successivement des possibilités d'action thérapeutique, du rôle et des indications de la chirurgie.

Le problème de l'utilisation des radiations est évoqué depuis son aspect théorique et didactique jusqu'au rôle des radiations sur les tissus en général, jusqu'aux techniques d'emploi des radiations, et se termine par leurs indications pratiques.

Un important chapitre est ensuite consacré à l'aspect médical du traitement ; c'est-à-dire non seulement à l'emploi des différents produits chimiques qui sont successivement évoqués, mais aussi à la chimiothérapie des antibiotiques. Des indications thérapeutiques sont reprises point par point suivant les différentes localisations. D'importantes tables des matières guident le lecteur à travers ces différents problèmes.

Exposés d'anesthésiologie. — *A l'usage des praticiens et des étudiants*, par P. HUGUENARD et P. JACQUENAUD. *Deuxième série.* Avec la collaboration de P. DELIGNE et de Henriette BUHOT, de Roman BRODOWSKI, Marie-Rose GILLES, Françoise JACQUIN, Andrée KIND, Geneviève LABORIT, Nicole PORTUGAL. Un volume de 274 pages, avec 18 figures (15,7×21,5) : 23 nf. *Masson et Cie*, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VI^e).

La première série des exposés d'anesthésiologie s'est rapidement épuisée. C'est que la forme didactique donnée par les auteurs à leur étude répondait à un besoin. Elle a satisfait aussi bien le praticien désireux de rafraîchir ses connaissances ou de les mettre à jour, que les candidats d'anesthésiologie qui ne disposaient pas jusqu'alors de « dossiers » pour la préparation de leur concours.

Alors que la première série n'avait sélectionné que des questions « stabilisées », cette seconde série ajoute aux questions classiques susceptibles d'être posées aux examens et concours, quelques thèmes sur lesquels les connaissances actuelles sont certainement insuffisantes : la physiopathologie de la Douleur et du Réveil, la pharmacologie des tranquillisants, par exemple . . .

Il est, en effet, utile pour l'avenir de donner une forme, même provisoire, à des exposés difficiles, et il est certain, d'autre part, que les problèmes abordés, même s'ils ne sont qu'imparfaitement résolus, intéressent le praticien.

Comme dans la première série, des « Notes de techniques » illustrées complètent l'ouvrage.

La liste des « synonymes usuels » (dénomination commune et noms des spécialités des médicaments) est reprise et complétée.

Anormaux et malades mentaux devant la justice pénale, par

Antoine POROT, professeur honoraire de clinique psychiatrique à l'université d'Alger, et Charles BARDENAT, médecin des hôpitaux psychiatriques. Un volume 16×24 de 260 pages : Broché : 25 nf ; cartonné : 32 nf. *Librairie Maloine*, éditeurs, 27, rue de l'École-de-Médecine, Paris (VI^e).

Cet ouvrage vient compléter la *Psychiatrie médico-légale* donnée par les mêmes auteurs à la même librairie en 1959.

Son objet s'y restreint, comme le titre l'indique, aux applications que le droit pénal est appelé à faire des constatations effectuées par les experts (le pluriel est désormais la loi) sur la personnalité de l'auteur d'une infraction.

Médecins et juristes y trouveront, chacun selon ses préoccupations, matières à confronter leurs points de vue dans des limites propres à faciliter leur entente. Celle-ci reste la base d'une saine justice en dépit des variations de doctrine et de vocabulaire. Qui ne voit en effet que si le psychiatre fut longtemps gêné par l'exigence du législateur de lui faire employer sa science à trancher du problème de la responsabilité par un singulier renversement des rôles, le commentateur officiel du nouveau code de procédure pénale invite aujourd'hui le juge à se saisir lui-même du diagnostic de démence au temps de l'action ?

L'approche de la psychiatrie est malaisée. Un effort doit être fait pour la rendre possible à ceux qui ont la charge d'assurer les effets de ses interférences avec le droit. C'est ce que tentent ici les auteurs. Écartant toute sujétion de classification nosologique doctrinale, ils présentent les situations et les groupements morbides d'abord avec leurs symptômes, puis les aspects variés sous lesquels chaque groupe peut s'offrir à l'observation.

L'ouvrage se termine sur un chapitre où sont traitées certaines réactions carcérales comme la grève de la faim et les psychoses dites

pénitentiaires, quelquefois franchement morbides dans leur nature, d'autres fois pouvant faire suspecter la simulation.

Certains reprocheront peut-être aux auteurs d'avoir utilisé le terme d'anormaux en raison de ce qu'il est vague et imprécis et lui pourraient préférer ceux d'inadaptés sociaux ou de psychopathes. Mais en fait, l'inadaptation sociale n'est que la conséquence des anomalies psychiques gênant la vie en société sans constituer pour autant d'authentiques maladies mentales. D'autre part, si l'usage s'est établi à l'étranger d'appeler psychopathes les anormaux en les opposant aux malades mentaux, les psychiatres français, depuis Régis, ont donné au mot psychopathie le sens général de maladie mentale. C'est pour éviter toute confusion et toute équivoque que le terme d'anormaux a été conservé.

La présentation des différents cas morbides est illustrée de nombreux documents cliniques tirés des expertises personnelles des auteurs qui estiment, avec Ch. Vallon, que « des exemples valent mieux que des préceptes ».

Ceux-ci n'en sont pas moins énoncés au terme de chaque étude dans le but d'affronter toujours les constatations cliniques au texte de l'article 64 du Code pénal qui demeure encore la pierre angulaire de notre Justice répressive.

CHRONIQUE, VARIÉTÉS ET NOUVELLES

Société médicale des hôpitaux universitaires de Laval

Séance du 3 novembre 1960, à l'Hôpital Saint-Joseph, de Trois-Rivières

1. Claude ROY, Lionel LEMIEUX et François GAGNÉ : *Néphropathie familiale avec surdité* ;
 2. Pierre GRONDIN, Rosaire SAINT-PIERRE et Guy HÉBERT : *Insuffisance rénale aiguë postopératoire* ;
 3. Paul-Émile GAREAU, Maurice BEAULIEU, René DROUIN et Robert POTVIN : *Péricardite constrictive : diagnostic et traitement chirurgical* ;
 4. Roger GHYS : *Quelques réflexions sur la clinique et la thérapeutique des cancers de l'ovaire. Étude basée sur 212 cas* ; en discussion : Guy GÉLINAS.
-

Séance du 17 novembre 1960, à la Faculté de médecine

1. Maurice CAOINETTE : *Grossesse ovarienne primitive* ; en discussion : Roland SCHERRER ;
 2. Jacques BOULAY : *De quelques documents cytologiques colorés par le Wright* ; en discussion : Jean-Louis BONENFANT ;
 3. Jean-Marie DELÂGE, Clément DESPINS, Agathe BARRY et Rosario CLAVEAU : *Tuberculose splénique. Intérêt de la ponction* ;
 4. André-B. MARQUIS et Hector BEAUDET : *Imperforation anale chez une femme de 26 ans* ; en discussion : Claude BRUNET ;
 5. Robert FEUILTAULT : *Missiles et satellites.*
-

Le docteur Pierre Cartier à la Faculté

Le docteur Pierre Cartier, docteur en médecine de Paris, licencié ès sciences et docteur ès sciences de la Faculté des sciences de Paris a fait un séjour à la Faculté de médecine en novembre. Chargé de recherche du C.N.S.R. de 1943 à 1951, chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Paris de 1943 à 1960, directeur du laboratoire d'étude de l'os et de la croissance et du laboratoire de recherches biochimiques Michel Polonovski, le docteur Cartier a fait de nombreuses études sur les mécanismes biochimiques de la formation des tissus osseux.

Les principaux travaux de recherches du docteur Cartier portent sur les sujets suivants : le mécanisme enzymatique de l'ossification, la structure chimique du tissu osseux, les échanges osseux, la diffraction aux rayons X (structure de l'os, des calculs vésiculaires, des calculs urinaires), recherches sur l'ATP (techniques de séparation, de dosage, etc. . . .), recherches sur le métabolisme de la sérotorine dans les carcinoidoses du grêle, études sur le métabolisme phosphoré des globules rouges.

Le docteur Cartier a donné des cours d'enzymologie à la Faculté de médecine et a traité de l'enzymologie appliquée à la clinique à l'Hôtel-Dieu de Québec, à l'Hôpital du Saint-Sacrement, à l'Hôpital Saint-François-d'Assise, à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus, à l'Hôpital Laval, à l'Hôpital Saint-Joseph de Trois-Rivières et à l'Hôtel-Dieu de Chicoutimi.

Assistant universitaire

Le docteur Jean Beaudoin vient d'être nommé assistant universitaire dans le Service de médecine de l'Hôtel-Dieu de Québec.

Le docteur Jean Beaudoin est membre associé (*Fellow*), en médecine interne, du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et détient le certificat de spécialiste médecine interne du Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec ainsi que celui de cardiologie.

Congrès des infirmières

L'Association des infirmières catholiques du Canada a tenu son congrès annuel au pavillon de la Faculté de médecine de l'université Laval en la Cité universitaire. C'est le docteur Rosaire Gingras, vice-

doyen de la Faculté, qui a présidé à l'ouverture de ce congrès et le ministre de la Santé de la province de Québec, M. Alphonse Couturier, a prononcé une allocution lors de la clôture de ces grandes assises, clôture qui a eu lieu dans le grand amphithéâtre de la Faculté de théologie.

Institut de microbiologie et d'hygiène de l'université de Montréal

Service de l'Enseignement

Programme des « Micro-Hebdo-Actualités » pour le second semestre de l'année scolaire 1960 - 1961

NOMS	TITRES	DATES
M. J. de REPENTIGNY,	<i>La microscopie à fluorescence. Techniques et applications en microbiologie.</i>	11 janvier 1961
M. F. SOMLO,	<i>Les virus oncolytiques.</i>	18 janvier 1961
M. Paul MAROIS,	<i>Le Rouget du porc.</i>	25 janvier 1961
M. Paul LEMONDE,	<i>Cancer : résultats et perspectives.</i>	1 ^{er} février 1961
M. Sorin SONEA,	<i>Le problème de la virulence des staphylocoques.</i>	8 février 1961
M ^{me} M. O. PODOSKI,	<i>Le mécanisme du diagnostic en virologie.</i>	14 février 1961
M. V. PORTELANCE,	<i>Considérations biochimiques et microbiologiques sur les protéolipides.</i>	22 février 1961
M. Lionel FORTÉ,	<i>La valeur des épreuves de stérilité.</i>	1 ^{er} mars 1961
M. E. di FRANCO,	<i>La leucémie en pathologie animale.</i>	8 mars 1961
M. G. NOGRADY,	<i>Recherches sur la différenciation culturale des staphylocoques coagulase positifs et coagulase négatifs.</i>	15 mars 1961
M. G. BOULAY,	<i>L'immunité dans les infestations parasitaires.</i>	22 mars 1961
M ^{me} Lise DAVIGNON,	<i>Leucémie - problème d'hygiène publique.</i>	5 avril 1961
M. Sylvio CLOUTIER,	<i>Pathogénicité des staphylocoques pour les animaux de laboratoire.</i>	12 avril 1961

M. A. GUÉRAULT,	<i>Standardisation du vaccin anti-quelucheux.</i>	19 avril	1961
M. M. CANTIN,	<i>Chimioprophylaxie de la tuberculose et vaccination par le B.C.G.</i>	26 avril	1961

Ces réunions scientifiques ont lieu dans la salle F-613 de l'Immeuble central de l'université de Montréal à 5.00 heures. Elles comportent un exposé de 40 à 45 minutes, suivi d'une courte période de discussion.

Prix annuel du Cinéma médico-chirurgical de *La Presse médicale*

Le « Prix annuel du Cinéma médico-chirurgical », doté de 1 000 nf en espèces (pouvant éventuellement être partagé) et de divers autres prix, sera attribué (comme les années précédentes) lors de la dernière séance du « Cours d'Actualités médico-chirurgicales » à la Faculté de médecine de Paris (45, rue des Saints-Pères) le 14 mars 1961.

Le jury s'attachera autant à la valeur didactique du film qu'à sa qualité proprement cinématographique. Seuls les films tournés en 16 mm seront acceptés. Leur durée de projection ne devra en aucun cas excéder 30 minutes.

Les candidatures et les films devront être adressés au Secrétariat du journal, *La Presse médicale*, 120, boulevard Saint-Germain à Paris (VI^e), avant le 1^{er} février 1961.

Les prix seront remis aux auteurs des meilleurs films. Tous les films peuvent être présentés, y compris ceux qui ont été subventionnés ou réalisés par un laboratoire ou une firme.

Premier congrès international de pharmacologie

Au congrès international de physiologie, à Buenos-Aires, en août 1959, on fonda une section internationale de pharmacologie, subdivision de l'Union internationale des sciences physiologiques. C'est ainsi que les pharmacologistes eurent l'opportunité, depuis longtemps désirée, d'organiser leurs propres congrès, symposia et autres réunions scientifiques.

Sous l'initiative de la section internationale de pharmacologie, un comité international d'organisation se réunit à Stockholm, en février

1960. On décida qu'un premier congrès international de pharmacologie serait tenu, du 22 au 25 août 1961, et que « le mode d'action des médicaments » en serait le thème général. Les problèmes d'intérêt pharmacologique seront traités au cours de travaux, de discussions et de communications diverses. Des représentants éminents de la biochimie, de la physiologie et d'autres disciplines reliées à la pharmacologie seront invitées à joindre leurs connaissances et leur expérience à celles des pharmacologistes.

La date du congrès de Stockholm a été fixée de façon à ce que les participants au congrès international de biophysique, à Stockholm, au début d'août, de même que les participants au congrès international de biochimie qui se tiendra à Moscou du 10 au 16 août 1961, puissent y assister. Le comité du programme espère que l'approche interdisciplinaire et fondamentale qu'il s'est imposée rendra ce congrès intéressant, non seulement pour les pharmacologistes, mais aussi pour les biochimistes, les biophysiciens, les physiologistes et autres scientifiques.

Les préparatifs vont bon train et tous les intéressés sont cordialement invités à contribuer au succès de ce premier congrès international de pharmacologie qui se tiendra à Stockholm, du 22 au 25 août 1961.

Ceux qui désirent présenter des communications à ce congrès devront en faire parvenir un résumé avant le 1^{er} mars 1961. Pour toute information, s'adresser au Secrétariat, Premier congrès international de pharmacologie, Karolinska Institutet, Stockholm 60, Suède.

Conférence internationale sur l'influence du milieu, la santé et le développement économique

La troisième Conférence internationale de l'Association médicale internationale pour l'étude de l'influence du milieu et de la santé aura lieu les 29, 30 septembre et 1^{er} octobre 1961, à Saint-Vincent, Val d'Aoste (près de Turin), Italie.

Programme préliminaire :

- I. La santé, un facteur du développement économique :
 1. Les endémies rurales et la productivité agricole ;
 2. L'organisation des Services médicaux ruraux et le développement économique.

- II. L'influence du développement économique sur la santé :
 1. Le développement de l'économie agraire et la lutte contre les endémies rurales ;

2. Le développement industriel et son incidence éventuelle sur la santé.

III. Conclusions : La santé et les programmes de développement économique.

Le congrès sera sous la présidence du professeur G. Mottura, de Turin, assisté des professeurs E. Biocca, de Rome, E. Ciaranfi, de Milan, G. Favelli, de Bologne, et A. Seppilli, de Pérouse.

Pour toute information additionnelle, on pourra s'adresser au Secrétaire général, Association médicale internationale pour l'étude du milieu et de la santé, Burgasse 71/1/6, Vienne 7, Autriche.

Congrès de l'*American College of Surgeons*

Les médecins, les infirmières et le personnel médical auxiliaire sont invités à assister au congrès d'une section spéciale de l'*American College of Surgeons* qui se tiendra à Philadelphie, du 6 au 9 mars 1961. Les sessions auront lieu aux hôtels Bellevue Stratford, Ben Franklin et Sylvania, de même qu'aux principaux hôpitaux de la ville.

L'importance de cette réunion scientifique se rapproche de celle du congrès clinique annuel du Collège. Le programme comprend des cliniques dans les hôpitaux, des discussions en groupe, des symposiums, des travaux scientifiques, des exhibits industriels, la présentation de films médicaux. Des sessions seront consacrées à la chirurgie générale et aux diverses spécialités : obstétrique et gynécologie, ophtalmologie, otolaryngologie, urologie, chirurgie orthopédique, chirurgie plastique, chirurgie pédiatrique et chirurgie thoracique.

Des cliniques pratiques, dites : « How I do it », seront présentées par des chirurgiens chaque matin du congrès.

Le Congrès sera sous la présidence du docteur Jonathan E. Rhoads, professeur de chirurgie à la Faculté de médecine de l'université de Pennsylvanie.

Huitième congrès de la Société européenne d'hématologie

Le huitième Congrès de la Société européenne d'hématologie aura lieu du 28 août au 2 septembre 1961 à Vienne, Autriche, sous la présidence du professeur A. Hittmair.

Les langues officielles du Congrès seront l'allemand, l'anglais et le français. Les exposés des séances plénières seront traduits simultanément dans ces trois langues.

Les principaux thèmes suivants seront traités au cours des séances scientifiques : lymphocyte, cytologie et cytochimie, lésions produites par les rayonnements, anémie, leucémie, immuno-hématologie, guérisons des blessures et arrêt des hémorragies, chimie du plasma.

Nous accepterons également des communications concernant tous les domaines de l'hématologie. Une série de discussions contradictoires (*panel discussions*) sera organisée. Il est prévu dans le cadre du Congrès une séance spéciale concernant la transfusion sanguine et la sérologie.

Les séances scientifiques auront lieu dans les salles de l'université de Vienne.

Exposés et communications : Il est nécessaire de nous adresser un résumé dactylographié en double exemplaire de chaque exposé ou communication prévu, ce résumé rédigé en allemand, en anglais ou en français ne devra pas dépasser 300 mots. Le temps de parole devra être strictement respecté. Avant chaque exposé ou communication le manuscrit original devra être remis au secrétaire de la séance.

Des expositions scientifiques et des projections de film auront lieu dans le cadre du Congrès.

Les programmes culturels et touristiques ainsi que le programme prévu pour les dames seront portés ultérieurement à votre connaissance.

Logement : La réservation de chambres est faite par Internationales Reisebüro « Primus », Vienne I., Singerstrasse 2.

Le programme définitif ainsi que les formulaires d'inscription au Congrès ainsi que pour les communications, films ou expositions seront envoyés en janvier 1961.

Toute la correspondance doit être adressée au secrétaire général du Congrès, Monsieur le professeur Fleischhacker, Vienne IX., Frankgasse 8.

Symposium sur le cancer : recherches fondamentales

La structure moléculaire du néoplasme sera le thème du symposium de 1961 sur la recherche fondamentale dans le domaine du cancer. Ce symposium, sous l'égide du *M. D. Anderson Hospital and Tumor Institute*, de l'université du Texas, sera sous la présidence du docteur Saul Kit et se tiendra les 23, 24 et 25 février 1961.

Les sessions de ce quinzième symposium annuel porteront sur les sujets suivants : les acides nucléiques, les acides nucléiques et les protéines, les mutations et la structure protéique, les ribosomes et la synthèse des protéines, les mécanismes de contrôle de la synthèse enzymatique, les modifications biochimiques induites par les acides nucléiques viraux.

Le symposium qui est un événement international annuel, comportera trente-quatre présentations de scientifiques du Royaume-Uni, de l'Australie, d'Israël et des États-Unis. La réunion sera également marquée par la présentation du prix de la Fondation Bertner, prix ac-

cordé annuellement pendant ce symposium à l'auteur d'une contribution exceptionnelle dans le domaine de la recherche pour le cancer.

On pourra obtenir le programme du symposium et toute autre information additionnelle en écrivant au

*PUBLICATIONS DEPARTMENT,
The University of Texas M.D.,
Anderson Hospital and Tumor Institute,
Texas Medical Center,
Houston 25, Texas.*

Formation d'un personnel auxiliaire médical parmi les réfugiés de Palestine

Aussi bien dans les pays peu développés où les médecins sont rares, que dans les pays industrialisés où leur nombre est élevé, le besoin de personnel médical auxiliaire s'accroît. Car plus la science médicale se spécialise, plus elle exige d'assistants aux laboratoires, services de radiologie, hôpitaux, sanatoria et consultations diverses. C'est ce qui vient d'être mis en évidence au cours d'une récente réunion d'experts venus de huit pays sur convocation de l'Organisation mondiale de la Santé.

Manque de techniciens :

Ce besoin se fait particulièrement sentir au Proche-Orient, où l'on manque de techniciens de toutes sortes. C'est pourquoi l'Office de secours et de Travaux pour les Réfugiés de Palestine (*United Nations Relief and Works Agency*, ou U.N.R.W.A.) organise depuis des années des cours pour former le personnel auxiliaire de son Service de Santé. Dirigé par plusieurs experts de l'O.M.S., ce Service est responsable de 1 120 889 réfugiés, dont plus de la moitié vivant en Jordanie, environ le quart sur le territoire de Gaza, le reste au Liban et dans la Province syrienne de la République Arabe Unie.

Plus de 3 000 personnes, presque tous Palestiniens, travaillent au Service de santé de l'U.N.R.W.A. Ils dirigent les hôpitaux, maternités, dispensaires et laboratoires de l'Office ; organisent des consultations prénatales et postnatales, scolaires, ophtalmologiques et anti-tuberculeuses ; surveillent l'état sanitaire des camps ; exécutent des vaccinations en série ; distribuent les aliments d'appoint, notamment aux enfants et jeunes mères ; expliquent dans les camps les principes d'hygiène. On ne peut confier toutes ces tâches qu'à un personnel hautement qualifié, dont la formation est lente et l'emploi coûteux. Il faut,

pour les remplir, des employés possédant les connaissances précises requises à leur poste.

Équipes antipaludiques :

Un bon exemple de la formation rapide donnée par l'Office à de jeunes réfugiés est celui des cours pour les auxiliaires des équipes antipaludiques. Le paludisme était hyperendémique depuis des générations dans les vallées du Jourdain et du Yarmouk. Avec le concours du gouvernement jordanien, l'U.N.R.W.A. a exécuté des travaux de drainage et d'assèchement. Grâce à ces travaux, et à l'emploi judicieux des insecticides modernes, le pourcentage des paludéens parmi les réfugiés est tombé de 18,5 pour cent en Jordanie orientale et de 5,6 pour cent en Jordanie occidentale, en novembre 1953, jusqu'à 0,5 pour cent en mai 1959, quand se termina le programme antipaludique de l'Office. A ce moment, les auxiliaires des équipes constituées par l'Office passèrent au service du gouvernement jordanien.

Ces 21 auxiliaires avaient suivi, pendant trois mois, des cours intensifs, à la fois théoriques et pratiques. L'enseignement théorique comportait des éléments de chimie, d'anatomie, de zoologie et de météorologie et une introduction aux principes de la santé publique, limitée à l'hygiène individuelle et collective et à la prévention des épidémies. L'enseignement pratique concernait d'une part la technique du laboratoire : l'identification au microscope des moustiques vecteurs et des parasites, et l'exécution des examens de contrôle. D'autre part, les élèves se familiarisaient avec l'équipement dont ils devaient se servir, les insecticides et les travaux de drainage.

Contrôle sanitaire :

Pour éviter les épidémies dans les camps surpeuplés, il faut surveiller leur hygiène. Cette tâche incombe aux contrôleurs sanitaires, dont 56 ont suivi, pendant six mois, des cours portant sur les problèmes qu'ils auront à résoudre. Il faut veiller à l'adduction d'eau, tâche difficile dans les pays où il ne pleut que quatre mois par an ; mener une lutte incessante contre les moustiques, mouches et autres insectes nuisibles ; vérifier régulièrement l'état des maisons habitées par les réfugiés ; assurer l'enlèvement des ordures et l'écoulement des eaux ménagères. Pour exécuter cette mission, il faut aussi convaincre les habitants des camps, provenant d'un milieu fort modeste, de l'importance de l'ordre et de la propreté.

Grâce à ce contrôle sanitaire et aux vaccinations en série, aucune épidémie ne s'est déclarée parmi les réfugiés, depuis la création de l'U.N.R.W.A. en 1950. Cependant, pour contrôler l'état physique des Palestiniens, il faut procéder à de nombreuses analyses. L'Office en confie un certain nombre aux établissements universitaires ou officiels de la région ; les autres sont faites dans ses propres laboratoires. 26 laborantins ont été formés par l'Office. Ils ont appris en six mois les principes de la bactériologie, de la parasitologie, de la chimie et de l'hématologie. Ils savent exécuter les analyses ordinaires de sang, de

crachats, d'urine et de selles, tenir leurs registres et rapporter clairement les résultats.

Radiologie et chirurgie :

Autre instrument de surveillance médicale : les rayons X. L'Office a choisi neuf jeunes réfugiés possédant une bonne formation de base pour en faire des manipulateurs de radiologie. Pendant six mois, ils ont reçu des leçons d'anatomie limitées au squelette, au crâne et à la position des organes, et de physique appliquée portant sur le courant continu et alternatif, les transformateurs, l'induction électro-magnétique et la nature des rayons X. Les démonstrations pratiques comprenaient la technique des radiographies et des radioscopies, le développement et la fixation des films et plaques, leur identification, enregistrement et conservation.

Trois réfugiés ont reçu, pendant six mois, une formation pratique de brancardiers. Ils ont appris à entretenir les appareils de diathermie et d'anesthésie, les lampes et tables d'opération, à aiguiser scies, couteaux, ciseaux et aiguilles, à stériliser les instruments, à mettre en place bandages, gants, masques et blouses, et à préparer et amener les malades.

Pharmacie :

Enfin, 63 jeunes gens sont devenus préparateurs en pharmacie après six mois d'enseignement théorique et pratique. Ils ont suivi des cours de chimie, sur les sels, alcaloïdes, huiles volatiles, vitamines et antibiotiques ; des cours de physique, sur l'extraction et la séparation des produits, l'émulsion, la cristallisation, la stérilisation et la désinfection ; de biologie, sur l'immunisation ; de physiologie, sur la composition et la circulation du sang, le métabolisme, la respiration et la digestion. Ils ont appris à exécuter des prescriptions, à déterminer les antidotes pour les différents poisons, à composer des solutions, à mélanger des pommades, à se servir de piluliers et à expédier les produits pharmaceutiques.

Tous les réfugiés ayant suivi cette formation rapide ne travaillent pas à l'Office. Nombreux sont ceux qui ont pu se placer dans l'un des pays arabes, soit à la fin des cours, soit après une ou deux années de pratique à l'U.N.R.W.A. L'enseignement conçu en fonction des besoins du Proche-Orient et des capacités des jeunes Palestiniens a fait ses preuves. L'Office compte donc le continuer, afin de donner un bon départ à quelques-uns des garçons grandis dans les camps.

NOUVEAUX PRODUITS PHARMACEUTIQUES

SUPPOSITOIRES DE STÉLAZINE

Smith, Kline & French

Composition. Le suppositoire contient quatre mg de stélazine, ce qui correspond sensiblement à l'effet thérapeutique de deux mg du médicament pris par la bouche.

Indications. Les suppositoires de stélazine qui étaient antérieurement préparés seulement sous forme de comprimés et d'ampoules, seront particulièrement utiles lorsque les vomissements ne permettent pas la rétention d'une médication orale et lorsque les injections intramusculaires ne sont pas praticables.

Posologie. Dans la plupart des cas, un seul suppositoire contrôlera les vomissements pendant dix à douze heures. Les suppositoires ne sont recommandés que pour les adultes.

Présentation. En boîtes de six suppositoires.

TRYPURE NOVO STABILIZED

Nordic Biochemicals, Ltd.

Description. Trypsine cristalline, hautement purifiée pour application locale et stabilisée avec un sel inerte de calcium qui inhibe l'autodigestion, lorsque la trypsine vient en contact avec les tissus nécrotiques. Cinquante mg de trypsure sont équivalents à 1,25 unité Anson de trypsine.

Indications. Débridements des plaies ; lyse de la fibrine et des caillots sanguins dans les cas d'hémothorax et d'empyème ; lyse du mucus dans les voies aériennes dans l'atélectasie postopératoire, l'asthme, la bronchite et la bronchiectasie ; lavage vésical pour dissoudre les caillots sanguins, la fibrine, etc., tant comme thérapeutique que comme adjuvant à la cystoscopie.

Administration. Saupoudrer directement sur la plaie et recouvrir avec une compresse imbibée de soluté salin. On peut également employer des tampons imbibés de 50 mg de trypure dissous dans dix à 15 cm³ de soluté salin. Pour les abcès, les cavités et les fistules, Trypure peut être introduit par un cathéter ou par injection directe dans la lésion. Une application quotidienne est habituellement suffisante. Pour les irrigations de la vessie, instiller 50 mg de la solution, une ou trois fois par jour, par un cathéter.

Pour les lésions des voies respiratoires, préparer des inhalations avec une solution de 50 mg de trypure dans du soluté salin.

Contre-indications. On n'a pas encore obtenu de preuves concluantes de l'utilité des injections intramusculaires ou intraveineuses de trypsine. L'administration parentérale ne doit pas être utilisée.

Présentation. Flacons de 50 mg, avec ampoule de 15 cm³ de solvant. Conserver à une température de 33° à 35°F.

NORBITONE

Nordic Biochemicals, Ltd.

Description. Norbitone est une association médicamenteuse préparée pour accroître l'appétit, stimuler le comportement mental et améliorer le comportement émotionnel. Chaque cm³ contient :

Tartrate de déanol (sous forme de base)	0,82 mg
Chlorhydrate de 1-lysine.....	2,5 mg
Caféine.....	6,0 mg
Thiamine.....	0,067 mg
Riboflavine.....	0,067 mg
Chlorhydrate de pyridoxine.....	0,057 mg
Nicotinamide.....	0,55 mg

présenté dans une base aromatisée de sorbitol avec dix pour cent d'alcool.

Indications. Fatigue chronique, diminution de l'appétit, dépression émotionnelle, perte d'attention. Chez les vieillards et au cours de la convalescence. Chez les enfants qui ont des problèmes d'apprentissage.

Administration et posologie. La dose initiale pour l'adulte et pour l'enfant est d'une cuillerée à table (15 cm³) trois fois par jour. Une fois que l'amélioration s'est fait sentir, on peut réduire la dose. Le début de l'amélioration, bien qu'il soit souvent bien marqué, ne se présente habituellement pas avant dix ou 14 jours après le début du traitement.

Contre-indications. Épilepsie, grand mal.

Présentation. Flacons de 16 onces liquides.

TRYPURE NOVO DISPERSIBLE POWDER

Nordic Biochemicals, Ltd.

Description. Une poudre contenant 2,5 pour cent de trypsine hautement purifiée et stabilisée pour usage local.

Indications. Ulcères des jambes de toutes sortes ; gangrène diabétique ; brûlures du deuxième et du troisième degrés ; surfaces amputées ; fractures composées infectées ; plaies de lit ; préparation des plaies pour greffes de peau.

Administration. La poudre est appliquée directement à la surface de la peau et recouverte d'une compresse imbibée de soluté salin. Le contenu d'un flacon de deux g est suffisant pour couvrir une surface de 100 à 200 cm³. Une application quotidienne est habituellement suffisante.

Présentation. Flacons contenant deux g de poudre. A conserver à une température de 33° à 25°F.

PARSTELIN

Smith, Kline & French

Composition. Parstelin est un médicament à double action contenant de la Stélazine, un mg, anxiolytique renommé, et du Parnate, 10 mg, un composé nouveau, conçu par Smith, Kline & French, pour le traitement de la dépression.

Mode d'action. La dépression et l'anxiété sont les deux éléments fondamentaux des troubles émotifs ordinaires. Elles peuvent se manifester isolément, mais, plus souvent, elles viennent s'intriquer et produisent ainsi un état émotif qui participe de ces deux éléments.

Parnate, le composant antidépresseur de Parstelin, a permis d'obtenir de précieux résultats, parfois même saisissants, dans le traitement

symptomatique des dépressions pures, légères ou modérées. Stélazine, le composant anxiolytique, possède une efficacité incomparable dans le soulagement de l'anxiété.

Indications. Parstelin s'est révélé particulièrement efficace contre : l'asthénie tensionnelle et autres asthénies d'étiologie affective, les dépressions réactionnelles, les complications émotives de la ménopause et les troubles psychosomatiques.

De nettes rémissions se manifestent généralement en l'espace d'un à trois jours. Les effets secondaires ne sont pas inexistantes ; mais, étant donné le caractère bénin de ces manifestations — dont la principale est l'insomnie — les patients les supportèrent comme un faible et raisonnable tribut payé à l'efficacité de la thérapeutique.

Posologie. La posologie recommandée est d'un comprimé deux fois par jour, le matin et au milieu de l'après-midi.

Présentation. Les comprimés Parstelin sont présentés en flacons de 50.

KENALOG PARENTÉRAL

E. R. Squibb & Sons of Canada, Limited

Description. Kenalog, acétonide de triamcinolone Squibb, est un corticoïde synthétique doué de vertu antiphlogistique marquée.

Indications. États inflammatoires des articulations, des bourses et des graines tendineuses que l'on traite avec des injections dans la synoviale ou dans les bourses. L'emploi spécifique de cette préparation vise le soulagement de la douleur articulaire, de l'enflure et de la raideur qui accompagne l'arthrite rhumatoïde, l'ostéo-arthrite, la bursite, la synovite, la ténosite et d'autres états qui réagissent à l'injection cortico-stéroïde.

Administration. Injection dans la synoviale ou les bourses. Ne pas administrer par voie intraveineuse.

Posologie. Elle dépend du volume de l'articulation et de la gravité des symptômes. Une dose de 2,5 à cinq mg pour les petites articulations, et de cinq à 15 mg pour les grosses a ordinairement suffi pour alléger les symptômes. On a administré, sans répercussion, une injection allant jusqu'à 20 mg ou davantage contre des processus épars dans plusieurs articulations. On peut augmenter la dose si les premiers résultats sont insuffisants ou de trop courte durée.

Présentation. Suspension aqueuse stérile titrant 10 mg/cm³ d'acétonide de triamcinolone. La préservation est assurée par de l'alcool benzylique et du chlorure de benzalkonium. Bouteilles de cinq cm³.

ONGUENT QUINOLOR**E. R. Squibb & Sons of Canada, Limited**

Description. Pommade renfermant de la vaseline blanche et de la lanoline inodore et anhydre en parties égales, 10 pour cent de peroxyde benzylique et 0,5 pour cent de chlorhydroxy-quinoline.

Indications. Impétigo ; infections cutanées et lésions superficielles ; le sycosis ; l'acné nécrotique miliaire du cuir chevelu ; l'épidermophytose.

Administration. Étendre sur la région malade.

Présentation. Tubes d'une once.

CORICIDIN « D » LIQUIDE**Schering Corporation Limited**

Composition. Coricidin « D » liquide contient du Chlor-Tripolon, du salicylate sodique, du d-isoéphédrine et de la caféine.

Indications. L'action simultanée de ces agents procure un soulagement de la congestion due aux rhumes, de la fièvre des foins et des allergies nasales et contrôle les malaises généraux associés à ces conditions.

Posologie. Coricidin « D » liquide est agréable au goût, peut être pris sans eau et en toute circonstance, en automobile ou au bureau. La dose habituelle est d'une cuillerée à thé à toutes les trois ou quatre heures pour les adultes et la moitié de cette dose pour les enfants.

Présentation. Coricidin « D » liquide est présenté en flacon de trois onces au prix de liste suggéré de \$1.49.

THIOSULFIL-A FORTE COMPRIMÉS**Ayerst, McKenna & Harrison, Limited**

Composition. Le comprimé renferme 0,5 g de sulfaméthizol et 50 mg de chlorhydrate de phénylazo-diamino-pyridine.

Indications. Lorsque l'analgésie est requise :

1° Après recherche instrumentale diagnostique (cystoscopie, dilata-tions urétales, et pyélographie ascendante) ;

- 2° Après chirurgie hypogastrique ou pelvienne ;
3° Durant la grossesse, pour le soulagement dans les cas de cystite, de pyélite et autres infections des voies urinaires ;
4° En gériatrie dans les états infectieux chroniques tels que cystocèle, prostatite et urétrite non spécifique.

Administration. Un ou deux comprimés quatre fois par jour.

Présentation. N° 783, en flacons de 50 et 500 comprimés.

STAPHCILLINE — POUR INJECTION

Bristol Laboratories of Canada, Limited

Description. La Staphcilline, aussi connue sous le nom de X-1497 ou BRL-1241, est une nouvelle pénicilline parentérale synthétique qui s'est montrée efficace à 100 pour cent contre les souches résistantes de staphylocoque doré. Cliniquement efficace dans une grande variété d'infections causées par les staphylocoques.

Chaque fiole de poudre sèche contient un g de Staphcilline (diméthoxyphényl pénicilline sodique) équivalant à l'activité de 900 mg de diméthoxyphényl pénicilline.

Indications. Traitement spécifique des infections staphylococciques causées par des organismes résistants.

Posologie. *Voie intramusculaire :* La dose usuelle pour adultes est de un g toutes les quatre ou six heures. Bébés et enfants : 25 mg par kg (approximativement 12 mg/lb) aux six heures.

Voie intraveineuse : Un g aux six heures employant 50 ml d'eau physiologique stérile, au taux de dix ml par minute.

Précautions. Une attention particulière doit être donnée aux patients sujets à la fièvre des foins, l'asthme, l'urticaire ou à des réactions à la pénicilline.

Présentation. Fioles de 1,0 g, poudre sèche. N° de liste : 950.

NOUVELLES PHARMACEUTIQUES

Rapport d'un médecin

sur un nouveau tranquillisant efficace

dans le traitement de l'anxiété chez les femmes enceintes

Un médecin de New-York décrivait récemment l'utilité d'un nouveau tranquillisant pour traiter certains symptômes d'anxiété qui se manifestent chez les femmes enceintes et qui ne répondent pas à un traitement conventionnel.

Le 6 mai, à Mexico, le docteur Richard D. Grimaldi s'adressait aux membres du *Pan American Medical Congress* et déclarait que l'emploi de Permitil¹ à une dose minimum de 0,25 mg par jour chez 142 femmes enceintes avait produit d'excellents résultats chez 113, de bons chez 8 et de pauvres chez 21. En augmentant le dosage à 0,5 mg. deux fois par jour, une réponse excellente fut obtenue chez 21, bonne chez 6 et pauvre chez 14. On obtint une réponse excellente chez trois patientes recevant une dose initiale de 0,5 mg, deux fois par jour.

A la suite d'observations faites chez des patientes au *New York Medical College* du *Metropolitan Hospital Center*, de New-York, le docteur Grimaldi déclara que : « c'est un fait depuis longtemps reconnu que les femmes souffrent de craintes et d'appréhensions durant la grossesse . . . que ces craintes sont bien compréhensibles et d'un mode presque universel . . . concernant l'appréhension à l'égard du travail et de l'accouchement, la crainte de donner naissance à un enfant difforme ou encore que le fœtus meure avant la naissance. Ces patientes réagirent favorablement à un programme de réassurance et d'éducation prénatale.

Il rapporta qu'environ cinq pour cent des patientes rencontrées en clinique « présentaient des manifestations anxieuses aiguës très apparentes ou une multiplicité de plaintes d'origine inorganique et qu'elles ne répondirent pas au traitement conventionnel. Ce groupe comprenait aussi des patientes réticentes, apathiques et souffrant de fatigue émotive qui révélèrent spontanément ou après un interrogatoire

1. Permitil (fluphénazine) est un produit de *White Laboratories of Canada, Ltd.*

une peur et un rejet prononcés de la grossesse . . . Le but était de soulager les symptômes, en tenant compte que les conflits émotionnels de la patiente n'étaient pas résolus. »

Le docteur Grimaldi déclarait que le choix porta sur ce tranquillisant parce qu'il est un dérivé du groupe des phénothiaziniques et qu'il exhibe le moins d'effets secondaires, cause peu ou pas de sédation (ce qui est spécialement important pour les femmes au travail et pour celles qui ont des responsabilités familiales), et à cause de sa facilité d'administration permettant ainsi un schème posologique facile.

Le docteur Grimaldi mentionne que « les plaintes spécifiques étaient soulagées lorsqu'un très fort facteur d'anxiété était présent. » « Les nausées et vomissements furent grandement soulagés . . . l'insomnie due à l'anxiété fut réduite, permettant ainsi un sommeil paisible. »

Rapport d'un médecin de Philadelphie sur une nouvelle substance antidiarrhéique

Un éminent médecin de Philadelphie rapportait récemment au congrès annuel du *Pan American Medical Congress*, tenu à Mexico le 6 mai, qu'une nouvelle substance antidiarrhéique avait été trouvée efficace dans 78 pour cent des 50 cas de diarrhée chronique fonctionnelle et chez qui plusieurs autres agents thérapeutiques avaient été inefficaces.

Le docteur Donald Berkowitz rapporta que ces cas furent choisis parmi des patients privés ainsi que des patients du *Sidney Hillman Medical Center*, à Philadelphie. L'âge des patients variait entre 17 à 74 ans, mais la majorité étaient âgés de moins de 40 ans. Seulement quatre patients souffraient de diarrhée depuis moins d'un an, tandis que 40 du même groupe en étaient atteints depuis plus de deux ans.

Il rapporta que « chaque patient avait été traité dans le passé avec différents agents thérapeutiques et qu'il n'y avait eu aucun résultat marqué avec ces agents excepté lorsque les opiacés furent employés. »

Dans les cas ordinaires, la dose initiale était de trois ou quatre comprimés Sorboquel par jour, mais dans certains cas, la dose fut plus élevée. Il n'y eut pas de restriction diététique, sauf les épices, les breuvages froids et les aliments qui n'auraient pu être tolérés par les patients.

Le docteur Berkowitz rapporta qu'avec le nouveau médicament, « l'amélioration fut excellente » chez trente patients et qu'il y eut en plus une certaine amélioration chez quatorze.

Les effets secondaires furent minimes, consistant en sécheresse occasionnelle de la bouche et d'embrouillement de la vision. Cependant, ces effets désagréables disparurent avec des doses réduites. Dix patients qui avaient reçu le médicament durant une période de plus de six mois furent soumis à des tests urinaires, hématologiques et hépatiques et aucun effet secondaire nuisible fut noté.
