32e CONGRES DE L'A. M. L. F. C.
MONTRÉAL, LES 7, 8, 9, 10 NOVEMBRE 1962
HÔTEL REINE-ÉLIZABETH

UMÉRO 10
MONTRÉAL, OCTOBRE 1962

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

1872 - 1962

Fondée à Québec en 1902

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

LLETIN

POS SUR DES FAITS DIVERS 1053
Roma Amyot

RECHERCHE CLINIQUE A L'HONNEUR 1057
Edouard Desjardins

• • •

DE L'ASSOCIATION DES MEDECINS DE LANGUE FRANÇAISE U CANADA 1059
Pierre Smith

AVAUX ORIGINAUX

NGIOGRAPHIE ELARGIE PAR VOIE VEINEUSE 1060
Jean Mathieu, Jules Laberge et Jacques Saltiel

ET DE PERSANTINE SUR LA CIRCULATION COLLATERALE NTERCORONARIENNE ET SUR LA SURVIE OBTENUE AU OURS DE L'OCCLUSION CORONARIENNE PROGRESSIVE CHEZ ANIMAL 1068
Arthur M. Vineberg, Ranga S. Chari, Roque Pifarre et Claude Mercier

NINGITES PURULENTES CHEZ L'ENFANT 1079
Luc Chicoine et Pierre Masson

CUEIL DE FAITS

PURA THROMBOTIQUE THROMBOCYTOPENIQUE 1088
S. Lauzé

ITEMENT DE LA DOULEUR REBELLE PAR PHENOLISATION ADICULAIRE 1091
N. Martinez et L. Descarries

UVEMENT MÉDICAL

SYNDROME PICKWICKIEN 1095
M. Kaludi

L'ALIMENTATION DU PREMATURE 1099
Robert Saint-Martin et Edouard Laberge

ÉDITORIAL

LES TUBULOPATHIES ACIDOSIQUES RENALES 1104
M. Kaludi

HYGIÈNE ET MÉDECINE SOCIALE

L'O.M.S. ET LA SANTE MENTALE 1107
Extrait de Chronique O.M.S., juillet 1962

VARIÉTÉS

MEDECINE ET PSYCHIATRIE HAITIENNES 1115
Jean-Marc Bordeleau

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

UNE OPERATION FREQUENTE EN OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE: LA RESECTION SOUS-MUQUEUSE DE LA CLOISON NASALE 1120
Paul-L. Guertin

CORRESPONDANCE

LETTRE DE PARIS 1122

• • •

ANALYSES 1124
SOCIETES 1134
NOUVELLES 1138
REVUE DES LIVRES 1154
COMMUNIQUES 1156
LIVRES REÇUS 1162
L'UNION MEDICALE DU CANADA EN 1893 1174
NOUVELLES PHARMACEUTIQUES 1178

Hypnotique *non-barbiturique* pour un sommeil rapide et reposant.



ROUQUALONE

(marque Rougier Q.C.* de méthaqualone)

Présentation:
comprimés rainurés de 100 mg., flacons de 25–100–500

Rougier MONTREAL

*Qualité Contrôlée — Produit synthétisé et fabriqué au Canada.

Pour l'hypertendu de la pratique courante...

Ismelin® -Esidrix®

(guanéthidine-hydrochlorothiazide)



Ismelin, "le nouvel agent d'importance capitale en thérapeutique antihypertensive",[1] est maintenant présenté sous une forme combinée avec Esidrix, diurétique efficace à effet hypotenseur doux. Cette alliance antihypertensive offre, en pratique courante, les

AVANTAGES SUIVANTS:

- **une baisse tensionnelle uniforme et prévisible**
- **une réduction des doses d'Ismelin grâce à l'effet potentialisateur d'Esidrix**
- **une tolérance accrue**
- **une maniabilité plus grande à l'emploi**
- **une seule administration quotidienne**

Ismelin-Esidrix s'adresse à tous les types d'hypertension artérielle, sauf en présence de phéochromocytome. Son administration requiert par ailleurs les précautions habituelles observées avec chacun des deux agents. Pour tous renseignements détaillés concernant Ismelin-Esidrix, prière d'écrire à CIBA Company Limited, Dorval, Québec.

PRÉSENTATION: Comprimés (rose pâle, sécables) dosés à 10 mg. d'Ismelin® (guanéthidine CIBA) et 25 mg. d'Esidrix® (hydrochlorothiazide CIBA); 100 et 500.

BIBLIOGRAPHIE: 1. Kirkendall, W. M., Freis, E. D. et Moyer, J. H.: Résumé d'une discussion d'experts, 33ème session scientifique, American Heart Assn., St-Louis, Mo., 21 oct. 1960

CIBA

OÙ LA RECHERCHE EST DE TRADITION

2332

DEPARTEMENT DES SERVICES PROFESSIONNELS

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

Lederle CYANAMID OF CANADA LIMITED, *Montreal*

Résultats

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

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

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

* Aristocort Lederle

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

Effets secondaires

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

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

L'Union Médicale
du Canada

•

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

DIRECTION SCIENTIFIQUE

MEMBRES D'HONNEUR

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

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

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

BUREAU DE REDACTION

Rédacteur en chef: Roma AMYOT

Assistant-rédacteur en chef:
Edouard Desjardins

Secrétaire de la Rédaction:
Jean-Marc Bordeleau

BUREAU DE COLLABORATION

MM. André Barbeau, Jacques Baillargeon, J.-M. Beauregard, M. Bélisle, Jacques Bernier, Marcel Berthiaume, Jean-Marc Bordeleau, Yvon Chartier, Léandre Décarie, Jacques Gagnon, Fernand Grégoire, Rolland Guy, P.-P. Julien, M. Kaludi, MM. Camille Laurin, J.-Guy Laurin, Simon Lauzé, R. Lebeau, Maurice LeClair, André Leduc, François Léger, Charles Lépine, Jean Mathieu, Gérard Migneault, André Proulx, Rosario Robillard, Maurice St-Martin, Florent Thibert.

CORRESPONDANTS

MM. A. Plichet et M. Pestel (Paris),
P. Rentchnick (Suisse),
Donat-P. Cyr (Boston, Mass.),
Charles-P. Mathé (San Francisco),
A. Fontaine (Woonsocket),
L. Mantha, A. Lecours, L. Potvin (Ottawa),
MM. Georges-L. Dumont (Campbellton, N.-B.),
Aug. Panneton, J.-A. Denoncourt (Trois-Rivières),
D. Colin (Saint-Boniface),
L.-P. Mousseau (Edmonton),
Sylvio Leblond (Chicoutimi),
H. E. St-Louis (Vancouver),
Jean-Paul Fortier (Sherbrooke).

INDICATIONS:

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

Indispensable dans les convalescences post-opératoires.

VICHY CÉLESTINS

EAU MINÉRALE ALCALINE NATURELLE PROPRIÉTÉ DE L'ÉTAT FRANÇAIS

l'eau qui fait . . . du bien!

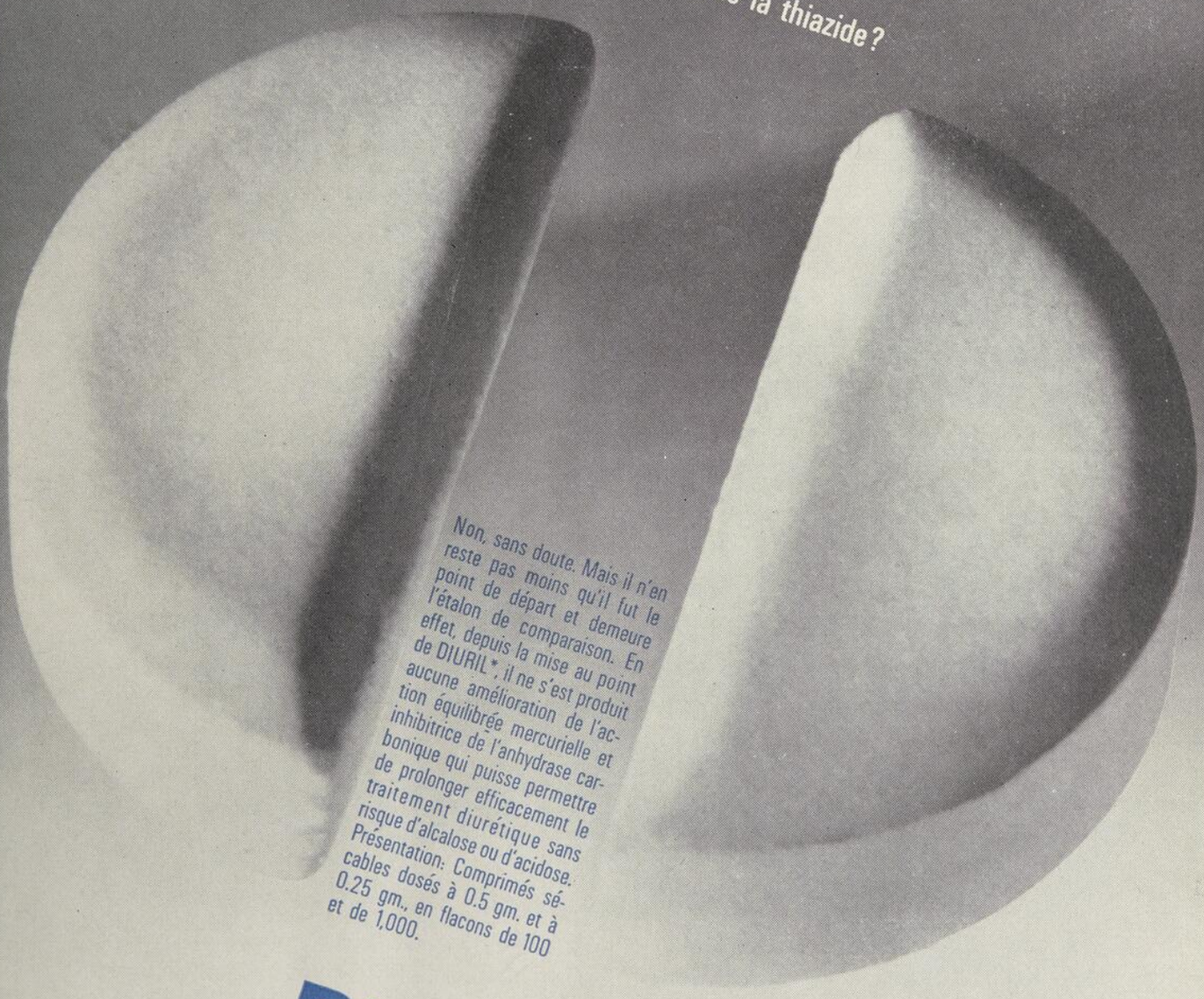
RECOMMANDÉE ET PRESCRITE PAR LE CORPS MÉDICAL DANS LE MONDE ENTIER

Formule naturelle I-NI-MI-TABLE !

Méfiez-vous des substitutions, prescrivez toujours CÉLESTINS

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

Diuril* est-il le point final en fait de diurétiques dérivés de la thiazide?



Non, sans doute. Mais il n'en reste pas moins qu'il fut le point de départ et demeure l'étalon de comparaison. En effet, depuis la mise au point de DIURIL*, il ne s'est produit aucune amélioration de l'action équilibrée mercurielle et inhibitrice de l'anhydrase carbonique qui puisse permettre de prolonger efficacement le traitement diurétique sans risque d'alcalose ou d'acidose. Présentation: Comprimés sécables dosés à 0.5 gm. et à 0.25 gm., en flacons de 100 et de 1,000.

DIURIL* (chlorothiazide)

un autre produit des laboratoires de recherche MSD
MERCK SHARP & DOHME OF CANADA LIMITED
MONTRÉAL 30

Les médecins seront bien avisés de consulter, avant de prescrire ou d'administrer DIURIL, la documentation détaillée que nous tenons à leur disposition.

**Marque de commerce*

L'Union Médicale
du Canada

•

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

ADMINISTRATION

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

COMITÉ EXÉCUTIF ET DE PUBLICITÉ

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

BUREAU DE DIRECTION

MM. Roma Amyot, P.-R. Archambault, Albert Bertrand, Emile Blain, E.-Roland Blais, Roméo Boucher, P. Bourgeois, Paul David, J.-A. Denoncourt, Edouard Desjardins, Origène Dufresne, Roger-R. Dufresne, Paul Dumas, Jacques Genest, Albert Jutras, Wilfrid LeBlond, Jean-Louis Léger, Donatien Marion, J.-P. Paquette, Laurent Potvin, Jean Saucier, L.-Charles Simard, Henri Smith, Pierre Smith, J.-A. Vidal.

ADMINISTRATION et SECRÉTARIAT: 5064, avenue du Parc, Montréal 8
PUBLICITÉ: Jacques-D. Clerk. Téléphone: 273 - 3065

rhumatisme articulaire aigu
•
arthrite rhumatoïde

évitez l'irritation gastrique de la salicylothérapie massive et prolongée

"ENTROPHEN"
MARQUE DÉPOSÉE

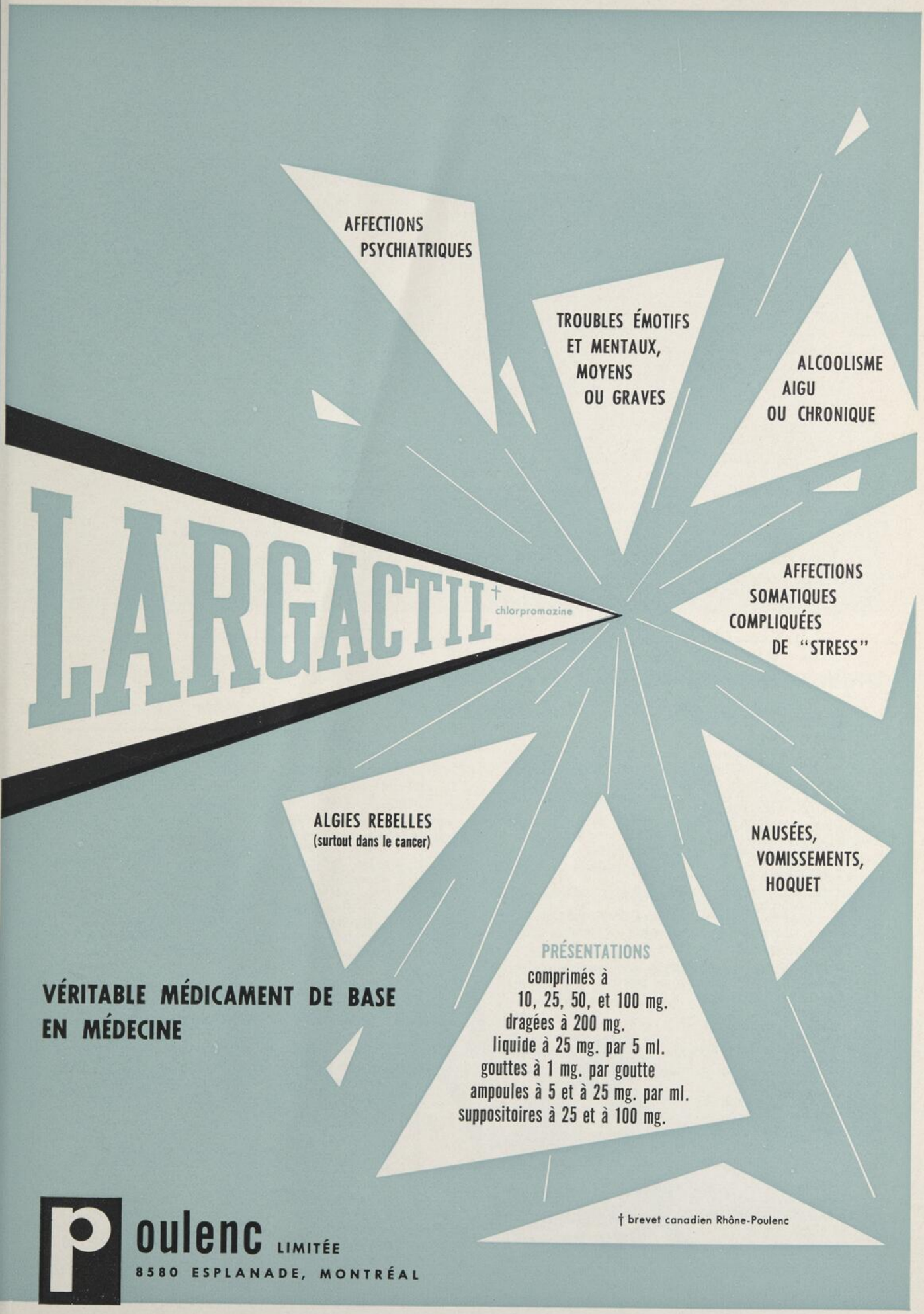
Chaque comprimé enrobé de "Polymère 37" renferme 5 gr. d'acide acétylsalicylique

Grâce à *"Polymère 37", substance d'enrobage spéciale, "Entrophen" est entérosoluble et protège l'estomac de l'irritation gastrique causée par l'acide acétylsalicylique. Ce comprimé se désagrège dans l'intestin grêle, milieu d'absorption complète de l'ingrédient actif, éliminant ainsi le problème de l'intolérance gastrique.

POSOLOGIE—Un à quatre comprimés aux quatre heures.
Flacons de 100 et 500 comprimés.

*Brev. en 1959

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


AFFECTIONS PSYCHIATRIQUES
TROUBLES ÉMOTIFS ET MENTAUX, MOYENS OU GRAVES
ALCOOLISME AIGU OU CHRONIQUE
LARGACTIL† chlorpromazine
AFFECTIONS SOMATIQUES COMPLIQUÉES DE "STRESS"
ALGIES REBELLES (surtout dans le cancer)
NAUSÉES, VOMISSEMENTS, HOQUET
PRÉSENTATIONS
comprimés à 10, 25, 50, et 100 mg.
dragées à 200 mg.
liquide à 25 mg. par 5 ml.
gouttes à 1 mg. par goutte
ampoules à 5 et à 25 mg. par ml.
suppositoires à 25 et à 100 mg.
VÉRITABLE MÉDICAMENT DE BASE EN MÉDECINE
† brevet canadien Rhône-Poulenc
Poulenc LIMITÉE
8580 ESPLANADE, MONTRÉAL

CONDITIONS DE PUBLICATION

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

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

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

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

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

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

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

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

Le barême des annonces est fourni sur demande à Jacques-D. Clerk, publiciste, 5064, avenue du Parc. Téléphone: 273 - 3065.

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

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

Le Ministère des Postes à Ottawa a autorisé l'affranchissement en numéraire et l'envoi comme objet de 2ième classe de la présente publication.

À TOUT ÂGE DANS L'ANÉMIE FERRIPRIVE

MOL-IRON

(sulfate ferreux et oxyde de molybdène)

SUPÉRIORITÉ CLINIQUE SOUTENUE— Au cours des derniers 12 ans, la tolérance supérieure et l'efficacité exceptionnelle de MOL-IRON ont été confirmées par un nombre plus considérable de rapports cliniques édités* qu'on n'en compte pour toute autre préparation ferrugineuse.

Formes de présentation de MOL-IRON: conçues pour répondre aux besoins variés de malades souffrant d'anémie— MOL-IRON sous forme de COMPRIMÉS, de LIQUIDE, de GOUTTES et MOL-IRON avec VITAMINE C.

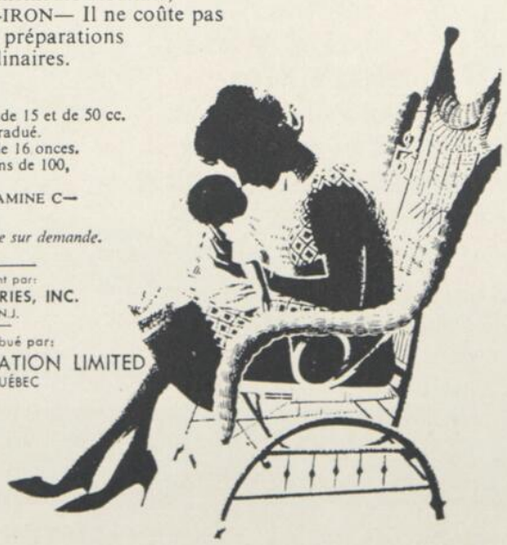
Pour obtenir de meilleurs résultats, choisissez—MOL-IRON— Il ne coûte pas plus cher que les préparations ferrugineuses ordinaires.

CONDITIONNEMENT:
GOUTTES—en flacons de 15 et de 50 cc. avec compte-gouttes gradué.
LIQUIDE —en flacon de 16 onces.
COMPRIMÉS—en flacons de 100, de 1,000 et de 5,000.
COMPRIMÉS avec VITAMINE C— en flacon de 100.

**Bibliographie complète sur demande.*

Produit mis au point par:
WHITE LABORATORIES, INC.
KENILWORTH, N.J.

Fabriqué et distribué par:
SCHERING CORPORATION LIMITED
MONTRÉAL, QUÉBEC



AVIS CONCERNANT LES EXAMENS

Les examens pour admission au Titre d'Associé (Fellow) en Médecine ou en Chirurgie générale, avec modification de ces examens pour certaines spécialités, et pour la Certification dans les spécialités médicales et chirurgicales approuvées ont lieu à chaque automne. On acceptera les demandes d'admission aux examens de 1963 jusqu'au **30 avril 1963.**

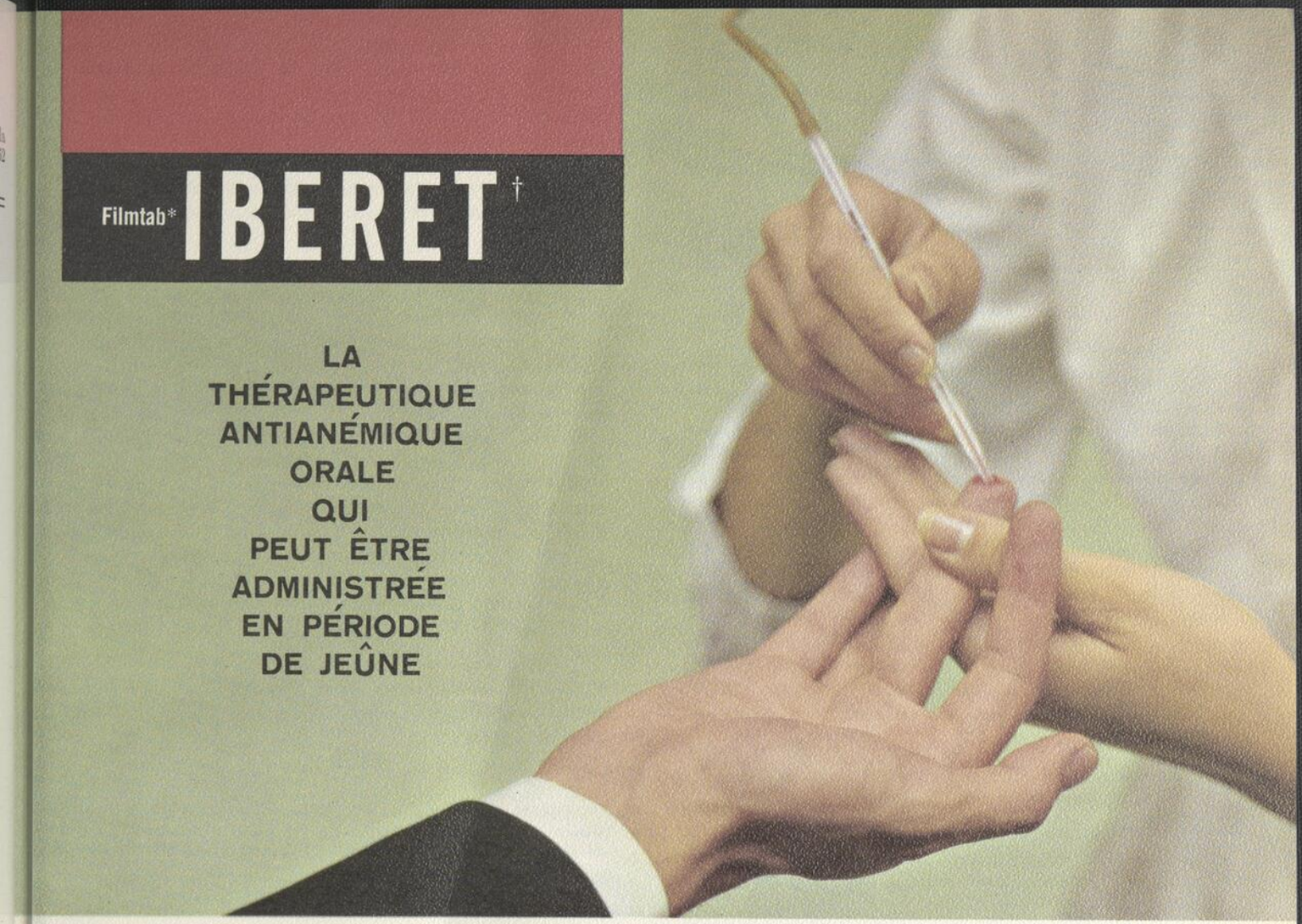
On peut se procurer, sur demande, les Règlements et Normes de Formation post-universitaire régissant les Examens, ainsi que les formules de demande d'admission aux examens, la liste des hôpitaux canadiens reconnus par le Collège royal pour la formation post-universitaire et les formules de demande d'évaluation de la formation. On doit spécifier la spécialité à laquelle on est intéressé.

Le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada

74, avenue Stanley, Ottawa 2, Ontario

Filmtab* **IBERET** †

LA THÉRAPEUTIQUE ANTIANÉMIQUE ORALE QUI PEUT ÊTRE ADMINISTRÉE EN PÉRIODE DE JEÛNE



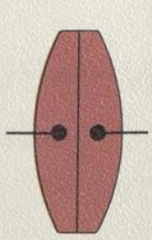
L'Iberet libère 88% de son fer par dégagement contrôlé après la première demi-heure qui suit son ingestion. Résultat: moins de fer dans l'estomac, partant moins d'intolérance gastrique.

Voici ce qu'on a déclaré à propos des nombreux facteurs susceptibles d'entraver l'absorption du fer: ". . . le fer thérapeutique devrait être administré en période de jeûne".[1] Mais, autrefois, ce fait signifiait souvent des effets secondaires tels que les nausées, les douleurs abdominales, la diarrhée ou la constipation et même des brûlures d'estomac.

L'Iberet résout ce problème grâce au dégagement contrôlé *après* son départ de l'estomac de la majeure partie du fer qu'il contient. La plus grande partie du fer est libérée là où elle peut agir le plus efficacement: la partie haute de l'intestin; son effet est de réduire la fréquence et la gravité des dérangements gastro-intestinaux sans gêner l'efficacité thérapeutique. *Le sulfate ferreux de la formule de l'Iberet est totalement contenu dans le Gradumet, si bien qu'on peut l'administrer en période de jeûne.*

L'importance des vitamines du complexe B[2] et de l'acide ascorbique pour toutes les fonctions du métabolisme cellulaire a déjà été signalée.[3] C'est pourquoi on a ajouté à la formule de l'Iberet les vitamines du complexe B à dose thérapeutique et la vitamine C, de façon à garantir une hématopoïèse maximale le plus rapidement possible.

Dans cette moitié se trouvent 525 mg de sulfate ferreux dans l'ingénieux véhicule Gradumet. Il est conçu de façon à produire un dégagement maximal après le départ du comprimé de l'estomac.



De ce côté, se trouvent les vitamines du complexe B à dose thérapeutique et 150 mg de vitamine C pour assurer une hématopoïèse maximale.

Un seul Filmtab d'Iberet par jour suffit comme thérapeutique antianémique active. Son effet hématopoïétique correspond approximativement à celui qui suit l'administration du sulfate ferreux deux ou trois fois par jour. Prescrivez l'Iberet à n'importe quel moment du jour ou de la nuit même si le patient est à jeun. L'Iberet libère la plus grande partie de son fer là où il est mieux utilisé: dans l'intestin.

UNE SEULE DOSE PAR JOUR FOURNIT:

Fer à dégagement contrôlé

Sulfate ferreux U.S.P.	525 mg
(fer métal: 105 mg)	

Plus du complexe B thérapeutique

Vitamine B_{12}	25 mcg
Mononitrate de thiamine	6 mg
Riboflavine	6 mg
Niacinamide	30 mg
Chlorhydrate de pyridoxine	5 mg
d-Pantothénate de calcium	10 mg

Plus de la vitamine C

Acide ascorbique	150 mg

N.B. On peut aussi se procurer le Filmtab de Fero-Gradumet†. Il contient 105 mg de fer métal à dégagement contrôlé.

[1]Woodruff, C.W., "Iron"; Borden's Review of Nutrition Research, 20:61, 1959.
[2]Vilter, R.W., "Essential Nutrients in the Management of Hematopoietic Disorders of Human Beings"; Am. J. Clin. Nutrition, 3-72, 1955.
[3]Brown, M.J., "Nutritional Problems in Surgery"; Surg. Clin. North America, 34-1239, 1954.

Filmtab—comprimés filmo-scellés, Abbott.
Iberet—vitamines du complexe B, vitamine C, et fer à dégagement contrôlé, Abbott.
Fero-Gradumet—sulfate de fer dans un véhicule à dégagement contrôlé, Abbott.
*Nom déposé †Nom de commerce

ABBOTT

le Gradumet* de NEMBUTAL*

Pentobarbital Sodique sous Forme à Dégagement Prolongé, Abbott

forme posologique à dégagement prolongé pour la

SÉDATION DIURNE

Supprime les pointes et les creux dans la sédation barbiturique diurne

Le Gradumet de Nembutal est une nouvelle combinaison ingénieuse: un barbiturique qui a subi l'épreuve du temps dans une matrice en plastique pulvérisé. La drogue est dégagée de cette matrice inerte à une vitesse contrôlée durant toute la journée. La vitesse de ce dégagement ne dépend que de la présence constante des humeurs gastro-intestinales — et n'est pas influencée par des changements de motricité ou d'activité enzymatique.

Le résultat? Les deux graphiques montrent l'efficacité de cette nouvelle forme posologique mieux que des mots ne peuvent le faire. Voyez la réponse EEG égale produite par une seule dose orale de Gradumet de Nembutal. Comparez avec le tracé EEG dentelé donné par les trois doses conventionnelles de capsules de Nembutal à intervalles de quatre heures.

Dure toute la journée—et pourtant si doux que le patient peut continuer son travail

Un seul Gradumet de Nembutal pris le matin procure jusqu'à 12 heures de sédation diurne soutenue. En quelques minutes le patient commence à se détendre et son anxiété à se calmer.

Pourtant le Gradumet de Nembutal exerce une action modérée. Aux doses normales le Nembutal n'affecte pas les réflexes médullaires. Ordinairement l'intelligence et le jugement demeurent intacts. Le malade poursuit ses activités de façon normale.

Une sédation contrôlée est réalisée sans effet médicamenteux cumulatif

Le Nembutal que renferme le Gradumet (contrairement aux médicaments qui doivent être éliminés de l'organisme) est inactivé rapidement, la détoxication se faisant surtout dans le foie. Il s'ensuit un grand avantage sur les médicaments comme le phénobarbital: il y a peu de risque de toxicité cumulative.

A la fin de la journée, la matrice épuisée et inoffensive est éliminée dans les selles.

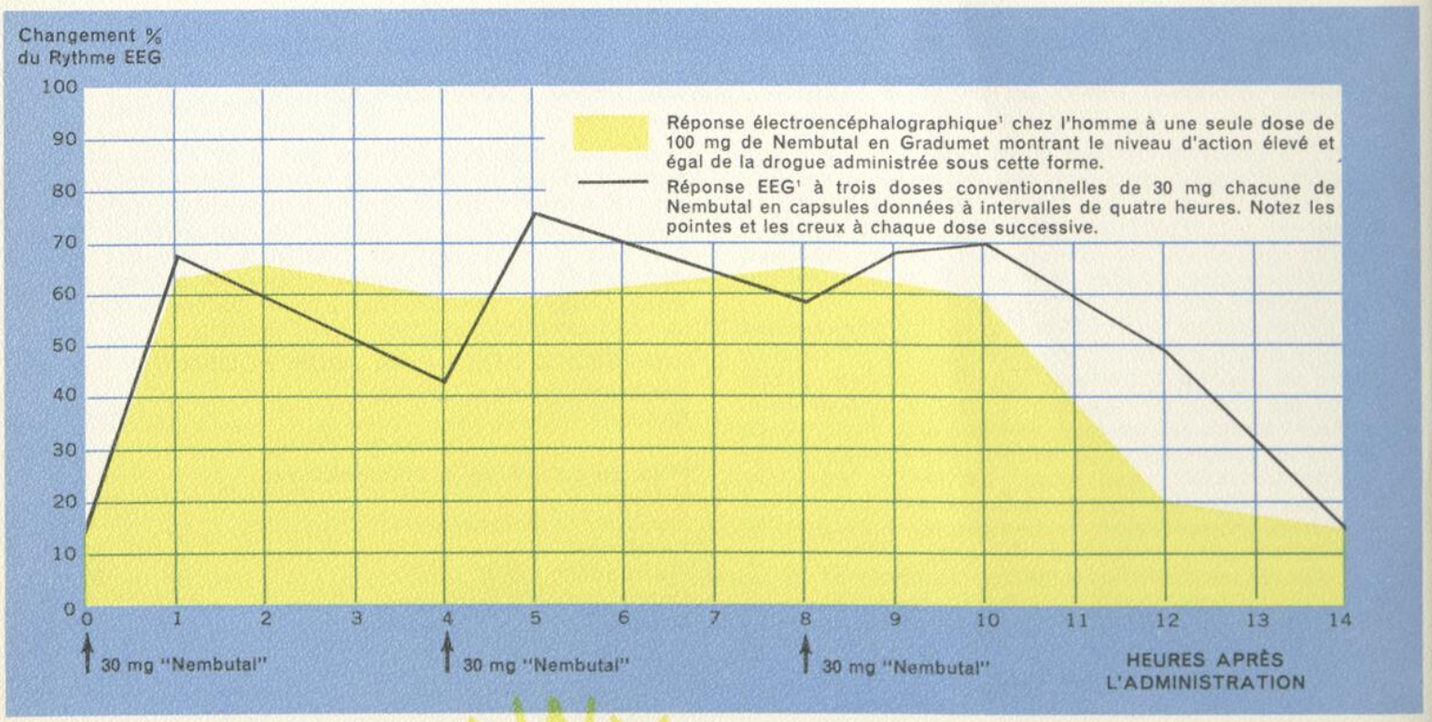
Il y a remarquablement peu d'effets secondaires. Du fait qu'il réunit une activité élevée par rapport à la dose et une détoxication rapide, le Nembutal offre une grande marge de sécurité. Prescrivez les Gradumets de Nembutal pour usage diurne contre les troubles tels que l'anxiété, l'agitation, l'irritabilité ou la tension nerveuse.

Présentation: Gradumet de Nembutal, 100 mg; en flacons de 25, 100 et 1000.

Informations médicales détaillées fournies sur demande adressée aux Laboratoires Abbott Limitée, Case Postale 6150, Montréal.

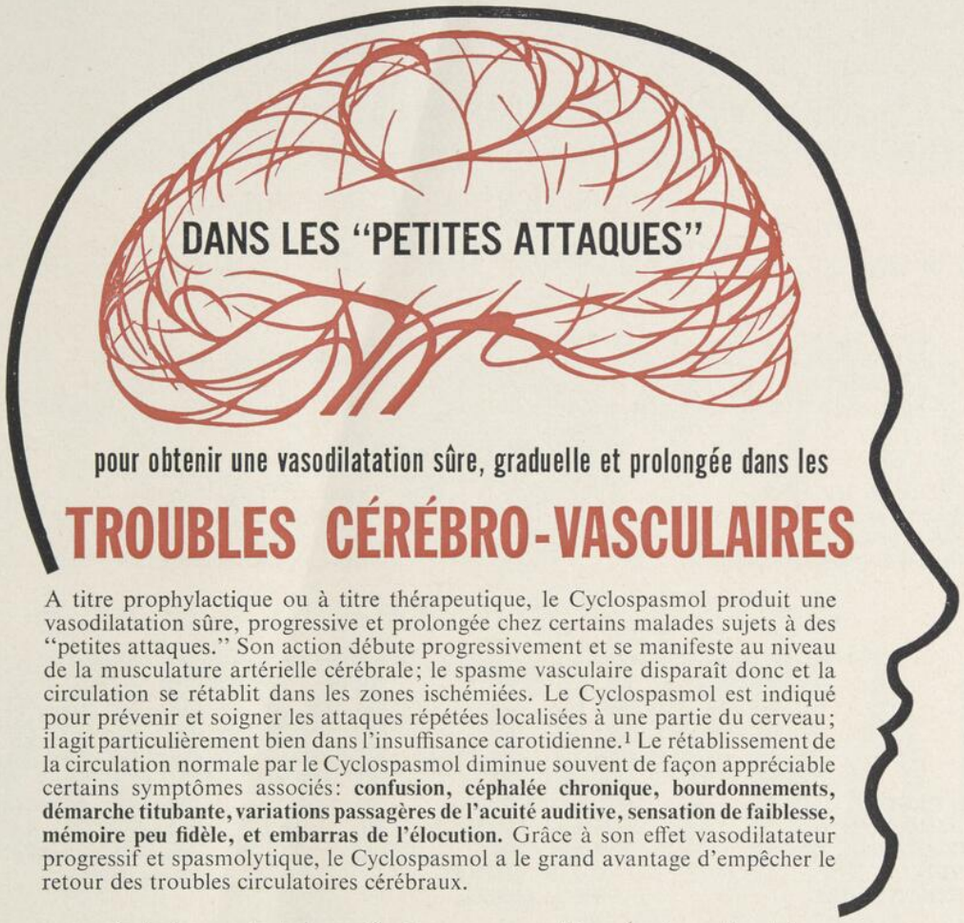
[1]Vazuka, F. A., Caractères Neuro-Pharmacologiques du Pentobarbital Sodique sous Forme à Dégagement Prolongé Mesurés Electroencéphalographiquement chez l'Homme. Rapport soumis aux Laboratoires Abbott, mai 1961 (à paraître).

*NOM DÉPOSÉ





Gradumet de NEMBUTAL
procure une **sédation diurne**
égale et contrôlée



DANS LES "PETITES ATTAQUES"

pour obtenir une vasodilatation sûre, graduelle et prolongée dans les

TROUBLES CÉRÉBRO-VASCULAIRES

A titre prophylactique ou à titre thérapeutique, le Cyclospasmol produit une vasodilatation sûre, progressive et prolongée chez certains malades sujets à des "petites attaques." Son action débute progressivement et se manifeste au niveau de la musculature artérielle cérébrale; le spasme vasculaire disparaît donc et la circulation se rétablit dans les zones ischémiées. Le Cyclospasmol est indiqué pour prévenir et soigner les attaques répétées localisées à une partie du cerveau; il agit particulièrement bien dans l'insuffisance carotidienne.[1] Le rétablissement de la circulation normale par le Cyclospasmol diminue souvent de façon appréciable certains symptômes associés: **confusion, céphalée chronique, bourdonnements, démarche titubante, variations passagères de l'acuité auditive, sensation de faiblesse, mémoire peu fidèle, et embarras de l'élocution.** Grâce à son effet vasodilatateur progressif et spasmolytique, le Cyclospasmol a le grand avantage d'empêcher le retour des troubles circulatoires cérébraux.

- n'entraîne pas de tachycardie, de syncope, ou d'hypotension orthostatique—s'emploie sans danger chez les malades atteints de troubles des coronaires.
- dilate les artères profondes et les vaisseaux superficiels et améliore la circulation au niveau des extrémités.
- agit par voie buccale; entraîne une vasodilatation lentement progressive et prolongée—idéal en gérontologie pour combattre la désorientation sénile.

Posologie: Posologie habituelle—deux comprimés (200 mg.) quatre fois par jour. La posologie varie entre un et trois comprimés q.i.d. Un traitement prolongé et une posologie adaptée à chaque malade selon les résultats cliniques produisent les meilleurs résultats. Présentation: comprimés à 100 mg., en flacons de 100 comprimés.

Bibliographie: [1]Van der Drift, J.H.A.: Ischemic Cerebral Lesions, Angiology 12:401 (sept.) 1961. [2]Council on Drugs, New and Nonofficial Drugs, J.A.M.A. 170:1670 (1er août) 1959. [3]Leslie, R. E.: Effects of Cyclandelate (Cyclospasmol) in Treatment of Circulatory Disturbances, Texas J. of Medicine 56:352 (mai) 1960.

CYCLOSPASMOL*

Cyclandelate

Wyeth

*Marque déposée

WINDSOR, ONTARIO

L'Association des Médecins de Langue Française du Canada

Fondée à Québec en 1902

DIRECTEURS GÉNÉRAUX HONORAIRES

R.-E. VALIN, 165 est, ave Laurier, Ottawa. **Donatien MARION,** 326 est, boul. St-Joseph, Montréal.

SECRÉTAIRE GÉNÉRAL HONORAIRE

Hermile TRUDEL, 1990 est, rue Rachel, Montréal.

OFFICIERS

Emile BLAIN, directeur général, 400 est, rue Sherbrooke, Montréal.
E.-Rolland BLAIS, secrétaire-trésorier général, 1779, avenue de l'Eglise, Montréal.
André LEDUC, adjoint au directeur général, 5635, avenue Canterbury, Montréal.
Raymond CARON, adjoint au secrétaire-trésorier général, 2178 est, Mont-Royal, Montréal.

COMITÉ EXÉCUTIF

Emile BLAIN, Montréal.
E.-Rolland Blais, Montréal.
André LEDUC, Montréal.
Raymond CARON, Montréal.
Roma AMYOT, Montréal.
Edouard DESJARDINS, Montréal.
Pierre JOBIN, Québec.
Armand RIOUX, Québec.

Directeur des Relations Extérieures:
Pierre SMITH.

Directeur de l'Exposition du Congrès:
B.-G. BEGIN.

ANCIENS PRÉSIDENTS DE CONGRÈS

Albert PAQUET,
Richard GAUDET,
A.-L. RICHARD,
J.-A. VIDAL,
J.-A. DENONCOURT,
J.-B. JOBIN,
René-L. DuBERGER,
Roma AMYOT,
L.-P. MOUSSEAU,
Lucien LaRUE,
Georges-L. DUMONT,
Pierre SMITH,
Alphonse-E. LeBLANC,
Pierre JOBIN.

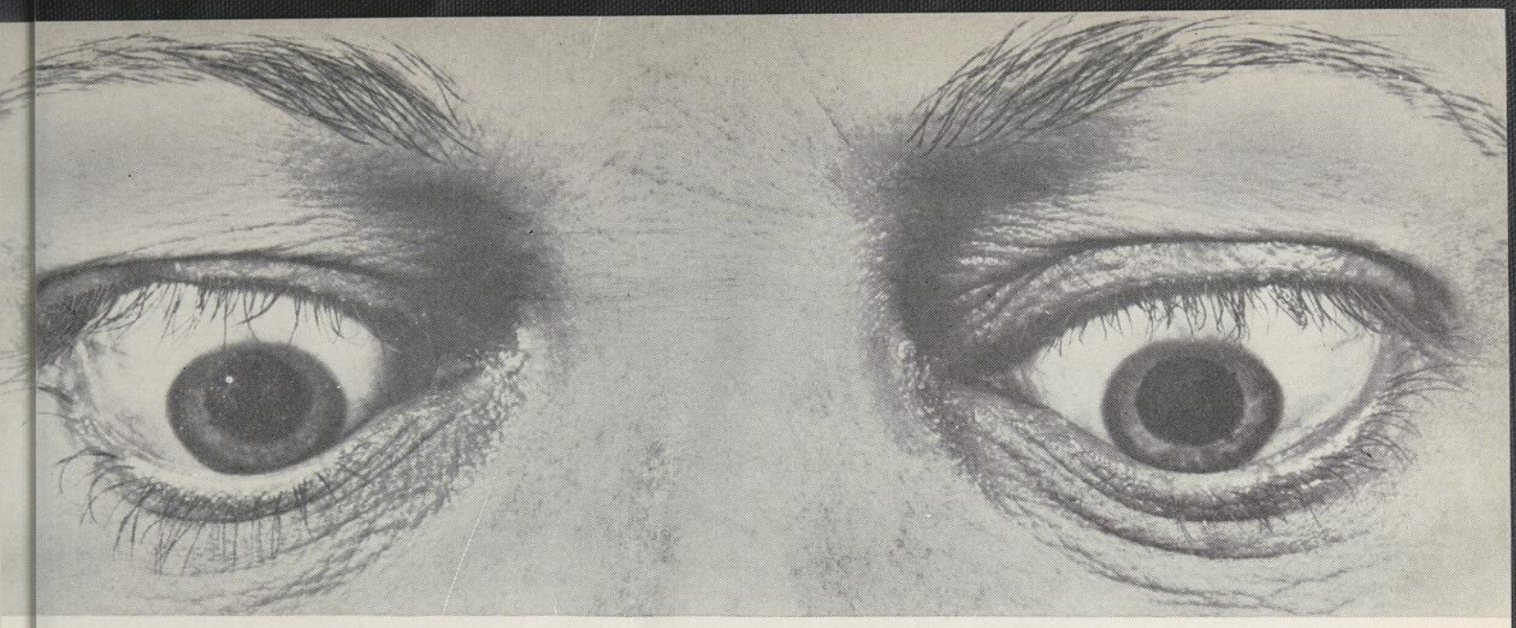
COMITÉ DU XXXII[e] CONGRÈS

Président: **Edouard DESJARDINS,** Montréal.
Secrétaire: **Jacques GENEST,** Montréal.
Trésorier: **Jean CHARBONNEAU,** Montréal.
Adjoint au secrétaire: **Lucien-L. COUTU,** Montréal.

MEMBRES DU CONSEIL

ARCHAMBAULT, François, 1656 est, rue Sherbrooke, Montréal.
ARCHAMBAULT, Gérard, 472, avenue Laurier, St-Jean, Qué.
BEAUDOIN, Robert-A., 375, ave Coolidge, Manchester, N.H
BEGIN, B.-G., 12075, rue Pasteur, Montréal.
BEUGLET, Ernest, 605, Medical Arts Bldg., Windsor, Ont.
BONIN, Wilbrod, 575, avenue Davaar, Outremont.
BUJOLD, Edese, Dalhousie, N.-B.
BUNDOCK, Benoît, Edifice Copeland, Ottawa, Ont.
CAMPBELL, Maurice, 384, N.-Dame, Cap-de-la-Madeleine, P.Q.
CARON, Wilfrid, 1191, des Erables, Québec, P.Q.
CHEVALIER, Paul, Edifice Continental, Sherbrooke, P.Q.
CHRETIEN, Maurice, 537, Station, Shawinigan, P.Q.
DAIGNEAULT, Léo, 171, chemin Montréal, Cornwall, Ont.
DAVID, Paul, 3, avenue McCulloch, Outremont.
DECARIE, Roland, 524 est, rue Sherbrooke, Montréal.
DORION, J.-Ed., 609 est, boulevard Charest, Québec, P.Q.
DUFRESNE, Origène, 4120 est, rue Ontario, Montréal.
DUFRESNE, Roger, 418 est, rue Sherbrooke, Montréal.
FONTAINE, Auray, 52, avenue Hamlet, Woonsocket, R.I.
FOREST, J.-E., 129, rue Jetté, Joliette, P.Q.
GAUTHIER, J.-Dominique, Shippegan, N.-B.
GAUTHIER, Vincent, 1100, rue Bougainville, Québec, P.Q.
GOYETTE, Roger-B., 110, Stewart, app. 79, Ottawa, Ont.
HAMEL, Jean-F., 168, rue Charlotte, Ottawa, Ont.
ISABELLE, Gaston, 31, rue Montcalm, Hull, P.Q.
JOANNETTE, Albert, Sainte-Agathe-des-Monts, P.Q.
LABOSSIERE, Sylvio, Saint-Timothée, P.Q.
LAFRAMBOISE, Jean, 247, River Road, Eastview, Ont.
LAROCHELLE, Ls-Napoléon, 80, rue St-Louis, Québec, P.Q
LAROUCHE, Gérard-L., 1328, rue Amherst, Sherbrooke, P.Q
LEBLANC, J.-B., 975, rue St-Prosper, Trois-Rivières, P.Q.
LeBLANC, Philippe-H., Petit-Ruisseau, N.-E.
LECOURS, J.-A., 538, King Edward, Ottawa, Ont.
LEGER, Jacques, 3766, chemin Reine-Marie, Montréal.
LESSARD, Richard, 115 est, Grande-Allée, Québec, P.Q.
LUSSIER, J.-Jacques, Faculté de Médecine, Ottawa, Ont.
MORISSET, Jean, Rimouski, P.Q.
MORISSET, Pierre, Saint-Georges-de-Beauce, P.Q.
NADEAU, Honoré, 55, rue Saint-Jean, Québec, P.Q.
PELLETIER, Emile, 34, rue de la Fabrique, Québec, P.Q.
PICHETTE, Lionel, 177, rue Principale, Hull, P.Q.
PILON, Jean-Louis, 389 est, boul. St-Joseph, Montréal.
POTVIN, Laurent, 623, Noranda, Eastview, Ont.
POWERS, Arthur, 11, rue Front, Hull, P.Q.
SAINT-PIERRE, Hubert, 763, bd Mercure, Drummondville, P.Q.
ST-JEAN, Conrad, 210, rue Principale, Cranby, P.Q.
TERRIEN, Jean, 189, rue Bronson, Ottawa, Ont.
THIBAULT, Eugène, 4070, boul. Lasalle, Verdun, P.Q.
TRUDEL, Hermile, 1990 est, rue Rachel, Montréal.
WHISSELL, Georges-L., Westlock, Alberta.

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



la préparation la plus uniformément efficace pour le contrôle médical de la

THYROTOXICOSE



"PROPYL-THYRACIL"

marque de propylthiouracil

- contrôle médical de la thyrotoxicose
- préparation du patient thyrotoxique à l'intervention
- thérapie adjuvante de l'iode radio-actif (1^{131})

"PROPYL-THYRACIL"

Comprimé N° 815 "Frosst"	100 mg.
Comprimé N° 387 "Frosst"	50 mg.
Comprimé N° 386 "Frosst"	25 mg.

POSOLOGIE — ***Dose d'attaque:*** 100 mg. trois ou quatre fois par jour, jusqu'à rémission. ***Dose d'entretien:*** 25 à 50 mg. trois ou quatre fois par jour.

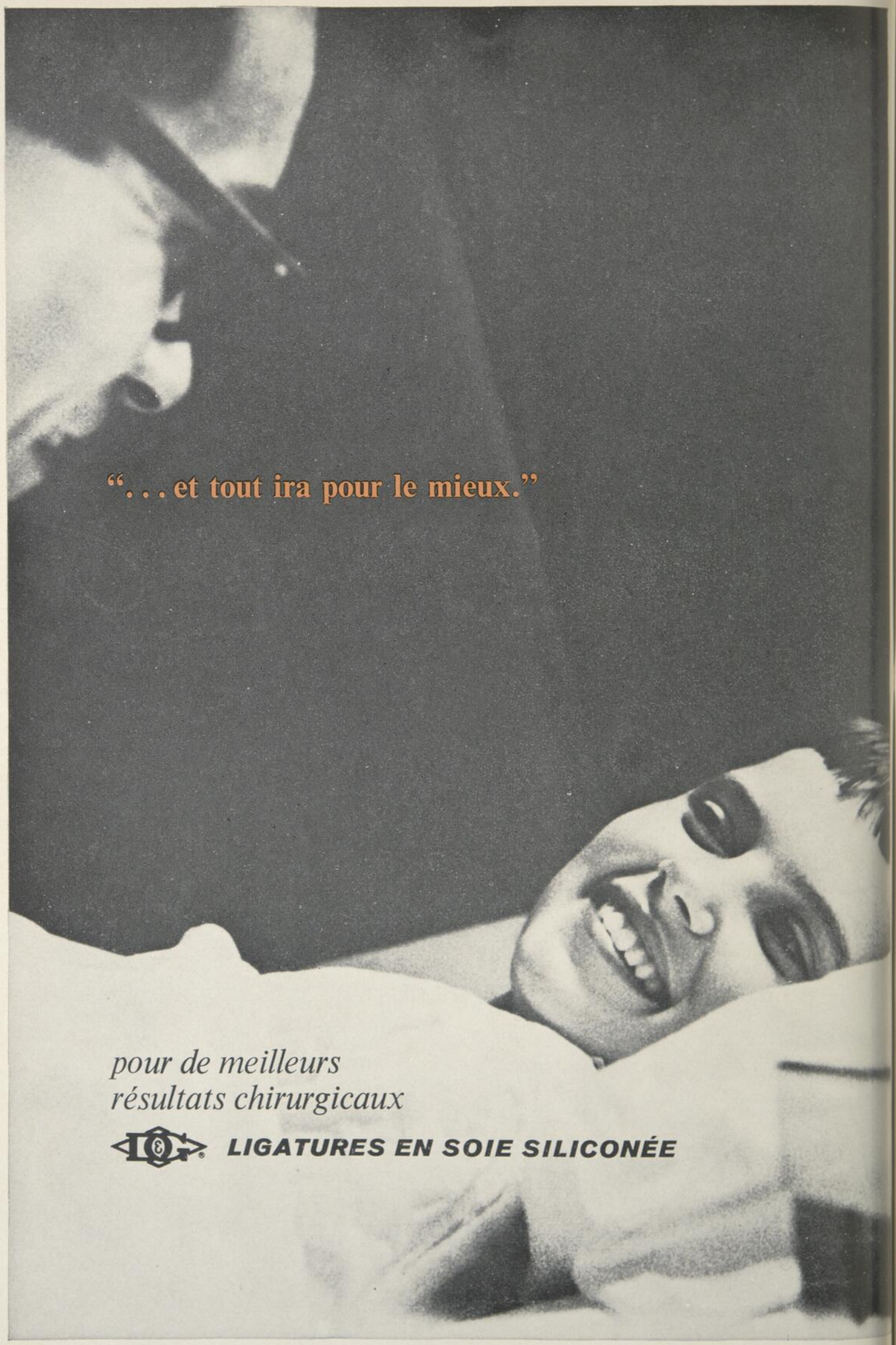
Flacons de 100 comprimés.

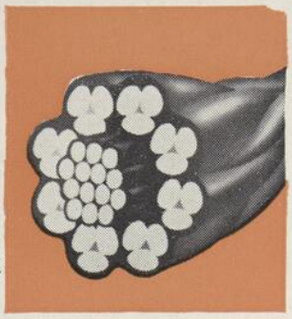
MISE EN GARDE — Malgré la rareté des réactions secondaires provenant du propylthiouracil, il ne faut pas cesser d'user de vigilance dans la recherche de symptômes tels que la fièvre, les douleurs articulaires, les éruptions cutanées ou les maux de gorge; sur leur manifestation, discontinuer promptement le traitement. L'agranulocytose peut se déclarer soudainement, et des numérations globulaires réitérées ne semblent pas aider beaucoup à la prévoir. On doit avertir les patients de discontinuer la médication et consulter un médecin immédiatement sur manifestation d'un mal de gorge. Si l'on dépiste de l'agranulocytose, la prompte administration de cortisone et de fortes doses de pénicilline peut sauver la vie du patient.

Frosst

Charles E. Frosst & Co.
MONTRÉAL CANADA

Charles E. Frosst & Co. offre en vente de l'iode radioactif ainsi que d'autres préparations radioactives pour usages thérapeutiques et diagnostique


"... et tout ira pour le mieux."
pour de meilleurs
résultats chirurgicaux
LIGATURES EN SOIE SILICONÉE



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

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

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

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

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

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

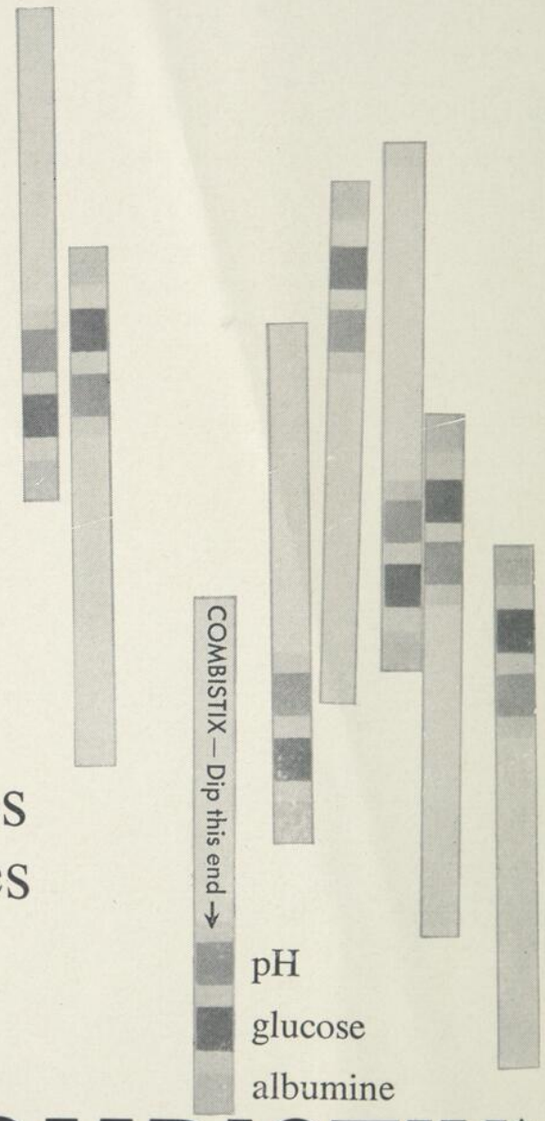
*MARQUE DÉPOSÉE



CYANAMID | MEDICAL PRODUCTS DEPARTMENT
Cyanamid of Canada Limited *Montreal*

Davis & Geck Brand Sutures.

3
épreuves
urinaires
de base



pH
glucose
albumine

AMES
COMPANY OF
CANADA, LTD
Toronto - Ontario

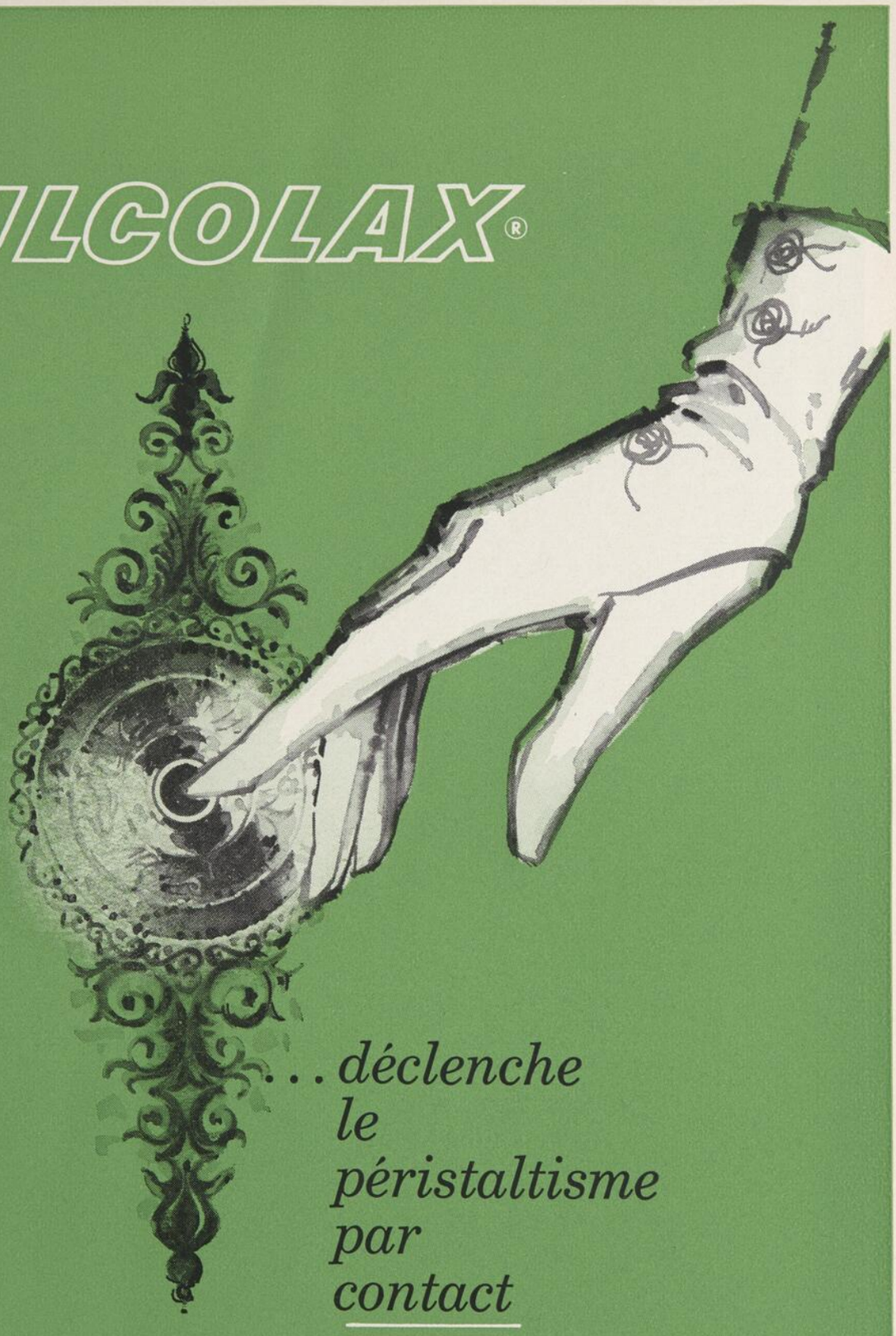
COMBISTIX*
Papiers réactifs

1 papier: 3 épreuves en 10 secondes
méthode facile, rapide, précise

*MARQUE DÉPOSÉE

CA 079 F61

DULCOLAX®



. . . *déclenche le péristaltisme par contact*

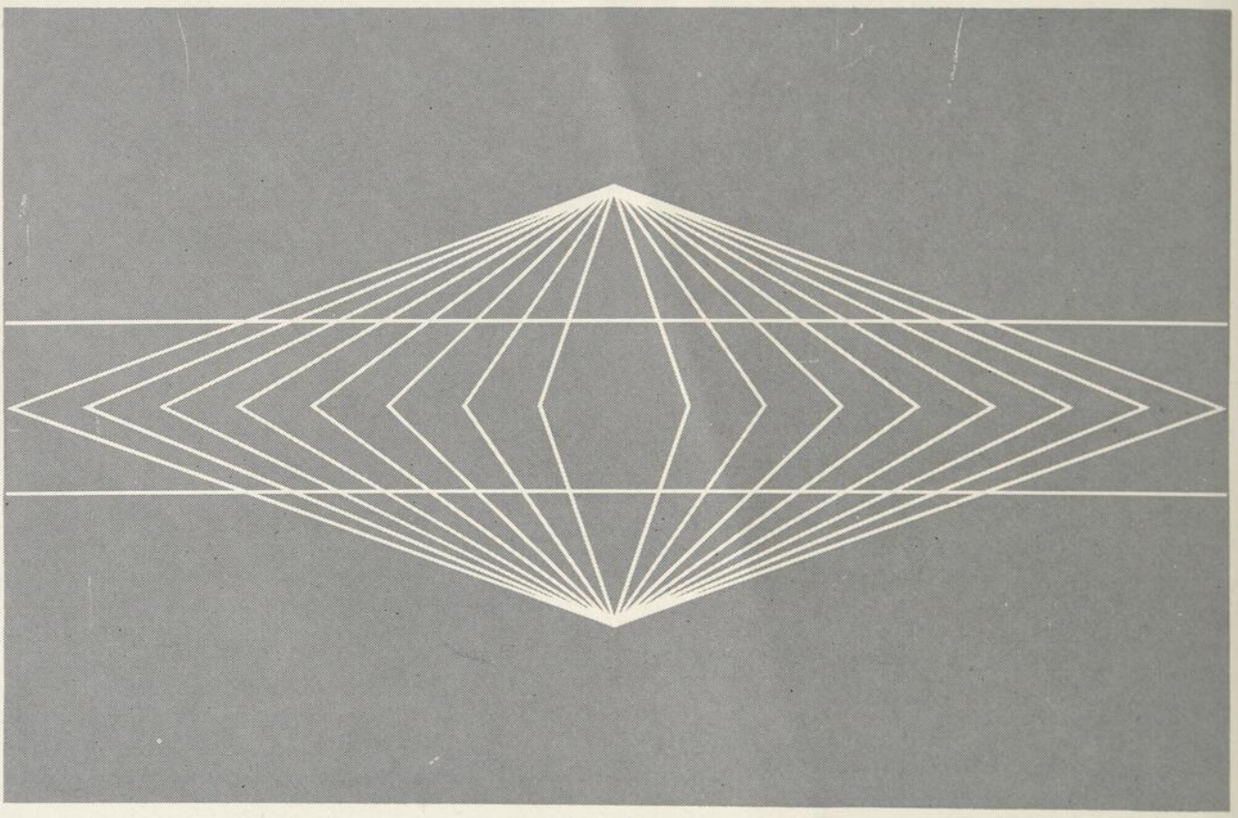
Posologie et présentation—Dragées: 2 ou 3 dragées au coucher pour effet le lendemain matin, ou ½ heure avant le déjeuner pour effet de 1 à 6 heures après.
Suppositoires: un suppositoire suffit pour produire un effet en ½ heure.

Dragées de 5 mg (enrobage entérique)—Boîtes de 10. Flacons de 30 et 100.
Suppositoires de 5 mg pour enfants—Boîtes de 3.
Suppositoires de 10 mg—Boîtes de 6 et 50.

PRODUITS BOEHRINGER INGELHEIM
Distribués par Geigy Produits Pharmaceutiques. Montréal

L-1588F

parallèles ou non parallèles?



Intéressant . . . les lignes parallèles paraissent courbes—même si on sait qu'elles sont parfaitement droites.

Une autre illusion se produit quand on tâche de comparer deux pénicillines orales. Si on ne considérait que le prix des produits, le choix serait facile. Mais n'est-ce pas l'*efficacité* d'un médicament qui compte avant tout?

Le V-Cillin® K permet d'obtenir, vis-à-vis des streptocoques et des pneumocoques, des taux sanguins d'activité antibactérienne supérieurs à ceux obtenus avec les autres pénicillines actuellement disponibles[1,2]. Bien que la sensibilité des staphylocoques à la pénicilline varie, le V-Cillin K est doué d'une puissante activité antistaphylococcique. De plus, il est hautement stable en milieu gastrique acide et par conséquent plus complètement absorbé, même *en présence d'aliments*. Une efficacité maxima pour une dépense minima.

Pour un résultat optimum
prescrivez V-Cillin K (comprimés sécables dosés à 125 mg et 250 mg) ou V-Cillin K Pédiatrique (flacons de 60 cm³)

V-Cillin® K (pénicilline V potassique, Lilly)
1. McCarthy, C. G., and Finland, M.: New England J. Med., 263:315, 1960.
2. Griffith, R. S.: Antibiotic Med. & Clin. Therapy, 7:129, 1960.

233212

ELI LILLY AND COMPANY (CANADA) LIMITED • TORONTO, ONTARIO

Lilly

Le temps où le tremblement entravait la routine quotidienne est révolu

Cogentin*

METHANESULFONATE (méthanesulfonate de benztropine)

assure une vie meilleure aux victimes du parkinsonisme sous toutes ses formes

COGENTIN* permet souvent aux patients atteints de parkinsonisme d'accomplir facilement la besogne de chaque jour—que leur affection soit de nature artério-sclérotique, postencéphalitique, idiopathique, ou consécutive a l'administration de tranquillisants.

COGENTIN agit sur la rigidité, le faciès figé et les crampes musculaires sans toutefois produire de somnolence et sans brouiller les idées. Il vient à bout de tremblements majeurs rebelles chez bon nombre de patients, leur rendant ainsi la vie plus facile.

L'emploi de COGENTIN en vue d'obvier aux symptômes rappelant le syndrome de Parkinson permet habituellement de poursuivre l'administration de tranquillisants sans interruption ou diminution de la posologie.

Posologie: La dose quotidienne est généralement de 1 à 2 mg. et varie de 0.5 à 6 mg. Une dose unique au coucher suffit fréquemment à maîtriser les symptômes pendant une période de 24 heures. Si l'affection résulte de l'administration de tranquillisants, la dose est habituellement de 1 à 2 mg. deux ou trois fois par jour.

Présentation:
No. 3172 Comprimés COGENTIN dosés à 2 mg., en flacons de 100 et de 1000. No. 3275 COGENTIN injectable, en ampoules de 2 cc. (2 cc. = 2 mg.)

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



*Marque de commerce

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

associés à des troubles hépato-biliaires...

CHAQUE PATIENT PEUT RECEVOIR SELON SES BESOINS

LE NOUVEAU

Pr **DECHOLIN-BB***

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

LE SPASME
extrait de belladone 10 mg (1/6 grain)

LA STASE
acide déhydrocholique AMES 250 mg (3¾ grains)

Présentation: Flacon de 100 comprimés.

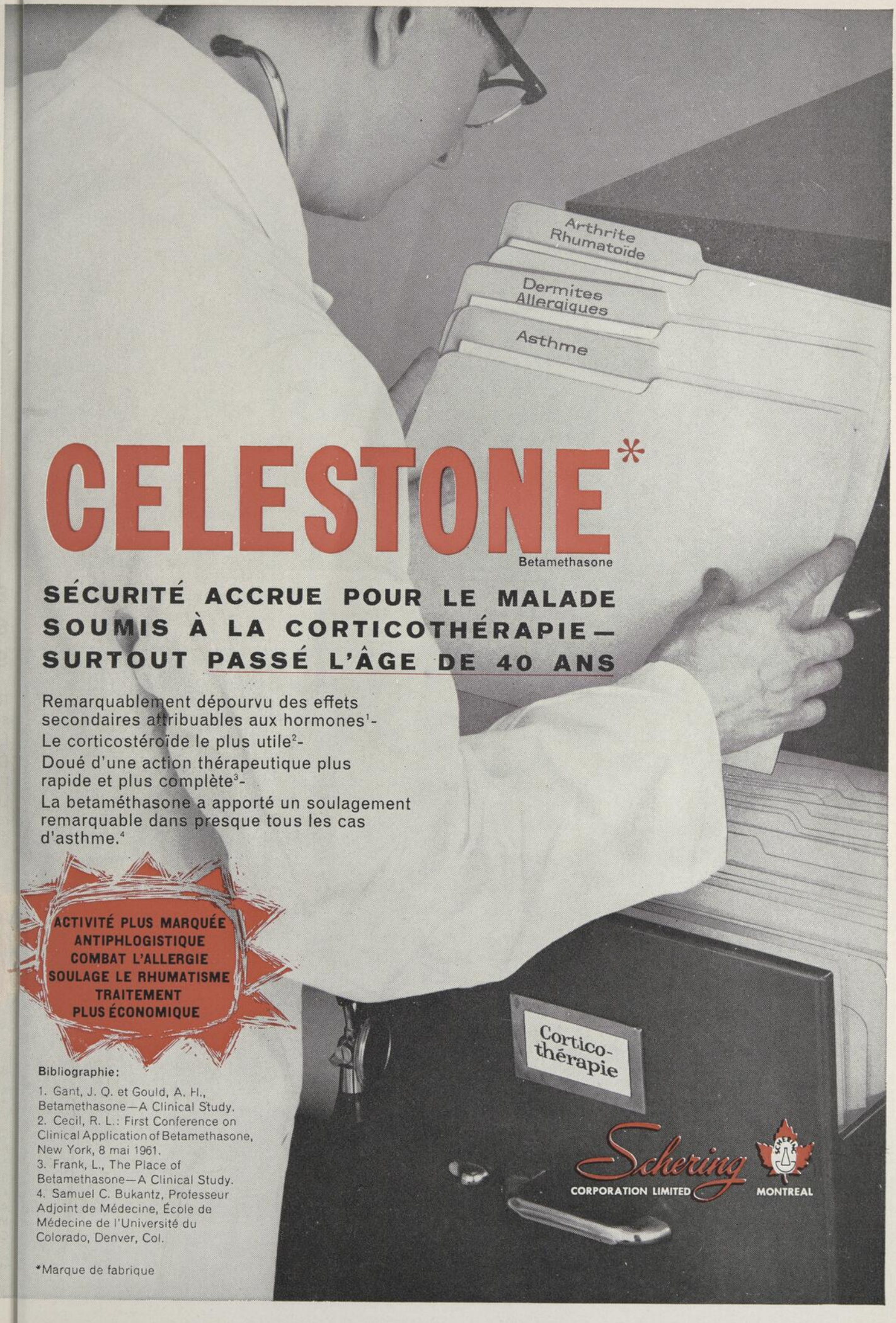
AUSSI:
pour le **SPASME** et la **STASE**
DECHOLIN* AVEC BELLADONE
extrait de belladone, 10 mg (⅙ grain)
acide déhydrocholique AMES, 250 mg (3¾ grains)
Présentation: Flacons de 100 et de 500 comprimés.

pour la **STASE** seule
DECHOLIN*
acide déhydrocholique AMES, 250 mg (3¾ grains)
Présentation: Flacons de 100 et de 500 comprimés.

AMES
COMPANY OF
CANADA, LTD
Toronto · Ontario

Dose moyenne pour adultes — DECHOLIN-BB, DECHOLIN avec BELLADONE et DECHOLIN — 1 ou, au besoin, 2 comprimés trois fois par jour.
Contre-indications: Occlusion des voies biliaires, hépatite aiguë et (dans le cas de DECHOLIN avec BELLADONE et de DECHOLIN-BB) glaucome.

*MARQUES DÉPOSÉES CA22762F



CELESTONE*

Betamethasone

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

Remarquablement dépourvu des effets secondaires attribuables aux hormones[1]-

Le corticostéroïde le plus utile[2]-

Doué d'une action thérapeutique plus rapide et plus complète[3]-

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

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

Bibliographie:

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

*Marque de fabrique

Schering
CORPORATION LIMITED MONTREAL



A.E., malade ambulatoire: pyodermie des mains depuis 2 ans. On effectue une culture et on administre Prostaphline pendant 11 jours. La culture et les tests de sensibilité révèlent par la suite, qu'il s'agit du staphylocoque doré résistant à la pénicilline G.



22 jours plus tard: Photo prise 11 jours après la cessation du traitement par la Prostaphline.

Photographies reproduites avec la permission du malade.

TRAITEMENT SÛR PER OS DES STAPHYLOCOCCIES AIGUËS OU CHRONIQUES

actif par voie buccale dans les staphylococcies aiguës ou chroniques—l'involution des abcès se produit souvent sans drainage spontané ou chirurgical.

---

aucun phénomène de résistance au cours d'études cliniques très poussées —même après les traitements à long terme ou les traitements répétés: les doses efficaces demeurent efficaces—immunité quasi totale à l'effet de la pénicillinase.

---

rémission rapide —bactéricide et non simplement bactériostatique contre le staphylocoque—La Prostaphline est absorbée rapidement et efficacement, par voie buccale,—elle résiste à l'inactivation par l'acide gastrique.

---

concentrations bactéricides en moins d'une demi-heure —le taux sanguin est directement proportionnel aux doses absorbées, ce qui permet d'obtenir des concentrations sériques élevées en cas d'infections graves.

---

bien tolérée —à l'exception de rares réactions allergiques chez des individus sensibles, la Prostaphline est bien tolérée. La Prostaphline, tout comme les autres pénicillines, est pratiquement dépourvue de toxicité.

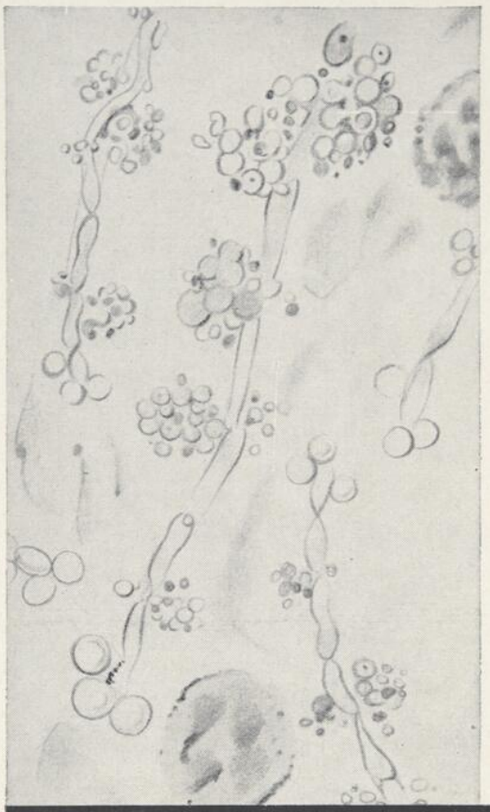
POSOLOGIE: 500 mg. (2 capsules) aux 4 à 6 heures pendant un minimum de 5 jours.

Un autre produit Bristol

**Nom Déposé*

PROSTAPHLINE*

(oxacilline sodique)



indiqué dans

le traitement de la

leucorrhée

due à l'infection par Trichomonas vaginalis, par Candida (Monilia) albicans, ou la leucorrhée d'origine bactérienne non-spécifique.

COMPRIMÉS VAGINAUX *PIMAFUCIN



FORMULE

*Pimacrine [1]	50 mg
Chlorhydrate d'amylocaïne . . .	15 mg
Chlorure de benzalkonium . . .	1 mg
Mélange tampon (pH environ 4.2) et lactose	

LES RÉSULTATS CLINIQUES ont été très favorables. Dans le traitement de patientes non enceintes atteintes de vaginite à Trichomonas, qui n'avaient été traitées auparavant par aucun autre agent thérapeutique, la guérison a été obtenue dans 80% des cas, alors que chez les patientes qui avaient déjà été traitées sans succès avec d'autres agents, la guérison a été obtenue dans 60% des cas. Dans le traitement de la vaginite à Candida, les chiffres correspondants étaient 90 et 70%, respectivement.

**Marques de Commerce de Royal Netherlands Fermentation Industries Ltd., Delft, Holland*

1 Antibiotique provenant d'un nouvel organisme Streptomyces Natalensis.

CANADA DUPHAR
LIMITED
LONDON CANADA

DUPHAR

UNE ÈRE NOUVELLE EN ANTICOAGULOTHÉRAPIE ...CONTINUITÉ DANS LE TRAITEMENT

"les patients soumis à l'anticoagulothérapie prolongée vivront non seulement plus longtemps mais, dans l'ensemble, mèneront une existence plus utile et plus agréable."[1]

La vaste expérience acquise depuis plus de dix ans démontre la valeur et la praticabilité de l'anticoagulothérapie *prolongée*, chez les cas choisis d'infarctus du myocarde et des conditions associées, dans la prévention des épisodes thromboemboliques et l'augmentation des probabilités de survie de ces patients.[1-6]

Friedberg,[2] dans son étude sur 3,254 cas, déclare que la *mortalité* est au moins *réduite* du tiers à la moitié. De plus, il ajoute que les *hémorragies graves sont rares* lorsque l'anticoagulothérapie est conforme à la posologie et a lieu dans des conditions contrôlables.

L'expérience d'une décennie révèle que la "Danilone" (phénylindanedione) est l'un des piliers d'une anticoagulothérapie réussie en raison de son efficacité, de sa sécurité, de sa facilité d'emploi et de son économie notable en emploi prolongé.

Pour obtenir un exemplaire gratuit du nouveau rapport de 16 pages sur la "Praticabilité Croissante de l'Anticoagulothérapie Prolongée", écrire au Service Médical, Charles E. Frosst & Co., C.P. 247, Montréal 3, Québec.



"DANILONE"

(Marque de Comprimés de Phénylindanedione)

50 mg. (blanc-quadrisécable) **25 mg.** (jaune-bisécable)

"... plus facilement contrôlé, beaucoup moins coûteux ... l'anti-coagulant de choix en anticoagulothérapie prolongée."

Oliver, M.F.: Brit. M.J. 1:1176, 1959.

POSOLOGIE — La DOSE INITIALE varie sensiblement selon les individus: la dose initiale la plus fréquemment recommandée est de 200 mg., fractionnée en deux prises administrées à 12 heures d'intervalle. Certains auteurs ont constaté que, chez environ 30% des cas, des doses de 500 à 600 mg. sont parfois nécessaires durant les premières 24 heures[7]. On doit administrer d'aussi fortes doses avec prudence et les éviter chez les patients atteints de défaillance cardiaque ainsi que chez les plus de 65 ans. La DOSE D'ENTRETIEN varie aussi sensiblement selon les individus: entre 25 et 250 mg. par jour.

Flacons de 100 comprimés.

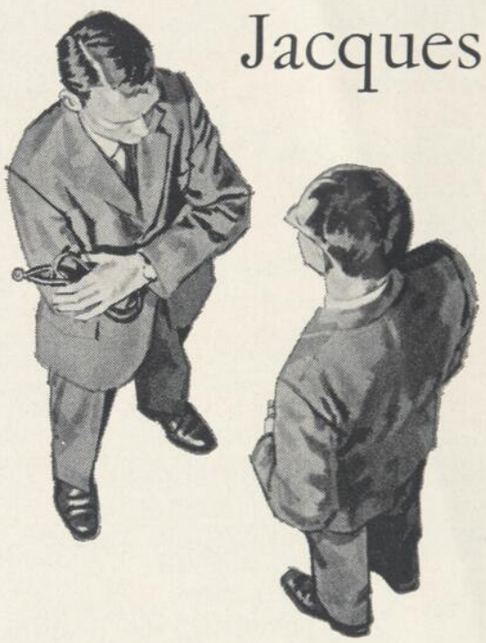
PRÉCAUTIONS — En cas d'hémorragie: cesser l'administration de la drogue immédiatement et, si nécessaire, donner 25 à 50 mg. de vitamine K_1. Des réactions de sensibilisation (éruptions cutanées, prurit, diarrhée, agranulocytose, fièvre, ictères) surviennent parfois mais elles sont très rares. N.B. L'excrétion des sels alcalins ou des métabolites de la "Danilone" donne parfois une teinte orange foncée aux urines alcalines. On ne doit pas confondre cette manifestation avec une hématurie.

Également disponible: "DICUMAROL" (marque de bishydroxycoumarine USP) en comprimés à 50 et 100 mg., flacons de 100 comprimés.

1. Connell, M.F.: Canad. M.A.J. **76**:664, 1957. 2. Freidberg, C.K.: New York, J.Med. **58**:877, 1958. 3. Stephens, C.A.L., Jr.: Arizona Med. **17**:499, 1960. 4. Report of the Working Party on Anticoagulant Therapy in Coronary Thrombosis to the Medical Research Council: Brit. M.J. **1**:803, 1959. 5. Manchester, B.:Ann. Int. Med. **47**:1202, 1957. 6. Nichol, E.S. et al: Am. Heart J. **55**:142, 1958. 7. Beamish, R.E. et Carter, S.A.: Canad. M.A.J. **74**:39, 1956.

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

"Le Protamide semble tout indiqué pour ce cas, Jacques..."



Tout juste quelques mots échangés entre deux médecins et cependant des milliers de malades souffrant de névrite ou d'herpès zoster ont ressenti un prompt soulagement et une guérison plus rapide grâce à cette suggestion efficace.

Le Protamide procure un prompt soulagement dans le cas de douleur radiculaire accompagnée d'inflammation, y compris l'herpès zoster, s'il est administré tôt [1-4] au cours de l'affection. Mieux encore, la guérison s'opère habituellement dans trois à six jours, par une prompte réaction même dans l'herpès zoster ophtalmique. [5]

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

PROTAMIDE — une solution colloïdale composée exclusivement d'enzymes dénaturés — n'est pas une thérapeutique étrangère aux protéines.

Pour injection intramusculaire, boîtes de 10 ampoules, 1.3 cc. chacune.

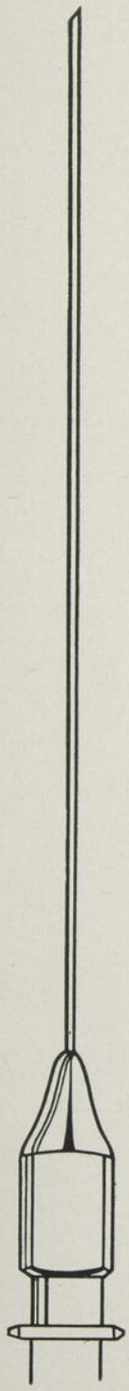
Sherman Laboratories Ltd.
Windsor, Ontario

NOUVEAU

AquaMEPHYTON*

(Solution colloïdale aqueuse de MEPHYTON*, vitamine K_1)

injectable



accroît l'utilité de la thérapie par la vitamine K_1...

En effet, la vitamine K_1 "exerce une action à la fois plus rapide, plus puissante et plus prolongée que celle de tout analogue de la vitamine K".†

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

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

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

AquaMEPHYTON (pour administration par voie intramusculaire, intraveineuse ou sous-cutanée). Ampoules de 1 cc. (N° 7780) et fioles de 5 cc. (N° 7782) renfermant 10 mg. de vitamine K_1 par cc.

Comprimés MEPHYTON à 5 mg. Flacons de 50.

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

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

MSD

MERCK SHARP & DOHME
OF CANADA LIMITED
MONTRÉAL 20, QUÉ.

*Marques de commerce

une thérapeutique diurétique beaucoup plus efficace

Les résultats d'une étude* menée sur des patients hospitalisés pour de l'oedème montrèrent que "la médication combinée de spironolactone (ALDACTONE) et de chlorothiazide fut sensiblement plus efficace que le seul chlorothiazide". La réaction diurétique fut accrue, alors que l'effet de déplétion en potassium du chlorothiazide diminuait, grâce à l'administration associée d'ALDACTONE. "La synergie du spironolactone (ALDACTONE) combiné à la thérapeutique du chlorothiazide fournit une nouvelle preuve que ces médicaments agissent séparément sur les mécanismes de réabsorption du sodium".

*Ogden, D. A.; Scherr, L.; Spritz, N., et Rubin, A. L.: New Engl. J. Med. **265**:358-362 (24 août) 1961.

Nouvelle formule améliorée

D'ALDACTONE-A

(produits de psironolactone) comprimés à 25 mg.

- **efficace en doses plus faibles**
- **favorise vos patients d'une économie substantielle**

ALDACTONE-A est une nouvelle formule de comprimé dans lequel l'ALDACTONE est distribué dans une matière aqua-soluble. Par suite d'une absorption plus facile, le nouveau comprimé d'ALDACTONE-A à **25 mg.** est habituellement d'une action équivalente à celle du comprimé original d'ALDACTONE à **100 mg.** sur le taux sanguin et les effets cliniques. Les deux formules thérapeutiques peuvent être échangées, alternées. De plus amples renseignements sur ce médicament et des conseils sur sa posologie se trouvent dans le fascicule no 39 de "Physicians' Product".

NOTE: Le film "Aldosterone and its Control in Edema" est disponible pour présentation devant des groupes de médecins. Ecrire:

La Recherche au service de la Médecine **SEARLE**

G. D. Searle & Co. of Canada, Limited,
249 est, rue Queen, Brampton, Ont.



défervescence...

un sulfamide simple, sûr...
plus une pénicilline éprouvée

"HYLENTAZINE"

comprimés ou suspension*
pour adultes et enfants

*Le NOUVEAU FORMAT de 120 cm³ fournit une thérapie complète pour quatre à huit jours.

LABORATOIRES DE RECHERCHE PHARMACEUTIQUE LES PLUS VASTES DU CANADA

Ayerst

MÊME

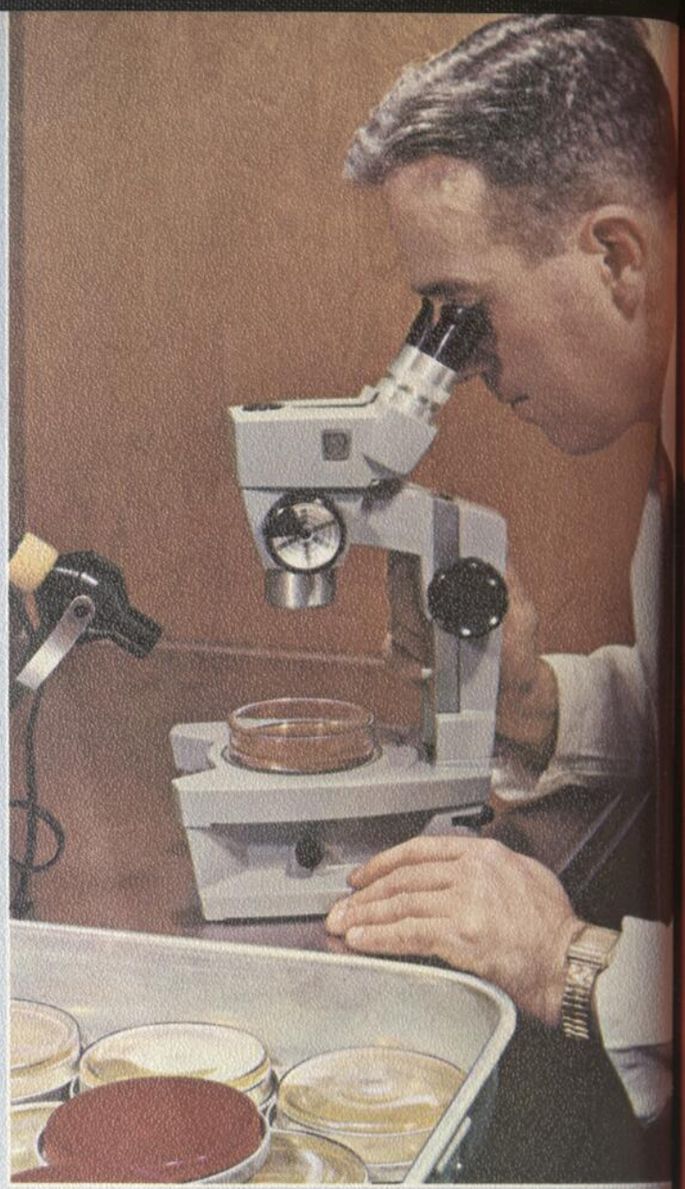
L'AIR

AMBIANT EST

SUJET À L'EXAMEN...



Cet appareil portatif permet de procéder à une vérification souvent répétée des conditions de stérilité des locaux. Les substances étrangères, pour un volume d'air donné, précipitent par électrostatique dans le milieu de culture.



La numération et la nature des micro-organismes impl... sont les facteurs à déterminer. Si l'examen décelait un m... organisme au pied cube, une enquête immédiate s'impos... et les mesures pertinentes seraient aussitôt prises pour r... riger la situation.

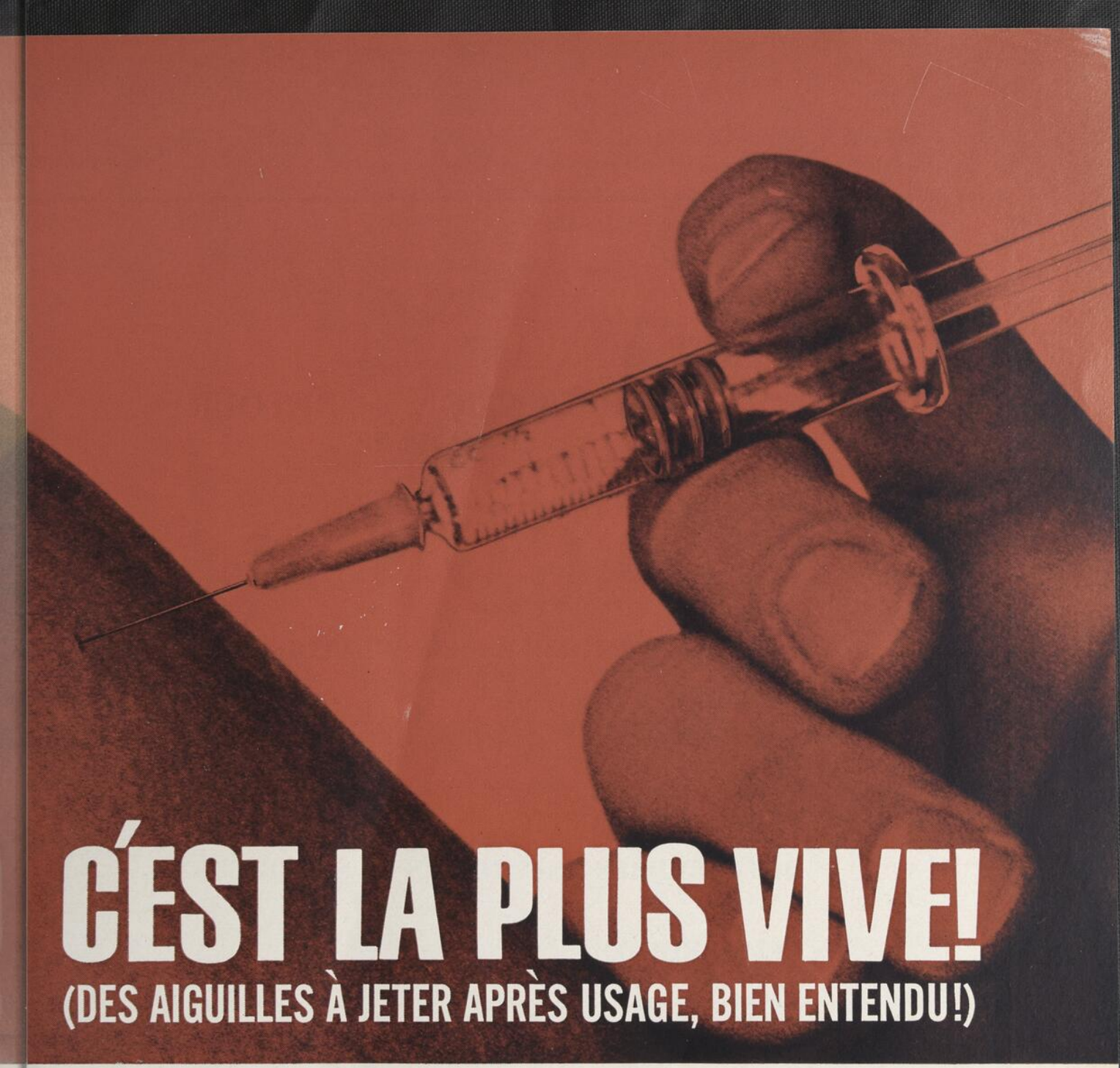


Les plaques ayant été soigneusement marquées quant au temps et au lieu d'exposition sont incubées afin de permettre la prolifération de tous les micro-organismes qui pourraient être présents.

Dans le conditionnement des ampoules... un degré très élevé de sécurité est assur... par des précautions infinies qui ne so... nullement l'effet du hasard . . . même l'a... ambiant est filtré électrostatiquement e... sujet à examen. Les procédés qui ont pou... but de prévenir la contamination des pré... parations injectables sont parmi les plu... minutieux et les plus complexes dans l... cadre de la vérification de la qualité... Un souci méticuleux apporté au moindr... détail caractérise le rôle vital joué par le... laboratoires de vérification de la qualit... chez Ayerst.

LES LABORATOIRES DE RECHERCHE PHARMACEUTIQUE LES PLUS VASTES DU CANADA

Notre visiteur médical Ayerst organisera avec plaisir pour vous une visite de nos installations.



C'EST LA PLUS VIVE!

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

L'AIGUILLE STÉRILE B-D YALE* POINTE

MICROLANCE QUE L'ON JETTE APRÈS USAGE

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

DISCARDIT

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

B-D BECTON, DICKINSON AND COMPANY · RUTHERFORD, NEW JERSEY

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

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

— PUISSANT ACTIVANT
de la CIRCULATION de RETOUR —

FRAGONAL

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

Présentation:

– Flacon de 50 comprimés –

Échantillons et documentation sur demande.

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

D'une efficacité rapide dans les infections urinaires gram-négatives aiguës ou résistantes, l'antibiotique Coly-Mycin est également indiqué dans les infections chirurgicales et celles des voies respiratoires, des plaies, des brûlures et de la circulation attribuables à des organismes sensibles.

- ***Bactéricide avant tout*** contre la plupart des organismes pathogènes gram-négatifs, y compris le Pseudomonas et les souches résistantes de *E. coli* et de *A. aerogenes* (non efficace contre le Proteus).
- ***Produit rapidement des niveaux thérapeutiques dans le sang et l'urine*** à la suite d'une injection intramusculaire profonde.
- ***Sécurité exceptionnelle*** aux doses recommandées—on n'a rapporté aucune dyscrasie sanguine, ni de dommages aux reins ou au huitième nerf crânien.
- ***Modérément mycostatique,*** son activité aide à prévenir les proliférations moniliales.
- ***Favorise rarement la résistance bactérienne*** — on n'a rapporté aucune résistance croisée avec les antibiotiques à large spectre.
- ***Ne cause que peu ou pas de douleur*** au moment de l'injection intramusculaire profonde.

NOUVEL ANTIBIOTIQUE SPÉCIFIQUE DES ORGANISMES GRAM-NÉGATIFS

COLY·MYCIN INJECTABLE

COLISTIMÉTHATE DE SODIUM

Fiole contenant 150 mg de
colistine de base sous forme de
colistiméthate de sodium.

Posologie détaillée
indiquée sur le feuillet
à l'intérieur de la boîte.

- sécurité exceptionnelle
- activité bactéricide avant tout
- spécifique de la plupart des organismes pathogènes gram-négatifs

particulièrement Pseudomonas et E. coli

Fabricants de
Gelusil
Mandelamine
Peritrate
Proloid
Tedral

WARNER
CHILCOTT
TORONTO, ONTARIO

nouveauté!

ROBINUL®

(autrefois Robanul) glycopyrrolate (Robins)

représente un progrès majeur dans le traitement de l'ulcère:

Voici, provenant des laboratoires de recherches Robins, un composé sans pareil possédant une structure chimique unique en son genere qui représente peut-être le plus important progrès jamais réalisé depuis dix ans dans le traitement de l'ulcère gastro-duodénal.

Il s'agit de Robinul — premier anticholinergique à "noyau cyclique rigide."

Grâce à sa spécificité et à sa puissance remarquables, ce nouveau composé supprime les sécrétions gastriques et l'hypermotilité gastro-intestinale avec une efficacité globale et une absence d'effets secondaires jusqu'ici insurpassées.

C'est ainsi que Moeller[1a] a observé que 2 mg de Robinul diminuent la sécrétion d'acide dans une proportion atteignant 84% en deux heures (comparativement à la sécrétion basale). Mieux encore, Robinul réduit aussi bien **l'acidité** des sécrétions gastriques que leur volume.[1a,b]

Breidenbach[2] signale que 2 mg de Robinul diminuent les contractions antrales de plus de 80% en 35 à 40 minutes. D'autre part, une étude effectuée par Young et Sun[1c] montre que Robinul assure à l'ulcéreux un effet spasmolytique salutaire sans entraîner de rétention gastrique ni de retard dans le transit intestinal.

Lorsque vous vous trouverez devant un cas d'ulcère duodénal, pourquoi ne pas prescrire Robinul ou Robinul-PH et lui laisser faire le travail?

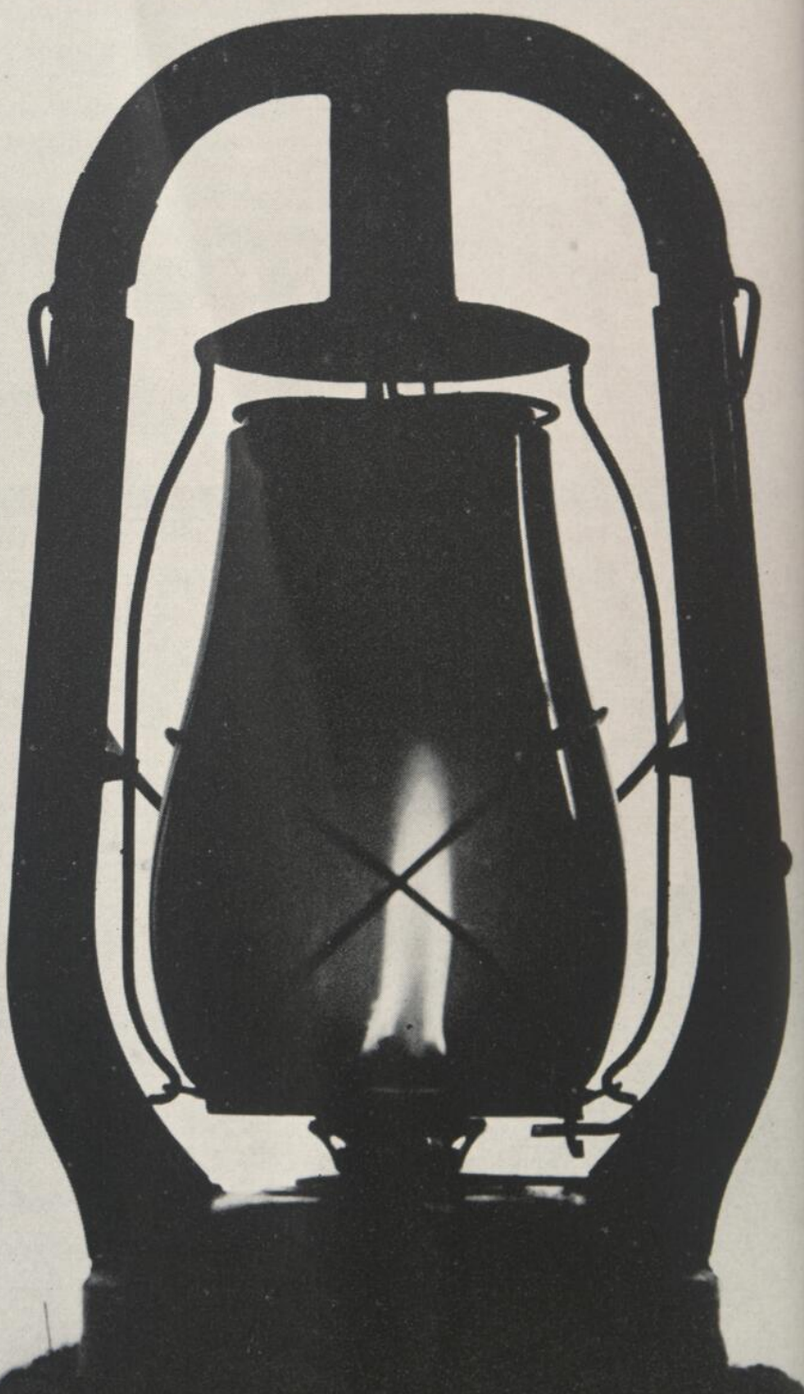
Chaque comprimé **ROBINUL®** renferme
glycopyrrolate (Robins) ..... 1.0 mg.

Chaque comprimé **ROBINUL®-PH** renferme
glycopyrrolate (Robins) ..... 1.0 mg.
phénobarbital (¼ gr.) .....16.2 mg.

Des renseignements supplémentaires peuvent être obtenus sur demande.

Références: 1. Académie des Sciences de New-York — Colloque sur l'ulcère gastro-duodénal, oct. 1961. (a) Moeller: "Physiological effect and clinical evaluation of glycopyrrolate in peptic ulcer disease." (b) D. C. H. Sun: "Comparative study on the effect of glycopyrrolate and propantheline on basal gastric secretion." (c) R. Young et D. C. H. Sun: "Action of glycopyrrolate on gastrointestinal motility." **2.** W.C. Breidenbach, rapport de recherches cliniques, mars 1961 (dossiers du Service Médical de A. H. Robins Co.).

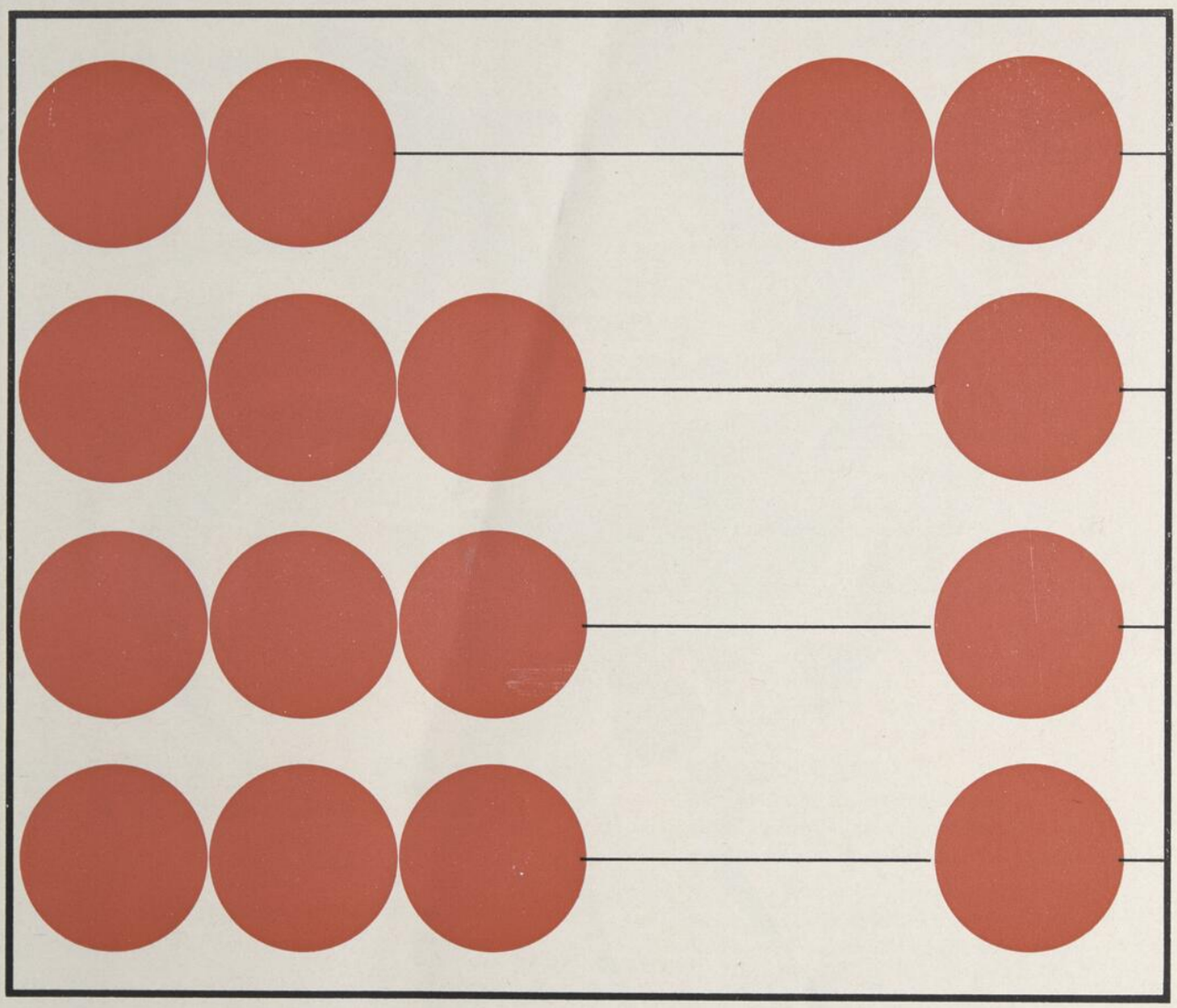
A. H. ROBINS CO. OF CANADA, LTD.
Montréal 9, Québec



ulcère en voie de guérison
Robinul en action

MAD 622F

Posologie élémentaire



Dose initiale de 2 comprimés, suivie d'un comprimé toutes les 24 heures, voici la posologie moyenne du Madribon, pour adultes, qui permet d'atteindre des niveaux sanguins thérapeutiques en quelques heures, et de les maintenir avec des doses quotidiennes uniques.
Mais ce qui importe plus au médecin qui désire soigner les infections des voies respiratoires supérieures avec un sulfamide moderne, le Madribon présente une efficacité au moins égale à celle des antibiotiques, et un degré d'innocuité insurpassé.

Dans les infections
des voies respiratoires supérieures

Madribon 'Roche'

Comprimés, 0.5 gm., Comprimés à croquer, 0.25 gm., Gouttes, 25%, Suspension, 0.25 gm./cuill. à thé, Ampoules, 5 cc., 500 mg.

Madribon® 2,4-diméthoxy-6-sulfanilamido-1,3-diazine

®Marque déposée

Documentation sur demande.

ROCHE

Hoffmann-La Roche Limitée, Montréal



CALCIUM CORBIERE

le seul CALCIUM INJECTABLE par voie I. M. ou I. V.
ABSORPTION et SOLUBILITÉ INSURPASSÉES

PRÉSENTATION

Injectable
boîte de 12 ampoules 5cc.
boîte de 12 ampoules 10cc.

Buvable, Vitamine C. D. et PP.
NORMAL, boîte de 8 et 24 ampoules 10cc.
FORT, boîte de 16 ampoules 10 cc.

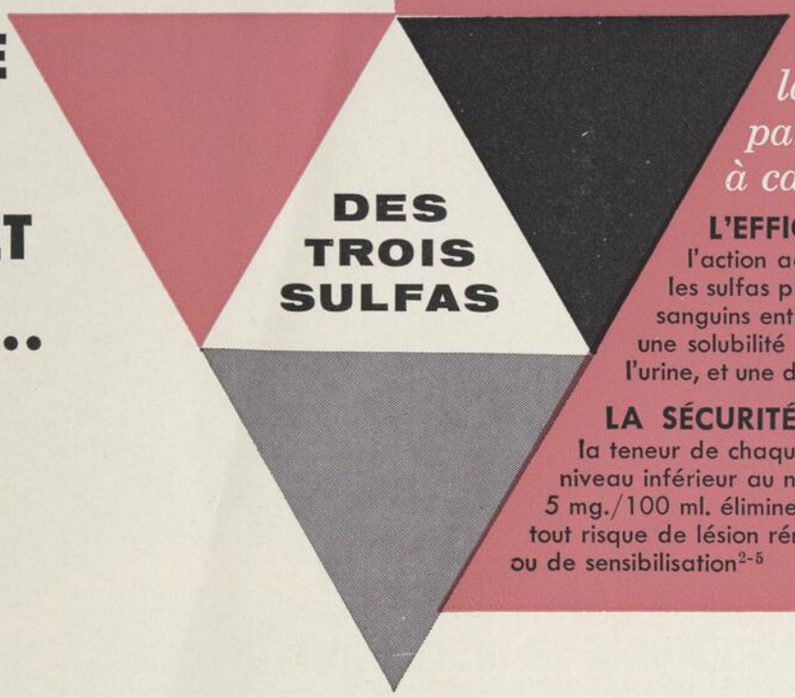
INDICATIONS

SURMENAGE, CROISSANCE, RACHITISME, GROSSESSE.

WELCKER

WELCKER & CIE LIMITÉE
6325, AVENUE PAPINEAU
MONTRÉAL 35 — CANADA

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



la thérapie par excellence à cause de...

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

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

"TRULFA"
MARQUE DÉPOSÉE

DES TROIS SULFAS

OMPRIMÉS et SUSPENSION de saveur agréable

haque comprimé ou cuillerée à thé de 5 cc. renferme:

ulfadiazine	175 mg.	**7½ gr.**
ulfamérazine	150 mg.	
ulfathiazole	175 mg.	

"TRULFA-ZINE"
MARQUE DÉPOSÉE

OMPRIMÉS et SUSPENSION de saveur agréable

haque comprimé ou cuillerée à thé de 5 cc. renferme:

ulfadiazine	167 mg.	**7½ gr.**
ulfamérazine	167 mg.	
ulfaméthazine	167 mg.	

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

URCES: 1. Terrell, W., et coll.: "The Newer Sulfonamides", Clin. North America, mars, 1957, p. 539. 2. Harris, W. H.: "The fonamides — Twenty-Five Years Later", Virginia M. Month. :65, 1959. 3. Ceder, E. T.: "The Current Appraisal of Cutaneous ug Eruptions", Minnesota Med. **41**:363, 1958. 4. A.M.A. Council Drugs: "New and Non-official Drugs 1959", Philadelphia, ncott, 1959, p. 49. 5. Kempe, C. H.: "A Rational Approach to tibiotic Therapy of Childhood Infection", Postgrad. Med. :235, 1958.

EFFICACE DANS
les infections à pneumocoque, staphylocoque, méningocoque, gonocoque et streptocoque hémolytique

la fièvre scarlatine, la rougeole, l'otite moyenne, l'amygdalite, l'angine de Vincent, la méningite et les infections du tractus urinaire.

POSOLOGIE

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

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

Flacons de 16 onces liquides ou de 100 comprimés.

Frosst

Charles E. Frosst & Co.
MONTRÉAL CANADA



souffrant de claudication intermittente la distance d'une rue lui semblait un mille de long

maintenant avec... **arlidin**
marque d'hydrochlorure de nylidrin N.N.D.

cette distance lui paraît plus courte...

il peut marcher plus longtemps — plus loin — avec plus de confort

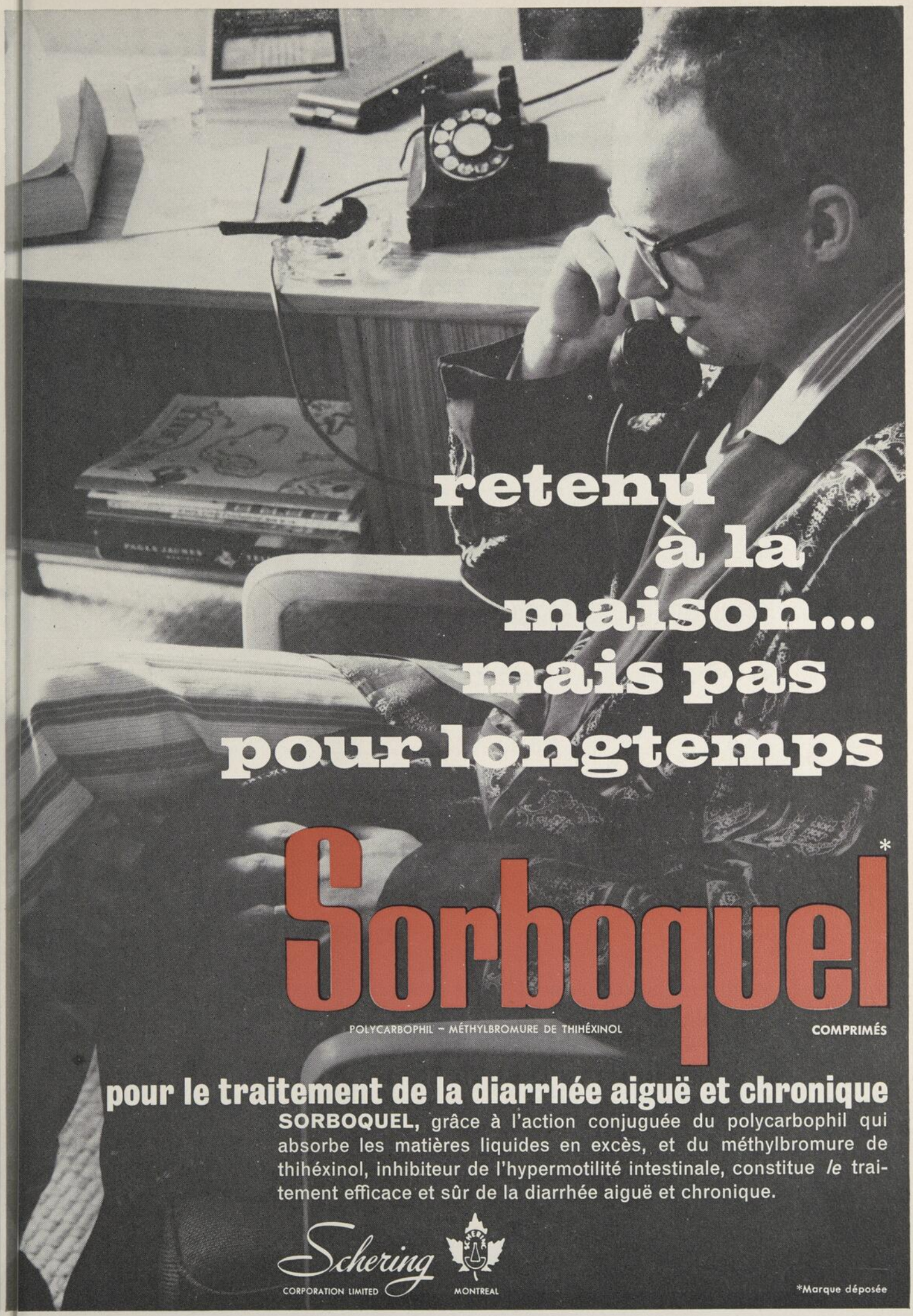
Arlidin augmente d'une manière sûre l'approvisionnement local de sang et d'oxygène, là où il est le plus nécessaire... principalement en profondeur du muscle, pour un soulagement agréable et soutenu de la douleur et du spasme dans:

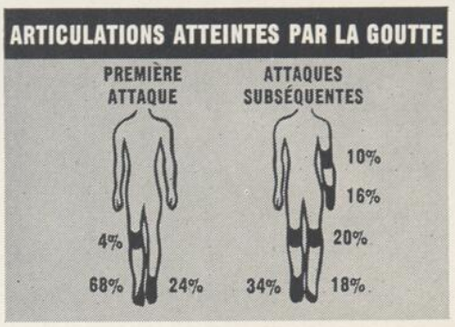
claudication intermittente de
artériosclérose oblitérante
trombo-angéite oblitérante
diabète athéromateux

crampes nocturnes des jambes
ulcères ischémiques
syndrome de Raynaud
mains, jambes et pieds froids

ARLIDIN est disponible en comprimés de 6 mg.— striés et en solution parentérale de 5 mg. par cc. Voir Vademecum International pour dosage et présentation. Protégé par brevet Canadien No. 516,824.

Documentation complète et détaillée sur demande.
arlington-funk laboratories, division
U. S. Vitamin Corporation of Canada, ltd.
C.P. 779, Montreal 3, Québec

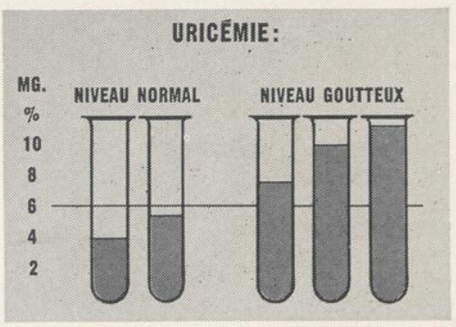

retenu
à la
maison...
mais pas
pour longtemps
Sorboquel*
POLYCARBOPHIL – MÉTHYLBROMURE DE THIHÉXINOL
COMPRIMÉS
pour le traitement de la diarrhée aiguë et chronique
SORBOQUEL, grâce à l'action conjuguée du polycarbophil qui absorbe les matières liquides en excès, et du méthylbromure de thihéxinol, inhibiteur de l'hypermotilité intestinale, constitue le traitement efficace et sûr de la diarrhée aiguë et chronique.
Schering
CORPORATION LIMITED
MONTREAL
*Marque déposée



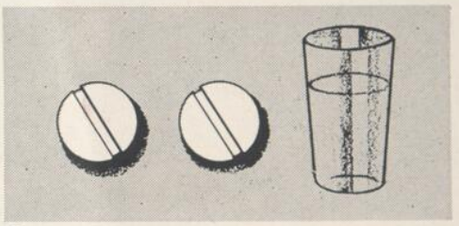
1. Douleurs musculaires intermittentes entrecoupées de longues périodes de rémission complète. *(Pourcentages d'incidence).*



2. Bursite goutteuse au niveau de l'olécrâne.



3. Hyperuricémie.



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

AUTANT D'INDICES DE GOUTTE!

Le cas échéant, prescrivez BENEMID*

(PROBÉNÉCIDE)

SPÉCIFIQUE DE LA GOUTTE

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

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

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

*Marque de commerce

MSD

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

ARRÊT

DE LA DIARRHÉE INFECTIEUSE

Le POLYMAGMA renferme du Claysorb dont le pouvoir d'adsorption est cinq fois plus élevé que celui du kaolin. Quant aux deux antibiotiques que contient le POLYMAGMA (polymyxine et dihydrostreptomycine), ils exercent en synergie une action bactéricide contre les germes pathogènes qui pullulent dans l'intestin et, partant, contribuent à normaliser la fonction intestinale.

Le POLYMAGMA favorise la formation de selles normales, lénifie et protège la muqueuse intestinale irritée. Grâce à l'arôme délicat de sa suspension, il facilite la collaboration du malade au traitement.

De nouvelles expériences in vitro[1] démontrent que le pouvoir d'adsorption du Claysorb contre les virus entéraux Coxsackie, ECHO et les virus de la poliomyélite des types 1, 2 et 3 s'élève à 98-99%. L'adsorption est immédiate et constante et couvre une vaste gamme de pH et de température.

PRÉSENTATION—Contre la diarrhée bactérienne: POLYMAGMA, en flacons de 3 et de 8 onces liq.

renferme le CLAYSORB—5 à 8 fois plus adsorbant que le kaolin[2]

1. Bartell, P., Pierzchala, W., et Tint, H.: J. Am. Pharm. A. (Scient. Ed.) 49:1 (janvier) 1960.
2. Barr, M., et Arnista, E.S.: J. Am. Pharm. A. (Scient. Ed.) 46:493 (août) 1957.

Polymagma*

Sulfate de dihydrostreptomycine, sulfate de polymyxine B, pectine et Claysorb* (attapulgite activée, Wyeth) incorporés dans un gel d'alumine

Wyeth
*Marque déposée
WINDSOR, ONTARIO



Soma maintient la mobilité tout en atténuant la douleur lombaire

Soma, ajouté au traitement classique des douleurs lombaires, aide à procurer un prompt soulagement de la douleur et de la raideur musculaires et un retour plus rapide à l'activité normale. Car Soma est un relaxant musculaire efficace ayant des propriétés analgésiques remarquables; il s'attaque à la fois aux deux phases du cycle douleur-spasme. Chez ceux qui répondent (jusqu'à 87% dans certaines études) on a noté du soulagement dans les 30 minutes. En continuant l'administration le patient est d'habitude entièrement soulagé dans les 24 heures.

Soma est remarquablement sûr. En général, les effets secondaires sont plutôt rares et faibles, la somnolence et le vertige étant les principaux rapportés. Ces effets peuvent se présenter au départ chez 8 à 10% des patients, mais ils disparaissent habituellement si on continue le traitement.

COMPOSITION: Chaque comprimé blanc sécable renferme 350 mg de carisoprodol. Flacons de 25 et 250.

le relaxant musculaire qui possède une action analgésique indépendante

Soma

CARISOPRODOL

POSOLOGIE: Dose ordinaire pour adultes: un comprimé de 350 mg, 3 fois par jour et au coucher.

FRANK W. HORNER LIMITED • MONTRÉAL

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

...rien, sinon
une sédation autonome au

DONNATAL®

Robins

Alcaloïdes naturels de la belladonne avec phénobarbital

Plus de médecins le prescrivent que tout autre antispasmodique



*Site: Grandfather Mountain, Caroline du Nord.

Dans chaque comprimé, capsule ou 5 cc. d'élixir de DONNATAL		Dans chaque Extentab de DONNATAL
0.1037 mg.	sulfate d'hyoscyamine	0.3111 mg.
0.0194 mg.	sulfate d'atropine	0.0582 mg.
0.0005 mg.	bromhydrate d'hyoscine	0.0195 mg.
16.2 mg. (¼ gr.)	phénobarbital	(¾ gr.) 48.6 mg.

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

DONNATAL comprimés • capsules • élixir
— pour un dosage commode t.i.d. ou q.i.d.

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

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



CEREVON

contre l'anémie pendant la grossesse

L'efficacité de Cerevon dans les cas d'anémie due à la carence de fer au cours des périodes pré- et post-natales a déjà été prouvée.

Parmi tous les sels de fer organiques qui sont offerts, seul Cerevon peut produire une élévation convenable de l'hémoglobine. Des expériences cliniques démontrent qu'une réaction journalière de l'hémoglobine de 1-2% peut être attendue après l'absorption d'un comprimé trois fois par jour. L'intolérance au Cerevon est inférieure à 1%.

Formules

Cerevon Succinate ferreux 150 mg.
Cerevon 'B' Succinate ferreux 150 mg.
Riboflavine 1 mg. Niacinamide 10 mg.
Chlorhydrate de thiamine 1 mg.

Présentation

Comprimés	100 et 1,000
Capules	100 et 1,000
Elixir Cerevon	4 oz. et 20 oz.

nouvelle

GOUTTES PEDIATRIQUES

CEREVON

Les gouttes pédiatriques Cerevon ont spécialement été conçues pour le traitement de l'anémie par carence en fer chez les enfants.

Grace à leur saveur agréable de framboise les gouttes pédiatriques Cerevon peuvent facilement être incorporées à la nourriture des bébés ou encore être administrées à la cuillère.

POSOLOGIE

Bébés prématurés:	**10-15 gouttes 2 fois par jour**
Plus de 2 ans:.....	**15 gouttes 2 fois par jour**
De 2 à 5 ans:.....	**30 gouttes 3 fois par jour**

COMPOSITION

Chaque cuillèrée à thé (3.5 ml.) renferme 150 mg. de Succinate Ferreux.

CALMIC

CALMIC LIMITED • TORONTO, CANADA
Crewe & Londres, Angleterre
Sydney, Australie



nouvel anabolisant à dose d'entretien très espacée

Nouveau DÉCA-DURABOLIN®

(décanoate de nandrolone injectable, Organon)

pour aider à rendre la durée de la vie plus saine, plus heureuse, plus active

Comme la durée de la vie augmente, le besoin d'utiliser un support anabolique se fait sentir. L'apparition de l'Ostéoporose après la ménopause en est une preuve. Maintenant, grâce au DÉCA-DURABOLIN vous pouvez aider à provoquer un état d'anabolisme constant pour maintenir d'une façon soutenue les protéines essentielles qui se trouvent dans le muscle, dans l'os et dans le sang.

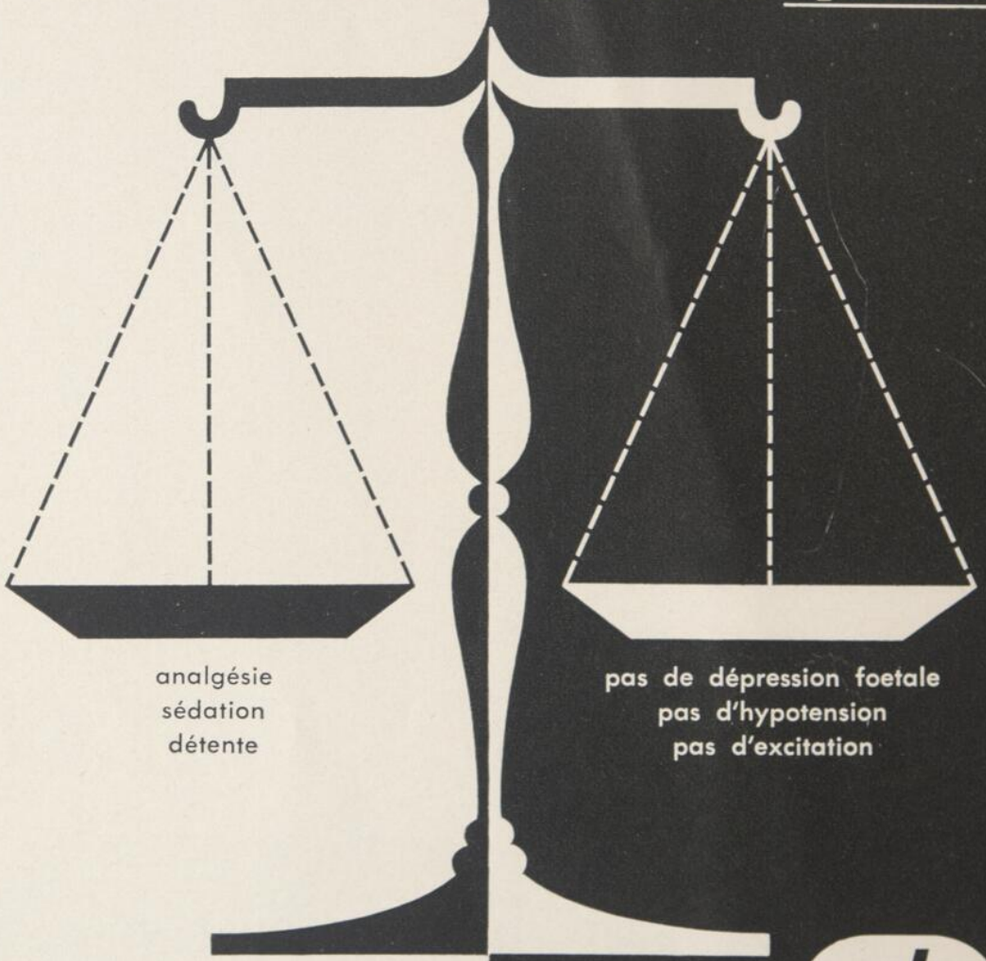
Le traitement protecteur par le DÉCA-DURABOLIN, injecté une fois par mois, fait profiter vos patients surtout ceux qui ont dépassé la cinquantaine. Il améliore le moral et aide la restauration de la vigueur dans les maladies chroniques. Il est particulièrement utile à renverser les effets de déplétion musculaire et de déminéralisation d'un traitement prolongé par les corticostéroïdes. Et le DÉCA-DURABOLIN fournit à vos patients âgés un support anabolique, pour le maintien des protéines tissulaires, à une économie insurpassable.

Le DÉCA-DURABOLIN (50 mg/cc) est injecté i.m. une fois toutes les 3 ou 4 semaines pendant une période de 12 semaines. Après un repos de 4 semaines ce traitement anabolique peut être repris. Le DÉCA-DURABOLIN est sûr et virtuellement non androgénique. Il est dénué d'influence nocive sur la fonction hépatique.

Il est présenté en ampoules de 1 cc. contenant 50 mg. de décanoate de nandrolone/cc. en solution d'huile de sésame stérile. Boîtes de 4 ampoules.

Organon Montréal P. Q.

WILLPRODINE.....*analgésie et anesthésie obstetricales équilibrées*



analgésie
sédation
détente

pas de dépression foetale
pas d'hypotension
pas d'excitation

1 cc intramusculairement

péthidine	25 mg.
promazine	25 mg.
hyoscine	.02 mg.

DUPHAR

CANADA DUPHAR LIMITED
LONDON CANADA

lans la grande région centrale de la douleur



Percodan*

s de Dihydrohydroxycodéinone et
omatropine, plus APC)

OMPRIMÉS

ent le milieu
ntre les
nalgésiques
raux légers et les
nalgésiques
arentéraux
uissants[1-7]

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

haque Comprimé Percodan* nferme 4.50 mg. de dihydroidroxycodéinone HCl, 0.38 mg. téréphtalate de dihydrohydroxydéinone (avis: peut provoquer ccoutumance), 0.38 mg. de réphtalate d'homatropine, 224 g. d'acide acétylsalicylique, 0 mg. d'acétophénétidine, et mg. de caféine.

pour un soulagement rapide et complet de la douleur

DOSE MOYENNE POUR ADULTES

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

Autre présentation

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

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

Endo

NDO DRUGS (CANADA) LTD.
ontréal, P. Q.

evet canadien No 537946
rque déposée



Elle jouit maintenant de la vie!

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

NARDIL

Antidépressif

(marque de phenelzine)

WARNER CHILCOTT
TORONTO CANADA

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

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

Fabricants de Peritrate, Mandelamine, Tedral, Warnerin



LA NOUVELLE FAÇON DE SOULAGER LES ENTORSES, LES EFFORTS ET LES DOULEURS LOMBAIRES

Un RELAxant musculaire unique remarquablement efficace et spécifique pour les conditions musculo-squelettiques. Il possède une action analgésique qui abolit la douleur sans entraver le mécanisme des réflexes naturels de défense . . .
dans la bursite, douleur lombaire, entorses, contusions, blessures traumatiques ou lancinantes.

Rapide — L'action relaxante et analgésique se manifeste dans les 30 minutes suivant l'ingestion et dure aussi longtemps que six heures.

Toxicité extrêmement basse — Aucune action hépatique, endocrinienne, cardiaque, hémolytique ou néphritique ne fut rapportée. On peut observer de la somnolence chez les patients recevant des doses plus élevées que celles recommandées.

DOSAGE: La dose habituelle pour adulte est de 1 comprimé 3 fois par jour et au coucher.
Présentation: Flacon de 30 comprimés roses dosés à 350 mg. chacun.

Brise le cycle douleur spasme douleur

RELA

CARISOPRODOL

s'attaque aux deux

RELA, marque de commerce

Schering CORPORATION LIMITED MONTREAL

NOUS PRÉSENTONS LE NOUVEL empaquetage RTA B-P non-stérile

PRÊT-POUR-L'AUTOCLAVE



avec le

TRANCHANT AMÉLIORÉ

de la lame d'acier inoxydable B-P

Voici les caractéristiques du nouvel empaquetage RTA

- résistant à l'air et à l'humidité
- papier résistant aux perforations et imprégné de latex
- bandes indicatrices pour autoclave
- ouverture de séparation du type chevron
- des unités individuelles sont présentées en boîtes d'une demi-grosse, chiffrées en couleur pour indiquer la dimension des lames
- stérilisable à la vapeur, au gaz ou à la chaleur sèche

nouvelle économie—les lames inoxydables RTA coûtent moins cher que les lames stériles.

excellente technique—les lames inoxydables RTA peuvent être stérilisées avec d'autres instruments et préparées par l'infirmière dans son milieu stérile.

tranchant supérieur—les lames inoxydables RTA sont doublées d'un micro-coupant tout nouveau et plus tranchant que jamais.

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

B-P, BARD-PARKER, RTA est une marque de fabrique

NOUVEL AGENT PROTÉINIQUE RESTAURATEUR DES TISSUS

ADROYD*

N+
oxymétholone
Parke-Davis

POUR OBTENIR DES GAINS ANABOLIQUES SIGNIFICATIFS DANS LES CAS SUIVANTS: ASTHÉNIE (POIDS INFRA-NORMAL, ANOREXIE, MANQUE DE VIGUEUR); CONVALESCENCE À LA SUITE D'UNE INTERVENTION CHIRURGICALE OU D'INFECTIONS GRAVES; MALADIES ÉPUISANTES; BRÛLURES; FRACTURES; OSTÉOPOROSE ET AUTRES ÉTATS CATABOLIQUES.

■ FAVORISE ET MAINTIENT UN BILAN AZOTÉ POSITIF ■ AIDE À RÉTABLIR L'APPÉTIT, LES FORCES ET LA VIGUEUR ■ FAVORISE LA FORMATION DE TISSUS MUSCULAIRES FERMES, SANS GRAISSE ■ INFLUENCE FAVORABLEMENT LE MÉTABOLISME DU CALCIUM ET DU PHOSPHORE ■ PROCURE UNE SENSATION DE BIEN-ÊTRE.

ADROYD EXERCE UNE ACTIVITÉ ANABOLIQUE ÉLEVÉE—Les propriétés de restauration des tissus d'ADROYD dépassent son action androgénique au point que ses effets masculinisants ne présentent habituellement aucun problème clinique. Autres avantages d'ADROYD: aucune activité oestrogène ni progestinogène. Aucune rétention hydrique importante. Exemption apparente de nausées, de vomissements et autres troubles gastro-intestinaux.
Efficacité par voie buccale.
Présentation: Comprimés rainurés de 2.5 mg en paquet de 50; 5 mg en paquet de 30.

PARKE-DAVIS
PARKE, DAVIS & COMPANY, LTD., MONTREAL 9

*MARQUE DÉPOSÉE CP88462

CHOLOXIN

(marque de sodium dextro-thyroxine)

En utilisant de plus en plus le CHOLOXIN, des milliers de médecins et leurs patients... en témoignent l'efficacité et la sûreté.

Plus de 40 publications sur le CHOLOXIN ont paru dans le premier semestre de 1962 et près d'une soixantaine en 1961. Ces données soutiennent fortement l'efficacité de la thérapeutique au CHOLOXIN.

spécificité d'action — Le contrôle clinique prouve que le CHOLOXIN possède en pratique une action spécifique — physiologiquement, il réduit le cholestérol sérique et rénal... sans effet clinique d'hypermétabolisme.

élimination physiologique du cholestérol — Le CHOLOXIN n'entrave pas la synthèse normale du Cholestérol. Contrairement à des agents réducteurs cholestérolytiques, le CHOLOXIN ne forme pas de dépôts de cholestérol sur les autres tissus, mais plutôt accélère son excrétion dans les fèces. Le CHOLOXIN est absorbé directement par le système gastro-intestinal... il est rapidement réduit et désiodé.

Le CHOLOXIN est sans activité calorigénique... ainsi le BMR, le rythme des pulsations et le EKG ne sont pas modifiés de façon marquée.

réduction du taux de la triglycéride et de la bêta-lipoprotéine — Les taux des autres lipides circulatoires qui jouent des rôles importants dans la genèse de l'athérosclérose sont réduits par le CHOLOXIN.[1] Chez 36 patients hospitalisés, "les taux sanguins triglycérides s'abaissèrent de 22-53% (abaissement moyen de 61 mg%)... le taux sérique des lipoprotéines... diminuèrent en même temps que les niveaux sanguins lipides."[2] Owen rapporte une absorpsion de dépôts visibles de matières lipides provenant de xanthomes tubéreux de la peau et des parties molles, comme résultat d'une administration du CHOLOXIN.

posologie: La dose moyenne est de 1 comprimé de 4 mg par jour. Voir le dépliant inséré dans la boîte pour plus amples instructions posologiques.

présentation: Disponible sur prescription, en boîtes de 30 comprimés blancs, sécables, de 4 mg. Sur prescription seulement.

1. Garrett, T.A., et coll.: Scientific Exhibit, 111th Annual Meeting, AMA, Chicago, Ill., 24-28, juin 1962.
2. Klein, E., et coll.: Fed. Proc. 21:99, 1962. 3. Owen, W.R., et coll.: Angiology, 13:75, 1962.

Fabricant les Produits Pharmaceutiques d'ordonnance au Canada depuis 1938

BAXTER LABORATORIES OF CANADA, LTD.

ALLISTON, ONTARIO

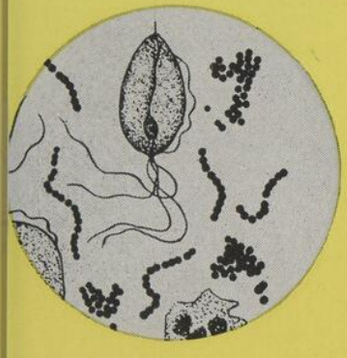
En Thérapie Cervicovaginale Locale

Sultrin*

le Triple Sulfa Cream

AMÉLIORÉ

CRÈME BLANCHE...ÉMOLLIENTE
NE TACHANT PAS

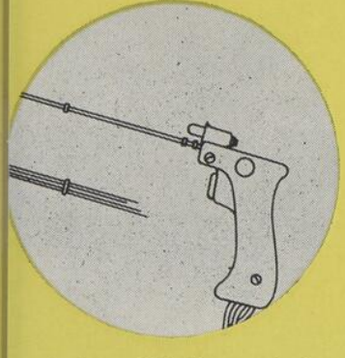


contre les envahisseurs secondaires dans les infections à trichomonas

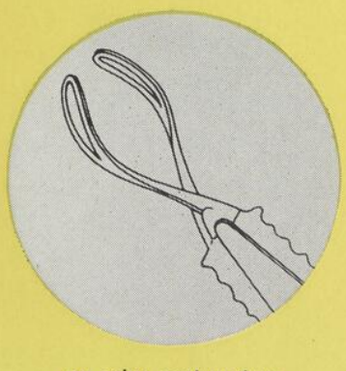


en vaginite non spécifique





après la cautérisation cervicale, la chirurgie cervicale ou vaginale



en soins post-partum

quand on préfère un comprimé

Sultrin*

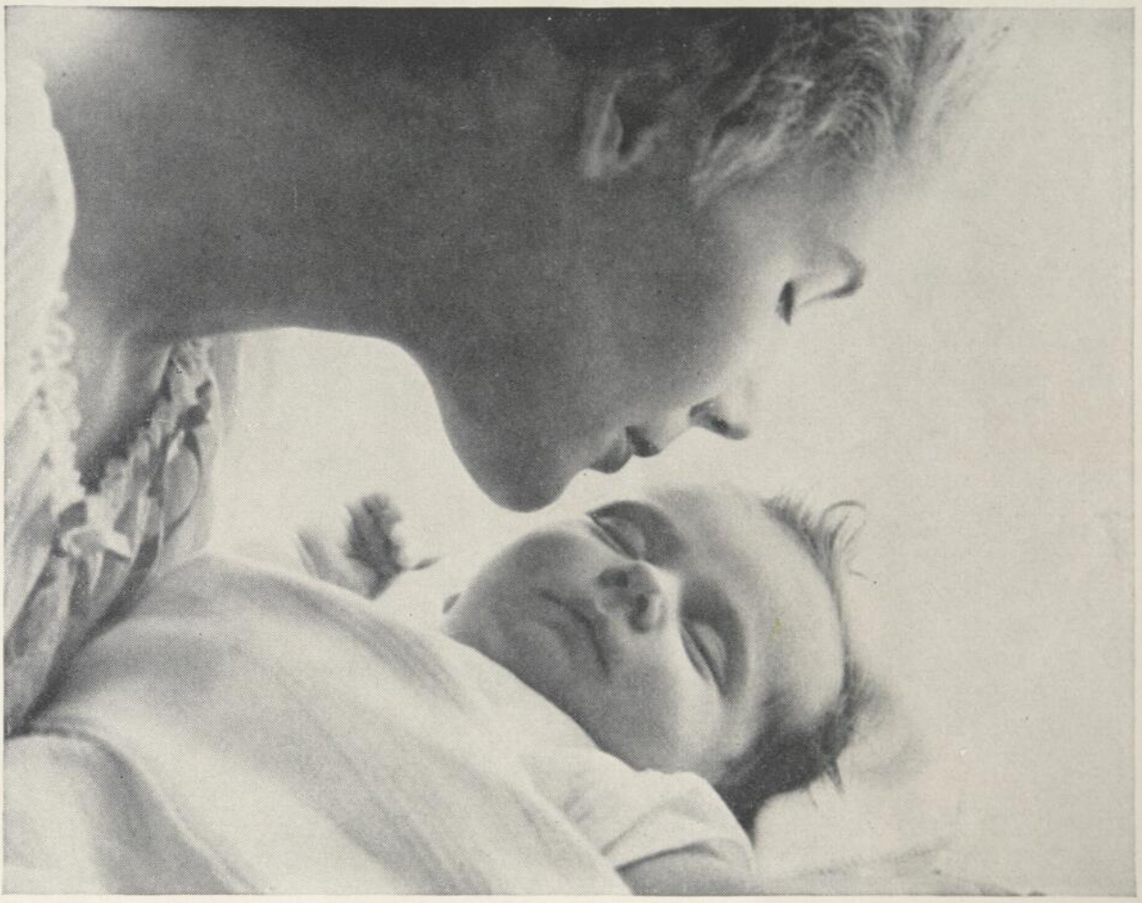
COMPRIMÉS VAGINAUX
DE TROIS SULFAS

Blancs et très solubles. Vagino-thérapie à trois sulfas sous forme pratique de comprimés.

Ortho

*marque déposée

ORTHO PHARMACEUTICAL (CANADA) LTD., TORONTO, ONT.



du point de vue de la mère

le S·M·A conserve à son bébé santé et vigueur. Pour préparer l'aliment, il suffit d'ajouter de l'eau—geste très simple—soit au S·M·A en poudre soit au nouveau S·M·A liquide. Enfin, le S·M·A est économique, ne coûtant qu'un sou l'once.

Du point de vue du médecin, le S·M·A constitue un aliment complet, puisqu'il contient en quantités équilibrées, tous les éléments nutritifs nécessaires à la santé et à la croissance. La mère ne risque pas de changer de mesure, ni d'oublier de donner à Bébé les suppléments nécessaires. Le S·M·A est une formule complète qui se compare étroitement au lait maternel, par sa teneur en protéine, en corps gras, en sucre de lait et en cendre.

Wyeth
Marque déposée
WINDSOR, ONTARIO

S·M·A

Aliment pour bébés
en poudre • en liquide



le malade a une pharyngite bactérienne...

le médecin à une décision à prendre



Devant une pharyngite bactérienne ou toute autre infection bactérienne, le médecin doit décider quel antibiotique a le plus de chances de combattre avec succès le germe pathogène inconnu. Si on avait le temps de procéder à des épreuves de sensibilité, qu'indiqueraient ces dernières?

Il ressort d'études effectuées par 17 laboratoires d'hôpitaux canadiens que l'Albamycin T est l'antibiotique qui a le plus de chances de réussir à vaincre des infections bactériennes prises au hasard. Comme le déclarait un des dix-sept chercheurs, l'Albamycin T est utile chez les malades observés au bureau ou à domicile, soit dans les circonstances où il est impossible ou peu pratique d'étudier la sensibilité des germes, et quand on croit avoir affaire à une infection mixte.[1]

Présenté sous forme de comprimés en flacons de 16 et de 100 comprimés et sous forme d'un granulé aromatisé, en flacons de 40 et de 60 cc. (après solubilisation).

1. DeVries, J. A.: Appl. Therap., 3: 356-358 (mai 1961).

MARQUE DÉPOSÉE: ALBAMYCIN CF 1634

Pourcentage des germes pathogènes sensibles à

ALBAMYCIN T	7424 souches	85.6%
ERYTHROMYCINE*	4878 souches	75.3%
CHLORAMPHÉNICOL	7478 souches	74.9%
NOVOBIOCINE*	5394 souches	69.1%
TÉTRACYCLINE	6867 souches	63.2%

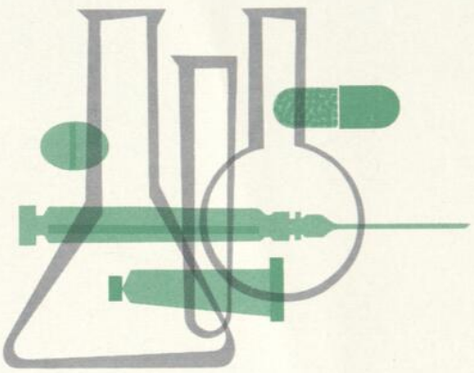
*N'a pas été essayé par certains laboratoires sur des germes à Gram-négatif.

Albamycin T

NOVOBIOCINE/TETRACYCLINE

l'antibiotique qui a le plus de chances de réussir

Upjohn



le point culminant
de la recherche et de l'expérience clinique
dans le domaine des stéroïdes

Medrol

"... nous avons eu recours à ce médicament (Medrol) pour traiter une vaste gamme de maladies inflammatoires, dermatologiques, néoplasiques et de maladies du collagène et l'avons trouvé très précieux dans tous ces domaines de la pratique."[1]

Medrol Medules

pour la libération graduelle de stéroïde

Capsules à 2 et à 4 mg de méthylprednisolone, en flacons de 30 et de 100 capsules.

Medrol en comprimés

pour une action immédiate

Comprimés à 2 et à 4 mg de méthylprednisolone, en flacons de 30 et de 100 comprimés.

Depo-Medrol

forme injectable à longue action qui permet au médecin d'avoir la haute main sur le traitement

Suspension aqueuse stérile d'acétate de méthylprednisolone, dosée à 40 mg. par cc., en flacons-ampoules de 1, de 2 et de 5 cc.

Veriderm Medrol

pour traiter les dermatoses non-compliquées

En tubes de 5 et de 15 gm. contenant 0.25% d'acétate de méthylprednisolone dans l'excipient Veriderm, à base de lipides cutanés.

Veriderm Neo-Medrol

pour traiter les dermatoses infectées

En tubes de 5 et de 15 gm. contenant 0.25% d'acétate de méthylprednisolone, outre 0.5% de sulfate de néomycine dans l'excipient Veriderm, à base de lipides cutanés.

1. Lamphier, T. A., et al.: Methylprednisolone in Orthopedic Problems, Gen. Practice, 25:6-8 (mars 1962).

MARQUE DE COMMERCE: DEPO • MARQUES DÉPOSÉES: MEDROL, NEO-MEDROL, VERIDERM, MEDULES • CF 1676

Upjohn À L'AVANT-GARDE DES RECHERCHES DANS LE DOMAINE DES CORTICOÏDES

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



quand le contrôle du poids se complique de diabète ou d'hypertension LA SÉCURITÉ est d'importance capitale

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

"D'après les rapports cliniques publiés, il semblerait que la benzphétamine est un adjuvant sûr et efficace du traitement global de l'obésité chez l'hypertendu."[2]

"Ce produit (Didrex) se révèle particulièrement précieux chez l'obèse qui est également enceinte, diabétique ou hypertendue."[3]

Indications: Traitement de l'obésité exogène. Il faut cependant se montrer prudent en présence d'hypertension moyenne ou grave, de thyréotoxicose, de maladie coronaire aiguë ou de décompensation cardiaque.

Posologie: Amorcer le traitement anorexigène avec 1 à 2 comprimés (25 à 50 mg) au milieu de la matinée pendant plusieurs jours. "Régler" ensuite la posologie dans chaque cas individuel jusqu'à concurrence d'un maximum de 6 comprimés par jour (150 mg).

Réactions secondaires: On n'a constaté aucun effet sur le sang, l'urine, la fonction hépatique ou rénale. On a observé parfois des effets secondaires bénins, similaires à ceux qu'avaient entraînés les placébos telles que sécheresse de la bouche, insomnie, nausée, palpitations et nervosité.

Présentation: Comprimés à 25 mg de chlorhydrate de benzphétamine, en flacon de 100 comprimés.

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

Upjohn

RÉFÉRENCES:

1. Reiser, P., et al.: International Record of Medicine, **174**:94-98 (février 1961).

2. Oster,, H. L., and Medlar, R. E.: J. Mich. State Med. Society, **60**:1550-1552 (décembre 1961).

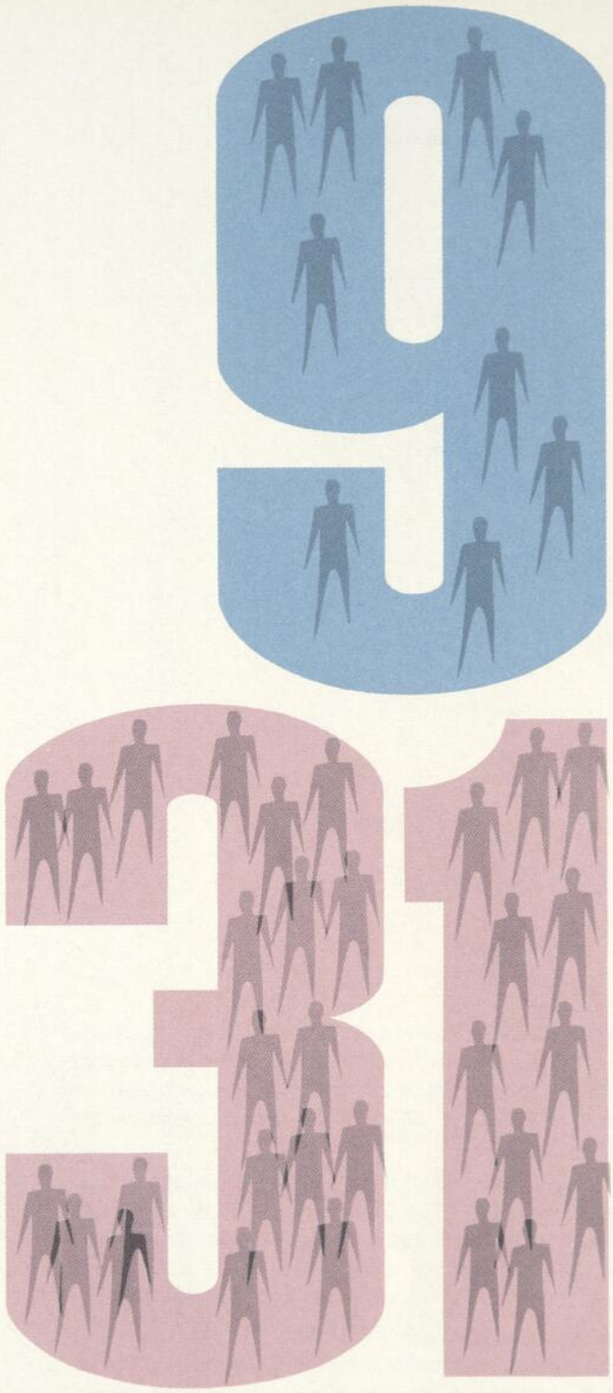
3. Stough, A. R.: J. Oklahoma State M. A., **53**:760-767 (novembre 1960.)

MARQUE DÉPOSÉE DIDREX CF 1371



AIDE À MAIGRIR DE FAÇON CONTINUE

Didrex



malades ont aimé l'onguent mais ont préféré le Veriderm

Au cours d'une récente étude[1] où les malades eurent l'occasion d'essayer les deux excipients, onguent et Veriderm, 31 sur 40 ont préféré le Veriderm, soit l'excipient à base de lipides cutanés. "Chez les malades externes ou ceux qu'on soigne en médecine générale, soit dans les conditions où il est impossible de surveiller l'application, cette préférence marquée peut fort bien représenter un élément capital du traitement dermatologique global."[1]

1. Haye, K. R.: Brit. J. Clin. Prac., **16**:188-190 (mars 1962).

Upjohn á l'avant-garde des recherches dans le domaine des stéroïdes

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

Veriderm Medrol

pour traiter les dermatoses non-compliquées

Composition par gramme:

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

dans l'excipient Veriderm, à base de lipides cutanés

Présenté en tubes de 5 et de 15 gm.

Veriderm Neo-Medrol

pour traiter les dermatoses infectées

Composition par gramme:

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

Sulfate de néomycine ..... 5.0 mg.

(correspondant à 3.5 mg. de néomycine)

dans l'excipient Veriderm, à base de lipides cutanés

Présenté en tubes de 5 et de 15 gm.

MARQUES DÉPOSÉES: MEDROL, NEO-MEDROL ET VERIDERM

CF 167

BULLETIN

PROPOS SUR DES FAITS DIVERS

L'actualité dans notre petit et dans le grand monde fourmille d'événements suscitant des commentaires et des expressions d'opinion que nous pourrions croire pertinents, si nous en avions la témérité et la prétention.

A tout hasard, sans plus de manières et sans formalisme, nous nous contenterons de discourir sur quelques faits récents qui sont venus à notre connaissance.

* * *

Le doyen a donné sa démission à la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal. Le conseil de la Faculté a eu l'élégance de faire l'éloge du démissionnaire et de reconnaître les mérites des accomplissements effectués par lui-même ou sous son inspiration.

Certains postes élèvent ceux qui les détiennent. Il en est ainsi du décanat d'une faculté. Quelques individus privilégiés ont même le pouvoir de rehausser la fonction dont ils s'acquittent. Le temps permettra de juger si le docteur Bonin fut de cette classe exceptionnelle. Quoi qu'il en soit, il a consacré l'entier de ses soucis à la Faculté. Il s'était donné la tâche primordiale d'y créer de la méthode dans les rouages administratifs, du système dans le recrutement des élèves et la valorisation des jeunes médecins qui avaient passé les cinq années du cours universitaire.

Une faculté n'est pas une industrie, ni un ministère; la tâche de conduire et d'aligner les études de plus en plus poussées et changeantes, comme de les appliquer à un groupe nombreux d'étudiants en regard d'un contingent de professeurs dont la plupart peuvent être considérés comme bénévoles, est assurément lourde, délicate et difficile. Pour atteindre une fin cohérente et efficace, on doit se soumettre à une application assidue et à une constance sans relâche.

Le docteur Bonin caressait le rêve toujours évanescent de l'hôpital universitaire. Il part avant la réalisation de ce projet. Il peut se consoler cependant à la pensée qu'il en posa de solides jalons.

Pour cela et pour toutes autres et multiples choses affrontées et accomplies dans le calme et la solitude d'une application que lui seul et ses intimes connaissent bien, il a droit à la gratitude. Nous lui en formulons le témoignage.

* * *

Par la voie des journaux, puisque nous avons dépassé depuis longtemps l'âge heureux de la jeunesse des écoles, nous avons appris que l'Association générale des étudiants de l'Université de Montréal se propose de pénétrer dans une ère nouvelle en prenant conscience de son rôle dans la

nation. C'est un vœu qu'a exprimé son exécutif au cours d'un congrès tenu tout récemment. Fini l'amateurisme, l'A.G.E.U.M. se mettra au service de la nation canadienne-française. Elle agira, se propose-t-elle, sur les plans sociaux et politiques. Nous félicitons nos jeunes collègues étudiants.

Cela nous éloigne et nous distrait du frénétique et puéril envoûtement pour les autos-jouets, de l'engouement irréfléchi pour certaines importations américaines types *Rock and Roll* et *Twist,* pour d'autres implantations aussi ridicules tel l'existentialisme « à la manque » de quelques jeunes.

Mais attention! Les études d'abord; elles sont la fin primordiale. Et, au surplus, de la suite, de l'ordonnance, le respect d'une certaine hiérarchie dans les projets et pour les personnes.

Avec la constance et de l'application dans l'ordre des gestes posés, on arrive à des résultats merveilleux.

Et encore l'humour, la gaieté qu'on ne doit pas noyer dans un sérieux dont la lourdeur risquera d'écraser.

Félicitations à nos jeunes étudiants et succès à leurs projets qui réflètent de la maturité au profit d'une évolution stimulante.

* * *

Nous lisons les remarques suivantes sur le charlatanisme dans la dernière livraison du journal officiel de l'« Association Médicale Mondiale » (septembre 1962) ;

Un docteur G. D. Dorman, de New-York, admet que les chiropraticiens sont reconnus aux Etats-Unis dans tous les états à l'exception du Massachusetts, de New-York, de la Louisiane et du Mississippi et « à condition que la pratique de leur exercice se limite aux massages de la colonne vertébrale et aux ajustements des vertèbres. La profession médicale s'oppose à ce culte, puisqu'il ne repose sur aucune donnée scientifique et ne permet pas au chiropracteur (sic) d'établir un diagnostic exact ». Et plus loin: « Les chiropracteurs prétendent faire leurs analyses en découvrant par le toucher une subluxation susceptible de pincer un nerf. Déclaration étonnante, car une épaisseur musculaire de un à trois pouces sépare les doigts du chiropracteur de la colonne vertébrale du malade où il prétend découvrir une légère dislocation qu'il appelle subluxation ». Et l'auteur continue en insistant sur les dangers des radiations sur le corps humain qu'ignorent les chiropraticiens qui se servent de rayons X.

Tout cela est bien connu. Le répéter, en mentionnant d'autres dangers de fractures, de luxations réelles ou de compressions médullaires provoquées, en plus de fautes d'omission à l'égard des maladies diagnostiquées et pouvant être traitées favorablement, n'est pas superflu.

Le docteur C. J. Ross Smith, d'Australie, sur le même sujet du charlatanisme, apprend « qu'en s'efforçant de maintenir l'exercice de la médecine au niveau déontologique le plus élevé, la profession (médicale australienne) détient le moyen le plus efficace pour combattre le charlatanisme ».

Nous souscrivons sans restriction à cette opinion.

Il existera toujours des individus attirés par l'ésotérisme ou en quête d'une thérapeutique de dernier ressort, mais une population bien éclairée et instruite de la médecine servie par des médecins compétents et consciencieux sur le plan médical et des honoraires, ira porter ses maux, ses angoisses au cabinet du médecin.

Dans le même sens, le docteur Edmond Girardet, de Lausanne (Suisse), affirme que dans son pays, pour les procès aux charlatans, le corps médical ne se porte jamais partie civile, estimant que les guérisseurs ne sont pas des concurrents aux médecins, et qu'il laisse au service de la Santé publique de l'Etat le soin de les poursuivre.

Attitude digne et au surplus de sagesse qui, comme ajoute l'auteur, empêche le grand public de juger que le corps médical intervient contre les charlatans dans un geste de sauvegarde pour son prestige et ses revenus.

On a raison en Suisse, à cet égard.

* * *

Le conflit a pris fin en Saskatchewan. Les médecins ont sauvé un principe, soit la liberté de pouvoir exercer en dehors du plan gouvernemental. Mais à l'usage ce règlement nous paraît un marché de dupes. Et si nous étions citoyen dans cette province, payant impôt et contribution d'office au plan gouvernemental, pourquoi irions-nous verser des honoraires professionnels à un médecin privément consulté ou pourquoi verserions-nous une seconde contribution à une assurance mutuelle, et pour quel bénéfice ou avantage le ferions-nous? A l'expérience du temps, nous croyons que toute la population ou la grande majorité ira aux médecins de l'Etat tant et aussi longtemps qu'ils prodigueront des soins appropriés.

La commission comprendra un plus grand nombre de médecins; d'accord, mais ils seront toujours en minorité et au surplus quels seront-ils s'ils doivent être agréés par les autorités gouvernementales.

En somme, tout nous paraît être perdu sauf l'honneur d'avoir négocié et d'avoir obtenu la reconnaissance d'un principe de liberté qui, à notre avis, ne servira pas ou qu'exceptionnellement.

Mais nous espérons cependant, à cet effet, faussement conjecturer.

* * *

Enfin, nous avons une loi des hôpitaux. On la réclamait depuis longtemps. Des événements et des enquêtes récents, couronnés de rapports judicieux sur l'administration financière et médicale de certains hôpitaux, en ont précipité la confection.

On peut affirmer que, dans l'ensemble, cette loi est bonne.

Elle contribue à mettre de l'ordre dans le monde hospitalier et à y reconnaître l'importance du médecin qui est assurément dans l'hôpital plus qu'un simple invité, comme l'a déjà prétendu un conseiller en administration hospitalière.

La loi stipulant que le Bureau médical a le droit d'être représenté par au moins un de ses membres nommé par lui et au Conseil d'administration et à son exécutif, consacre l'influence effective du médecin non seulement dans son rôle professionnel, mais aussi l'utilité de sa présence dans l'administration d'un organisme exclusivement voué au traitement des malades.

En définitive, on admet que le malade et le médecin sont les éléments essentiels sans lesquels l'hôpital d'aujourd'hui n'existerait pas.

En contre partie, la loi exige que le directeur général fasse partie de l'exécutif du Bureau médical. On comprend, ici, qu'on a négocié par compromis: médecins à l'administration, administrateur au Bureau médical. Mais cela veut-il dire que l'administrateur sera membre à part entière avec droit de vote? Et si ce directeur général n'est pas médecin! Serait-il logique qu'il possède alors les mêmes droits, n'ayant pas les mêmes qualifications professionnelles, que les membres réguliers de ce Bureau?

On peut très bien concevoir qu'un médecin se fasse administrateur. Il lui faut de l'intelligence, de l'honnêteté et de l'intérêt pour la bonne gestion de l'hôpital auquel il appartient. Mais peut-on aussi facilement admettre qu'un administrateur puisse être mué du jour au lendemain, par l'opération subite de sa nomination, en médecin pour juger, au même degré de compétence, les problèmes de l'exercice de la médecine, sur le plan professionnel et scientifique sur toutes ses facettes? Nous ne pouvons l'admettre sans restriction.

Dans le contenu de cette loi, le rôle du Bureau provincial de médecine est limité, car concurremment avec les associations d'administration hospitalière, il se résume à formuler les règlements des bureaux médicaux, à réglementer les ententes concernant l'enseignement dans l'hôpital aux étudiants en médecine et en chirurgie dentaire et enfin d'exercer une surveillance sur les modes d'admission, de sortie et de traitements des malades. Les décisions prises par le Bureau provincial auront force de loi par l'approbation du lieutenant-gouverneur en conseil.

Sans doute, cette réglementation aura pour conséquence la constitution de bureaux médicaux dans tous nos hôpitaux publics et d'y établir des normes uniformes de fonctionnement qui puissent y mettre de l'ordonnance à laquelle devront se conformer les médecins et les administrateurs.

Nous croyons qu'il est possible et facile même de tracer de la sorte une ligne de conduite juste et équitable pour les deux corps qui doivent diriger la vie de l'hôpital.

Les droits et les devoirs d'une part et d'autre une fois bien délimités, la collaboration pourra s'opérer sans méfiance et dans une plus heureuse harmonie.

ROMA AMYOT

LA RECHERCHE CLINIQUE À L'HONNEUR

Structure de la médecine contemporaine, la recherche clinique se joue dans l'ombre et ses ministres s'entourent habituellement d'une extrême discrétion. L'équipe du XXXIIe Congrès de l'A.M.L.F.C. a décidé que cette nouvelle discipline médicale avait plus que droit de cité et qu'elle devait être mise à l'ordre du jour d'assises scientifiques qui se veulent instructives et profitables.

La formule que l'équipe a choisie pour les Entretiens de novembre 1962 fait une large place aux chercheurs; elle facilite, en particulier au secteur post-scolaire, le colloque entre ceux qui enseignent et exposent le fruit de leur expérience et ceux qui écoutent la parole pensée à leur intention.

Si la recherche clinique au Canada mérite la vedette et entend démontrer le rôle qu'elle tient dans le mécanisme complexe d'une finalité thérapeutique, elle n'ignore pas les travaux faits ailleurs et elle s'en inspire pour élargir la somme de ses connaissances.

L'équipe du XXXIIe Congrès a fait appel à des sommités internationales: le professeur Jean Hamburger, néphrologue averti et célébre pour son oeuvre personnelle de la transplantation rénale chez l'humain, le professeur René Dubos de l'Institut Rockefeller de New-York, autorité reconnue en microbiologie et en antibiothérapie et le professeur René Fauvert de Paris, dont les recherches sur le foie ont ouvert des horizons jusqu'alors insoupçonnés.

L'équipe du XXXIIe Congrès a entouré ses invités de l'étranger de rapporteurs appartenant aux Universités Laval, McGill, d'Ottawa, de London, de Rochester, N.Y. et de Montréal, choisis pour leur compétence et aussi, quand ils sont anglophones pour leur facilité à s'exprimer dans la langue de Racine.

Le XXXIIe Congrès s'est donné la mission d'instruire sans effort et dans une continuité sans relâche. Celui qui a l'appétit d'apprendre trouvera à l'insigne de l'Hôtel Reine Elisabeth de Montréal et à l'époque du début de novembre, soit les 7, 8, 9 et 10 du mois, tout ce qu'il faut pour le satisfaire, tôt le matin des cours postscolaires à nombre limité et à bureaux fermés, puis une séance plénière, en fin de matinée des films scientifiques et l'après-midi deux séances plénières dont l'une consacrée à l'audition des invités de France.

Le programme général du XXXIIe Congrès ne peut, tout en voulant s'adresser surtout au clinicien, couvrir tous les aspects de la médecine; pour tenter de combler ces lacunes, il y aura dans le cadre du Congrès des séances qui se dérouleront en marge et qui ont été organisées par des sociétés autonomes qui, certaines, gravitent dans l'orbite de l'A.M.L.F.C. ou qui en sont totalement indépendantes; les unes s'intéressent à l'ordre économico-social et aux intérêts professionnels, d'autres se confinent exclusivement à l'aspect scientifique de la médecine.

Comme prélude à la journée inaugurale du Congrès, l'Association des Bureaux Médicaux et la Société Médicale de Montréal se réuniront à l'Hôtel Reine Elizabeth, mardi le 6 novembre 1962.

Le Club de recherches cliniques, l'Association du Diabète, la Société d'Hygiène et de Médecine Préventive, le Comité des Médecins de pratique générale, la Société de Traumatologie et d'Orthopédie, l'Association des Chirurgiens participeront selon la formule marginale aux Entretiens de 1962 et ils offriront à leurs membres et aux congressistes qui y sont invités une gamme variée de travaux originaux.

L'équipe du XXXIIe Congrès désire que ces quatre jours de colloques apportent à ceux qui auront le courage de se détacher de leur éternel quotidien, la détente nécessaire et la nourriture scientifique essentielle à celui qui veut être à la page.

Il y a donc un rendez-vous à ne pas manquer: celui auquel le XXXIIe Congrès convie tous les médecins.

EDOUARD DESJARDINS

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

L'A. M. L. F. C. AU CONSEIL MÉDICAL DU CANADA

Les 10 et 11 septembre dernier, le Conseil médical du Canada célébrait à Ottawa le cinquantième anniversaire de sa fondation. Cet organisme présidé actuellement par le docteur G.-A. Bergeron, secrétaire de la Faculté de médecine de l'Université Laval, avait organisé à cette occasion, des manifestations jubilaires dont les deux plus significatives étaient l'inauguration officielle de la Salle Roddick dans le bel immeuble du Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada et un dîner avec conférence au Château Laurier.

Cette salle Roddick est ainsi nommée pour commémorer la mémoire et l'oeuvre de Sir Thomas Roddick, fondateur et premier président du Conseil Médical du Canada; on y a rassemblé une collection choisie de documents, de livres, de souvenirs, de témoignages divers et d'objets personnels évoquant les étapes de la carrière du docteur Roddick et la genèse du Conseil Médical du Canada.

Lors du dîner qui suivit cette inauguration, certains aspects de l'histoire du Conseil Médical du Canada furent évoqués en termes heureux par le doyen de Faculté de Médecine de l'Université McGill, le docteur Stevenson dont les écrits et les ouvrages dans le domaine de l'histoire sont bien connus.

L'Association des Médecins de Langue Française du Canada était représentée à ces manifestations par son Directeur des relations extérieures.

RÉUNION DE L'EXÉCUTIF DE L'A. M. L. F. C. LE 18 SEPTEMBRE 1962

L'Exécutif de l'Association s'est réunie le soir du 18 septembre dernier dans les nouveaux locaux de l'Association, 5064 Avenue du Parc, sous la présidence du docteur Emile Blain, Directeur-général.

Après l'appel nominal, les souhaits de bienvenue du président, l'adoption sans modification du procès-verbal de la dernière assemblée de l'Exécutif (19 mai 1962), l'adoption du rapport financier et la lecture de la correspondance, le président invita les responsables de différents comités: Comité des Relations médicales France-Canada, Comité du 32ième Congrès, Comité de la Filiale du Québec, à commenter leurs récentes activités respectives.

Les relations médicales France-Canada s'intensifient de plus en plus en raison du nombre croissant des jeunes médecins canadiens étudiant en France; plusieurs d'entre eux bénéficient d'un status privilégié à titre d'internes résidents au même titre que leurs jeunes collègues de France.

Notre Association se doit de suivre de près leurs activités dans un but de collaboration et d'entr'aide et d'assurer la continuité des contacts avec ce groupe important de nos jeunes collègues se perfectionnant dans divers centres hospitaliers français.

Le docteur Edouard Desjardins, président de notre Congrès de novembre prochain, nous expose les grandes lignes du programme scientifique et social qui se déroulera lors de ces assises, dont l'importance est soulignée régulièrement dans des bulletins publiés depuis quelques mois sous sa propre signature, dans l'Union Médicale du Canada.

Le docteur Jacques Léger, président de la Filiale du Québec, rappelle le travail réalisé depuis quelques mois par cette Filiale: rapport à la Commission Hall, appui moral aux médecins de la Saskatchewan, Loi des hôpitaux (modifications possibles à y apporter), projet d'assurance-santé sous l'égide du Bureau provincial de Médecine.

En fin de séance, les membres présents entérinent unanimement la nomination du docteur André Leduc comme représentant de l'Association au Conseil de la Protection civile provinciale, et celle du docteur Maurice Leclair, à l'Institut National du Cancer.

Pierre SMITH,
Directeur des relations extérieures.

TRAVAUX ORIGINAUX

L'ANGIOGRAPHIE ÉLARGIE PAR VOIE VEINEUSE

Jean MATHIEU, Jules LABERGE et Jacques SALTIEL,
Hôpital Maisonneuve (Montréal).

L'opacification vasculaire prend une place de plus en plus importante en radiologie diagnostique. Elle n'est plus considérée comme un procédé d'exception, mais comme une méthode d'investigation indispensable devant figurer dans l'arsenal courant du radio-diagnostic. Elle permet l'étude radiologique de la morphologie et de la perméabilité des vaisseaux en tant qu'organes creux. Elle rend compte des lésions des organes par l'intermédiaire des modifications de la topographie et de la morphologie de leurs vaisseaux. A la phase capillaire, l'opacification homogène ou non des organes (foie, reins...), permet de distinguer le parenchyme normal du tissu pathologique, tumoral, kystique ou cicatriciel.

Kincaid (1) a fait récemment l'historique des méthodes d'opacification des vaisseaux. L'injection intra-artérielle, soit par ponction directe comme dans l'aortographie trans-lombaire, soit par cathéter introduit par l'artère fémorale, radiale ou axillaire, donne d'excellentes images, mais peut, exceptionnellement, il est vrai, entraîner des complications plus ou moins graves (2, 9). C'est ainsi que des cas de dissection de la paroi, de thrombose, d'embolie, de lésion rénale ou surrénalienne ont été rapportés. Si les renseignements indispensables apportés par ces techniques justifient leur emploi, il nous a paru intéressant d'explorer les possibilités de l'opacification artérielle par l'injection du produit de contraste dans la voie veineuse, plus facile, moins dangereuse, et le plus souvent adéquate, comme l'ont déjà démontré ses promoteurs, Viallet (4, 5) à Alger, Ecoiffier (6) à Paris, Steinberg (7) à New-York et Greenspan et Bernstein (8) à Minneapolis. Ronderos (9) a récemment publié des résultats comparables. Longstreet (10) et Burkhead (11) préfèrent introduire un cathéter et injecter directement dans la veine cave supérieure ou dans l'oreillette droite. La technique employée à l'hôpital Maisonneuve et les résultats qu'elle nous a permis d'obtenir font l'objet de cet exposé.

Technique

Pour obtenir au moyen d'une injection intraveineuse de produit de contraste une opacification satisfaisante de la lumière de l'aorte et de ses branches principales, il faut éviter sa trop grande dilution dans le sang. Pour ce faire nous utilisons des produits iodés de forte densité, en quantité suffisante, avec une pression assez élevée pour réaliser l'injection en un temps très court d'environ deux secondes. Nous employons le Cardiographin à 85%, l'Hypaque 70% et le Ditriokon, préalablement tiédis pour diminuer leur viscosité. La quantité injectée varie avec le poids du sujet. Elle est d'environ 1 cc. de produit par kilo de poids. L'injection est faite à l'aide d'un appareil à levier actionné à la main, très simple et peu coûteux, conçu par l'un de nous (figure 1). La substance de contraste est placée dans un tube de plastic de 1 cm. de diamètre interne. Nous disposons d'un jeu de trois tubes de longueurs diverses calculées pour contenir chacun 70, 85 ou 100 cc. de liquide (figure 2). Le choix du tube est en fonction du poids du malade. Le tube est raccordé d'une part au trocart introduit dans une veine du bras et d'autre part à une seringue métallique d'une capacité de 200 cc. Cette seringue est remplie d'une quantité de sérum physiologique, double de la quantité de produit de contraste utilisé, soit 140, 170 ou 200 cc. Cet artifice garantit l'injection successive des deux

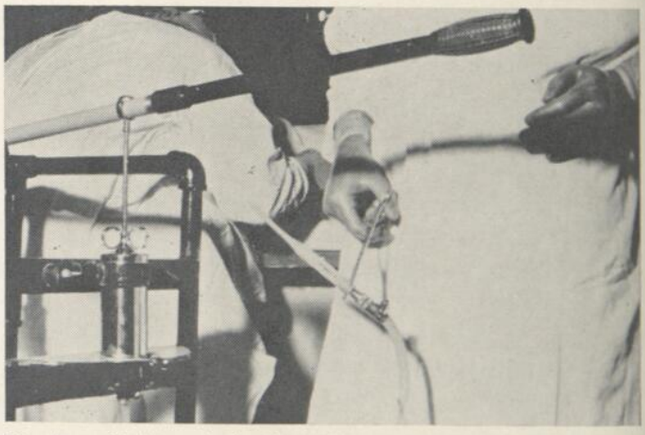
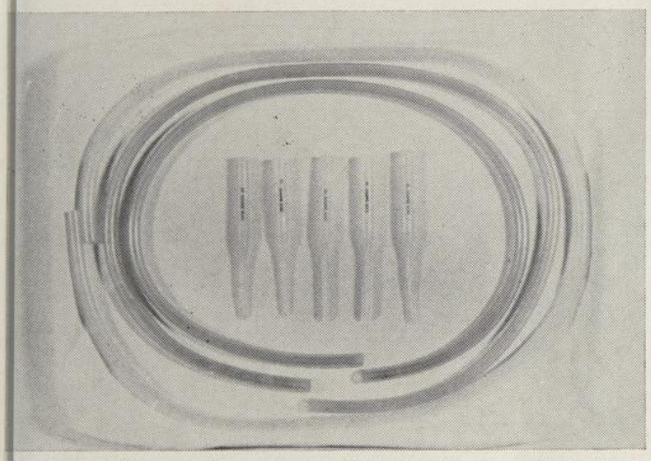


Fig. 1. — Seringue métallique de 200 cc, contenant le sérum physiologique, disposée verticalement dans un système de pompe dont le levier actionne le piston de la seringue. A noter le trocart à injection i.v., raccordé au tube de plastic contenant la substance de contraste.

bstances, et comme dans la technique de Viallet
et 4), permet de pousser rapidement le produit
contraste dans les cavités droites du coeur. Lors-
ue le piston de la seringue a atteint la fin de sa
urse, la moitié du sérum physiologique a été
jectée à la suite du produit de contraste, alors
ue l'autre moitié reste dans le tube de plastic. Les
bcarts à injection sont aussi en plastic (Bardic
58, calibre no 16-18-20), de diamètre externe de
5 et 6 mms et interne de 3, 4 et 5 mms. Après



g. 2. — Cabaret à angiographie élargie, contenant trois
bes de plastic de 1 cm de diamètre et de longueurs di-
rses calculées pour contenir respectivement 70, 85 et 100
de liquide. Trocarts de plastic à injection i.v., de diffé-
nts calibres.

ssections veineuse au pli du coude le trocart le
us gros possible est introduit. C'est de son dia-
ètre que dépendra surtout, à pression égale, la
tesse de l'injection. Nous disposons d'un appareil
riographe de Schönoander qui permet l'exposition
30 films en deux plans, à un rythme variable
1.5 à 6 films/seconde. Le moment de l'exposi-
on par rapport au début de l'injection varie selon
région à radiographier. Il peut être approxima-
vement évalué en mesurant le temps de circula-
on. Dans notre expérience le bolus iodé arrive
ns l'aorte thoracique environ 5 à 8 secondes
rès le début de l'injection et dans l'aorte abdo-
inale 1 à 2 secondes plus tard. Cependant, chez
s patients présentant des sténoses valvulaires et
ez ceux dont la réserve myocardique est insuffi-
nte, l'arrivée du bolus subit un retard plus ou
oins important. Dans ces circonstances d'ailleurs
substance de contraste est plus ou moins diluée
l'angiogramme moins satisfaisant. Pour dimi-
er la sensation de chaleur causée par l'arrivée
la substance iodée dans les vaisseaux périphéri-
es et pour réduire la gravité d'une réaction mé-
camenteuse toujours possible, quoique très rare,
prémédication suivante est prescrite: Nembutal 100 mgm une heure avant l'examen et Largactyl 10 à 15 mgm, Phenergan 10 à 15 mgm, Demerol 25 à 50 mgm, Scopolamine 0.3 à 0.4 mgm, immédiatement avant la dissection veineuse. Ainsi préparé le malade somnole pendant la dissection. Il est réveillé avant l'injection et averti de ne pas bouger pendant l'exposition. Quelques films sont développés et examinés avant d'enlever le trocart. Si l'examen est jugé insuffisant, le plus souvent pour une raison de minutage, par exemple lorsque le retard de la circulation est tel que le bolus iodé arrive dans l'aorte abdominale après que les films aient été exposés, une deuxième injection sera faite avec les corrections voulues. Le temps écoulé pour la préparation de cette deuxième injection est suffisant pour permettre aux reins d'éliminer la substance iodée injectée la première fois.

CONTRE-INDICATIONS

L'examen est contre-indiqué après un infarctus du myocarde, lorsqu'il y a insuffisance cardiaque ou une azotémie prononcée.

MATÉRIEL

De juillet 1960 à 1961 nous avons pratiqué 87 examens chez 81 malades. Deux malades ont eu deux examens successifs pour investiguer deux régions différentes (aorte abdominale et artères rénales à la première injection, aorte thoracique et artères cervicales à la deuxième injection). Un malade porteur de sténoses artérielles multiples a même subi trois injections consécutives, la première pour l'aorte abdominale et les artères rénales, la seconde pour la crosse aortique et ses branches, la troisième pour les artères iliaques et fémorales proximales. Enfin, deux malades ont eu deux examens à trois et six mois d'intervalle pour vérifier l'état d'un greffon aortique après une cure d'anévrysme.

COMPLICATIONS

Aucune complication importante n'a été observée. Trois malades ont présenté de la toux, deux des nausées et un malade a ressenti une céphalée assez intense qui est disparue spontanément en 5 à 10 minutes. Six malades ont eu une phlébite superficielle sans conséquence. Trois patients ont dû recevoir de la péniciline pour un début d'infection de la plaie de dissection veineuse. Il s'est produit une fois une extravasation de la substance opaque au niveau du bras dans un cas où une aiguille métallique avait été utilisée. Depuis, les aiguilles métalliques ont été remplacées par des trocarts en plastic et cet incident ne s'est pas répété.

INDICATIONS ET RÉSULTATS

Nous avons divisé nos examens en sept groupes selon la région considérée. Les cas les plus démonstratifs seront illustrés par des clichés.

1° — *Les vaisseaux pulmonaires*

Les artères et les veines pulmonaires sont très bien démontrées par l'angiographie élargie. L'examen est indiqué dans la recherche d'une aplasie pulmonaire, d'une dilatation idiopathique du tronc pulmonaire, de sténoses multiples des artères pulmonaires, d'une obstruction artérielle par thrombose, embolie ou épithélioma bronchique, ainsi que dans des cas d'anévrisme artério-veineux ou de retour veineux pulmonaire anormal. Dans notre série, neuf examens furent pratiqués pour visualiser les vaisseaux pulmonaires; un anévrisme artério-veineux (figure 3) fut démontré ainsi que l'inopérabilité d'un épithélioma bronchique (figure 4).

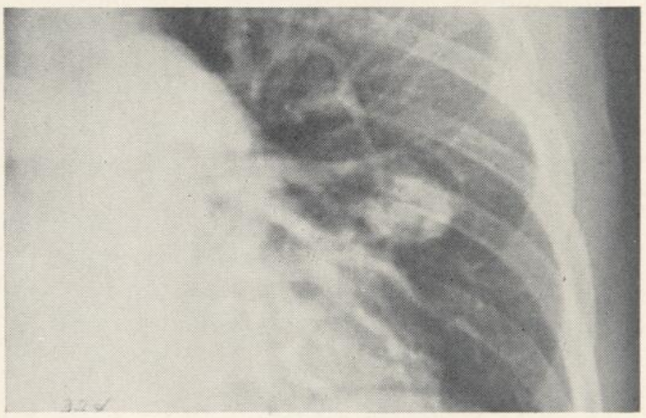
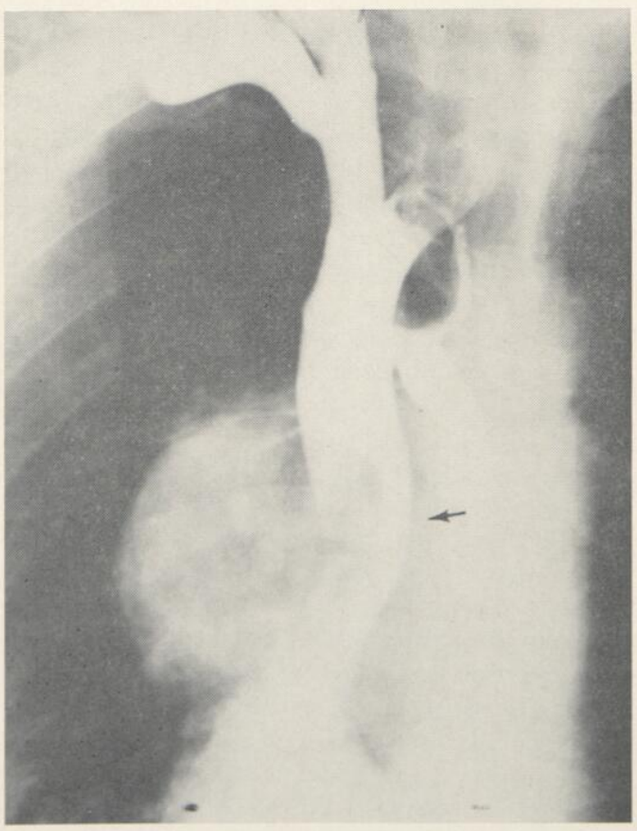


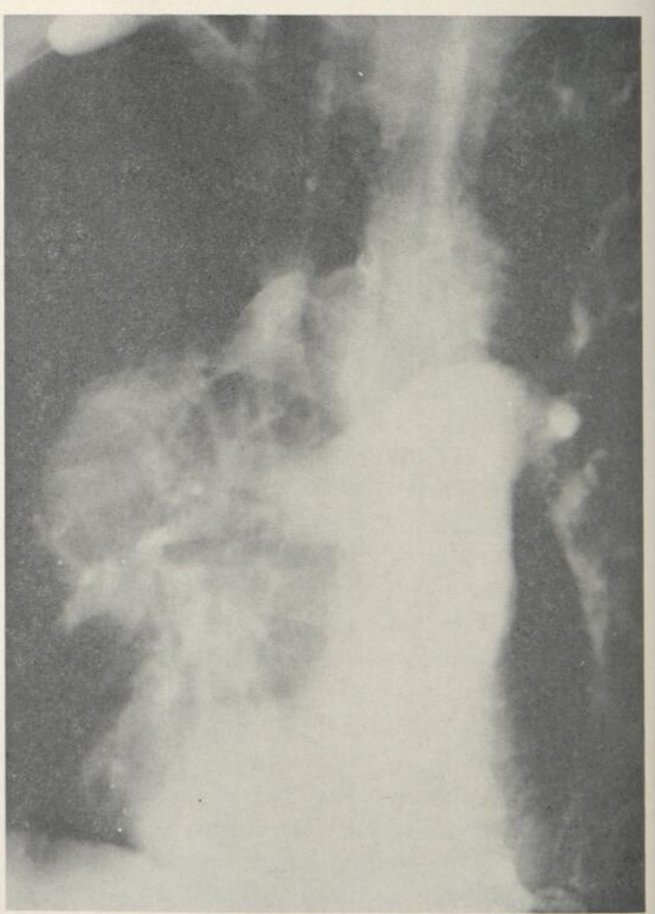
Fig. 3. — Anévrysme artério-veineux plumonaire à la base gauche.

2° — *Les cavités cardiaques*

L'angiocardiographie par voie veineuse est moins adéquate que l'angiographie sélective par un cathéter intra-cavitaire. Cependant, dans certaines circonstances, surtout si l'exploration hémodynamique concomitante n'est pas indispensable, l'examen peut s'avérer suffisant. Il peut être indiqué pour démontrer un épanchement péricardique, une thrombose ou une tumeur intracardiaque, mais également dans des cardiopathies congénitales. Dans notre série cinq examens ont été pratiqués; deux fois dans des cas d'arythmie importante, dans le



a



b

Fig. 4. — Epithélioma bronchique hilaire droit, inopérable.
a) Envahissement de la veine cave supérieure. b) Amputation presque totale de la branche droite de l'artère pulmonaire.

but d'éliminer une tumeur auriculaire gauche, deux autres fois dans des cas de silhouette cardiaque atypique, suggérant la possibilité d'une transposition corrigée. Il y eut un cas de dextroversion.

3° — *Les artères du cou*

La technique d'angiographie élargie permet d'examiner ensemble au cours d'une même injection la crosse de l'aorte, le tronc brachiocéphalique droit, les carotides primitives et les artères vertébrales. Si l'examen démontre facilement une obstruction complète d'un des vaisseaux du cou, un rétrécissement important, un retard manifeste d'opacification ou une athéromatose marquée, dans plusieurs cas la densité des images obtenues est trop faible pour permettre d'apprécier les détails

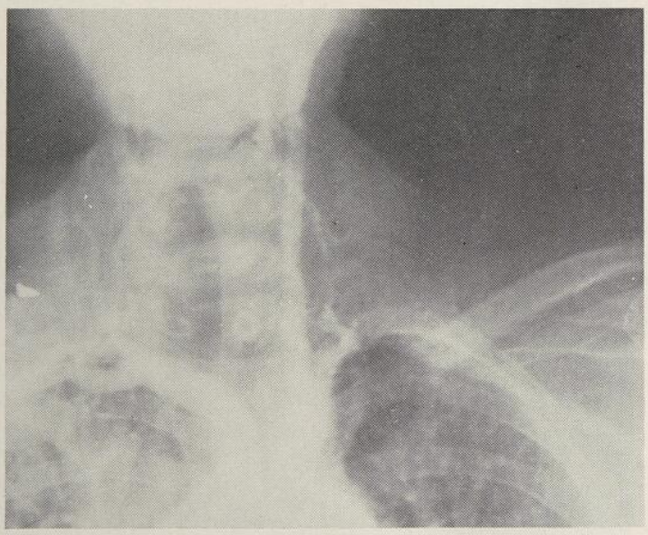


Fig. 5. — Insuffisance cérébro-vasculaire. Obstruction complète de l'artère carotide primitive droite, à son origine. Les artères vertébrales sont sinueuses. L'artère vertébrale gauche présente des contours irréguliers, en raison de lésions athéromateuses diffuses

des contours et des plaques discrètes d'athéromatose pourraient passer inaperçues. Quoi qu'il en soit, l'examen a une certaine valeur comme méthode de dépistage, quitte à compléter l'investigation par une artériographie sélective de chacun des vaisseaux par un cathéter introduit par voie artérielle et permettant au cours d'injections successives d'opacifier également les artères cérébrales. Nous avons, à la demande du neurologue, pratiqué 30 angiographies totales afin d'établir, dans des cas d'insuffisance cérébro-vasculaire, un bilan de l'état des vaisseaux du cou. La figure no 5 illustre un cas d'obstruction complète d'une carotide primitive..

4° — *Les artères sous-clavières et axillaires*

L'angiographie élargie constitue également un examen adéquat pour démontrer une sténose, une obstruction ou au contraire une dilatation anévrysmale des artères sous-clavières ou auxiliaires. Sur les 6 examens pratiqués, deux ont démontré une thrombose de l'artère axillaire (figure 6), et un

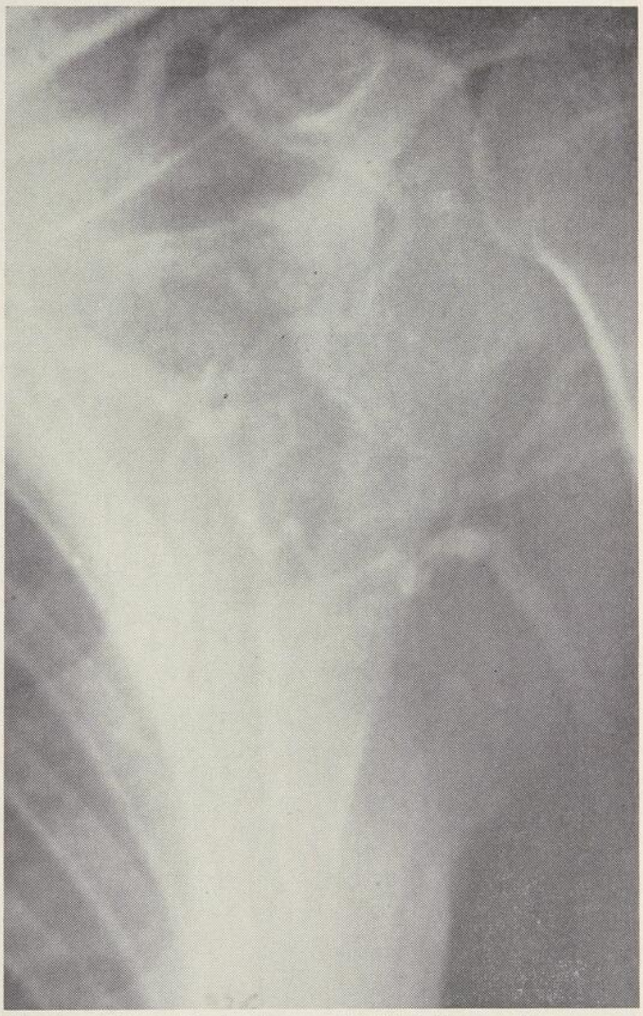


Fig. 6. — Contrôle de la perméabilité d'un greffon vasculaire après traumatisme de l'aisselle gauche. Le greffon apparaît obstrué et il existe un hiatus de 4 cms sur le trajet de l'artère axillaire. A noter le développement d'une circulation collatérale.

troisième une sténose de l'artère sous-clavière gauche dans le défilé cervicothoracique. Trois examens s'avérèrent normaux.

5° — *L'aorte thoracique*

La technique d'angiographie élargie est indiquée pour démontrer des anomalies congénitales de l'arc aortique, des coarctations de l'aorte ou des anévrysmes. Six examens furent pratiqués. Cinq d'entre eux furent satisfaisants au point de vue

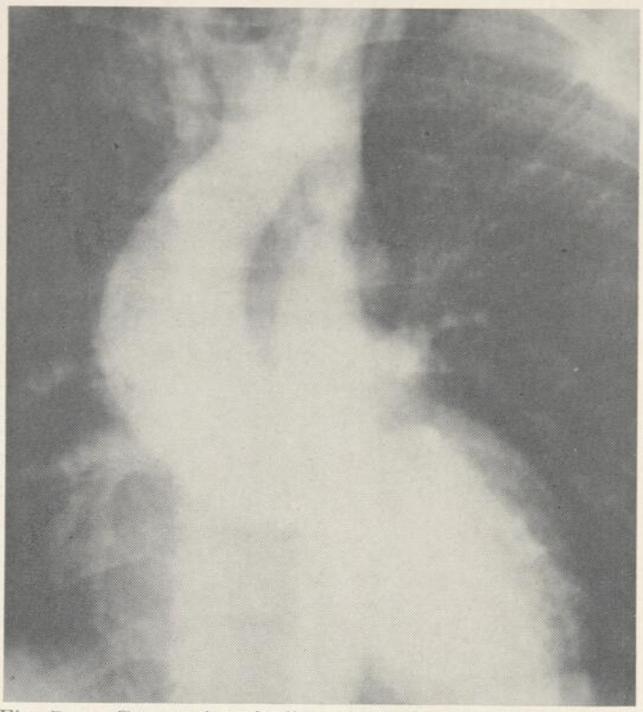
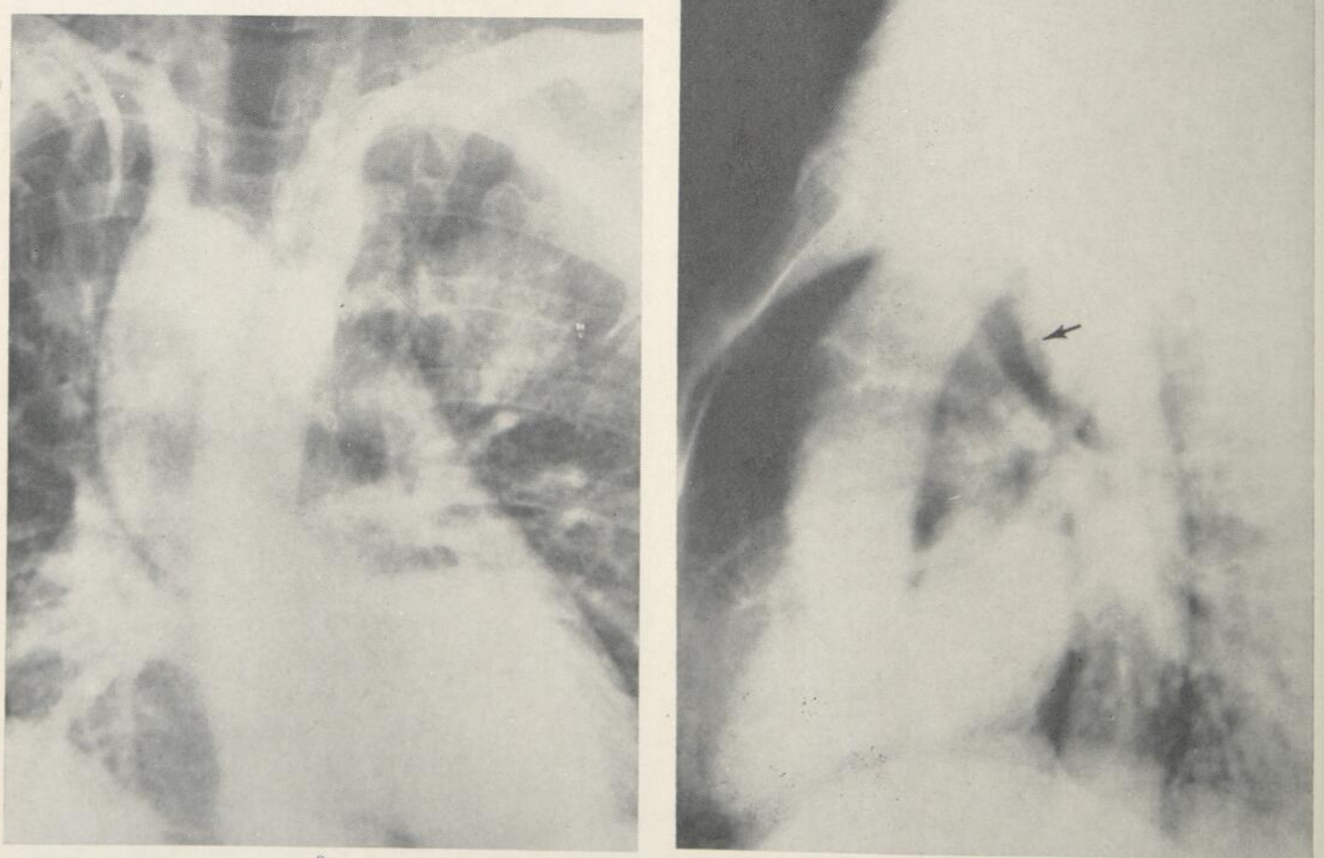


Fig. 7. — Coarctation de l'aorte. A noter la sténose isthmique, la dilatation de l'aorte ascendante, la dilatation poststénotique de l'aorte thoracique descendante, l'hypertrophie du ventricule gauche et la dilatation des artères mammaires internes.

technique et démontrèrent trois fois une coarctation de l'aorte, une fois un arc aortique droit postérieur ou circonflexe et une fois un greffon aortique en bon état après intervention pour un anévrysme de la crosse aortique. Un seul examen fut jugé peu satisfaisant. Il s'agissait précisément de la démonstration pré-opératoire de l'anévrysme. En fait, c'était le premier examen de toute la série; l'injection avait été faite avec une aiguille métallique et avait duré près de 5 secondes. L'opacification de l'anévrysme était faible et le chirurgien avait, à juste titre, demandé une aortographie rétrograde pour une meilleure démonstration de la lésion. La figure 7 illustre un cas de coarctation de l'aorte. La figure 8 illustre un arc aortique droit postérieur.

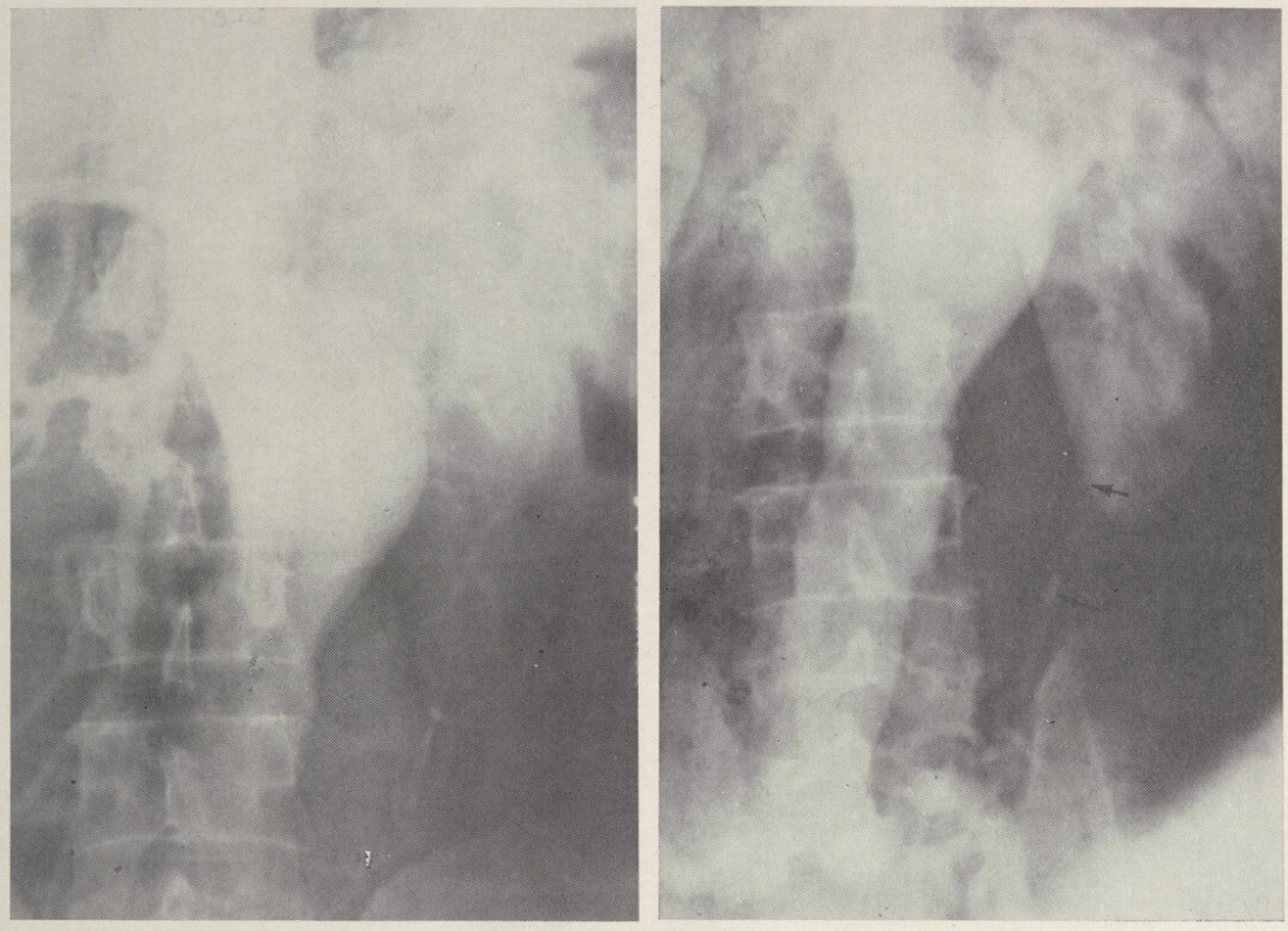
6° — *L'aorte abdominale*

L'angiographie par voie veineuse donne dans la majorité des cas une bonne opacification de l'aorte abdominale. L'examen est indiqué pour démontrer des lésions anévrysmales, athéromateuses et throm-



a b

Fig. 8. — Anomalie de l'art aortique. Arc aortique droit du tpye postérieur ou circonflexe. A noter sur le film: a) en A.P. une opacité arrondie sous-claviculaire gauche correspondant à un épithélioma bronchique. Sur le film en latéral b): la trachée est refoulée et incurvée vers l'avant par la portion rétro-trachéale et rétro-oesophagienne de l'aorte.



a b

Fig. 9. — Anévrysme de l'aorte abdominale. Notez que sur le film a) l'artère rénale gauche origine de l'anévrysme. Sur le film b), pris quelques secondes plus tard, l'on observe que l'anévrysme s'étend jusqu'à la bifurcation iliaque. Calcifications aortiques pariétales étendues. La lumière de l'aorte opacifiée est deux fois plus petite que le calibre de l'anévrysme, en raison de la présence d'un important thrombus mural gauche.

botiques. L'examen fut pratiqué huit fois. Cinq examens s'avérèrent normaux. Trois démontrèrent un anévrysme de l'aorte abdominale (figure 9), un greffon en bon état trois mois après l'opération et une sténose des artères iliaques primitives.

7° — *Les artères rénales*

Les artères rénales et leurs branches principales de division sont assez bien visualisées par la technique de l'angiographie veineuse. Cependant, par ce procédé, les petites divisions distales des artères rénales présentent une densité trop faible et les détails de leurs contours sont souvent flous comparés à leur opacification dans l'aortographie rétrograde et l'artériographie rénale sélective. C'est pourquoi lorsqu'il s'agit de démontrer des anomalies morphologiques et topographiques des petites divisions de l'artère rénale comme dans l'investigation d'une tumeur, d'une tuberculose, d'une hydronéphrose ou d'une maladie polykystique des reins, l'artériographie rénale sélective ou l'aortographie rétrograde, supérieures à l'angiographie élargie, doivent lui être préférées lorsqu'elles sont réalisables. Par contre, l'angiographie par voie veineuse nous paraît être un procédé commode pour démontrer l'absence congénitale d'un rein, une malformation rénale (malrotation, ectopie, rein en fer à cheval), ainsi que dans l'investigation d'une hypertension systémique. Sur onze angiographies pratiquées dans des cas d'hypertension artérielle, une sténose de l'artère rénale fut démontrée dans quatre cas. Dans trois de ces cas il existait de plus une dilatation post sténotique de l'artère (figure 10). La figure 11 démontre une malformation ré-

nale. La figure 12 montre une tumeur maligne hypervascularisée du pôle supérieur du rein gauche. La fig. 13 illustre un cas de pseudoxanthoma élasticum aux lésions artérielles diffuses.

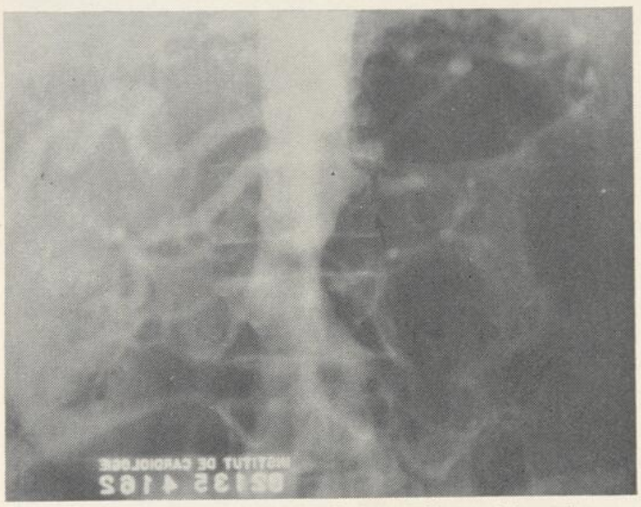


Fig. 10. — Hypertension systémique d'apparition récente. Anévrysme de l'aorte abdominale avec thrombus mural gauche étendu. Sténose serrée à l'origine de l'artère rénale gauche. Ischémie du rein gauche dont le volume est réduit.

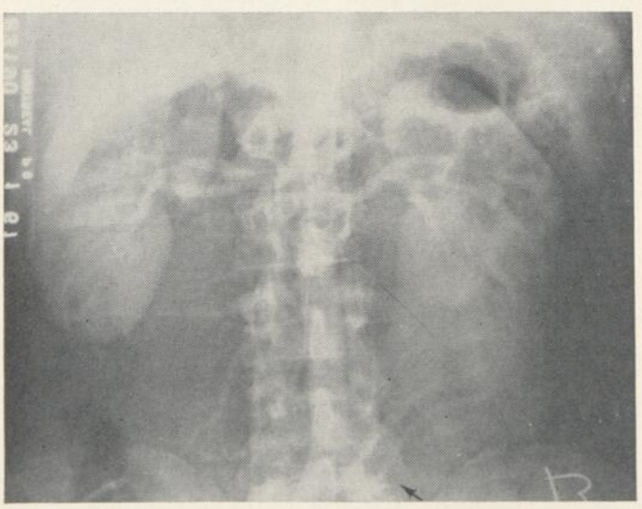


Fig. 11. — Malformation congénitale du rein gauche, malposition et malrotation. Le rein gauche apparaît volumineux, son pôle inférieur est irrigué par deux artères issues de l'artère iliaque.

AUTRES INDICATIONS POSSIBLES

L'angiographie totale pourrait être appliquée à l'étude de la bifurcation iliaque et des artères iliaques. Cependant, là aussi, les images obtenues par ponction de l'aorte ou par cathétérisme axillaire sont supérieures. La méthode a été également appliquée avec succès par Viallet dans le diagnostic de placenta praevia. Elle pourrait être utilisée dans le dépistage des hématomes sous-duraux chez le nourrisson.

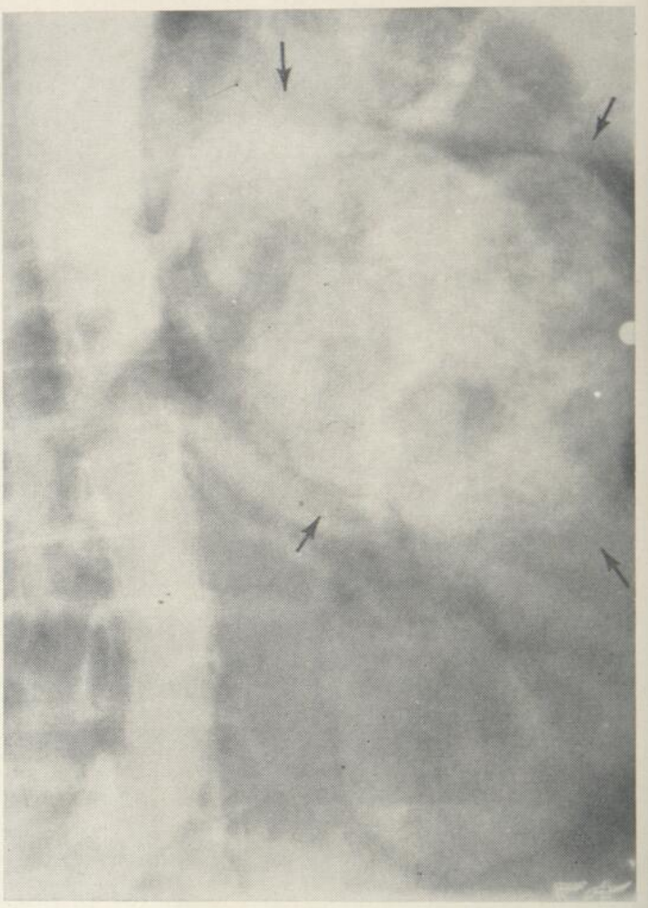
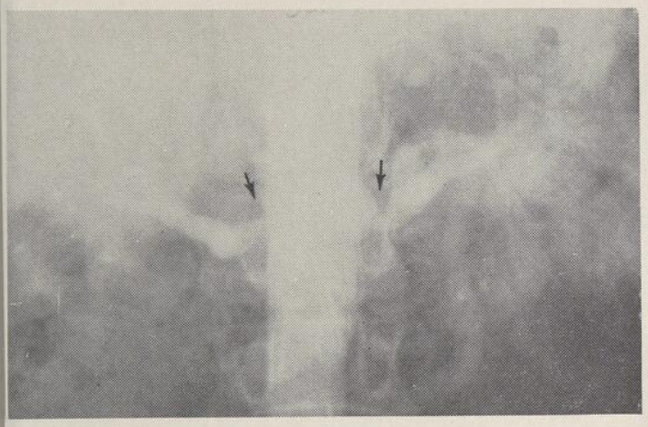


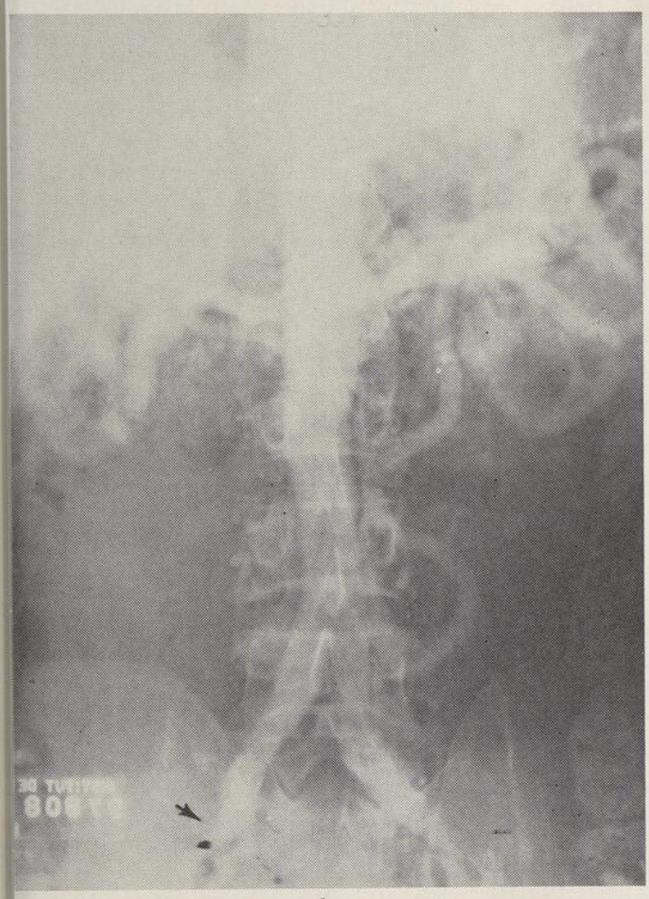
Fig. 12. — A l'urographie i.v., présence d'une formation tumorale expansive du rein gauche. L'angiographie démontre une volumineuse tumeur lobulée, hypervascularisée, maligne, du pôle supérieur du rein gauche, abaissé par la tumeur. L'artère rénale gauche apparaît étirée. L'artère splénique est soulevée par la tumeur.

COMMENTAIRES

Il paraît encore une fois évident que le meilleur procédé d'opacification vasculaire réside dans l'injection directe du produit de contraste dans le vaisseau à examiner. Il est entendu qu'aucune méthode d'artériographie par voie veineuse ne donnera une opacification aussi nette en raison de la dilution de la substance de contraste. Cependant, la concentration obtenue peut être suffisante pour que la densité de l'aorte et de ses branches principales d'un certain calibre soit satisfaisante. L'intérêt de l'angiographie élargie est de permettre de dépister la présence ou l'absence d'une pathologie grossière. L'examen peut être suffisant pour l'établissement du diagnostic. Si nécessaire, il peut être complété par une aortographie ou une artériographie sélective. L'avantage de l'angiographie par voie veineuse est de résoudre bien des problèmes diagnostiques avec un minimum de risque pour le patient. Le danger de dommages de l'aorte et de ses branches ainsi que des organes qu'elles irriguent



a



b

Fig. 13. — Patient angineux et hypertendu: l'angiographie bdominale montre une sténose des artères rénales (fig. a) t de l'artère iliaque externe droite, une obstruction appaente du tronc caeliaque et de l'artère mésentérique supéieure et un développement anormal de l'artère mésentéique inférieure s'anastomosant probablement à des branhes de la mésentérique supérieure (fig. b). Il s'agit d'un as de pseudoxanthoma elasticum prouvé par biopsie cutanée.

est pratiquement exclu par cette méthode, alors que ces dommages sont possibles au cours d'une ponction directe ou d'un cathétérisme. En conclusion, tous les cas où la ponction, et le cathétérisme sont contre-indiqués ou impraticables, en raison de lésions aortiques ou artérielles pré-existantes, constituent, à notre avis, une indication d'angiographie totale par voie veineuse en tant que « méthode de débrouillage ». Comme telle, elle offre certainement des possibilités d'investigation diagnostique intéressante.

Résumé

Les auteurs ont présenté les résultats de 87 angiographies totales par voie veineuse et soulignent les nombreuses possibilités diagnostiques de cette technique d'application facile et sans danger.

Summary

87 angiographic examinations were carried out using a modified intravenous method, most of them for opacification of the aorta and the large arteries. After venous cut down at the elbow a plastic catheter is inserted and with a manual pump a rapid injection of 1 cc per kilogram of iodine compound is made followed by an equal quantity of physiologic saline to flush the radio opaque material up to the right heart. A seriograph apparatus, when available is helpful. Although this method does not produce an opacification as good as a direct arterial puncture or catheterisation, it is practically without danger and of sufficient quality for diagnostic visualization of gross arterial lesions.

Photographs reproduced demonstrate a case of pulmonary arterio-venous aneurysm, a superior vena cava invasion in a case of bronchogenic carcinoma, a complete obstruction of the right carotid artery, a complete obstruction of an axillary artery, a coarctation of the aorta, an anomalous aortic arch, an aneurysm of the abdominal artery, a stenosis of the left renal artery, a congenital malformation of the left kidney, a carcinoma of the kidney and, in the last picture, obstruction of the renal arteries and the superior mesenteric artery in a case of pseudoxanthoma elasticum.

BIBLIOGRAPHIE

(1) KINCAID, O. W.; DAVIS, G. D.: Abdominal aortography. *New Eng. J. Med.*, **259**: 1017-1024, 1958.
(2) MACAFEE, J. S.: Surgery of complications of abdominal aortography. *Radiology*, **68**: 825, 1957.
(3) GUDBJERG, C. E.; CARISTENSEN, J.: Dissection of aortic wall in retrograde lumbar aortography. *Acta Rad.* (Stockholm), **55**: 364, 1961.
(4) VIALLET, P. et Coll.: *Acta Rad.*, **46**: 273, 1956.
(5) VIALLET, P., et Coll.: *L'angiocardiopneumographie élargie*. Masson et Cie, édit., Paris, 1959.
(6) ECOIFFIER, J.: Communication personnelle.
(7) STEINBERG, I.; FINBY, N.; EVANS, J. A.: A safe and practical intravenous method for abdominal aortography, peripheral arteriography and cerebral angiography. *Amer. J. Roentgonol.*, **82**: 758, 1959.
(8) GREENSPAN, R.H.; BERNSTEIN, E.F., et LOKAN, M. K.: Intravenous aortography. *Am. J. Roentgonol.*, **82**: 1934, 1960.
(9) RONDEROS, A.; BRANYON, E. W.; CARLIN, J. T., et DOYLE, J.: Venoangiography. *Am. J. Roentgonol.*, **85**: 1097, 1961.
(10) LONGSTREET, Hamilton; WELDON, William: Antegrade aortography and arteriography. *Radiology*, **77**: 406-417, 1961.
(11) BURKHEAD, H. C.; SUTTON, G. C.; GRAHAM, J.B., et FOTOPOULOS, J. P.: Experience with major arterial visualization, employing right heart or superior vena cava injection. *Am. J. Roentgonol.*, **85**: 1901, 1961.

EFFET DE PERSANTINE SUR LA CIRCULATION COLLATÉRALE INTERCORONARIENNE ET SUR LA SURVIE OBTENUE AU COURS DE L'OCCLUSION CORONARIENNE PROGRESSIVE CHEZ L'ANIMAL

Rapport préliminaire

Arthur M. VINEBERG,[1] Ranga S. CHARI,[2]
Roque PIFARRÈ [3] et Claude MERCIER.[3]

Au cours d'autopsies de routine pratiquées en Amérique du Nord, on a remarqué, chez la plupart des sujets, la présence d'affections de l'artère coronaire avec rétrécissement de la lumière (1). On sait par ailleurs que l'infarctus du myocarde est responsable de la plupart des morts *subites*. Cette séquelle de l'occlusion coronarienne est attribuable, surtout chez le jeune adulte, à l'absence d'une circulation collatérale appropriée au niveau des coronaires. Nous avons la preuve expérimentale que les vaisseaux collatéraux qui apparaissent dans les quelques jours qui suivent l'occlusion d'une branche importante de l'artère coronaire n'atteignent leur plein développement qu'après plusieurs semaines, voire plusieurs mois. La lenteur de ce développement qui ne se produit qu'après l'occlusion des coronaires, justifie la nécessité de perfectionner une méthode préventive pratique et simple qui, en favorisant chez les sujets prédisposés aux maladies coronariennes le développement des vaisseaux collatéraux, assurerait protection et soulagement au myocarde lorsque survient l'occlusion subite d'une ramification importante du système coronaire.

On a tenté d'assurer l'augmentation du débit sanguin myocardique chez l'athérosclérotique par certaines interventions chirurgicales. Les deux opérations de Vineberg (2) : technique à l'éponge d'ivalon et transplantation de l'artère mammaire interne ont bien réussi chez certains patients atteints d'ischémie cardiaque avancée, en fournissant au myocarde une source additionnelle de sang artériel. Mais ces opérations ne peuvent être réalisées chez les malades où l'insuffisance, bien que bénigne, menace l'une ou l'autre région du myocarde à cause de l'éventualité d'occlusion subite d'une coronaire. On a démontré expérimentalement que des stimulations physiologiques, telle l'hypoxie, pouvaient favoriser le développement de vaisseaux collatéraux intercoronariens, mais ils ne sont d'aucune application pratique en clinique.

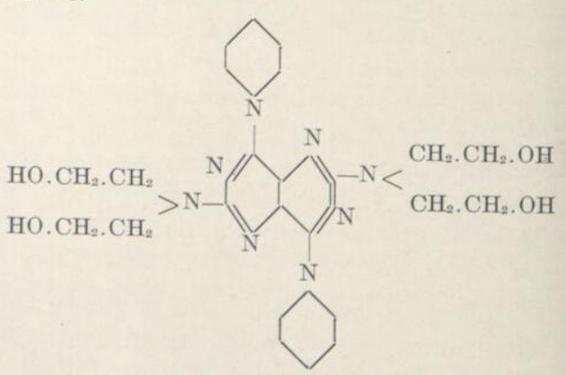
C'est à la pharmacologie qu'il faut demander une méthode prophylactique qui stimulerait le développement des vaisseaux intercoronariens. Les nitrates à longue durée d'action se sont avérés inefficaces à ce point de vue (3). Par contre, les travaux préliminaires portant sur la Persantine nous permettent de reconnaître chez ce nouvel agent plusieurs propriétés favorables au développement de collatérales coronariennes suffisantes.

L'étude que nous présentons ici avait pour but de confirmer ces hypothèses et de déterminer jusqu'à quel point cet effet pharmacologique pouvait trouver ses applications en clinique.

Pharmacologie de Persantine

En 1951, Fischer et Roch (4) décrivirent pour la première fois la synthèse d'une substance à double noyau formée de deux noyaux condensés de pyrimidine. Persantine est un dérivé de cette série et possède la structure suivante:

2,6-bis di(2-hydroxyéthyl)-amino-4,8-bis (1-pipéridyl) pyrimido-(5,4-d)-pyrimidine.

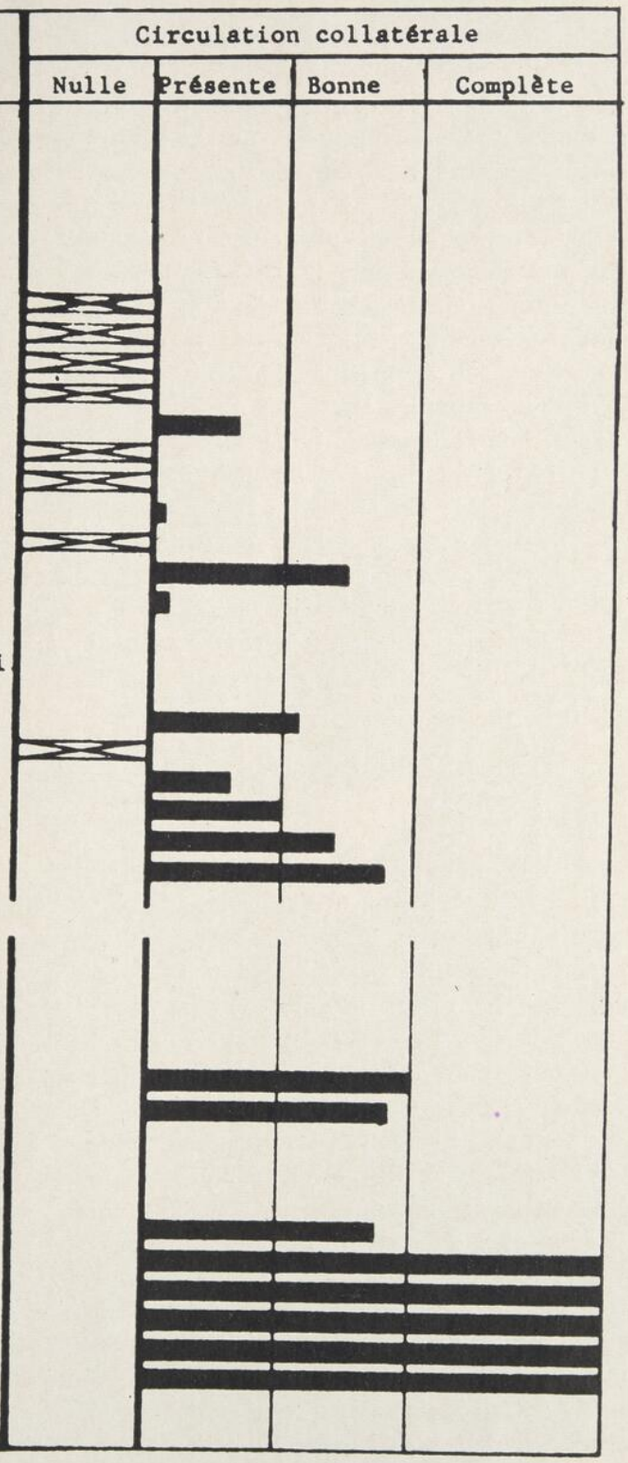


Elliot (5) rapporte que Persantine peut entraîner chez l'animal un accroissement du débit coronarien s'élevant jusqu'à 300 % au-dessus de la

1. Professeur agrégé, Département de Chirurgie, Université McGill, Montréal.
2. Présentement attaché au Département de Chirurgie à l'Hôpital de l'Université de l'Alberta, Edmonton, Alberta.
3. Assistants de recherche, Département de Chirurgie expérimentale, Université McGill, Mostréal.

TABLEAU I

No de l'animal	Période de survie	Circulation collatérale
		Nulle / Présente / Bonne / Complète
ANIMAUX MORTS EN DEDANS DE TROIS MOIS		
A. Groupe-témoin - 11/13 animaux		
422	12 jours	
83	14 "	
374	14 "	
78	17 "	
50	17 "	
359	18 "	
93	18 "	
100	20 "	
476	20 "	
469	32 "	
99	60 "	
B. Groupe traité à la Persantine - 6/12 ani		
45	12 jours	
482	14 "	
87	14 "	
490	21 "	
82	23 "	
96	27 "	
ANIMAUX SURVIVANTS AU-DELA DE TROIS MOIS		
A. Groupe-témoin - 2/13 animaux		
94	Tué (8 mois)	
91	Tué (6 mois)	
B. Groupe traité à la Persantine - 6/12 an.		
88	4 mois (mort)	
60	Tué (9 mois)	
97	Tué (7 mois)	
79	Tué (6 mois)	
322	Tué (7 mois)	
381	Tué (6 mois)	



Période de survie et développement des collatérales chez les animaux-témoins et ceux traités à la Persantine qui ont subi l'expérience du constricteur améroïde. Le classement selon le degré de circulation collatérale est exliqué dans l'article.

normale. Cette action remarquable de la Persantine sur le débit coronarien a été vérifiée chez l'humain athérosclérotique par McGregor (6) qui attribua la diminution de la différence A-V en oxygène au niveau des coronaires à l'augmentation du débit coronarien sans changement notable de la dynamique cardiaque ou de la pression sanguine. Les notes de Bellet (7) apportent une contribution intéressante à la présente étude. On y rapporte que la Persantine, au cours des recherches, augmenta le débit coronarien chez les animaux soumis à l'occlusion coronaire partielle. Persantine provoqua un phénomène semblable chez l'animal soumis à une hypoxie prononcée (8) et augmenta le débit sanguin dans le tissu myocardique ischémique (9). Des preuves expérimentales (10) nous permettent de croire que la Persantine accentue les effets des métabolites myocardiques, tels l'adénosine, qui semblent être les facteurs qui normalisent la réponse des coronaires à l'hypoxie (11). En plus de son action sur les coronaires, on attribue à la Persantine la propriété d'influencer directement le métabolisme du myocarde en présence d'hypoxie, en favorisant la restauration fonctionnelle et la contractilité du myocarde (12).

PROCÉDÉS

1. *Occlusion progressive expérimentale de la coronaire.*

Dans la plupart des cas d'athérosclérose, la localisation des plaques d'athéromes visibles macroscopiquement et le rétrécissement des coronaires qui en résulte se manifestent de façon assez uniforme. La région le plus souvent en cause est le tiers proximal de l'artère coronaire gauche, comprenant d'abord la branche antérieure descendante et secondairement l'artère circonflexe. Dans le quart proximal de l'artère coronaire droite, on décèle assez souvent des petites plaques, mais les altérations morphologiques sont beaucoup moins prononcées que dans le système coronaire gauche, surtout chez les sujets de 30 à 50 ans. Dans le groupe d'âge plus avancé, les changements pathologiques augmentent en fréquence et en gravité à l'intérieur de la coronaire droite, pouvant finalement produire dans ce segment des modifications comparables à celles que l'on trouve dans la portion antérieure descendante de l'artère coronaire gauche. C'est donc le système coronaire gauche qui est le premier et le plus fortement atteint; comme nous l'avons déjà publié (2), c'est en tenant compte de ces faits que notre laboratoire a mis au point un procédé qui reproduit artificiellement la progression de l'athérosclérose chez l'homme en entraînant chez les animaux de laboratoire un rétrécissement progressif de la lumière des artères coronaires descendante et circonflexe gauches. Ce test consiste, en résumé, à placer des constricteurs artificiels à l'origine des branches circonflexe et antérieure descendante. Ces constricteurs se composent d'un segment de tige en plastique dans laquelle on a foré une lumière centrale communiquant avec une petite fente périphérique. Ce plastique hydrophile est contenu dans une chemise d'acier. Le plastique se gonfle d'eau et cherche à se distendre. La chemise d'acier empêche toute expansion vers l'extérieur de sorte que l'expansion de cet améroïde est forcée vers l'intérieur et comprime l'artère coronaire qui se trouve dans sa lumière. On peut contrôler son taux d'absorption et par conséquent son taux d'expansion en enduisant l'améroïde de vaseline. Pour assurer le maximum de précision à ces expériences, les constricteurs améroïdes sont fabriqués en lots, mêlés et placés dans un séchoir. La lumière y est percée avec précision à 110 millièmes de pouces et vérifiée par un mandrin de même calibre, avant de placer l'améroïde autour des artères coronaires.

Quand les constricteurs sont placés autour des artères antérieure descendante et circonflexe gauches du chien, 80 à 85 % des animaux meurent en dedans d'une période moyenne de 30 jours. On a noté que ces animaux meurent subitement soit en se battant, en mangeant ou en courant, souvent sans trace physique d'infarctus myocardique. Dans la moyenne des cas, l'examen histologique des améroïdes révèle que les animaux succombent lorsque la surface du coupe des deux artères coronaires est réduite de 50 % ou plus. Le rétrécissement des artères coronaires chez l'animal, comme chez l'homme, atteint un point critique qui ne permet plus au débit sanguin diminué de répondre à une demande subite du myocarde; la mort s'ensuit.

2. *La présente étude.*

Aux fins de la présente étude, on pratiqua la thoracotomie sur 25 chiens dont le poids variait entre 40 et 50 livres, et l'on plaça des constricteurs améroïdes à l'origine des branches descendante et circonflexe de la coronaire gauche. Au préalable, on choisit 13 chiens qui serviraient de témoins et 12 qui seraient traités à la Persantine. Ces derniers reçurent 150 mg. de Persantine par voie buccale tous les jours sous forme de 2 comprimés de 25 mg administrés 3 fois par jour dans

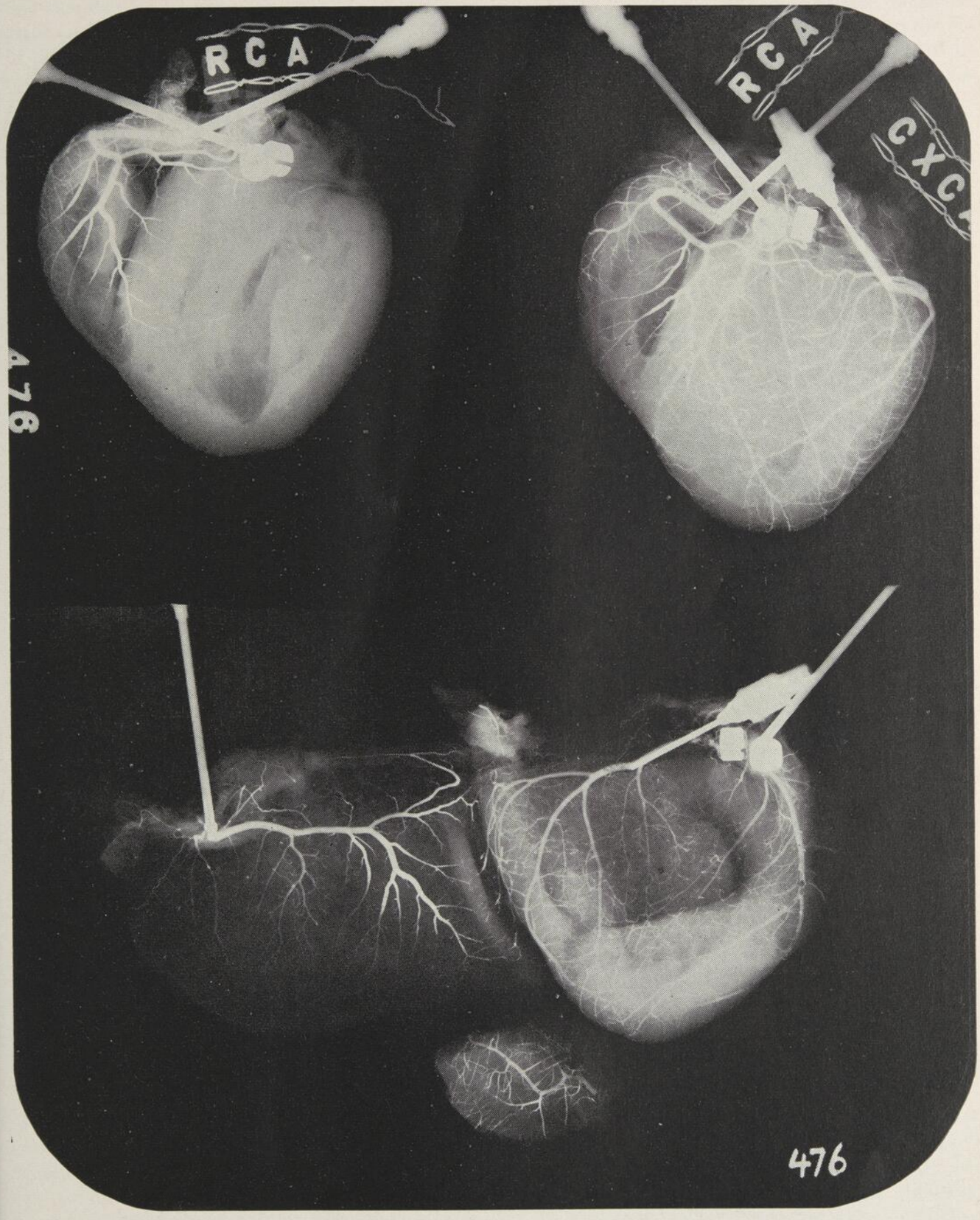


Fig. 1. — Chien no 476 du groupe-témoin, mort le vingtième jour. La pellicule supérieure gauche illustre une infusion de l'artère coronaire droite. Aucune circulation visible de droite à gauche. Les artères gauches sont infusées à leur tour (pellicule supérieure droite). Le déploiement du coeur ne révèle aucune collatérale visible entre les artères de droite et de gauche.

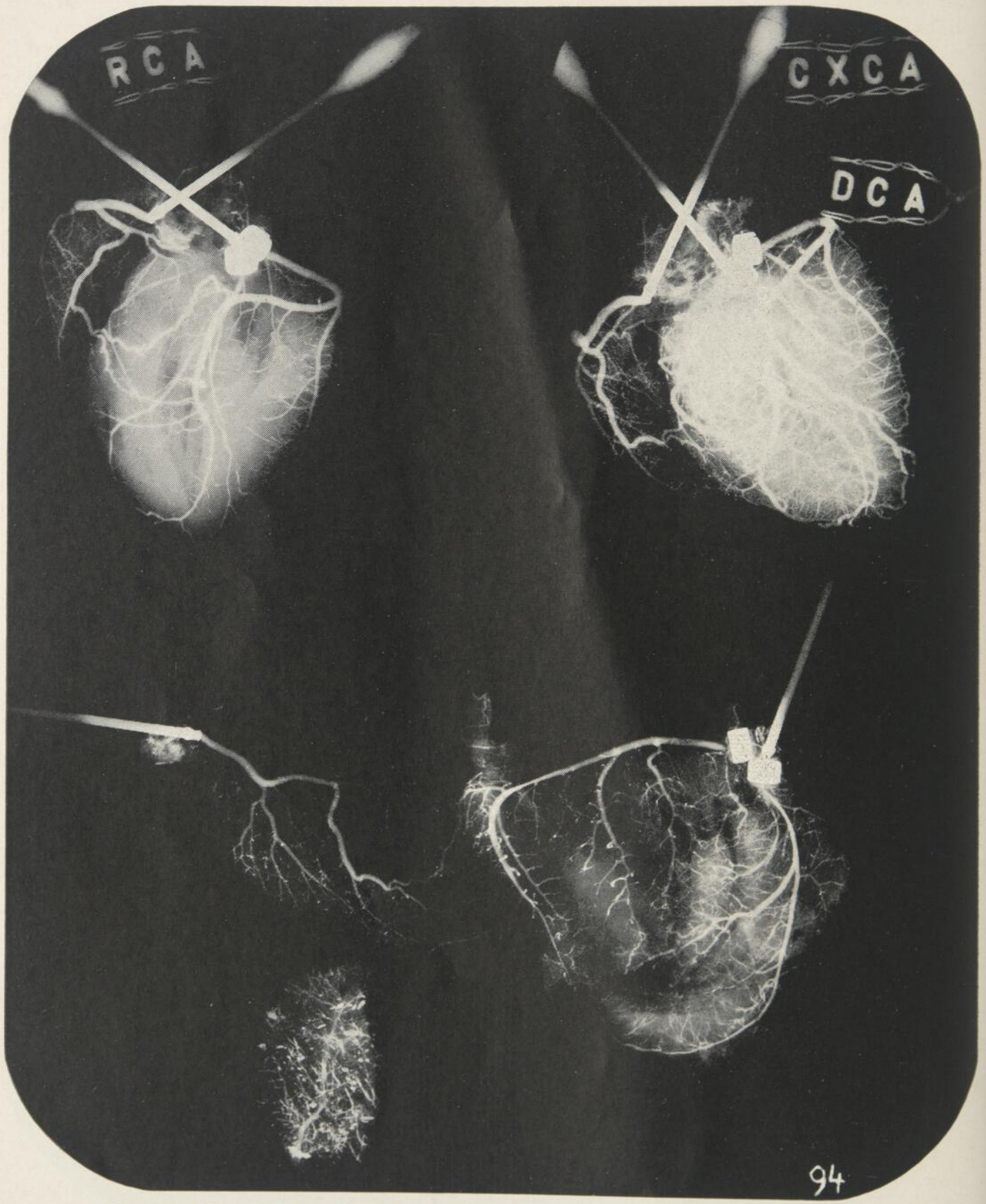


Fig. 2. — Chien no 94 du groupe-témoin, ayant survécu au delà de 3 mois. Le liquide infusé dans la coronaire droite (pellicule supérieure gauche) remplit le réseau de droite, remonte de l'autre côté et remplit les rameaux principaux du réseau de gauche. Peu d'infiltration dans les vaisseaux secondaires. Le coeur déployé (pellicule inférieure) montre le tracé des vaisseaux par lesquels le liquide est passé de droite à gauche.

une boulette de viande. Chez ces bêtes, on commença le traitement à la Persantine 2 jours avant la thoracotomie et cette posologie se continua jusqu'à la mort ou l'abattage de l'animal. On établit cette posologie selon la quantité de Persantine qui donnerait, en une seule dose, une concentration sanguine approchant celle qu'on obtient chez l'humain avec la posologie recommandée. Comme l'administration de cette drogue chez les humains est recommandée avant les repas, on l'administrait aux chiens à jeun, et leur unique repas quotidien ne leur était porté que le soir. Chaque animal recevait individuellement le médicament de la main d'un seul préposé qui, tout au cours de l'étude, avait été assigné à cette tâche particulière.

Chaque jour, on opérait 2 chiens: un du groupe-témoin et un du groupe traité à la Persantine. Dès que le chien était rétabli de son opération, on le conduisait au chenil où il pouvait s'ébattre en toute liberté. A intervalles variés, qui ne dépassaient pas toutefois une semaine, on prélevait 5 cc. de sang de chaque animal traité à la Persantine, quelque 60 ou 90 minutes après lui avoir donné le médicament. Le taux de Persantine dans le sang était alors établi au fluorimètre, ce qui permettait une vérification constante de l'efficacité de l'administration par voie buccale.

Après la mort ou l'abattage des animaux, on plaça le cœur en glacière jusqu'à disparition de la rigidité cadavérique. On commença alors les infusions expérimentales en vue de déceler et codifier le développement de la circulation collatérale. On prépara une gélobarite de Schlesinger qui servit de corps opaque-type pour toutes les infusions. Une technique d'infusion uniforme avec pression constante réduisit au minimum les changements d'un animal à l'autre. On canula d'abord l'artère coronaire droite et on y injecta le liquide opaque. Après radiographie, on fit une infusion dans l'artère coronaire gauche. Nouvelle radiographie. Enfin, on déploya le cœur selon la technique décrite par Schlesinger, et l'on prit une troisième radiographie de toute la circulation coronarienne sur un seul plan. Par cette méthode, la quantité de gélobarite qui envahissait le système coronaire gauche par les collatérales venant de l'artère coronaire droite pouvait être évaluée et comparée par la suite à l'aspect de la coronaire gauche quand elle n'était perfusée que de ce côté. Les anastomoses intercoronariennes responsables de l'infusion de droite à gauche pouvaient alors être définies par la technique du déroulement. Au cours de cette étude, deux cœurs infusés en même temps révélèrent une différence marquée quant au nombre respectif de leurs anastomoses. Les différences remarquées entre sujets-témoins et sujets traités à la Persantine ne s'expliquent donc pas par une différence de technique ou de quantité de gélobarite.

RÉSULTATS

1. *Survie.*

La partie gauche du Tableau 1 représente la période de survie des 25 animaux objets de cette étude. Chez les 13 animaux-témoins, 2 survécurent au-delà de la période expérimentale de 3 mois et ils durent être abattus. Comme nous l'avons déjà écrit (2), ce taux de survie (15 %) est sensiblement identique à celui de groupes-témoins semblables soumis dans notre laboratoire à des expériences analogues. Par contre, dans le groupe traité à la Persantine, le nombre des survivants, après 3 mois, fut 3 fois plus grand que dans le groupe-témoin. Au total, 6 des 12 animaux traités à la Persantine vécurent au-delà de la période expérimentale de 3 mois et furent abattus plus tard; ce qui représente un taux de survie de 50 %.

2. *Développement de la circulation collatérale.*

La partie droite du Tableau 1 représente graphiquement le degré de circulation collatérale trouvée chez chacun des animaux-témoins et chez ceux qui reçurent la Persantine. Pour se faire une idée sommaire quantitative du degré d'anastomoses fonctionnelles entre les artères coronaires droite et gauche, on employa un système de graduation par lequel la quantité de gélobarite logée dans le réseau coronarien gauche, après perfusion de l'artère coronaire droite seulement, fut comparée avec la radiographie des artères coronaires gauche et droite infusées séparément. On reconnut de cette façon quatre degrés de développement de la circulation collatérale:

a) *Aucune circulation collatérale.* Les radiographies cardiaques du chien no 476 — illustration 1 — sont typiques de cette catégorie. Une injection de barium dans l'artère coronaire droite se confine de ce côté et ne pénètre pas du tout dans le réseau coronarien gauche. Après infusion séparée dans l'artère coronaire gauche et déploiement du cœur, on ne peut déceler aucune circulation collatérale chez 7 des 13 animaux-témoins qui moururent avant la durée limite de trois mois. Par contre, des 6 chiens traités à la Persantine qui moururent avant la fin des trois mois, un seul ne révéla aucun signe d'anastomoses intercoronariennes. C'est une différence remarquable.

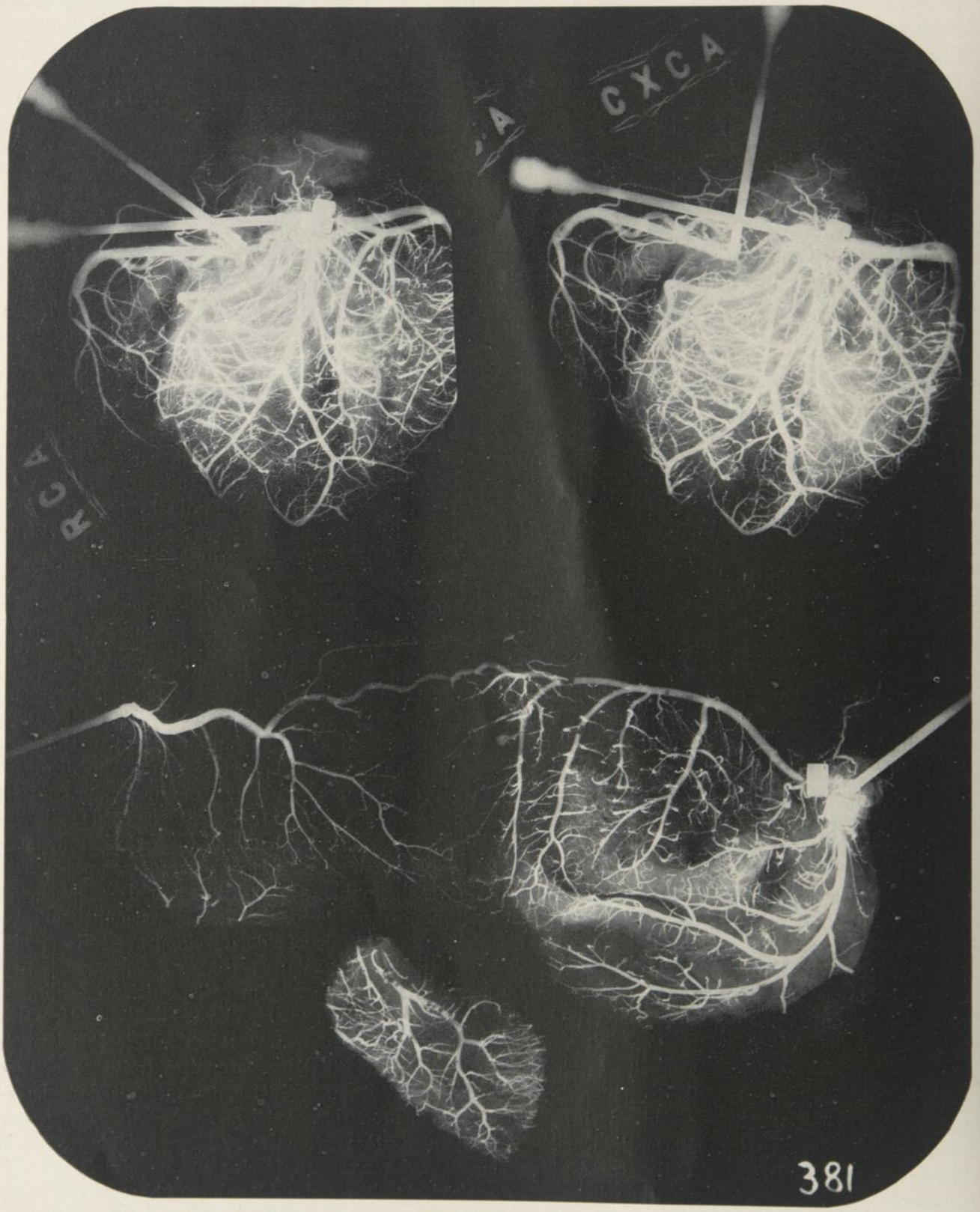


Fig. 3. — Chien no 381 du groupe traité à la Persantine, ayant survécu au delà de trois mois. Le liquide infusé dans la coronaire droite (pellicule supérieure gauche) remplit le réseau droit et refoule dans celui de gauche. A remarquer la grosseur des vaisseaux principaux et l'abondance des anastomoses qui sillonnent le coeur. Le coeur déroulé montre le calibre des anastomoses entre les vaisseaux principaux des coronaires.

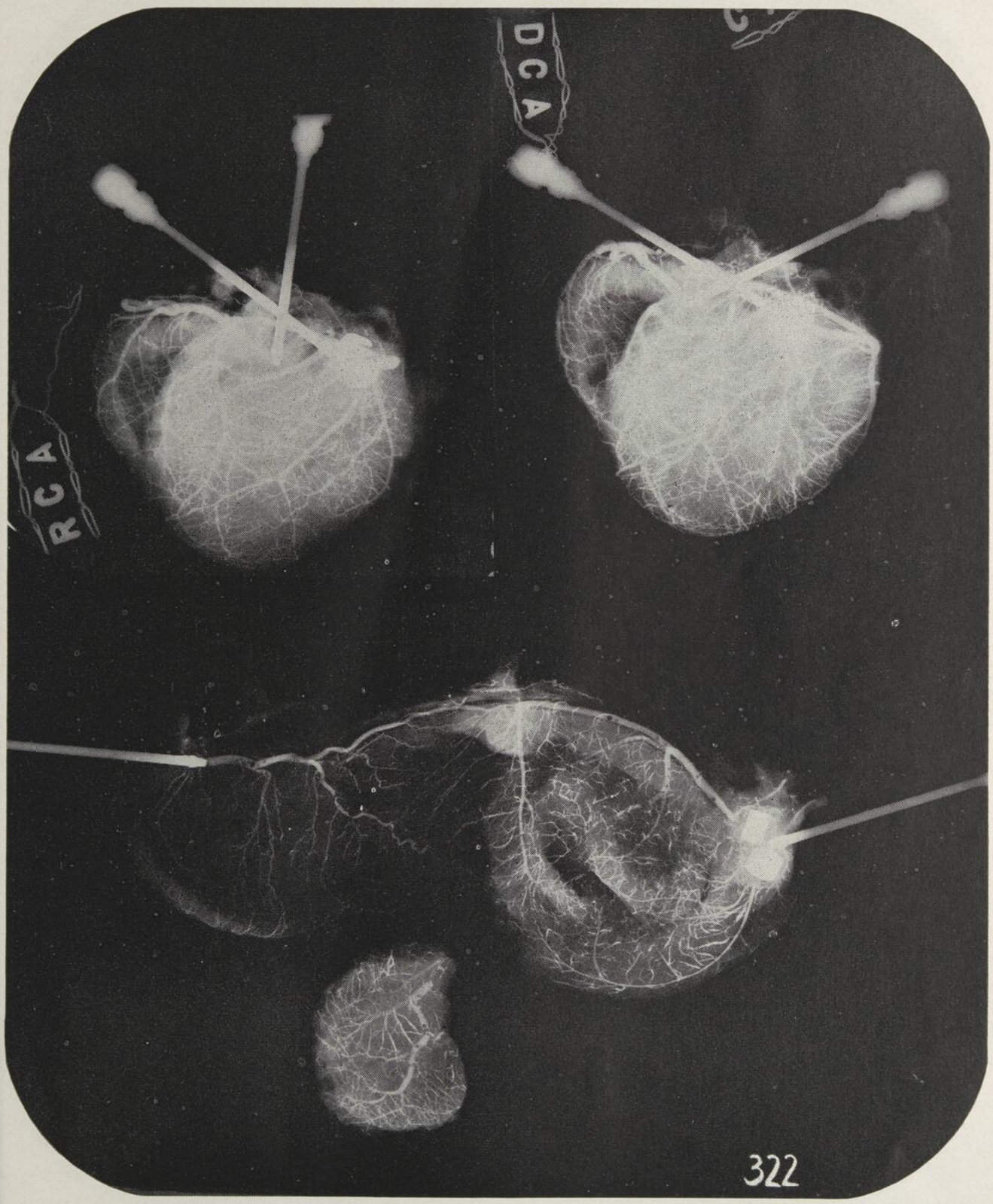


Fig. 4. — Chien no 322 du groupe traité à la Persantine, ayant survécu au delà de trois mois. Le liquide infusé dans la coronaire droite (pellicule supérieure gauche) remplit le système de droite et refoule dans celui de gauche. A remarquer l'amplitude des vaisseaux principaux et l'abandance des anastomoses qui sillonnent le coeur. Le coeur déroulé laisse voir le calibre des anastomoses entre les principaux vaisseaux coronaires.

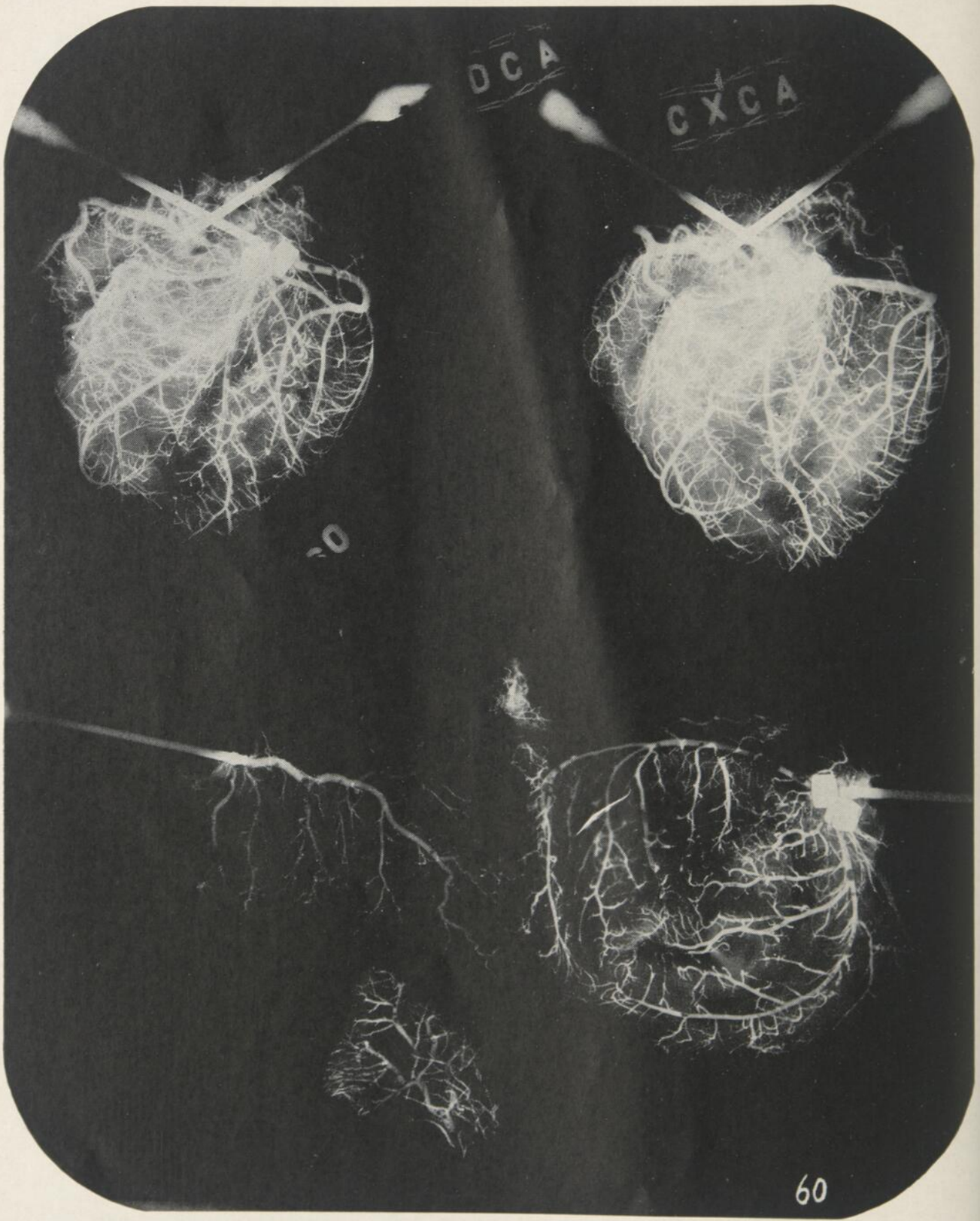


Fig. 5. — Chien no 60 du groupe traité à la Persantine, ayant survécu au delà de trois mois. Le liquide infusé dans la coronaire droite (pellicule supérieure gauche) remplit le système de droite et refoule dans celui de gauche. A remarquer l'amplitude des vaisseaux principaux et l'abondance des anastomoses qui sillonnent le coeur. Le coeur déroulé laisse voir le calibre des anastomoses entre les principaux vaisseaux coronaires.

b) *Présence de circulation collatérale.* Toujours avec le même mode d'infusion, les collatérales dans cette catégorie étaient développées au point de permettre à la gélobarite infusée dans le côté droit d'envahir une partie des artères antérieures descendante et circonflexe gauches. Si les branches gauches principales et leurs plus grosses ramifications se trouvaient dessinées à pas plus de 50 % de leur longueur, on classait le cœur dans cette catégorie.

c) *Circulation collatérale bonne.* Comme dans a) et b), les sujets de cette catégorie furent classés selon le degré de remplissage des branches principales du réseau coronarien gauche après l'infusion de la coronaire droite, mis en regard des images obtenues après la perfusion directe du réseau gauche grâce à une canule instalée dans l'orifice gauche. On classait dans cette catégorie les animaux dont les artères principales étaient remplies à 50 % ou plus, mais dont les vaisseaux plus petits étaient peu ou pas injectés. La radiographie expose les résultats obtenus chez le chien no 94, un des deux seuls animaux-témoins qui aient vécu au-delà de 3 mois. Cet exemple est un cas-limite; nous insistons sur ce point. Il représente le plus haut point de développement de circulation collatérale jamais obtenu par l'hypoxie chez des animaux-témoins au cours d'expériences présentes et antérieures avec le constricteur améroïde.

d) *Circulation collatérale complète.* Ce quatrième groupe comprend uniquement des sujets traités à la Persantine qui ont vécu au-delà de la période expérimentale de 3 mois, et chez lesquels les résultats doivent s'inscrire sous le titre de circulation collatérale complète. Le développement des anastomoses intercoronariennes chez ces animaux traités à la Persantine permit au liquide opaque de passer librement du côté droit vers le côté gauche pour y remplir les branches principales et secondaires. Chez ces sujets, la masse de Schlesinger injectée dans le système coronarien droit envahit les vaisseaux du côté gauche et jaillit par la canule installée dans l'orifice de la coronaire gauche. On reconnut les animaux traités à la Persantine par la rapidité du remplissage et l'apparition du barite à l'orifice de l'artère opposée. Les illustrations 3, 4 et 5 représentent les radiographies des chiens nos 381, 322 et 60. Si l'on compare ces 3 radiographies des survivants traités à la Persantine, avec celles de l'illustration 2 qui appartient au groupe-témoin, on a vite constaté une profonde différence dans le calibre de leurs artères coronaires principales respectives. On distingue facilement aussi l'abondance des anastomoses dans le cœur des animaux traités à la Persantine.

On peut conclure, à l'examen du tableau 1 et des cinq illustrations, que la Persantine a triplé le taux de survie chez l'animal soumis au test du constricteur améroïde, en activant le développement des collatérales et l'échange circulatoire entre les réseaux coronariens gauche et droit. De plus, on constate que, même chez les animaux morts avant le terme de 3 mois, les collatérales étaient beaucoup plus développées chez les sujets traités à la Persantine que chez les témoins.

COMMENTAIRES

Les données que nous possédons nous permettent de croire que les résultats favorables obtenus avec la Persantine au cours de notre étude pouvent être attribués à son action physique profonde sur les artères coronaires et leurs collatérales. Il importe peu aux résultats de cette étude que la nouvelle circulation s'établisse dans un réseau formé « de novo » ou que la Persantine favorise l'ouverture et le fonctionnement de vaisseaux préexistants. Les deux chiens-témoins qui ont survécu représentent probablement la proportion d'animaux doués d'une faculté d'adaptation héréditaire qui leur a permis, en présence d'hypoxie provoquée par l'occlusion graduelle des coronaires, de développer rapidement des collatérales fonctionnelles. On se rend compte, cependant, que la plupart des animaux n'ont pas cette même faculté d'adaptation dans le cours normal des choses. Des expériences antérieures nous avaient démontré que la Persantine accroît l'effet de l'hypoxie en augmentant de façon considérable le débit coronarien. Cette action adjuvante accélérerait et augmenterait le développement des collatérales, hypothèse que semble confirmer la présente étude. Si l'on compare les animaux- témoins aux animaux traités à la Persantine abattus au bout d'une période expérimentale à peu près identique, on constate chez ces derniers une richesse d'anastomoses et une vasodilatation artérielle qui contrastent nettement avec celles des témoins.

Un mot d'explication sur la concentration sanguine du médicament chez nos animaux. Cette concentration pouvait varier d'un jour à l'autre; par ailleurs, il nous fut impossible d'établir une relation directe entre la concentration sanguine de Persantine et le degré de développement de la circulation collatérale. La concentration moyenne chez les animaux traités à la Persantine qui moururent avant la norme de trois mois était à peu près identique à celle des chiens qui franchirent cet-

te limite et qui avaient développé une circulation collatérale complète. Ces concentrations, d'autre part, étaient sensiblement les mêmes que celles qu'on trouve chez l'homme traité selon la posologie recommandée. Devant ces faits, on est justifié de croire que la vitesse de développement des collatérales après traitement à la Persantine varie d'un animal à l'autre probablement en vertu de facteurs héréditaires. Il est évident, d'après le tableau 1, que les collatérales se développent beaucoup moins chez les animaux-témoins que chez ceux du groupe Persantine. La rapidité et le degré de ce développement diffèrent d'un animal à l'autre, aussi ne faut-il pas s'étonner que, chez 50 % des animaux, le rétrécissement des artères ait atteint un point critique avant que la circulation collatérale ait eu le temps de se développer au point d'assurer un débit sanguin suffisant.

Une dernière remarque sur l'application clinique de ces données expérimentales. Bien qu'on manifeste beaucoup de méfiance à transposer chez l'humain les résultats de l'expérimentation animale, il existe cependant une certaine relation entre ces deux sphères. Ainsi, dans l'ensemble, les effets pharmacologiques de la Persantine constatés chez le chien et publiés dans la littérature, ont également été confirmés et publiés à la suite de recherches chez l'homme. Nous osons croire que les effets fondamentaux recueillis au cours de cette étude pourront s'appliquer à l'humain dans le développement d'une circulation coronarienne collatérale et dans l'altération du pronostic du malade. Certes, tous les patients ne tireront pas un bienfait égal de ce traitement, pas plus que les animaux de notre étude l'ont fait. Il s'en trouvera dont les artères seront affectées à un point tel qu'on ne pourra soulager l'ischémie que par l'augmentation du débit sanguin par une autre voie. Il n'y aura pour ces patients qu'un seul recours: la chirurgie revascularisante avec, possiblement, l'aide additionnelle d'un agent comme la Persantine pour favoriser une redistribution sanguine à partir de la nouvelle source. A cet égard, on se réjouit de l'usage de plus en plus répandu de l'angiographie coronarienne dans le diagnostic des maladies cardiaques.

Le jour n'est sans doute pas éloigné où, selon la gravité des lésions coronariennes visualisées à l'angiographie, on pourra décider si on doit traiter ces patients de façon chirurgicale ou médicale par une substance, telle la Persantine, qui stimule le développement d'une circulation collatérale.

Résumé

Nous avons fait le rapport de recherches cliniques destinées à étudier l'effet de Persantine sur la survie et le développement de la circulation collatérale chez les animaux soumis à une occlusion coronarienne progressive des deux principales ramifications de la coronaire gauche.

Dans le groupe-témoin qui comprenait 13 animaux, deux chiens (15 %) vécurent au-delà de la norme expérimentale de trois mois; six chiens sur 12 (50 %) qui recevaient 150 mg. de Persantine par voie orale en doses fractionnées survécurent au-delà de ce laps de temps. Les études avec la masse de Schlesinger semblent indiquer que tout d'abord la Persantine précipite le fonctionnement de la circulation collatérale chez le groupe traité et qu'ensuite cette substance donne naissance, chez les animaux qui ont survécu, à un profond réseau d'anastomoses beaucoup plus riche que celui observé chez le groupe-témoin uniquement soumis à l'hypoxie.

En se basant sur ces découvertes expérimentales très significatives, on est justifié de croire que la Persantine pourra favorablement modifier le pronostic des affections coronariennes.

Summary

An experimental investigation has been reported designed to study the effect of Persantin on survival and collateral circulation development in animals exposed to gradual coronary constriction of both main branches of the left coronary artery. In the control series of 13 animals, two doys (15%) had a three months' survival, while six dogs (50%) of the 12 animals receiving 150 mg. of Persantin orally in divided doses survived beyond this period. Schlesinger mass studies from the experimental animals would indicate that Persantin significantly accelerated the opening up of collateral circulation in the treated group and, in the surviving animals, produced a profound, rich anastomatic network much in excess of that seen in the surviving control series exposed to hypoxia alone.

On the basis of the highly significant findings in experimental animals noted above, it is suggested that Persantin may favourably alter the prognosis of many patients with coronary artery disease.

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier le docteur Robert J. Efford, Fellow en médecine, attaché à l'Hôpital Royal Victoria et conseiller médical de la maison Geigy, pour son assistance très précieuse dans la conduite de cette étude.

Nous remercions également la compagnie Geigy, de Montréal, d'avoir généreusement mis le produit Persantine à notre disposition et de son aide financière qui a rendu cette étude possible.

BIBLIOGRAPHIE

(1) ENOS, W. F.; HOLMES, R. H., et BEYER, I. C.: *J. A. M. A.*, **158**: 912, 1955.

(2) VINEBERG, A.: *Prog. in Cardiovasc. Dis.*, **4**: 391, 1962.
(3) GREGG, D. E.; BEST, C. H., et TAYLOR, N. B.: *The Physiological Basis of Medical Practice*. Williams and Wilkins Co., 7e édit., p. 335, 1961.
(4) FISCHER, F. G., et ROCH, H.: *Liebigs-Ann. Chem.*, **572**: 217, 1951.
(5) ELLIOT, E. C.: *Canad. Med. Ass. J.*, **85**: 469, 1961.
(6) KINSELLA, D.; TROUP, M., et McGREGOR, M.: *Am. Heart J.*, **63**: 146, 1962.
(7) WEST, J. W.; BELLET, S.; MANZOLI, U., et MULLER, O. F.: *Circulation Research*, **10**: 35, 1962.
(8) BRETSCHNEIDER, H. J., et Coll.: *Arzneim.-Forsch.*, **9**: 49, 1959.
(9) KIESE, M., et Coll.: *Ztschr. ges. exper. Med.*, **132**: 426, 1960.
(10) BRETSCHNEIDER, N. J.: Action of Coronary Dilators. American Heart Assoc. Symposium on Coronary Circulation, Chicago (Illinois), mars 1962.
(11) BERNE, R. M.: *Fed. Proc.*, **20**: 101, 1961.
(12) SIESS, M.: Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Kreislaufforschung, Bad Nauheim, 1961.

MÉNINGITES PURULENTES CHEZ L'ENFANT

Revue de 188 observations

Luc CHICOINE, F.R.CP.. (C) et Pierre MASSON

MATÉRIEL D'ÉTUDE

Ce travail porte sur tous les cas de méningites bactériennes survenues à l'Hôpital Sainte-Justine durant quatre années, de janvier 1958 à janvier 1962. Sont exclues les méningites tuberculeuses ainsi que les infections méningées survenues comme complication d'hydrocéphalie, de méningocèle et d'intervention neuro-chirurgicale.

TABLEAU I

MENINGITE PURULENTE

Etiologie - Fréquence

188 cas de 1958 à 1962

AGE	HEMOPHILUS INFLUENZAE	MENINGO-COQUE	PNEUMO-COQUE	INDETER-MINES	RARES	CAS	FREQUENCE %	DECES %
0 - 1 ms			1 (1)*	3	9 (5)	13 (6)	6.9 %	46.1 %
1 mois		2		4	1 (1)	7 (1)	3.7 %	14.2 %
2 - 6 ms	7 (1)	10	9	14	3 (2)	43 (3)	22.8 %	9.09 %
6 ms - 2 ans	35 (4)	16	14 (1)	14 (1)		79 (6)	42 %	7.4 %
2 - 5 ans	10	6	4	6 (1)		26 (1)	13.8 %	3.8 %
5 ans & +	3	3	6 (1)	7 (1)	1	20 (2)	10.6 %	10 %
Fréquence	55 (5)	37	34 (3)	48 (3)	14 (8)			
%	29.2 %	19.6 %	18 %	25.5 %	7.4 %			
Décès %	9.09 %	0	8.8 %	6.2 %	57.1 %			

Mortalité totale: 19 cas sur 188 = 10.1 %

* Les chiffres ( ) indiquent les décès

Etiologie

Le germe en cause fut identifié par hémoculture ou par culture du liquide céphalo-rachidien dans 140 sur 188 cas. Par ordre de fréquence l'on rencontrait l'Hémophilus influenzae dans 55 cas (29.2%), le Méningocoque dans 37 cas (19.6%), le Pneumocoque dans 34 cas (18%). Aucun organisme ne peut être isolé chez 48 patients (25.5%).

Les autres agents isolés furent l'Escherichia coli dans 5 cas, le Listeria monocytogenes dans 3 cas, le Streptocoque dans 3 cas. Le Staphylocoque, le Pseudomonas aeruginosa et le Salmonella furent rencontrés une fois chacun. Ce dernier groupe de méningites « rares », comptait pour un total de 14 cas (7.4%).

Age

L'âge le plus vulnérable se situe entre 6 mois et 2 ans, où nous avons 79 cas (42%). De 0 à 5 ans surviennent 168 cas (89%).

Durant la période de 0 à 1 mois l'on ne rencontre aucun Hémophilus, aucun Méningocoque et un seul Pneumocoque; 3 cas sont non identifiés et les 9 autres appartiennent au groupe « rares ». Tous les cas appartenant au groupe « rares » surviennent dans les 4 premiers mois de la vie sauf 1 cas dû au Streptocoque L.A. à 7 ans.

L'Hémophilus influenzae est réparti surtout entre 5 et 9 mois et aucun n'est noté avant 2 mois ou après 7 ans.

Les autres groupes ne semblent pas avoir de prédilection spécifique pour aucun âge.

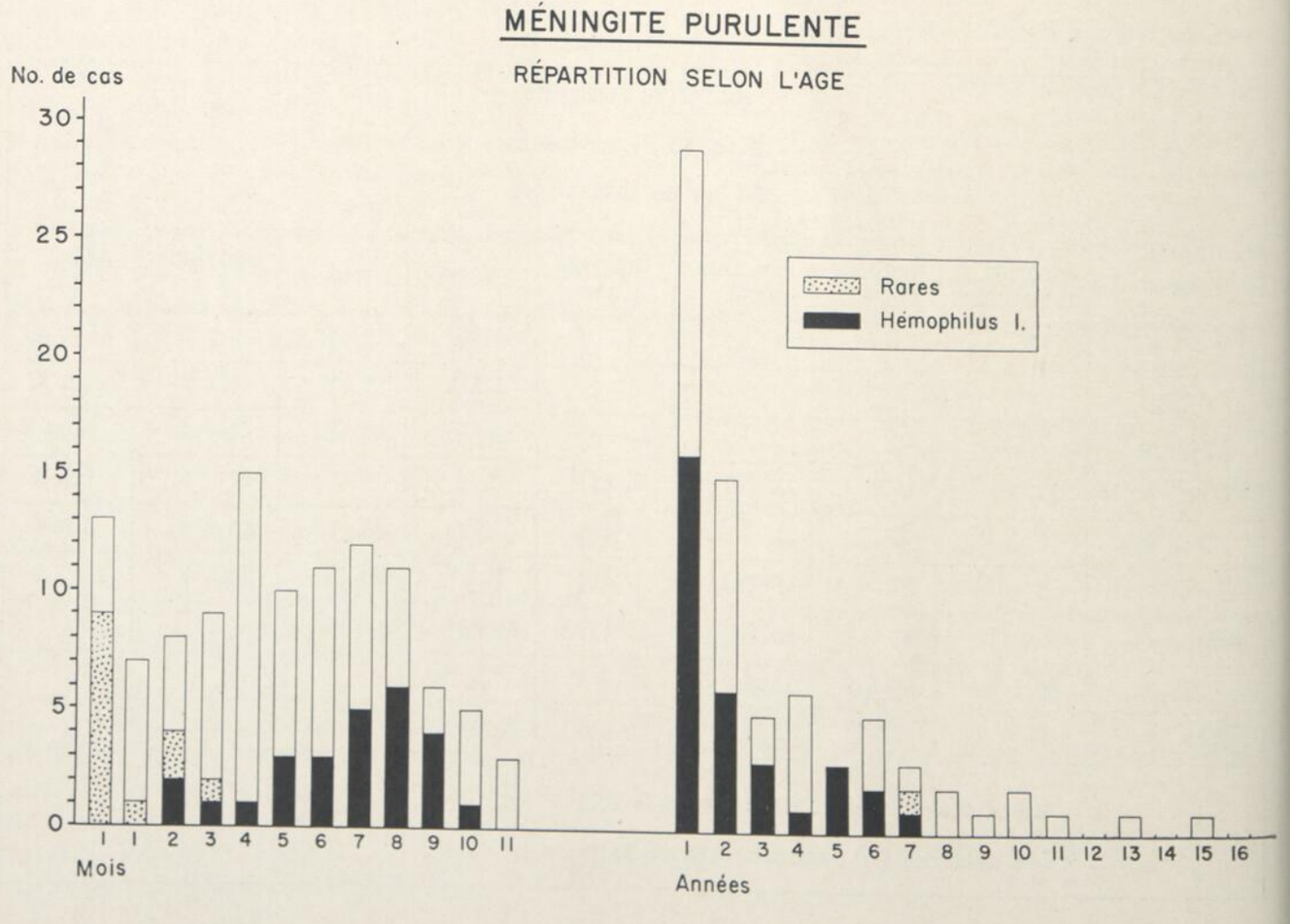
Mortalité [1]

En tête de liste pour la mortalité se place le groupe « rares » avec un taux de 57.1% (8 sur 14 cas). 5 des 8 décès eurent lieu dans les 24 heures après le début du traitement.

L'Hémophilus influenzae a causé 5 décès (9.09% des Hémophilus influenzae). Le Pneumocoque comptait 3 décès (8.8% des Pneumocoques) tandis qu'aucune mort n'était due au Méningocoque. La série « non identifiée » a provoqué 3 décès (6%

1. Voir tableau 1.

FIGURE I



des non identifiés). La mortalité totale est de 10.1% (19 cas). Si l'on exclue les « rares », le taux de mortalité corrigé se réduit à 6.3% (11 sur 174 cas).

Il est intéressant de noter que le taux de mortalité décroit avec l'âge jusqu'à 5 ans:

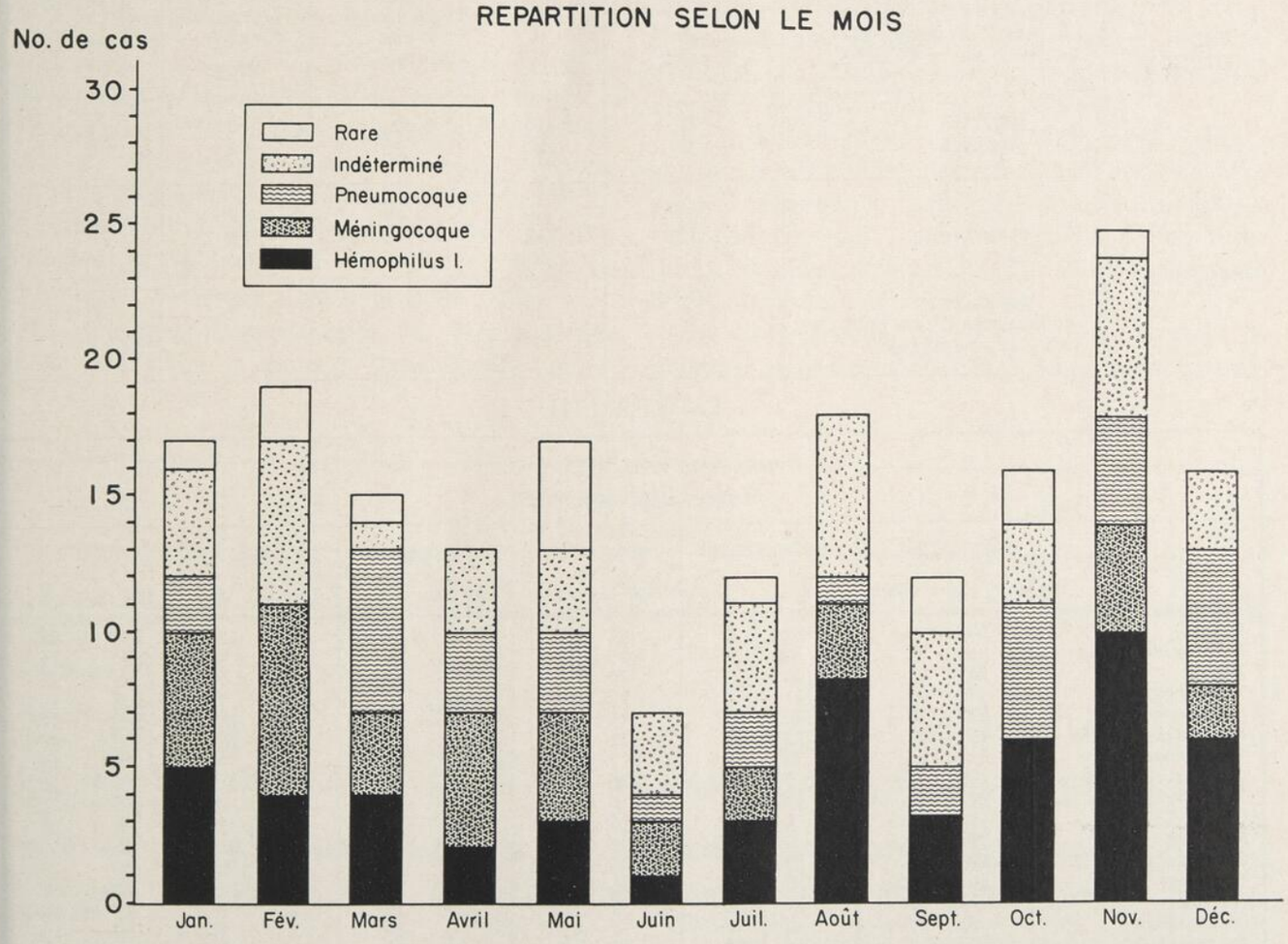
46.1%	de 0 à 1 mois
14.2%	de 1 à 2 mois
9.09%	de 2 à 6 mois
7.4%	de 6 mois à 2 ans
3.8%	de 2 ans à 5 ans

Il n'y eût pas de période épidémique pour le Méningocoque durant ces 4 années. Cependant on remarquait généralement une légère recrudescence pendant les mois froids.

Laboratoire

La formule sanguine montrait, en général, une leucocytose avec forte augmentation des polynucléaires mais tous les chiffres pouvaient être rencontrés, variant de 4,000 globules blancs/mm³.

FIGURE II



Saison

Les méningites affluèrent à l'hôpital pendant tous les mois de l'année. Cependant le mois le plus calme fut juin avec 7 cas seulement en 4 ans.

L'Hémophilus influenzae survint de préférence en novembre et montrait une diminution graduelle de fréquence de janvier jusqu'à juin.

Les changements dans le liquide céphalo-rachidien se manifestaient à l'admission par une élévation de la protéinorhachie ($>$ 55 mg. %) dans 176 cas; 6 cas seulement montraient un taux normal et 5 de ces 6 cas étaient dus au Méningocoque. Le taux des protéines variait de 177 mg.% à 475 mg.%.

TABLEAU II

MENINGITES PURULENTES

Laboratoire

		HEMOPHILUS INFLUENZAE	MENINGO-COQUE	PNEUMO-COQUE	INDETER-MINES	RARES
LIQUIDE CEPHALO-RACHIDIEN	PROTEINE mg % N: 15-55 mgs %	Moy. 227 (65-1101) 52 cas ↑	Moy. 177 (31-484) 31 cas ↑ 5 cas N	Moy. 278 (88-1240) 33 cas ↑	Moy. 199 (45-2560) 47 cas ↑ 1 cas N	Moy. 475 (112-834) 13 cas ↑
	GLUCOSE mg % N: 45-90 mgs %	Moy. 31.9 (11-96) 9 cas N 1 cas ↑ 42 cas ↓	Moy. 42.2 (12-104) 11 cas N 1 cas ↑ 24 cas ↓	Moy. 41 (12-89) 13 cas N 19 cas ↓	Moy. 52 (13-100) 31 cas N 1 cas ↑ 16 cas ↓	Moy. 39 (13-63) 1 cas N 12 cas ↓
	CHLORURE mg % 7 jrs-3 ms = 636-716 4 ms-12 ms = 659-742 13 ms-12 ms = 683-763	Moy. 671 (637-852) 42 cas N 1 cas ↑ 4 cas ↓	Moy. 685 (650-734) 33 cas N	Moy. 686 (624-876) 21 cas N 2 cas ↑ 6 cas ↓	Moy. 679 (511-749) 32 cas N 2 cas ↑ 4 cas ↓	Moy. 685 (644-834) 7 cas N 2 cas ↑ 1 cas ↓
	FROTTIS positifs	21/30	16/20	21/24	0/42	5/8
HEMOCULTURE	positive	12/16	9/13	6/9	0/22	6/6
	positive accompagnée d'une culture du L.C.R. négative	0	4	0	0	0

TABLEAU III

MENINGITES PURULENTES

Signes cliniques

	HEMOPHILUS I. 55 cas	%	MENINGOCOQUE 37 cas	%	PNEUMOCOQUE 34 cas	%	INDETERMINES 48 cas	%	RARES 14 cas	%	TOTAL 188 cas	%
Fièvre	50	90	37	100	31	91	32	66	6	42	156	82
Raideur de nuque	45	81	37	100	25	73	32	66	1	7	140	74
Kernig	26	47	14	37	20	58	20	41	1	7	81	42
Brudzinski	37	67	21	56	23	67	23	47	1	7	105	55
Vomissement	41	74	20	53	15	44	28	57	4	28	108	57
Fontanelle bombée	15	27	19	51	11	32	9	18	2	14	56	29
Somnolence	23	41	13	35	7	20	12	25	1	7	56	29
Convulsions	20	35	5	12	16	47	13	27	3	21	57	30
Irritabilité	22	99	15	40	6	17	13	27	0	0	56	29
Otite	9	16	4	10	6	17	14	29	1	7	34	18
Anorexie	9	16	7	18	6	17	9	18	3	21	34	18
Déshydratation	12	21	3	8	5	14	3	6	2	14	25	13
Céphalée	5	9	4	10	6	17	8	16			23	12
Purpura	1	1	13	35	1	29	7	14	1	7	23	12
Opistotonos	5	9	4	10	1	29	8	16	1	7	29	10
Spasticite	4	7	6	16	4	11	2	4	1	7	17	8
Paralysie	9	16	1	2	3	8	2	4	1	7	16	8
Dyspnée	4	7	2	5	2	5	3	6	5	35	16	8
Coma	5	9	1	2	4	11	5	10			15	8
Cyanose	2	3	3	8	1	2.9	2	4	7	49	15	8
Diarrhée	5	9	2	5	1	2.9	2	4			10	5
Douleur abdominale	4	7	2	5	1	2.9	1	2	2	14	10	5
Hypotonie					1	2.9			1	7	2	1
Tremblement							2	4			2	1
Ictère									1	7	1	0.5
Trismus	1	1									1	0.5
Ataxie	1	1	1	2	1	29					2	1
Choc	1	1	1	2							3	1.5

La glycorhachie fut déterminée chez 182 malades. 111 cas (60%) montraient un abaissement de la glycorhachie en-dessous de 45 mg.% 20 cas (11%) s'élévaient à des taux au-dessus de 71 mg.% de glucose. Le Pneumocoque est l'agent le plus susceptible de marquer un sucre normal (40%); suit le Méningocoque (33%) puis l'Hémophilus influenzae (19%). Les chlorures ne furent d'aucune utilité diagnostique.

Les frottis furent rapportés sur 124 dossiers et concordaient avec la culture dans 50% des cas. Une hémoculture fut faite dans 66 cas (35%) et révélait la présence de l'agent en cause à 33 reprises. Il est à noter que dans 4 cas l'hémoculture fut positive alors que le L.C.R. ne montrait aucune pousse. Dans ces cas il s'agissait de Méningocoque.

Signes cliniques et symptômes

Les signes cliniques les plus constants furent la fièvre (82%), la raideur de la nuque (74%), le Brudzinski (55%), le Kerning (42%), les vomissements et les convulsions (30%), la fontanelle bombée et la somnolence (29%), l'otite associée (18%), la déshydratation (13%), le purpura (13%), l'opisthotonos et la spasticité musculaire (8%), la dyspnée et la cyanose (8%), le coma (8%).

Le purpura apparut avec le Méningocoque (35%) et dans le groupe indéterminé (14%). L'Hémophilus et le Pneumocoque ont montré du purpura une fois chacun. Il parait probable que les 14% de purpura dans le groupe indéterminé représentent une forte proportion de Méningocoques.

Les signes méningés apparurent exceptionnellement dans le groupe « rares », certainement à cause du jeune âge où se situe ce groupe (0-4 mois) où l'expansion de la boîte crânienne se fait facilement. La cyanose et la dyspnée furent présentes également surtout dans ce même groupe « rares » et furent souvent les seuls symptômes présents.

Séquelles

L'évaluation des séquelles neurologiques est celle constatée au départ de l'enfant après la période aiguë. Elle ne tient pas compte de l'amélioration ou de la détérioration tardive possible.

Un total de 19 malades souffrirent de séquelles (10.1%). Le Pneumocoque fut le plus dévastateur créant 9 séquelles chez 34 cas (26.4%).

La distribution se fit comme suit: surdité chez 3 cas due au Pneumocoque; strabisme chez 1 cas d'origine indéterminée; paralysie et retard mental se rencontrèrent chez 4 cas dus à Hémophilus; 1 cas dû au Méningocoque; 6 cas dus au Pneumocoque; 3 cas d'origine indéterminée et 1 cas rare.

Un électroencéphalogramme fut tracé pour 50 malades et des ondes pathologiques furent notées

TABLEAU IV

MENINGITES PURULENTES
Complications

	HEMOPHILUS I.	MENINGOCOQUE	PNEUMOCOQUE	INDETERMINES	RARES	TOTAL
Surdité			3			1.59%
Strabisme				1		0.53%
Paralysies ou/et retard mental	4	1	6	3	1	7.97%
Total des séquelles	4/55 (7.5%)	1/37 (2.9%)	9/34 (26.0%)	4/48 (8.3%)	1/14 (7.1%)	10.1 %
Mortalité	5/55 (9.0%)	0/37 (0 %)	3/34 (8.8%)	3/48 (6.2%)	8/14 (57.1%)	10.1 %
Survie sans séquelle	46 (83.0%)	36 (97.1%)	22 (64.7%)	41 (85.0%)	5 (35.7%)	79.7 %
E. E. G. pathologique	9	1	5	5	1	11.1 %
% des E. E. G. faits						26.5 %
Ponctions sous-durales faites	10	3	5	7	1	13.8 %
Ponctions sous-durales positives	4	1	2	2	1	53.0 %

chez 21 d'entre eux. Ces ondes anormales représentaient de la dysfonction diffuse ou localisée ou encore des foyers épileptiques.

Trop peu de cas eurent des électroencéphalogrammes de contrôle pour qu'on puisse juger des séquelles légères ou de la valeur pronostique de l'électroencéphalogramme.

Ponctions sous-durales

Il y eût indication de faire une ponction sous-durale que chez 26 malades et la présence d'un hématome fut décelé à 10 reprises.

Les méningites à Hémophilus causèrent plus fréquemment l'hématome sous-dural (4 sur 53 cas), suivies du Pneumocoque (2 sur 50 cas).

Il est à noter que chez les 10 malades porteurs d'hématome, 2 seulement survécurent sans séquelle alors que 3 mouraient et 5 s'en tiraient avec séquelles graves.

Délai au traitement

Les enfants qui ont survécu étaient amenés à l'hôpital 2.4 jours en moyenne après le commencement des symptômes, tandis que ceux qui sont décédés arrivaient 3.2 jours en moyenne après le début de la maladie.

Antibiotiques reçus avant l'admission [2]

Les histoires de 55 observations rapportent qu'un ou plusieurs antibiotiques furent administrés avant l'admission des malades. Les cultures demeurèrent stériles pour 27 de ceux là. D'autre part la Pénicilline n'empêchait pas l'Hémophilus Influenzae de pousser sur milieu de culture en 13 occasions. Il y eût 2 morts seulement chez ceux partiellement traités avant l'hospitalisation.

Discussion

La distribution des méningites dans la présente revue est superposable à la plupart des statistiques en provenance des autres centres: l'Hémophilus est le plus souvent en cause, suivi par le Méningocoque et le Pneumocoque (1) (2). Le diagnostic « d'étiologie indéterminée » au taux de 25.5% dans notre série se situe à mi-chemin entre les 15% de R.J. Haggerty et Mohsen Ziai [2] et les 43% de E.S. Smith.

Que le premier mois de vie soit le mois qui enregistre le plus de méningites (1) et aussi celui qui cause le plus de morts sont des faits bien connus. Une série de 39 cas de Cincinnati de 1948 à 1959 donnait 57% de mortalité chez le nouveau-né et 81% chez le prématuré (3). La fréquence des cas diminue rapidement du 8e au 11e mois de vie pour devenir très basse après le 12e mois. Le pourcentage de mortalité suit une courbe analogue.

L'Hémophilus attaque surtout entre les 7e et 9e mois ce qui est rapporté également par Koch et Carson (4).

Les taux de mortalité pour tous les types de méningite varient peu dans la littérature: 30% pour

TABLEAU V

ANTIBIOTHERAPIE avant hospitalisation				Décès chez les patients traités avant hospitalisation
	PENICILLINE	AUTRES	TOTAL	
Hémophilus I.	13	2	15	1 (pénic.)
Méningocoque	2		2	
Pneumocoque	5	6	11	
Indéterminés	13	14	27	1 (pénic.)
Rares				
		Grand total:	55	

2. Voir tableau V

Hoyne (5) en 1952, 31% pour Smith en 1954 et 33% pour Kauthio et Rantasalo en 1958 (7). Ces chiffres comprennent ordinairement les méningites T.B. ainsi que les méningites compliquant l'hydrocéphalie, la méningocèle et l'opération neuro-chirurgicale, ce qui élève considérablement les taux.

Platou, Rinker et Derrick (9) donnent un taux de mortalité corrigé de 10.8%.

Haggerty (2) donne un taux de fatalité de 11.3% pour une série de 126 cas qui ne comprenait que les méningites à Hémophilus, à Méningocoque, à Pneumocoque et les Inconnus et exclut le groupe « rares ». Dans notre revue, si nous faisions abstraction du groupe « rares », le taux de mortalité passerait à 6.3%.

Smith (1) note 7.5% de mortalité causée par l'Hémophilus Influenzae dans les années de 1944 à 1953 et 2.7% pour les années 1949-1953. Fait curieux, si nous recherchons les % de mortalité par l'Hémophilus pour 1958-59 et 1960-61, la mortalité passe de 9.09% à 4%, et ceci sans qu'il y ait eu changement dans les principes du traitement et les antibiotiques employés.

L'évaluation des séquelles fut particulièrement difficile à cause du manque de recul et à cause de l'absence de « follow-up » dans la majorité des cas. Il est probable que nous aurions assisté à une amélioration des EEG dans l'ensemble et à une récupération fonctionnelle dans plusieurs cas.

Le Pneumocoque est reconnu pour donner de lourdes séquelles. Smith (1) rapporte un taux de séquelles de 32%. Platou, Rinker et Derrick (9) mentionnent 19.2% pour l'ensemble des types. Pryles, C.V., donne 15% à 20% de survie avec séquelles. Notre série montrait 26.0% de survie avec séquelles causées par le Pneumocoque.

Platou (9) trouve indication de procéder à la ponction sous-durale chez 88 patients sur 292 et découvre un hématome dans 53 cas soit 18.8% (5.3% dans notre revue).

Traitement

Dans la plupart des cas le traitement a été celui que nous détaillons plus loin. Nous ne pouvons malheureusement tirer de conclusions sur le traitement de nos cas à cause de plusieurs divergences sur le choix et le dosage des antibiotiques. Le traitement décrit est basé sur l'opinion des experts sur le sujet (10, 11, 12) et sur l'expérience des médecins de l'Hôpital Sainte-Justine.

Avant de discuter le traitement, il est bon de rappeler l'importance de faire une hémoculture et une culture du liquide céphalo-rachidien avant l'administration d'antibiotiques.

Traitement général

1. — *Traiter le choc* (s'il y a lieu):
   a) Transfusions, plasma, solutés.
   b) Levophed 4 ml./1000 ml. I.V. (Vitesse d'injection réglée selon la pression artérielle).
   c) Stéroïdes I.V. (discutable, même dans le syndrome de Waterhouse-Friderichson). (13)

2. — *Oxygène si indiqué.*

3. — *Anticonvulsivants* (phénobarbital, Dilantin) s'il y a eu convulsions.

4. — *Transfusions* si l'hémoglobine est inférieure à 8 g.%.
à 8 G.%.

5. — *Solutés I.V.* pour tous les cas. Ne pas surhydrater. Lorsque l'alimentation orale peut se faire, garder le Soluté I.V. lentement tant qu'il y a avantage à donner les antibiotiques I.V.

6. — *Antibiotiques.* En attendant l'identification de l'agent par culture, traiter tous les cas comme étant d'étiologie indéterminée (voir plus loin). Commencer l'administration par voie I.V. lorsque les antibiotiques indiqués peuvent se donner par cette voie.

Les Sulfamidés sont une exception et, sauf dans les cas de choc sont de préférence administrés par une autre voie.

7. — *Suspecter un hématome sous-dural* si les signes neurologiques, les convulsions ou la fièvre persistent après 5 jours de traitement.

Traitement spécifiques

1. — *Etiologie indéterminée* (et traitement initial de toute méningite purulente), utiliser les 3 antibiotiques suivants:

1) Chloramphéniol: comme pour Hémophilus influenzae.

2) Sulfamidés: comme pour Hémophilus influenzae.

3) Pénicilline: comme pour Pneumocoque.

Continuer le traitement au moins 2 semaines.

Chez le nouveau-né la Pénicilline et le Sulfa pourraient être remplacés avantageusement par la Streptomcycine ou la Kanamycine avec ou sans Tétracycline.

2. — *Hémophilus influenzae*

1 — a) Chloramphénicol: 100 mg./kg./stat. et 100 mg./kg./jr.

I.V. (q8-12 h.) ou I.M. (q8 h.) Maximum: 3 G./jour.

Pour prématuré et nouveau-né de moins de 7 jours: 25 mg./kg./jour.

Pour nouveau-né de 1 à 4 semaines: 50 mg./kg./jour.

b) Sulfadiazine ou Sulfisoxazole: 150 à 200 mg./kg./jr.

I.V. (q6-8 h.), S-C (q12 h. à 5%). Maximum: 6 G./jour.

2. — Si très grave ou ne répond pas au traitement:

Streptomycine I.M. 40 à 50 mg./kg./jour (q12 h.). Maximum: 1 G./jour.

Continuer le traitement pour un minimum de 10 jours ou 7 jours sans fièvre.

3. — *Méningocoque*

Sulfadiazine ou Sulfisoxale: comme pour Hémophilus Influenzae.

Pénicilline: 1 à 2 millions d'unités par jour.

Continuer le traitement durant 5 jours sans fièvre.

Prophylaxie aux contact: Sulfadiazine 30 à 40 mg./kg. en une dose (maximum 2 G.).

4. — *Pneumocoque*

Pénicilline: 4 à 20 millions d'unités/jour I.V. pour 4-5 jours puis 1 à 3 millions d'unités par jour et Sulfadiazine: comme pour Hémophilus influenzae.

5. — *Streptocoque*

Comme pour Pneumocoque.

6. — *Staphylocoque*

Au moins 2 des antibiotiques suivants:

1) Bacitracine: 1000 unités/kg./jour.

2) Chloramphénicol: comme pour Hémophilus influenzae.

3) Staphcilline: 100-150 mg./kg./jour (q 6 h.).

4) Erythromycine: 50 mg./kg./jour.

Traiter durant au moins 3 semaines.

7. — *Escherichia Coli*

Employer 1) plus 1 ou 2 des autres antibiotiques:

1) Chloramphénicol: comme pour Hémophilus influenzae, ou Tétracycline: 50 mg./kg./jour.

Tétracycline de préférence chez les prématurés et nouveau-nés.

2) Sulfamidés: comme pour Hémophilus influenzae.

Eviter chez les prématurés et les nouveau-nés de moins d'une semaine.

3) Streptomycine I.M. 40 à 50 mg./kg./jour (q 12 h.). Maximum: 1 G./jour.

4) Kanamycine: 15-30 mg./kg./jour I.M.

Traiter durant au moins 3 semaines.

8. — *Pseudomonia aeruginosa*

Employer 1) plus 1 ou 2 des autres:

1) Polymyxine: I.M.: 2.5 mg./kg./jour (q 8 h.). I.T.: 2.0 à 5.0 mg./kg./jour (1 mg./ml. pour 2 à 5 jours ou: Colimycine: 2.5 à 5.0 mg./kg./jour I.M.

2) Streptomycine: 40 à 50 mg./kg./jour I.M. (Maximum: 1 G.).

3) Kanamycine: 15 à 50 mg./kg./jour I.M.

4) Oxytétracycline: 50 mg./kg./jour.

Traiter au moins 2 semaines et pour 7 jours sans fièvre.

9. — *Proteus vulgaris*

Comme pour Pseudomonas aeruginosa.

10. — *Listeria monocytogenes*

Tétracycline: 50 mg./kg./jour de choix.

Pénicilline et Chloramphénicol sont aussi adéquats.

11. — *Salmonella*

Employer 1) plus 1 ou 2 des autres antibiotiques:

1) Chloramphénicol: comme pour Hémophilus influenzae.

2) Tétracycline: 50 mg./kg./jour.

3) Streptomycine: comme pour Escherichia Coli.

4) Polymycine: comme pour Pseudomonas aéruginosa I.M.

Résumé

Ce travail porte sur 188 cas de méningites purulentes traitées à l'Hôpital Sainte-Justine durant une période de 4 ans (1958-1962). Une étude est faite de ces cas en comparant avec la littérature médicale sur le sujet. Sont étudiées plus spécialement: l'étiologie en fonction de l'âge et de la saison, la mortalité selon l'âge et l'étiologie, les signes cliniques et de laboratoire et les séquelles. Une ligne de conduite à suivre dans le traitement est suggérée pour les divers agents pathogènes.

Summary

This work summarizes the observations done on 188 cases of purulent meningitis in children treated at Sainte-Justine Hospital during 4 years (1958-1962). Are specially studied in comparison to the litterature: etiology in relation to age and season, mortality in the relation to age and etiology, clinical laboratory signs and sequellae. A plan of treatment is suggested.

BIBLIOGRAPHIE

1. SMITH, Esmond S.: Purulent meningitis in infants and children. A review of 409 cases. *J. Ped.*, **45**: 425 (oct.) 1954.
2. HAGGERTY, Robert J., et ZIAI, Mohsen: Acute Bacterial Meningitis in Children: Controlled Study of antimicrobial Therapy, with Particular Reference to Combinations of Antibiotics. *Ped.*, **25**: 742 (mai) 1960.
3. GROOVER, Robert V.; SUTHERLAND, James M., et LANDING, Benjamin H.: Purulent Meningitis of the Newborn Infants. *N. Eng. J. Med.*, **22**: 264 (juin) 1961.
4. KOCH, R., et CARSON, M.J.: Management of Hemophilus Influenzae, type B Meningitis. Analysis of 128 Cases. *J. Ped.*, **46**: 18, 1955.
5. HOYNE: Acute Purulent Meningitis. *Med. Clin. North Amer.*, 329 (mars) 1953.
6. SMITH, Esmond S.: Purulent Meningitis in Infants and Children. A review of 409 cases. *J. Ped.*, **45**: 425 (oct.) 1954.
7. KAUTHIO, RANTASALO et coll.: Acute bact. Meningitis in Children. A review of 257 cases adm. to Children's Hospital Univ. Helzinski, in 1946-1955. *Ann. Ped.*, **4**: 42-48, 1958.
8. SHAW, Edward B., et BRUYN, Henry B.: Streptomycin in therapy of Hemophilus Influenzae Meningitis. *J. Pediat.*, **56**: 259, 1960.
9. PLATOU, Ralph V.; RINKER, Andrew; DERRICK, Joseph: Acute subdural effusion and late sequelae of meningitis. *Ped.*, **23**: 962 (aim) 1959.
10. KOCH, R.; KOGUT, M.; ASAY, L.: Management of bacterial meningitis in children. *Ped. Cl. N. An.*, **8**: 1177 (nov.) 1961.
11. American Academy of Pediatrics. *Red Book*, 1961.
12. PAINE, R. S.: Emergencies of cerebral origin. *Ped. Cl. N. Ann.*, **9**: 67 (fév.) 1962.
13. MAY, C. D.: Circulatory failure (shock) in fulminant meningococcal infection. *Ped.*, **25**: 316 (fév.) 1960.

RECUEIL DE FAITS

PURPURA THROMBOTIQUE THROMBOCYTOPÉNIQUE

Présentation d'un cas.

S. LAUZÉ,
Hôpital Notre-Dame et Université de Montréal.

Le purpura thrombotique thrombocytopénique est une maladie rare, d'évolution habituellement rapide et mortelle, caractérisée par des hémorragies de type pétéchial, une hypoplaquettose et des signes cérébraux transitoires. Dans les cas classiques, le diagnostic de cette entité est facile à faire « si on y pense »; toutefois il est des cas, comme celui-ci, où les pétéchies, toutes localisées aux organes internes, ne sont pas observées par le clinicien, rendent le diagnostic très difficile et soumettent la sagacité du clinicien à une rude épreuve.

Observation

R. B., femme de 49 ans, est transportée à l'hôpital le 26 octobre 1960 dans un état comateux. Elle jouissait d'une bonne santé jusqu'à il y a 4 jours où elle fit une diarrhée importante sans coliques, accompagnée de nausées et vomissements abondants. Il y a deux jours, en se mettant au lit, elle fait une crise de type grand mal, de dix minutes, avec révulsion des yeux, phases tonique et clonique, écume à la bouche. A la suite de cet accident, elle reprend vaguement conscience, refait une crise semblable et demeure ensuite dans le coma.

A son arrivée, à l'hôpital, on note que la malade est très ictérique, comateuse, remuant spontanément et répondant aux stimuli. Elle présente du trismus et de l'écume à la bouche. Les pupilles, égales en myosis, ne répondent pas à la lumière. Les fonds d'oeil ne sont pas visualisables.

La P.A. est à 110/80; le pouls, bien frappé, est à 80. La paroi abdominale est souple; on ne palpe pas la rate. Le foie dépasse les côtes de trois travers de doigt. On se demande s'il n'y a pas d'ascite. La malade présente une hyperréflexie généralisée et un Babinski bilatéral.

Les examens de laboratoire faits le 26 octobre sont les suivants: gl. r; 1,300,000; hémo. 2.4 gr. %; gl. bl. 15,000 (neutro. 71%, lympho 29%); les plaquettes sont pratiquement inexistantes sur le frottis. Azotémie 210 gr. % glycémie 240 gr. %; potassium 5.5 mEq %; sodium 139 mEq %; réserve alcaline 47%. Les urines contiennent de l'albumine, du sucre (4 gr. %), du sang abondant, de nombreux cylindres granuleux et granulo-hyalins. La réaction directe de Van den Berg est à 12.7 mg. %; la bibirubine totale est à 18 mg. %.

La malade meurt après une hospitalisation de 24 heures.

Elle avait déjà été vue au dispensaire à trois reprises en 57, parce que « les genoux lui manquaient » lorsqu'elle se levait d'une chaise ou lorsqu'elle marchait un peu. On a estimé alors qu'il s'agissait d'une « réaction situationnelle » (mari épileptique; soeur violente, habitant sous le même toit).

On avait appris alors qu'elle ne prenait qu'un repas par jour. Ce n'est qu'au cours de l'hospitalisation actuelle qu'on est mis au courant d'un alcoolisme grave durant depuis 15 ans.

Autopsie. Les téguments sont ictériques et ne présente pas de purpura. Le coeur est le siège de nombreuses pétéchies distribuées partout. Les reins, de 185 gr. chacun, montrent en surface d'innombrables piqures de puce, qu'on retrouve dans toute l'épaisseur du cortex. Le pancréas et les surrénales sont également piqués de petits foyers hémorragiques. La rate qui pèse 150 grammes est mollasse et montre en coupe un bouillie abondante de teinte rouge foncé et de consistance crémeuse.

Comme autres lésions dignes de mention, notons une cirrhose graisseuse micronodulaire, une agénésie du corps calleux, un anévrisme non rupturé de communicante antérieure et un ancien infarctus du myocarde.

L'examen histologique a montré une thrombose des capillaires par un produit acidophile grenu, compact, où sont exclus les hématies et cellules nuclées du sang. Au pourtour de ces vaisseaux, le tissu est le siège de suffusions hémorragiques minimes. On a trouvé ces thromboses particulières dans le cerveau, l'hypophyse, le coeur, le pancréas (avec prédilection pour les îlots de Langerhans), les surrénales et le rein (dans les glomérules).

Commentaires.

Le purpura thrombotique thrombocytopénique est caractérisé par un purpura thrombocytopéni-

que, une anémie hémolytique et de bizarres manifestations neurologiques. Cette maladie survient surtout chez l'adulte, est d'évolution habituellement rapide et s'accompagne de fièvre. Elle se distingue du purpura thrombocytopénique de Werlhof en ce que celui-ci survient plutôt chez l'enfant

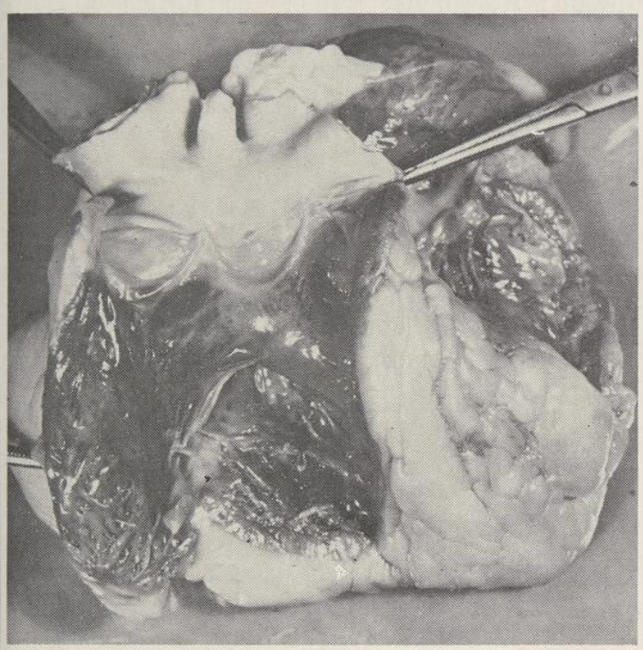


Fig. 1. — Coeur droit ouvert: suffusions sanguines sous-endothéliales. Au-dessus de la pince droite, le myocarde gauche, vu en coupe, montre des foyers de suffusions hémorragiques.

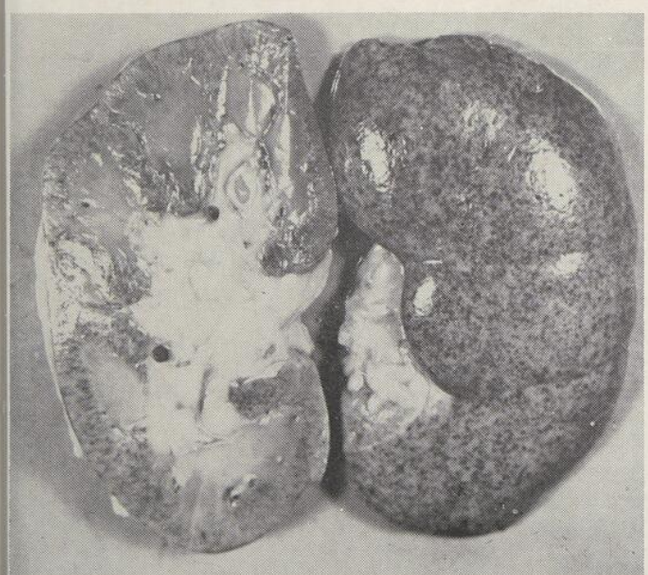


Fig. 2. — Rein vu en coupe et en surface. Innombrables foyers hémorragiques minuscules. La médullaire est épargnée.

ou le jeune adulte, est d'évolution chronique et ne s'accompagne pas de fièvre.

La lésion caractéristique de purpura thrombotique thrombocytopénique (ci-après appelé p.t.t.) est une thrombose des petites artères par un produit grenu, acidophile où sont exclus les éléments figurés du sang. Comme cette substance morphologiquement rappelle un conglomérat de plaquettes et que celles-ci sont très déficientes dans le sang circulant, on en a conclu que ce thrombus était fait de plaquettes exclusivement. Cette hypothèse



Fig. 3. — Capillaires du myocarde obstrués par un produit grenu.

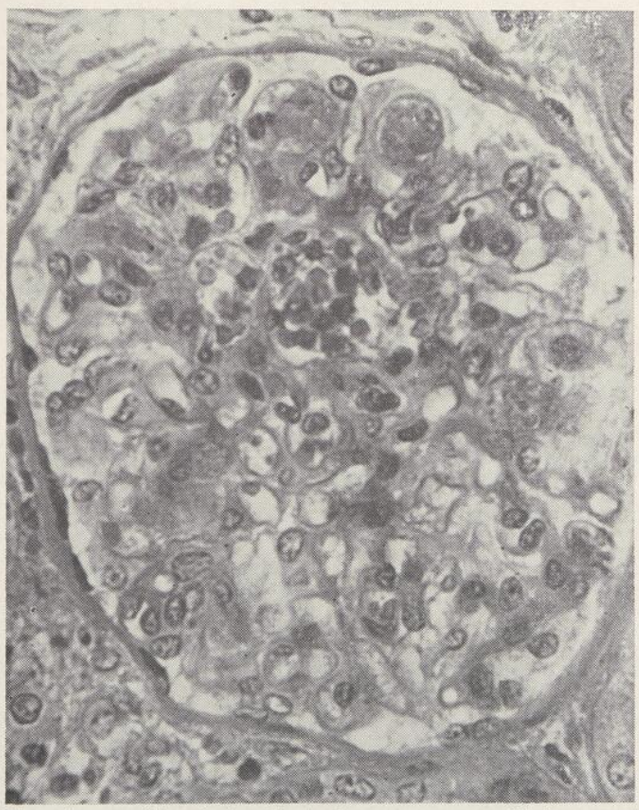


Fig. 4. — Glomérule dont deux anses capillaires sont thrombosées.

est pourtant remise en question; certains auteurs se demandent s'il ne s'agit pas d'une fibrine dénaturée.

Gore a décrit une lésion vasculaire « prétthrombotique » sous forme d'un dépot de substan-

ce hyaline situé sous l'endothélium dans les capillaires et entre l'endothélium et la média dans les artérioles et il estime que la thrombose est secondaire.

Quant à la pathogénèse de cette entité, elle est des plus obscure. Actuellement on considère qu'il s'agit d'un phénomène d'hypersensibilité. Mais dans un cas particulier, on a de la difficulté à déterminer la nature de l'allergène. En effet, cette maladie survient brutalement chez les individus qui jusque là n'avait pas manifesté d'idiosyncrasie particulière. On a incriminé les sulfamidés (4 cas sur 8 rapportés par Cahalane et Horn).

Dans d'autres cas la maladie est survenue après l'administration de pénicilline, d'iode, une injection de protéine de lait, d'antitoxine tétanique, un vaccin antivariolique (Gore), mais dans bien des cas on ne peut mettre en évidence une substance allergène.

Toutefois cette maladie fait cortège avec des maladies connues comme étant des troubles d'hypersensibilité. Lazzlo et ses collaborateurs ont rapporté une autopsie avec lésion de p.t.t. chez un individu qui de son vivant avait été considéré comme un porteur de lupus érythémateux avec cellules L.E. Le cas rapporté par Siegel et coll. montrait des cellules L.E. Barondess rapporte un cas de p.t.t. où la rate montrait une lésion de fibrose périartérielle importante. Symmers et Gillett rapportent une triple association de p.t.t., de périartérite noueuse, de sclérose vasculaire splénique en pelure d'oignon et d'atteinte glomérulaire de type « wire loop ».

Conclusion

On a tendance à considérer le purpura thrombotique thrombocytopénique, comme une variété de maladie du collagène et le concept d'une forme de réaction hyperergique gagne de plus en plus de terrain.

Résumé

On rapporte un cas de purpura thrombotique thrombocytopénique: Femme de 49 ans alcoolique, a présenté une maladie de 4 jours caractérisée par de l'anémie, de la jaunisse, une hypoplaquettose et des crises de grand mal. Suit un court exposé de l'état de la question.

Summary

A case of thrombotic thrombocytopenic purpura is reported. Woman, 49 years of age, alcoolic, died 4 days after the beginning of a sickness caracterized by anemia, jaundice, platelets depression and epilepsy. A short *état de la question* follows.

BIBLIOGRAPHIE

(1) CAHALANE, S., et HORN, R.C.: Thrombotic Thrombocytopenic Purpura of Long Duration. *Am. J. Med.*, **27**: 333-341 (août) 1959.

(2) NICKERSON, P. A., et SUNDERLAND, D. A.: The histopathology of idiopathic thrombocytopenic. *Am. J. Path.*, **13**: 463-490 (mai) 1937.

(3) BARONDESS, J. A.: Thrombotic thrombocytopenic purpura. *Am. J. Med.*, **13**: 294-310 (sept.) 1952.

(4) LUTTGENS, W. F.: Thrombotic thrombocytopenic purpura with extensive hemorrhagic gangrene of the skin and subcutaneous tissue. *Ann. Int. Med.*, **46**: 1207 (juin) 1957.

(5) SIEGEL, B. M.; FRIEDMAN, I. A.; KESSLER, S., et SCHWARTZ, S. O.: Thrombohemolytic thrombocytopenic purpura and lupus erythematosus. *Ann. Int. Med.*, **47**: 1022-29 (nov.) 1957.

(6) MARCH, H. W.: The diffuse vascular lesion of so-called "thrombotic thrombocytopenic purpura. *Circulation*, **10**: 43-55 (juillet) 1954.

(7) SYMMERS, W., et GILLET, R.: Polyarteritis Nodosa. *Arch. Path.*, **52**: 489-504 (décembre) 1951.

TRAITEMENT DE LA DOULEUR REBELLE PAR PHÉNOLISATION RADICULAIRE

N. MARTINEZ et L. DESCARRIES,
Hôpital Notre-Dame (Montréal).[1]

La douleur, signal d'alarme précieux pour l'organisme sain, peut devenir un facteur de déséquilibre physique et psychique chez le malade, lorsque sa durée et son intensité témoignent de la présence d'une cause inextirpable. Les processus néoplasiques avec métastases constituent l'exemple le plus répandu de cette situation.

Face à un tel problème, les narcotiques ont un effet palliatif; mais leur utilisation prolongée favorise l'apparition de complications graves, sous forme de toxicité, d'accoutumance et de narcomanie. Ce dilemne explique la nécessité de mesures chirurgicales, qui visent un idéal précis: soulager le patient de façon complète et permanente, à l'aide d'une intervention praticable quel que soit son état, sans risque d'aggravation, souffrance nouvelle ou séquelle indésirable pour lui.

Même si, jusqu'à maintenant, aucune technique n'a satisfait à tous ces critères, cinq méthodes neurochirurgicales s'imposent par leur efficacité: rhizotomie, cordotomie, thalamotomie, lobotomie et section cortico-thalamique. La thalamotomie, méthode de choix, nécessite l'utilisation d'un appareil

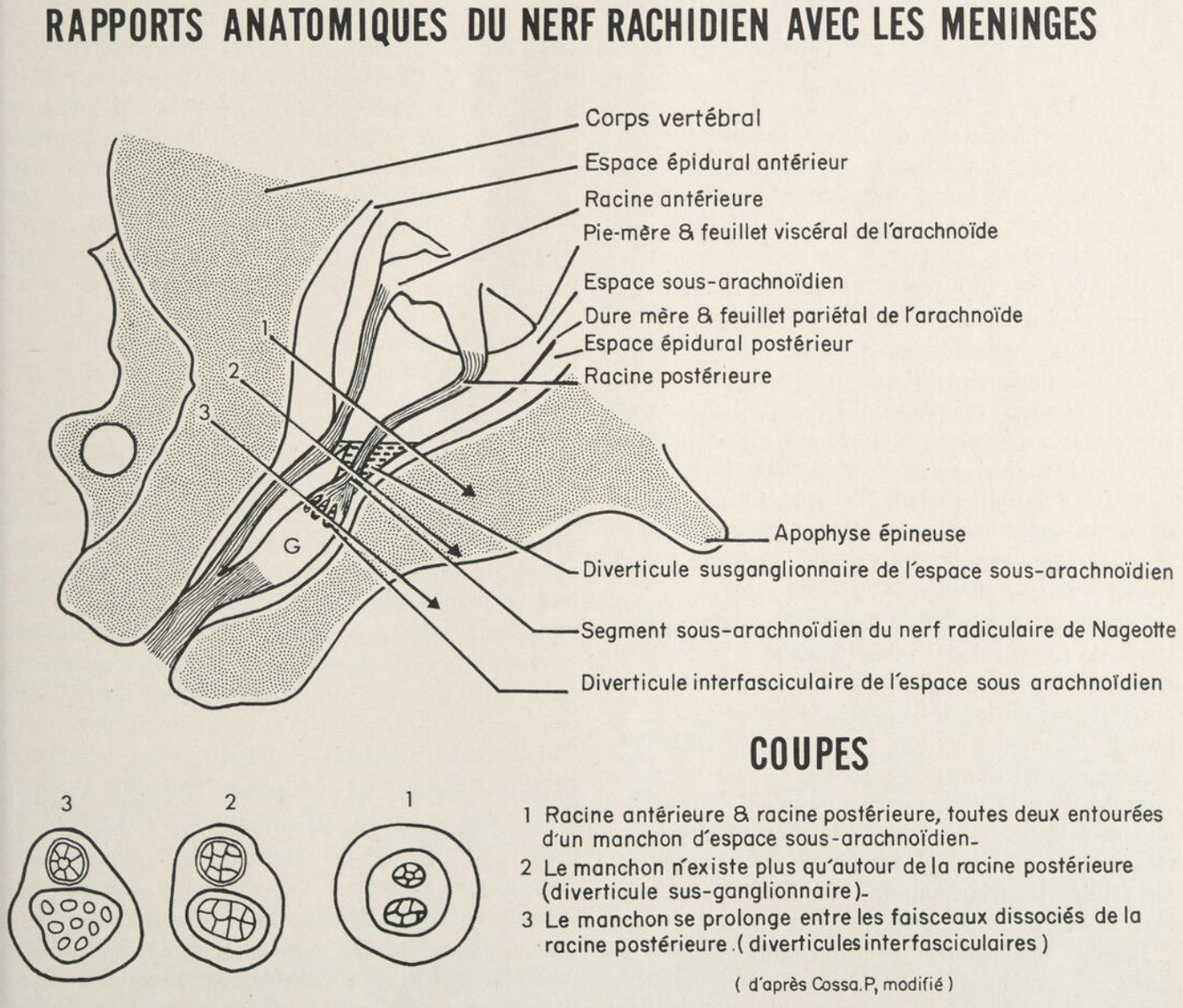


Figure 1.

1. Service de Neuro-chirurgie du docteur Claude Bertrand.

stéréotaxique en milieu spécialisé. Quant à la lobotomie, elle ne diminue l'anxiété et l'appréhension du patient qu'au prix d'une détérioration de sa personnalité. Récemment, la section corticothalamique, pratiquée sous contrôle stéréotaxique, a permis d'isoler, parmi les fibres fronto-thalamiques, le contingent des aires orbitaire et du cingulum, dont la section graduée semble amener l'indifférence recherchée, vis-à-vis de la douleur, sans altération de l'équilibre psychique (article en préparation).

Quoiqu'il en soit, depuis les travaux de Maher, en 1955, vient s'ajouter à ces procédés ce que nous conviendrons de nommer la phénolisation radiculaire. Après avoir établi le bien-fondé de cette méthode, nous tenterons d'en évaluer les résultats, à l'aide de quelques observations personnelles.

Mode d'action

La disparition de la douleur consécutive à l'injection sous-arachnoïdienne d'acide phénique s'explique par les rapports anatomiques du nerf rachidien avec les lepto-méninges, par la structure intime de la racine postérieure et par les propriétés biologiques du phénol en solution dans la glycérine.

Un coup d'œil sur le schéma ci-contre (1) révèle que l'arachnoïde entoure la racine sensitive d'une gaine longue, véritable diverticule de l'espace sous-arachnoïdien péri-médullaire, tandis que la racine antérieure est enveloppée sur un trajet plus court. Aussi, une solution hyperbar, injectée en quantité déterminée dans l'espace sous-arachnoïdien, vient-elle baigner les racines postérieures, en se déposant dans les culs-de-sac, pourvu que le rachis soit convenablement orienté.

D'autre part, le nerf de Nageotte comprend trois types de fibres selon la classification dite de Sherrington; les plus grosses à conductivité élevée, sont myélinisées; on les désigne par la lettre A. Les fibres B, de moyen calibre, réunissent les afférences préganglionnaires. Le troisième groupe se compose des fibres C, dépourvues de myéline, qui cheminent à la partie externe de la racine postérieure. Ces axones sont les plus petits; leur conductivité est faible. Ils transmettent la douleur lente, que leur interruption supprime électivement.

Lorsque le phénol en solution dans la glycérine entre en contact avec la racine postérieure, il y détermine vraisemblablement un blocage de type cellulaire au niveau des fibres C, tandis qu'il respecte la conductivité des fibres A et B (4). Des études expérimentales et anatomo-pathologiques ont démontré que l'injection du mélange dans l'espace sous-arachnoïdien ne s'accompagne d'aucune modification inquiétante dans la composition du liquide céphalo-rachidien et laisse intacte la racine elle-même (7). La transmission de l'influx nerveux par la fibre C étant abolie, le sujet traité cesse d'éprouver la douleur de sa maladie; mais les stimuli du milieu environnant, y compris les stimuli douloureux, peuvent encore lui parvenir intégralement, par les voies A et B (12).

Technique

Depuis l'avènement de la thérapeutique intrathécale au phénol, les concentrations optimae et les quantités à injecter selon le niveau radiculaire de la douleur rebelle ont été précisées (3) (4) (5) (6) (12). Tour à tour, le myodil et la glycérine servirent de véhicule à l'acide phénique. Parfois on ajouta de l'eau stérilisée ou du nitrate d'argent à la solution, pour intensifier son action (4). Le lecteur curieux trouvera le détail de ces techniques dans les articles cités. Qu'il suffise de mentionner que nous avons utilisé, chez nos patients, la méthode exposée par Allan S. Brown, au récent congrès international de Neurochirurgie, tenu à Washington, en octobre 1961 (12).

Observations

Observation 1.

Mme J. S., 67 ans, atteinte de cardiopathie rhumatismale et de maladie de Paget, a dû subir deux ans auparavant une résection abdomino-périnéale pour un épithélioma du rectum avec métastases ganglionnaires. Depuis sept mois, elle accuse une lombo-sciatalgie droite rebelle, pour laquelle une première phénolisation est pratiquée à l'espace L-5-S-1. La douleur disparaît partiellement et une seconde injection dans l'espace D-12-L-1 est effectuée. La patiente se déclare améliorée de 99% et peut marcher sans souffrance. Un mois plus tard l'amélioration persiste, même si quelques douleurs de type différent et d'intensité moindre, au dire de la malade, sont réapparues au même endroit que précédemment.

Observation 2.

Mme C. E. C., 32 ans, fut traitée par une cordotomie haute du côté gauche, un mois auparavant, pour des douleurs intolérables pelviennes et sacro-iliaques à prédominance droite, secondaires à un épithélioma du col avec « frozen pelvis », ayant reçu de la radiothérapie. L'accentuation des douleurs du côté gauche motive une phénolisation à L-1-L-2 qui améliore les symptômes durant deux

jours. Une seconde injection à D-11-D-12 est suivie de rémission complète de courte durée et la cordotomie est finalement pratiquée, une semaine plus tard.

Observation 3.

M. H. L., 55 ans, porte à la hanche droite une cavité infectée d'environ dix centimètres de profondeur, depuis la mise en place d'une prothèse de Moore, vingt mois auparavant. Depuis un an, le malade ne peut déambuler en raison de la douleur provoquée par la mobilisation du membre inférieur. Deux phénolisations font disparaître le symptôme de 95%, selon le patient, qui marche le lendemain, avec une canne. L'amélioration persiste.

Observation 4.

Mme H. L., 61 ans, souffre de lombo-sciatalgie gauche avec atrophie musculaire et « drop-foot » depuis un an, par compression métastatique d'un épithélioma végétant du rectum, qui nécessita, sept ans plus tôt, une résection abdomino-périnéale. Deux phénolisations sont suivies d'une disparition complète de la douleur durant une semaine; par la suite, le soulagement devient partiel, et la patiente éprouve à nouveau des douleurs moins intenses, qui ne troublent plus son sommeil et répondent aux antalgiques.

Observation 5.

Mme R. L., 59 ans, accuse depuis sept mois des douleurs intenses à la vulve. Elle présente des lésions vaginales nécrotiques et cartonnées, résultat d'un épithélioma malphigien spino-cellulaire de la région, traité vingt mois auparavant par radiothérapie. Deux phénolisations entrainent une amélioration de 95%, selon la malade. Toutefois, le douleur réapparait quelques semaines plus tard, bien que l'on puisse douter alors d'une récidive vraie.

Conclusions

Toute méthode thérapeutique se caractérise, à ses origines, par une phase de tâtonnements, où l'inconstance des résultats provient de l'ignorance des facteurs imprévisibles, que seule l'application clinique révèlera à l'observateur. La phénolisation rédiculaire n'a pas échappé à la règle. Mais, dès 1957, Maher reconnaissait deux causes d'échecs fréquents à la technique nouvelle: durée prolongée de la manifestation douloureuse et voisinage étroit entre la néoplasie primitive et la moelle épinière. Ces deux éléments favorisent l'envahissement métastatique du nerf rachidien ou du ganglion spinal, souvent responsable de l'inactivité du phénol sur la fibre nerveuse, comme l'a démontré l'étude anatomique de plusieurs cas d'insuccès (3). L'efficacité constante du traitement dans les sarcomes des membres inférieurs (4) trouve ici son explication; et l'on comprend les échecs répétés en face du cancer du poumon avec syndrome de Claude Bernard-Horner, où la douleur se manifeste lorsque la néoplasie franchit les limites de l'organe, situées à quelques centimètres des ganglions sensitifs (4). L'importance du facteur temps s'avère manifeste, puisque les résultats passent de 90%, lors du premier mois, à 60% après trois mois et à 45% après un an de durée des symptomes douloureux (4). La nécessité du traitement précoce s'impose. Ainsi, dans le cancer pelvien, indication très fréquente, le voisinage relatif de la néoplasie ne constitue pas en soi un obstacle; mais il le devient évidemment avec la croissance de la tumeur. Notre brève expérience ne saurait que confirmer ces vues.

Sous cet angle corrigé, les perspectives s'éclairent. En effet, les patients que nous avons soumis à l'essai thérapeutique le furent en raison de la gravité et de la chronicité de leur maladie. Leur évolution témoigne imparfaitement des résultats de la méthode, dans des conditions mieux sélectionnées. Des cinq cas traités, aucun ne répondait aux critères recherchés et, malgré tout, un soulagement appréciable fut obtenu à trois occasions. Si le petit nombre de ces patients n'autorise pas à des conclusions définitives, nous croyons cependant être en mesure d'affirmer que la phénolisation radiculaire peut devenir un traitement de choix et qu'elle mérite d'être tentée, en raison de son inocuité et de sa simplicité technique, avant recours à des méthodes plus radicales, même en l'absence des facteurs favorisants connus.

De plus, il faut se souvenir que l'addition de nitrate d'argent à la solution a permis à Maher d'obtenir des résultats excellents dans quinze cas sur vingt-six de néoplasie pelvienne, où le phénol seul avait échoué (4).

Une réserve s'impose au sujet de la douleur viscérale, qui chemine par voie autonomique. Les viscères abdominaux, dont les afférences sensitives parcourrent les nerfs splanchniques, sont représentés de D-7 à L-1 dans la moelle. Les viscères pelviens, aux afférences parasympatiques, relèvent des niveaux médullaires D-10 à S-4 (14). L'abolition de la douleur viscérale nécessitera donc plusieurs injections à des niveaux relativement élevés, dans certains cas. Cet obstacle théorique peut être sur-

monté, puisque d'autres auteurs accomplissent fréquemment la phénolisation radiculaire au niveau dorsal haut et même cervical, grâce à des injections extra-durales cette fois (4) (5) (12).

Notre hâte à informer les lecteurs de l'existence d'une nouvelle thérapeutique de la douleur rebelle ne nous a pas permis d'en épuiser l'étude. Nous devons nous contenter de mentionner les autres indications de la méthode: douleurs arthritiques récidivantes, spondylites, lombo-sciatalgies récalcitrantes post-discoidectomie... Plusieurs travaux ont été publiés récemment sur le soulagement des spasmes de flexion (8) (9) (10) (11). Seul l'avenir précisera les modalités diverses et les limites d'application de la phénolisation radiculaire.

Résumé

Une méthode récente de traitement des douleurs rebelles est présentée. Après quelques explications sur son mode d'action, cinq cas sont rapportés, où les résultats varièrent, les facteurs d'échec sont étudiés. Certaines modifications techniques, le problème de la douleur viscérale et quelques indications différentes sont enfin considérées, qui inclinent à l'optimisme.

Summary

A recent method of treatment for intractable pain is exposed. Following explanations on its mode of action, five cases are reported, showing various results. The causal factors of failure are studied. Certain technical modifications, the problem of visceral pain and a few different indications are considered, which lead to optimism, in its regard.

BIBLIOGRAPHIE

(1) COSSA, P.: *Physiopathologie du système nerveux.* Masson et Cie, 1942.

(2) PERTUISET, B.: Etat actuel de la chirurgie de la douleur. *Presse Médicale,* **68**: 651 (2 avril) 1960.

(3) MAHER, R. M.: Relief of pain in incurable cancer. *Lancet,* **1**: 76, 1955.

(4) MAHER, R. M.: Neurone selection in relief of pain. *Lancet,* **1**: 16, 1957.

(5) MAHER, R. M.: Further experiences with intrathecal and subdural phenol. Observations on two forms of pain. *Lancet,* **1**: 895, 1960.

(6) BROWN, A. S.: Treatment of intractable pain by subarachnoid injection of carbolic adic. *Lancet,* **2**: 975, 1958.

(7) NATHAN, P. W.; SCOTT, T. G.: Intrathecal phenol for intractable pain: safety and dangers of the method. *Lancet,* **1**: 76, 1958.

(8) KELLY, R. E.; GAUTHIER-SMITH, P. C.: Intrathecal phenol in the treatment of reflex spasms and spasticity. *Lancet,* **2**: 1102, 1959.

(9) LIVERSEDGE, L. A.; MAHER, R. M.: Use of phenol in relief of spasticity. *Brit. Med. J.,* **31**: 5191, 1960.

(10) NATHAN, P. W.: Intrathecal phenol to relieve spasticity in paraplegia. *Lancet,* **2**: 1099, 1959.

(11) IANNONE, A.: Intrathecal phenol for spasticity. *Neurology,* **12**: 299, 1962.

(12) BROWN, A. S.: Traitement de la douleur rebelle par blocage des nerfs avec le phénol. *Exerpta Medica*: second congress of neurological surgery, F: 66, 1961.

(13) RUCH, T. C.: *Neurophysiology,* pages 350-68. Saunders, édit., 1961.

MOUVEMENT MÉDICAL

LE SYNDROME PICKWICKIEN

M. KALUDI.

Historique et définition

« Vous avez les joues bien roses, mon jeune ami ». C'est par cette phrase que Mr. Pickwick apostrophe Joe, le gros et fidèle valet de Mr. Wardle. Plus loin, il le qualifie de *Boa constrictor* et de « jeune poids lourd ».

La description de Dickens dans les fameux Papiers posthumes du Pickwick Club, fournit quelques uns des signes essentiels de l'affection dont souffre Joe, ce valet « haut en couleur, toujours somnolent et ne s'éveillant que pour manger gloutonnement ».

Sous le nom de syndrome pickwickien, on entend une affection qui associe à une obésité accusée, une somnolence, des secousses musculaires, de la cyanose, une respiration périodique, une polyglobuline secondaire, une hypertrophie ventriculaire et finalement une défaillance cardiaque droite.

Ce terme humoristique on le doit à Burwell, Robin, Whaley et Bickelmann (4) terme qui, d'ailleurs semble non seulement très peu apprécié par certains auteurs anglais, mais aussi sujet de polémiques intercontinentales: témoin cet écrit de Berlyne (2) *in their erudite and amusing article Burwell et al. called it extreme obesity associated with alveolar hypoventilation — a Pickwickian Syndrome; Pickwick himself was neither cyanosed nor somnolent, and he was able to run all the way to his house in Dingley Dell after falling through the ice. Joe, the fat boy, clearly had only obesity as his qualification, and the suggestion of the New England Journal of Medicine* (8) *that the syndrome should be called "Fat Joe's Folly" must therefore be rejected. Scientific accuracy is best served by the purely descriptive title of "cardiorespiratory syndrome of extreme obesity".*

Le fait que l'oeuvre de Dickens est demeurée là, à portée de quinconque, suffirait à disculper Burwell qui ne dédaigne pas l'humour de l'auteur de David Copperfield et qui, par surcroît, semble prendre un malin plaisir devant les invectives de Berlyne, taillées à l'emporte-pièce dans l'amour-propre saxon.

Il faut cependant dire que malgré ces controverses piquantes, cette appellation fut admise dans la catégorie des appellations « contrôlées » sans que rien ne modifiât l'aspect jovial et bougon du visage de Joe le pathétique. Un tel portrait au naturel, et des plus flatteurs pourrait satisfaire amplement un auteur des moins commodes.

Déjà certains auteurs anglo-saxons avaient rapporté des observations concernant le syndrome d'hypoventilation alvéolaire chronique avec polyglobuline secondaire associée à une obésité. En 1955 Dicker (6) attribue à l'obésité l'origine du trouble fonctionnel pulmonaire. La même année Auchincloss, Cook et Renzetti (1) rapportent le cas d'un gros obèse présentant le même trouble hypercapnique et hypoxémique et mettent l'accent sur l'augmentation du travail respiratoire de l'obèse.

En 1958, Ratto et ses collaborateurs (10) voient comme explication causale une dépression spécifique du centre respiratoire médullaire. Weil déjà, en 1955, avait isolé le syndrome obésité-polyglobulie et tout en proposant comme traitement de l'affection la réduction du poids, essayait de poser les bases physiopathologiques.

Symptomatologie

A) *L'obésité*

Elle constitue le signe le plus évident qui ne manque jamais dans le tableau clinique. Elle est extrême et va de pair avec l'appétit. Dicker et Auchincloss la considèrent comme étant la cause de la polyglobulie (6, 1). Quant à Weil, il va plus loin quand il réussit à démontrer que les manifestations respiratoires sont réductibles par l'amaigrissement.

B) *La somnolence*

Toutes les publications colligées en font mention. Elle va de l'endormissement à tous moments, ayant lieu parfois même au cours de l'examen du patient jusqu'à l'aspect narcoleptique mineur, voire même cataplexique. Le malade de Burwell avait des accès de sommeil brutal « au point de s'endormir alors qu'il venait de recevoir dans ses cartes, pendant une partie de pocker, un full aux as par les rois ». Dans quelques observations on a même évoqué le syndrome de Gélineau. Cette somnolen-

ce a été attribuée à l'hypoxémie et à l'hypercapnie comme aussi à un trouble central favorisant la dépression du centre respiratoire.

C) *La polyglobulie*

Elle est la conséquence directe de l'hypoxie alvéolaire. Elle ne s'accompagne pas d'hyperleucocytose, d'hyperplaquettose et de splénomégalie. Pour certains auteurs, l'augmentation de l'hémoglobine serait plus importante et elle s'accompagnerait d'une augmentation du volume moyen des hématies et d'un relantissement de la vitesse de sédimentation globulaire.

D) *La cyanose*

Elle est inséparable de la polyglobulie. Toutes les observations en font mention. Elle se localise de préférence sur le visage, les lèvres et les lobules des oreilles.

E) *Les troubles respiratoires*

Paraissent constantes: la respiration rapide, la respiration superficielle, la respiration périodique sans hyperpnée, très différente de la respiration de Cheyne-Stokes.

F) *L'insuffisance ventriculaire droite*

Elle est due à l'hypoventilation alvéolaire qui a comme résultante l'hypoxie. Elle ne semble pas se voir avec autant de fréquence que les autres symptômes et apparaîtrait surtout lorsque la maladie évolue depuis des mois et des années. L'hypoxie provoque de l'hypertension dans le domaine de l'artère pulmonaire qui devient ainsi source de l'hypertrophie ventriculaire droite. Cliniquement, elle se traduira par la physionomie habituelle de toute hypertrophie ventriculaire droite. Auchincloss, grâce au cathétérisme cardiaque, a pu mettre en évidence cette hypertension et dans l'artère pulmonaire et dans le ventricule droit.

G) *Les secousses musculaires*

D'après Burwell, elles s'observent la nuit.

Physiopathologie

L'étude de la fonction respiratoire chez l'obèse comme chez la femme en état de gestation ou comme chez le malade porteur d'ascite de n'importe quelle étiologie, montre que l'augmentation de la circonférence de l'abdomen s'accompagne d'une diminution de la réserve expiratoire qui, à son point culminant, conduit à l'insuffisance relative de la ventilation.

Kerr et Lagen, dans les « Ann. Int. Med. » (**10**: 569, 1936) dans une étude poussée de la dynamique physiologique de l'obésité, insistent sur l'accentuation de la cyphose thoracique qu'ils considèrent comme le facteur primordial et peut-être unique sur lequel repose la pathogénie du syndrome. En effet, cette accentuation de la courbure spinale élève les côtes et conduit au thorax en tonneau, ramenant ainsi les côtes inférieures en bas et légèrement en dehors. Le diaphragme s'élargit tout en s'aplatissant, le mouvement de va-et-vient est géné par la ptose viscérale et le pannicule adipeux. Il est de connaissance universelle que la majorité des obèses respirent mieux dans la position allongée parce que le diaphragme arrive à se soustraire à une partie de la pesanteur.

La cage thoracique étant ainsi fixée dans la position inspiratoire, il s'ensuit une réduction volumétrique de l'air courant et de l'air complémentaire. D'où expiration génée. Dans de telles conditions, l'expiration, pour être efficace, doit devenir active et solliciter l'aide du mecanisme musculaire. Mais ceci exige plus de travail, conduisant à la respiration profonde. Or, toute respiration profonde a tendance à conduire à l'hypoventilation parce que la ventilation de l'espace mort doit avoir lieu avant la ventilation alvéolaire.

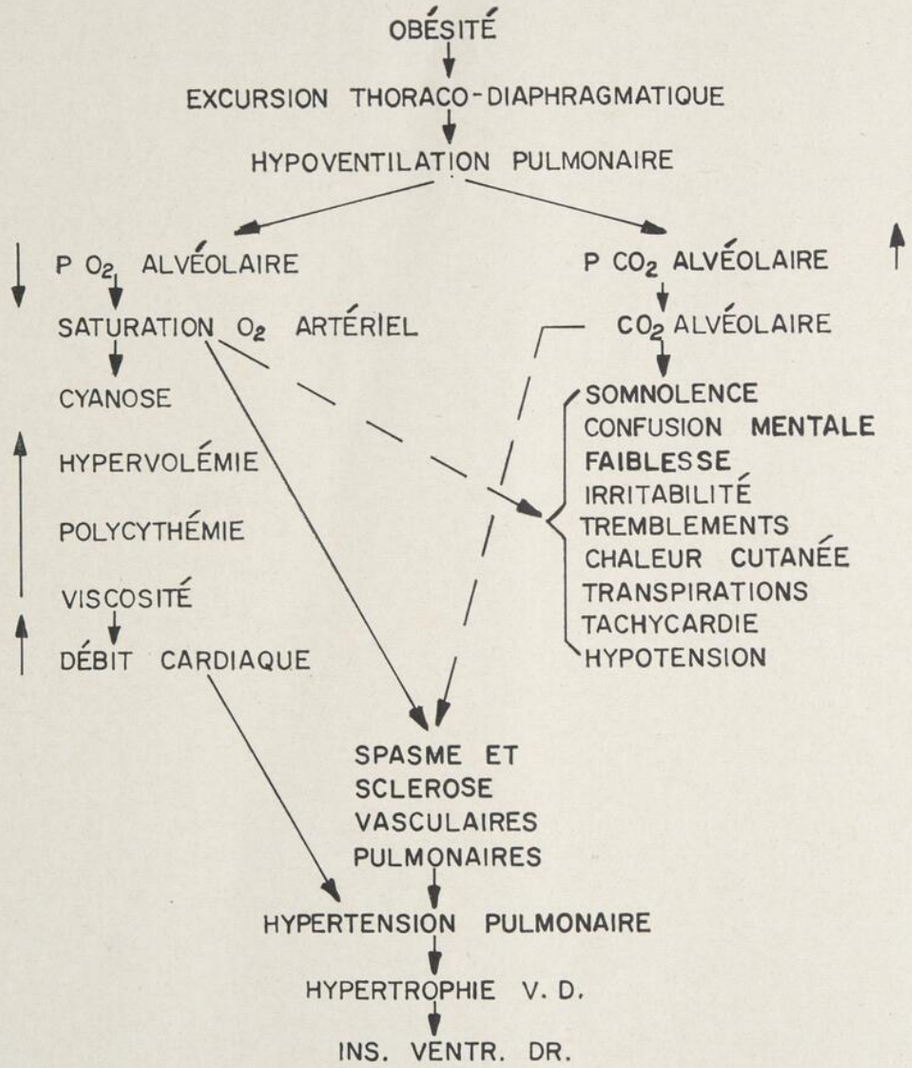
D'autre part, on sait que la ventilation alvéolaire par respiration équivaut au volume courant d'air moins la ventilation de l'espace mort. Donc, toute réduction du volume de l'air courant, au taux constant de volume à la minute, s'accompagne automatiquement d'une réduction de la ventilation alvéolaire. Mais à un certain point, disons point critique, elle ne pourra plus se maintenir par le subterfuge de l'accroissement du taux respiratoire. Par conséquent, le volume de l'air courant va se situer à un chiffre inférieur à 250 ml., poussant ainsi à un taux respiratoire dépassant 40 respirations à la minute. On discerne immédiatement les conséquences qui en découlent.

Qui pis est, l'hypoventilation conduit à une diminution de la tension de l'oxygène alvéolaire et à une élévation de la tension du CO_2 alvéolaire; d'où hypoxie chronique et hypercapnie.

La première donne naissance à la cyanose, à la polyglobulie et, par une action constrictive directe sur les vaisseaux pulmonaires, à l'hypertension de ceux-ci et à la longue à l'insuffisance ventriculaire droite. On ignore si l'hypercapnie contribue à l'instauration de cette insuffisance, comme d'ailleurs on ignore le vrai rôle joué par la viscosité et le volume sanguins.

L'hypercapnie conduit au tableau bien connu de la narcose carbonnée dont la symptomatologie se résume dans la somnolence, la confusion mentale, la faiblesse, l'irritabilité, les tremblements, sans oublier la chaleur cutanée, les transpirations profuses et la tachycardie.

pillaires pulmonaires venant de quitter les alvéoles et le $P\,CO_2$ alvéolaire. Donc, les $P\,CO_2$ de l'extrémité terminale des capillaires pulmonaires et du sang artériel systémique, finissent par s'élever. De plus, toute élévation du $P\,CO_2$ artériel provoque une chute du pH, donc de l'acidose.



Les conséquences intimes de cette hypoventilation ont un triple aspect: l'anoxémie, la rétention de CO_2 et l'acidose respiratoire. En effet, la quantité de O_2 recueillie par le sang capillaire à travers la membrane est nettement supérieure à celle qui est apportée par la ventilation alvéolaire, via le courant aérien. D'où chute de la PO_2; d'où également, diminution du pourcentage de saturation de l'hémoglobine et de PO_2 artériel. Simultanément, le $P\,CO_2$ alvéolaire s'élève, la ventilation insuffisante étant incapable de faire face au volume de CO_2 qui lui provient du sang capillaire pulmonaire. Mais, normalement il existe un équilibre entre le $P\,CO_2$ sanguin de la partie distale des ca-

Ainsi, on peut dire que l'hypoventilation conduit toujours à l'anoxémie et à la rétension du CO_2 si le malade respire l'air ambiant. Par contre, le sang artériel peut s'oxygéner parfaitement malgré une hypoventilation accusée, si on fournit au malade une concentration élevée de O_2. Mais le CO_2 ne peut être éliminé sans une ventilation alvéolaire satisfaisante.

Anatomie pathologique

Le tableau ci-dessous montre une répétition sommaire de ce qu'il vient d'être dit.

Peu d'études ont été faites concernant les modifications histologiques ayant trait au syndrome

pickwickien, les malades échappent souvent aux investigateurs, le séjour hospitalier étant court et le pathologiste n'ayant pratiquement pas l'occasion de les aborder.

Néanmoins, le malade de 40 ans dont le cas est rapporté par Fardelle et collaborateurs, jette quelques lumières sur cette question. Ce qui frappe dans leur étude, exhaustive par sa minutie mais parcimonieuse par le fait du seul cas, c'est l'infiltration graisseuse accusée des muscles intercostaux et diaphragmatique dont les fibres semblent littéralement remplacées par des particules de graisses. Ceci leur parait tellement sortir de l'ordinaire que ces auteurs n'hésitent pas à renverser les conceptions physiopathologiques déjà bien établies. En effet, pour eux cette infiltration garde à elle seule toute la responsabilité de l'hypoventilation en perturbant grandement le jeu de la mécanique respiratoire. D'ailleurs, de l'avis des auteurs, d'autres études seraient à entreprendre avant de clore le chapitre.

Résumé

Après maintes polémiques aigres-douces, où l'humour et les sauts cycliques de colère battent son plein, le syndrome pickwickien a été adopté dans le vaste groupe du syndrome d'hypoventilation.

Si sa symptomatologie faite d'obésité, de somnolence, de polyglobulie, de cyanose et d'insuffisance cardiaque semble simple, sa physiopathologie, malgré un certain nombre de points acquis, soulève encore des controverses. C'est ce qui justifie les publications périodiques à travers la presse médicale mondiale.

Summary

Extreme obesity, somnolence, polycythemia, cyanosis, nocturnal Cheyne-Stokes respiration and congestive heart failure are the essential faitures of a reversible syndrome. As these features are characteristic of the redfaced fat boy described by Charles Dickens, the term "Pickwiskian Syndrome" has been applied by Burwell et al.

The disturbed ventilatory mechanism with alveolar hypoventilation, carbon dioxide retention and decreased arterial saturation results in a degree of hypoxia sufficient to cause polycythemia. Circulatory abnormalities include right-sided cardiac enlargement, right axis deviation and other significant changes in the electrocardiogram.

The mechanical effect of the extreme obesity is regarded as the primary etiologic factor and weight reduction has to be tried.

BIBLIOGRAPHIE

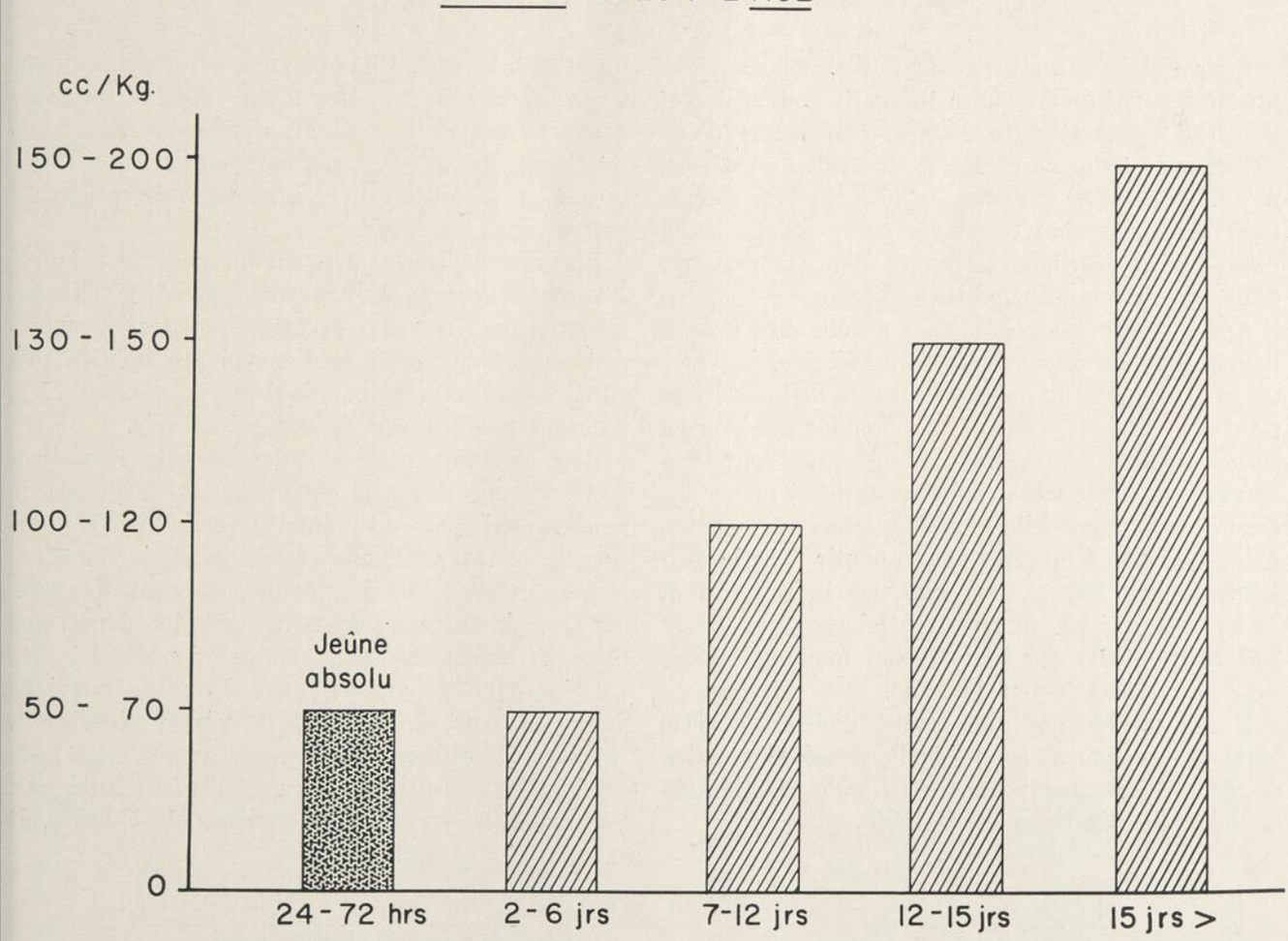
1. AUCHINCLOSS, J. H., Jr.; COOK, E., et RENZETTI, A. D.: Clinical and physiological aspects of case of obesity, polycythemia and alveolar hypoventilation. *J. C. Investigation,* **34**: 1537, 1955.
2. BERLYNE, G. M.: The cardiorespiratory syndrome of extreme obesity. *The Lancet,* p. 939 (1 nov.) 1958.
3. BRAUSTET, P.; BRICAUD, H.; CABANIEU, G.; DALLACHIO, M., et COTTIN, A.: A propos de deux cas de coeur pulmonaire chronique par obésité. *Arch. des Mal. du Coeur et des Vaiss.,* **52**: 10; 1140, 1959.
4. BURWELL, C. S.; ROBIN, E. D.; WHALEY, R. D., et BICKELMANN, A. G.: Extreme obesity associated with alveolar hypoventilation. A Pickwickian Syndrome. *Am. J. Med.,* **21**: 811, 1956.
5. CHERNIACK, E. M.: Respiratory effects of obesity. *Can. M. A. J.,* **80**: 613, 1959.
6. DICKER, H. O.; ESTES, E. H., Jr.; McINTOSH, H. D., et KELSER, G. A.: Cardiopulmonary syndrome associated with extreme obesity. *J. Clin. Investig.,* **34**: 916, 1955.
7. Case Records of the Massachusetts General Hospital (case 46031). *New Eng. J. Med.,* **262**: 140, 1960.
8. NOTE EDITORIALE: Heart failure du to Obesity. *The New Eng. J. Med.,* **257**: 25, 1238, 1957.
9. RICHMAN, Anne Dunbar; FADELL, E. J.; WARD, W. W., et HENDON, J. R.: Fatty infiltration of respiratory muscles in the Pickwickian Syndrome. *The N. Eng. J. Med.,* **266**: 17, 1962.
10. RATTO, O., et Coll.: Anoxemia secondary to polycythemia and polycythemia secondary to anoxemia. *Am. J. Med.,* **19**: 958, 1958.
11. WEIL, M. K.: Polycythemia associated with obesity. *J. A. M. A.,* **159**: 1593, 1955.

L'ALIMENTATION DU PRÉMATURÉ

Étude de l'emploi d'un lait semi-écrémé acidifié.[1] Chez 424 prématurés.

Robert SAINT-MARTIN,[2] et Edouard LABERGE.[3]

L'alimentation joue un rôle de premier plan dans le traitement de l'enfant prématuré. Lorsque le prématuré a surmonté les difficultés propres à sa naissance même et les premières difficultés d'adaptation, ses perspectives de vie dépendent avant tout de l'alimentation qu'il recevra et de la protection qui lui sera accordée contre les infections.



Le but de ce travail n'est pas d'exposer les grandes lignes du problème de l'alimentation du prématuré (1 à 6) mais de présenter l'excellent résultat obtenu dans notre service (du Centre de Prématurés de l'Hôpital Sainte-Justine) avec un lait partiellement écrémé acidifié. La formule employée, l'Eledon, est un lait de vache demi-gras, riche en protéine, dont l'acidification est obtenue par fermentation lactique au moyen d'une culture de streptococcus lactis. Cette fermentation lactique provoque non seulement une coagulation très fine de la caséine du lait de vache, mais encore permet le clivage de la caséine c'est-à-dire un début de peptonisation; elle fait donc subir au lait une sorte de digestion préliminaire qui va faciliter le travail digestif, avantage très précieux (7, 8, 9) chez le prématuré.

Nous avons employé dans notre service une solution d'Eledon à 10 % additionnée de 5 % de dox-

1. Eledon [Nestlé (Canada) Ltd.] — Essais cliniques à l'hôpital Sainte-Justine, Montréal, P.Q.
2. Autrefois chargé du Service des prématurés (hôpital Sainte-Justine) et maintenant assistant du directeur de la Division de la Nutrition et de l'Hygiène Maternelle et Infantile, Ministère de la Santé, province de Québec.
3. Assistant-professeur de pédiatrie (Université de Montréal).

trine-maltose, d'une valeur calorique de 0.60 calorie par cc. (ou de 18 calories à l'once). Le tableau suivant nous en montre la composition:

Nous avons eu recours à 8 repas par 24 heures chez les prématurés de moins de 1,800 g. (4 livres) et parfois à 10 chez ceux de moins de 1,000 g. (2 livres et 2 onces). Nous passons à 7 repas aux environs de 2,200 (5 livres). Une dizaine de jours avant le départ de l'enfant, c'est-à-dire aux environs de 2,500 g. (5 livres et 8 onces), nous l'habituons à un autre lait et à ne recevoir en général que 6 repas par jour.

COMPOSITION DE LA SOLUTION — TYPE D'ELEDON.

Ingrédients		*Composition %*	
Poudre d'Eledon	100 g	Matière grasse	1.4
Dextrine-maltose	50 g	Matière protéique	3.08
Eau	850 cc	Glucides	9.
		Sels minéraux	0.47

Valeur calorique: 0.60 calorie par cc ou 18 calories à l'once.

Pour préparer un litre (32 onces) de cette solution, il suffit de dissoudre 100 g. de poudre d'Eledon (20 mesures) dans 850 cc. (28 onces) d'eau sucrée avec 50 g. (7 mesures) de dextrine-maltose. A noter que cette préparation ne peut être soumise à la stérilisation terminale parce qu'elle est à base d'acide lactique. Il faudra donc la préparer dans les meilleures conditions d'aseptie.

Après une période de jeûne absolu de 24 à 72 heures, nous donnons au prématuré de l'eau glucosée à 5 %, s'il ne présente plus de difficulté respiratoire; le jour suivant, si aucun trouble n'est survenu entre-temps, nous remplaçons complètement l'eau sucrée par la solution-type au même dosage de 50 cc. par kilo par jour. Nous augmentons progressivement la diète pour aboutir vers le septième jour à 100 cc. par kilo par jour. Ce n'est qu'au 15ième jour, que nous atteignons les 150 à 200 cc. par kilo par jour, ration maxima qui ne sera plus dépassée par la suite.

Il est extrêmement important d'observer cette lente progression au cours de la première semaine de vie du prématuré; une trop grande hâte n'amène que régurgitations et diarrhée.

La présente étude porte sur un total de 424 prématurés alimentés exclusivement avec ce lait demi-gras acidifié selon la technique décrite précédemment. Comme on peut le voir au tableau suivant, l'accroissement pondéral moyen a été de 24 g. par jour pour l'ensemble des prématurés.

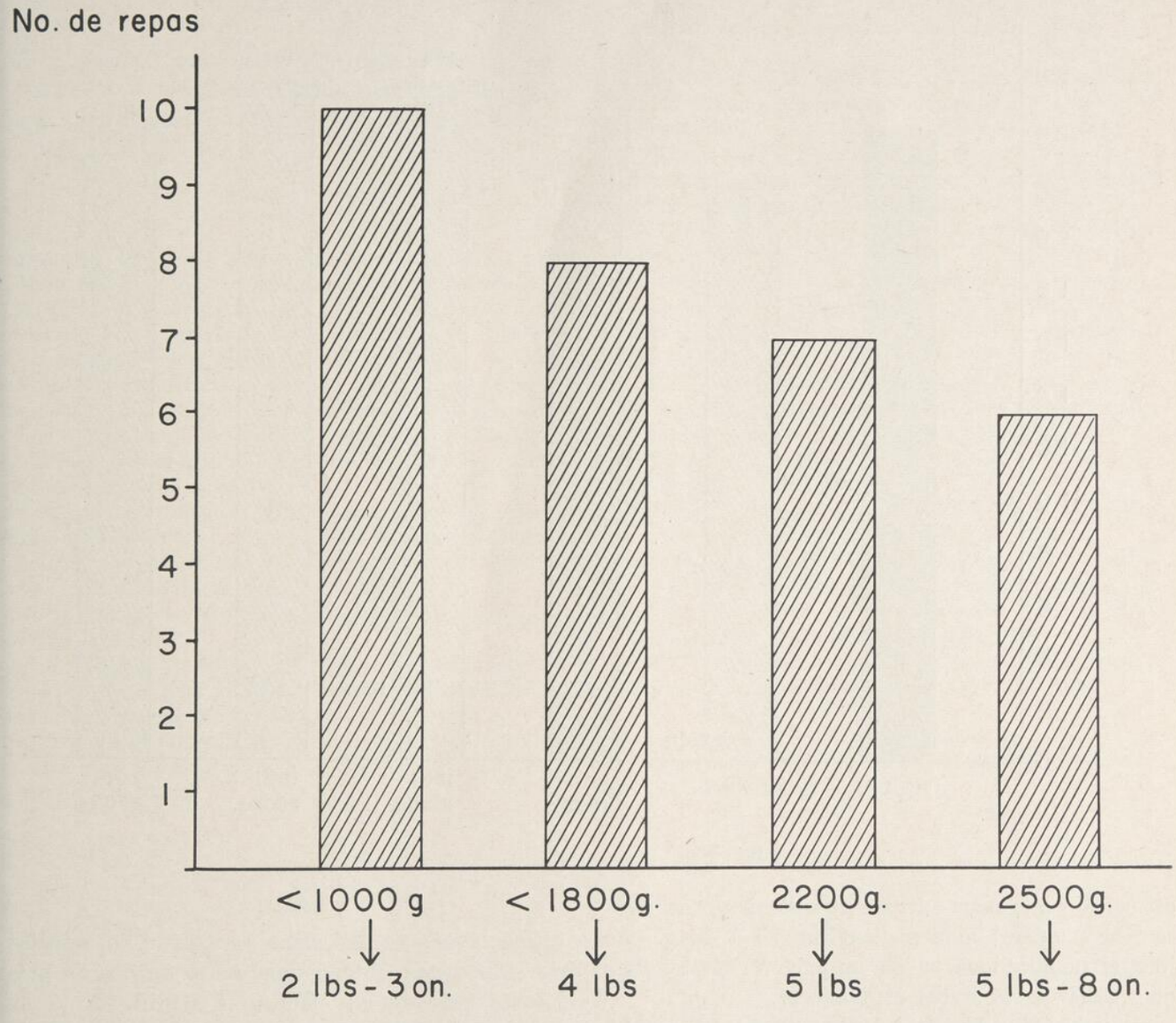
Bien entendu, pour calculer ce gain quotidien, nous n'avons pas pris comme point de départ le poids de naissance du prématuré mais bien le poids correspondant au maximum de la chute pondérale postnatale. Il est impossible, en effet, de fournir au prématuré, au cours des premiers jours, une diète suffisamment riche en calories (120 à 140 calories par kilo et par jour). Nous ne pouvions donc pas tenir compte de cette période de disette. A noter, d'autre part, que nous avons cessé l'administration de l'Eledon lorsque l'enfant atteignait 2,200 à 2,300 g., soit aux environs de 5 livres. Il

TECHNIQUE D'ALIMENTATION.

Dosage selon l'âge		*Nombre de repas, selon le poids*	
Premières 24 à 72 heures: jeûne absolu		Au-dessous de 1000 g (2 lbs et 3 onces):	10
2ième jour:	50 à 70 cc/kilo	Au-dessous de 1800 g (4 lbs)	8
7ième jour:	100 à 120 cc/kilo	Aux environs de 2200 (5 lbs)	7
15ième jour:	130 à 150 cc/kilo	Aux environs de 2500 (5 lbs et 8 onces):	6
Après 15 jours:	150 à 200 cc/kilo	ou	7

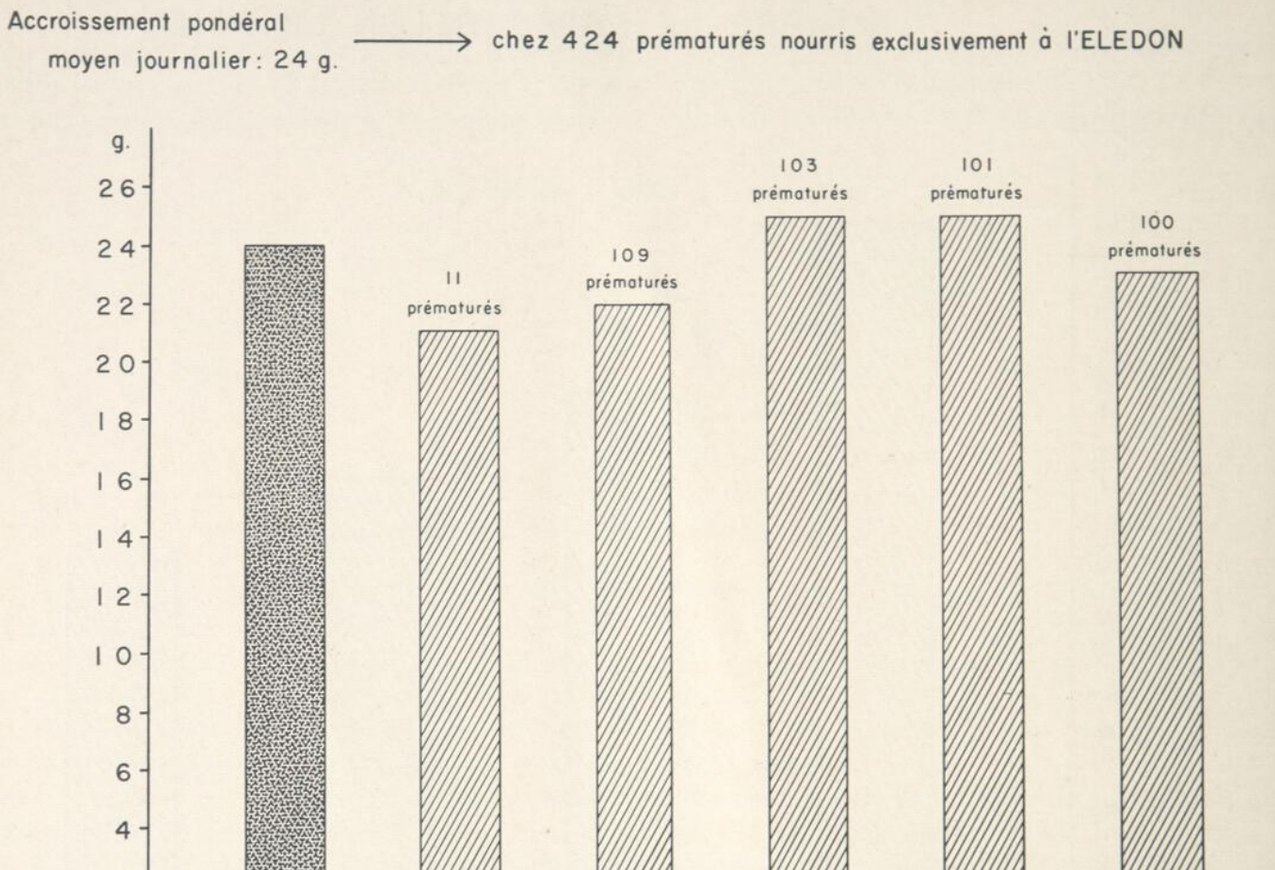
Il est, de beaucoup, préférable de peser le prématuré en grammes.

NOMBRE DE REPAS SELON LE POIDS



ACCROISSEMENT PONDÉRAL MOYEN JOURNALIER, CHEZ 424 PRÉMATURÉS NOURRIS EXCLUSIVEMENT À L'ELEDON.

Poids à la naissance	*Nombre de prématurés*	*Accroissement pondéral moyen journalier*
1000 g et moins (2 livres 3 onces)	11	21 g
1001 à 1500 g (2 livres 4 onces à 3 livres 4 onces)	109	22 g
1501 à 1800 g (3 livres 4 onces à 4 livres)	103	25 g
1801 à 2000 g (4 livres à 4 livres 6 onces)	101	25 g
2001 à 2500 g (4 livres 6 onces à 5 livres 8 onces)	100	23 g
Total: tous les enfants de moins de 2500 g (5 livres 8 onces)	424	24 g



est certain que nous aurions pu obtenir un accroissement pondéral moyen d'environ 25 à 30 g. par jour si nous avions pu en prolonger l'emploi jusqu'à 2,500 g. (5 livres et 8 onces).

Ce gain de poids de 24 g. par jour est, quand même, tout à fait satisfaisant. Levine et Dann (9) en arrivent au même résultat dans leur étude portant sur 154 prématurés pesant aux environs de 1,000 g. (2 livres et 3 onces) à la naissance. Mais surtout, ce taux de croissance, comme on peut le constater au graphique suivant, correspond au gain de poids qu'auraient fait ces prématurés s'ils avaient pu demeurer dans l'utérus. On estime (10), en effet, que le gain de poids fœtal est d'environ 25 g. par jour pour les trois derniers mois d'une grossesse normale.

Il importe d'ajouter que, du point de vue clinique, nous n'avons en aucun cas observé de diarrhée, ou de vomissements; au contraire les enfants dormaient calmement et semblaient remarquablement « satisfaits ».

Résumé

Nous avons exposé dans ce travail le résultat très satisfaisant obtenu dans notre service de prématurés avec un lait demi-gras acidifié. Nous ne voulons pas prétendre que cette préparation est la seule qui convienne à l'enfant prématuré. (11). Ce que nous avons voulu montrer c'est que cette « formule-standard », choisie pour l'alimentation de routine de nos prématurés, leur assure un taux de croissance qui serait comparable à celui qui se serait produit « in utero ». C'est là un bon objectif à se fixer, il nous semble, dans l'alimentation du prématuré.

De plus, en pratique, un tel accroissement pondéral, accroissement que l'on pourrait appeler « physiologique », n'est pas a dédaigner. Il a en effet, comme on l'a déjà souligné, d'importantes répercussions, tant du point de vue individuel qu'aux points de vue familial et social:

1. il met, au plus tôt, l'enfant en meilleur état de défense contre l'infection;

2. il permet de rendre plus rapidement l'enfant à sa famille, lui évitant ainsi tous les inconvénients, financiers et autres, d'une hospitalisation prolongée;

3. il permet une sortie plus rapide de l'enfant et par le fait même un désencombrement des services de prématurés souvent surchargés et privés de personnel qualifié.

Summary

The study presented here comprises a total of 424 prematures that were fed exclusively on a half-cream, acidified milk (Eledon). For the majority of those 424 prematures, the average daily weight increase was 24 grams. It is not of course implied that this type of preparation is the only one suitable for premature feeding. Our purpose was to demonstrate that the standard-type formula that we choose for our prematures could assure a growth comparable to that which occurs in utero. We feel that such a goal is valid in premature feeding.

Furthermore, in practice, a weight increase of this nature, which could be termed "physiological" is worth consideration. The repercussions are quite important from an individual, familial and social point of view.

1. The infant is prepared more rapidly to build resistance to infections;

2. The infant is able to be released to the family at an earlier stage, thus avoiding financial and other inconveniences of prolonged hospitalization;

3. The infant is discharged more quickly, thus relieving the premature ward which is often overloaded, and lacking in qualified personnel.

BIBLIOGRAPHIE

1. LEVINE, S. Z., et GORDON, H. H.: Physiologic handicaps of the premature infants: I. Their pathogenesis, and II. Clinical application. *Am. J. Dis. Child,* **64**: 274, 1942.
2. GORDON, H. H.; LEVINE, S. Z., et MacNAMARA, H. H.: Feeding of premature infants. *Am. J. Dis. Child.,* **73**: 442, 1947.
3. POWERS, G. F.: Some observations on the feeding of premature infants based on twenty years of experience at the New Haven Hospital. *Ped.,* **1**: 145, 1948.
4. ROSSIER, A.: Alimentation du prématuré. *Sem. Hôp. de Paris,* **75**: 2959, 1951.
5. KAGAN, B. M., et Coll.: Feeding premature infants: a comparison of various milks. *Ped.,* **15**: 373, 1955.
6. SMITH, C. A.: Prenatal and Neonatal Nutrition. *Ped.,* **30**: 145, 1962.
7. ROBINSON, E. L., et Coll.: Effect on weight gain of the addition of lactobacillus acidophilus to the formula of newborn infants. *J. Ped.,* **41**: 395, 1952.
8. GYORGY, P.: Lactobacillus in relation to infant feeding. *Quat. Rev. Ped.,* **10**: 17, 1955.
9. LEVESQUE, J.: Généralités sur le Bacillus bifidus chez le nourrisson. *Sem. Hôp. Paris,* **35**: 237, 1959.
10. LEVINE, S. Z., et DANN, M.: Survival rates and weight gains in premature infants weighing 1000 grams or less. Twenty-four years experience at the New York Hospital. *Ann. Paed. Fenniae,* **3**: 185, 1957.
11. DAVIDSON, M.: Feeding of premature infants, a critique of current status. *J. Ped.,* **57**: 604, 1960.

* * *

Remerciements à Mademoiselle Madeleine Gagnon, i.l., du Département d'Art Médical, Hôpital Sainte-Justine, pour son aide technique.

L'Union Médicale du Canada
(Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872)

•

Bulletin de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada
(Fondée à Québec en 1902)

Tome 91, No 10 — Montréal, octobre 1962

LES TUBULOPATHIES ACIDOSIQUES RÉNALES

Les dissections microscopiques *in vivo* du néphron, les analyses histochimiques et biochimiques du filtrat glomérulaire et finalement l'étude poussée des enzymes au niveau du parenchyme rénal ou ailleurs, ont permis d'élucider définitivement les nombreuses fonctions rénales ayant trait au glomérule. Ainsi, la vaste pathologie, calquée sur les conceptions anatomo-pathologiques découlant directement des travaux de Virchow ou de Bright, ayant eu assez souvent comme conséquences inévitables des confusions dans la classification et aussi dans la nomenclature, a cédé le pas à cette autre discipline qu'est la biochimie, à tel point que les termes génériques adoptés ne nous effraient nullement.

Depuis quelques années, toujours dans le cadre de la poussée dynamique de la microbiochimie, s'est constitué un ensemble nosologique ayant pour lieu de rencontre les tubules, lieu d'échange par excellence où s'élabore une infinité de séries de manipulations infracellulaires, qui, il faut bien le dire, n'ont pas livré tous les secrets au chercheur curieux.

Pour saisir la physionomie de ce vaste champ d'action, il n'est rien mieux que de se rabattre sur les travaux des pionniers de la physiologie rénale, tels que Pitts, Berliner, Gilman et Schwartz, pour ne citer que les plus classiques. Comme on le sait, leurs travaux ont mis en évidence les trois processus primordiaux permettant au rein d'excréter l'acide. Le premier concerne la réabsorption des bicarbonates par le truchement des échanges ioniques, de l'hydrogène pour le sodium: le sodium, compagnon inséparable des bicarbonates filtrés est échangé pour l'hydrogène; l'acide carbonique se scinde en CO_2 et en H_2O. D'où épargne des bicarbonates. Le deuxième processus a trait à l'acidification des solutions tampons filtrées, surtout des phosphates. Ce processus dynamique, est sous la dépendance de la poussée exercée par l'hydrogène qui déplace les ions H en les orientant vers un « gradient » de concentration élevée donnant naissance à des urines très acides par rapport aux liquides extracellulaires. Ainsi, l'acidité titrable de l'urine, que nous mesurons, n'est, après tout, que la quantité totale des ions excrétés. Le troisième processus, lui, consiste dans la transformation de l'ammoniaque fabriquée dans la cellule tubulaire, en ion ammonium. Ce dernier ensuite effectue des échanges avec le sodium filtré.

Les tubulopathies acidosiques rénales traduisent simplement un dérèglement réversibles ou non de ces mécanismes, plus particulièrement des deux premiers. L'échange hydrogène-sodium n'a pas lieu, ni d'une manière active ni d'une manière passive; d'où une énorme quantité de bicarbonate excrétée dans une urine insuffisamment acide, possédant donc peu d'acide titrable. L'alcalinité relative de l'urine inhibe, à son tour, l'excrétion de l'ammonium.

Classiquement, il existe une acidose urémique, admise unanimément même si la dénomination est quelque peu spécieuse: c'est celle qui se voit au cours des glomérulopathies chroniques, des nécroses tubulaires aiguës et des affections chroniques s'accompagnant de rein contracté. Ici, les deux insuffisances, glomérulaire et tubulaire, vont conjointement dans leur évolution, possédant des dénominateurs communs: l'acidose et l'azotémie.

Toute autre est la catégorie qui concerne cet éditorial: il s'agit de l'ensemble des atteintes limitées uniquement à la fonction ou aux fonctions tubulaires. Le mécanisme intime réside non pas dans l'amoindrissement numérique du néphron, mais dans les

anomalies se rattachant aux perturbations d'excrétion de l'acide au niveau du tube. L'empreinte de son cachet se trouve dans l'acidose hyperchlorémique, sans azotémie et dans la présence d'urine faiblement acide, neutre ou alcaline. Elle n'est pas fréquente, mais elle mérite d'être connue car si l'acidose urémique consécutive à la glomérulopathie chronique ne bénéficie que temporairement de la thérapeutique, celle secondaire à la tubulopathie a l'avantage de se soumettre aux sanctions pharmacologiques mises à notre disposition. De plus, en la méconnaissant, on expose le malade à certaines complications désagréables: les dépôts calcaires intrarénaux, la pyélonéphrite secondaire, les calcifications osseuses, les paralysies musculaires par perte de potassium et les chutes hydriques et sodiques.

L'étiologie de cette affection demeure incertaine. En effet, si la théorie d'Albright qui les considérait comme acquises, car due à une infection ascendante, a été supplantée par celle de Lathem qui les classe dans les conséquences de la pyélonéphrite, on peut ajouter aussi que l'expectative des uns semble bien fondée si on fait remarquer que les pyélonéphrites sont fréquentes tandis que la tubulopathie acidosique demeure rare.

Le point crucial quand on envisage l'étude des tubulopathies acidosiques demeure celui de la physiopathologie; cela se comprend, car il n'est pas toujours aisé d'aller approfondir le mécanisme intime qui s'opère au sein des infrastructures. Dans les trois processus énumérés ci-dessus, l'ion H ne devient disponible pour les échanges mutuels que grâce à l'existence de l'anhydrase carbonique qui, par le jeu enzymatique, l'engendre au niveau de la cellule tubulaire. Quoi donc de plus naturel que de scruter dans son intimité pour déceler quelque anomalie pouvant expliquer la perturbation du jeu régulier? Or, malgré le grand nombre des travaux entrepris dans ce sens, faisant appel aux inhibiteurs de l'enzyme et malgré les biopsies rénales sériées, rien de tangible n'a été obtenu pour qu'une conclusion nette soit tirée. Alors d'autres chercheurs se sont adressés aux réactions en chaîne des enzymes à l'échelle du cycle tricarboxylique de Krebs qui constitue la source énergétique par excellence de transport du sodium et de l'hydrogène. Mais là aussi, l'administration d'acide malique, inhibiteur connu de groupements sulfhydrils, contenant des enzymes, n'a donné lieu qu'à des modifications respectables du cheminement tubulaire du glucose, des phosphates, des acides aminés, sans la moindre modification de l'anhydrase carbonique, de la glutaminase ou de la TPN diaphorase. Comme on le voit, la pathogénie biochimique des tubulopathies acidosiques demeure encore dans le vaste domaine des hypothèses.

On distingue actuellement à peu près six formes de tubulopathies acidosiques. Les unes concernent la pathologie infantile et peuvent s'accompagner ou non de néphrocalcinose, tandis que les autres, apanages de l'enfant et de l'adulte, portent en elles une multitude d'aberrations compliquant à souhait le tableau clinique, l'évolution et le traitement. A côté du syndrome de Fanconi avec ses nombreuses variantes, Lowe et col. ont décrit une forme cérébro-oculo-rénale chez l'enfant, caractérisée par l'arriération mentale, la cataracte et l'acidose tubulaire. Enfin, à l'acidose tubulaire peuvent s'associer d'autres troubles métaboliques, à caractère congénital, tels que la galactosémie, le diabète insipide néphrogène et la maladie de Wilson.

De cette revue sommaire, on mesure l'étendue et aussi la portée des recherches à entreprendre pour étayer les problèmes soulevés et encore insolubles tenant à la physio-biochimie, à l'étiologie et au vaste domaine génétique, car le vrai problème réside là.

Pratiquement la question se ramène à se demander comment le clinicien peut suspecter l'existence de ces troubles congénitaux, à quelle portion du tube les localiser et comment les traiter.

Théoriquement, le problème offre moins de prises: un grand nombre de ses facettes demeurent dans l'ombre, même en épousant les vues de Randall, vues très riches en nouvelles acquisitions et prometteuses de brillantes perspectives.

Comme on le voit, l'un et l'autre points de vue ont en partage la même saine raison, car même si chaque élaboration biochimique, donnant l'occasion à l'édification de théories dissemblables, a été et probablement sera une malencontreuse duperie, il est incontestable que la pensée dédoublée du chercheur d'aujourd'hui sera unifiée demain.

M. Kaludi

HYGIÈNE ET MÉDECINE SOCIALE

L'O.M.S. ET LA SANTÉ MENTALE (1949-1961)[1]

Pendant les douze années qui ont suivi la fondation de l'Organisation mondiale de la Santé, les normes du travail de santé mentale ont été considérablement élevées un peu partout dans le monde et dans des pays à tous les stades de développement. Il n'en reste pas moins de grands efforts à accomplir dans ce domaine. Le dixième rapport, rédigé en octobre 1960 par le Comité d'experts de la Santé mentale, a fait le bilan des ressources et possibilités médicales en vue de décider des priorités à accorder pour que le programme de santé mentale soit appliqué avec efficacité dans le monde entier. Les conclusions et recommandations de ce rapport sont résumés ci-dessous. Elles indiquent l'esprit général du programme de santé mentale de l'OMS, et les principes généraux de la planification nationale dans certains pays considérés séparément.

Buts et modalités du travail de santé mentale

Il va sans dire que la notion de santé mentale varie, dans une certaine mesure, avec le système de valeurs qui prévaut au sein de la collectivité où l'individu vit et travaille. C'est pourquoi il est impossible de poser *a priori* des normes absolues qui soient d'une application universelle. C'est là, en partie, la raison pour laquelle il est actuellement difficile d'évaluer les effets des activités de santé mentale. Néanmoins, l'objectif final est toujours de développer la santé mentale «dans un sens positif », bien que cette notion puisse avoir une signification différente selon les conditions économiques, sociales et culturelles.

En relation directe avec ce dernier objectif, il faut mentionner ce qui touche à la prophylaxie dans le programme de santé mentale, c'est-à-dire essentiellement la protection des individus normaux contre toutes les formes d'atteinte pathologique. La prophylaxie des maladies mentales et la préservation de la santé mentale ont fait l'objet de nombreux articles, mais comme l'évaluation scientifique reste limitée, le besoin se fait de plus en plus sentir de procéder à des recherches systématiques.

Au nombre des buts principaux de la santé mentale, on peut compter désormais la précocité du diagnostic et la mise en oeuvre de traitements appropriés qui visent à prévenir toute évolution vers la déchéance mentale ainsi que l'application méthodique de procédés de réadaptation destinés à rétablir le malade dans une vie sociale aussi proche que possible de la normale.

Au cours des douze dernières années, de nombreux progrès ont été accomplis dans l'établissement des programmes destinés à promouvoir la santé mentale. Cette évolution est due, en majeure partie, à la mise en commun toujours plus étendue des renseignements scientifiques et des expériences. Les nouveaux programmes ont conservé la partie utile et judicieuse des anciens programmes; par ailleurs, les pays où les travaux étaient déjà bien avancés ont été mis en mesure d'acquérir de nouvelles méthodes au contact de pays qui sont en train de créer leurs services hospitaliers. L'établissement et la réalisation des programmes ont donné lieu à des choix difficiles qui auront peut-être pour conséquence provisoire l'application, comme par le passé, de traitements sommaires et peu efficaces à de nombreux êtres humains, tandis que les nouvelles ressources médicales dont on dispose vont être réservées à la création d'établissements bien équipés, destinés à d'autres malades. Le problème qui se pose là aux responsables de santé publique n'était pas nouveau. « Les administrations sanitaires ont connu, il y a bien des années, une situation un peu analogue à propos de la tuberculose. Elles ont dû décider s'il valait mieux s'occuper de tous les tuberculeux sans exception, mais insuffisamment de chacun, ou plutôt concentrer les énergies et les ressources sur les cas récents pour lesquels les perspectives de guérison étaient relativement bonnes. C'est finalement la deuxième solution qui a prévalu. » Ainsi arrive-t-il souvent en santé mentale que les perspectives à long terme doivent prendre le pas sur des besoins immédiats.

Selon les recommandations faites, en 1949, par le Comité d'experts, il faut compter au nombre des éléments indispensables à la mise en oeuvre des services de santé mentale la création auprès du Ministère ou du Département de la Santé publique d'une division de santé mentale à laquelle sera accordé un statut privilégié. L'expérience a prouvé, par la suite, le bien-fondé de cette idée créatrice.

1. *Chronique O.M.S.*, **16**: 279 (juillet) 1962.

Dirigée par un psychiatre possédant des qualités d'organisateur, la division centrale s'emploie à planifier et faire exécuter les multiples activités inscrites au programme de santé mentale qui a été élaboré après mûre réflexion.

Il est indispensable de constituer un noyau de psychiatres hautement qualifiés qui, à côté de l'exercice normal de leur spécialité, acceptent de participer à la formation de médecins et de personnel paramédical; en même temps, ils feront office de consultants auprès des autres groupes de la profession médicale. Il est indispensable qu'ils soient entourés d'infirmières, d'assistantes sociales, de psychologues et de tout un personnel auxiliaire qualifié.

Il est capital de faire le diagnostic de la maladie à ses débuts, stade auquel le thérapeutique peut abréger l'évolution des troubles mentaux et prévenir l'apparition de manifestations plus graves. Seule permet d'atteindre ce résultat la formation en groupes, qui reçoivent la préparation voulue, des représentants des diverses professions auxquelles ont coutume de s'adresser pour obtenir des conseils les individus désemparés et accablés de soucis. Outre les spécialistes précités, ces groupes comprennent un ministre du culte, un inspecteur du travail et un officier de police. L'enseignement reçu devrait avoir mis chacune de ces personnes en mesure de déceler toute modification de comportement qui annonce des perturbations psychiques. Il appartient aux autorités responsables de la santé mentale de faciliter l'acquisition des connaissances requises par cette tâche.

Quelle que soit la qualité des mesures préventives adoptées, on rencontrera toujours des enfants et des adultes justiciables de soins psychiatriques qui ne sont plus du domaine du médecin de famille. C'est pourquoi il est absolument nécessaire de prévoir des centres de soins pour les malades ambulatoires, centres qui seront choisis de préférence à proximité du domicile du malade. Il conviendrait d'adjoindre un centre hospitalier auquel adresser ce dernier en cas d'urgence, telle que tentative de suicide ou épisodes délirants. Même si l'hospitalisation doit être maintenue pendant une longue période, les traitements devraient, dès le début, avoir pour but la sortie du malade et une réadaptation satisfaisante dans la société. Même si, à la suite d'une hospitalisation prolongée, le malade répond mal au traitement, il faut savoir qu'une réadaptation partielle reste souvent possible.

Il est important d'établir un ordre de priorités dans les divers apsects des programmes de santé mentale. Bien que plusieurs pays puissent se trouver à des niveaux identiques quant à l'organisation de leurs services psychiatriques, il existe parfois des différences marquées dans la hiérarchie des priorités: les uns encouragent la recherche quand les autres font porter leurs efforts sur la prophylaxie et la thérapeutique. Comme l'ont révélé les enquêtes de l'OMS, il n'est pas rare, dans les pays qui organisent leurs services psychiatriques, que les ressources actuelles en personnel qualifié et le nombre des lits soient faibles par rapport aux besoins; en outre, il arrive que les nouvelles installations construites ou prévues trahissent des erreurs ou des négligences de conception.

Le Comité d'experts a souligné que la formation d'un personnel qualifié devrait se voir accorder toute priorité. En premier lieu, psychiatres et infirmières psychiatriques doivent connaître parfaitement les bases et les techniques de la santé publique et de la médecine sociale, dans le cadre de la collectivité où ils travailleront. Viennent ensuite les assistantes sociales psychiatriques qui doivent être aptes à travailler au contact des familles et groupes de cette collectivité; il faudrait éventuellement joindre à ce groupe les infirmières de santé publique. Le troisième groupe à préparer serait constitué par les aides-infirmières sans formation spécialisée. Ces dernières devraient recevoir un enseignement pratique dispensé par des monitrices et, autant que possible, appartenir au même milieu social et culturel que la majorité des malades.

La priorité va ensuite à la création de polycliniques, notamment de services de consultation externe et de centres de traitement actif, éventuellement du type « hôpital de jour ». A l'exception des grandes villes, les soins de santé mentale peuvent être donnés au Dispensaire social de santé publique qui est soumis au contrôle périodique du psychiatre; un travailleur de santé publique pourvu des qualités requises leur est attaché en permanence.

En dernier lieu, on créera des hôpitaux psychiatriques, voire des unités psychiatriques à l'intérieur des polycliniques: ils seront situés au voisinage de la communauté qu'ils sont destinés à desservir. Il est essentiel, en effet, que la réadaptation s'effectue au contact même de la vie quotidienne de la communauté. Les plans doivent aussi envisager la création de services qui recueilleront les malades chroniques qui ne peuvent trouver leur place dans la collectivité.

Il va de soi que ce n'est là qu'une esquisse générale du processus d'organisation des nouveaux services hospitaliers et que cette entreprise doit se soumettre avec souplesse aux données de l'expérience et de la recherche. Au fur et à mesure que les services de santé mentale entrent en fonction et que les besoins en personnel sont satisfaits, l'intérêt se concentre sur la recherche.

L'hôpital et la société

La conception de l'hôpital comme « communauté thérapeutique » visant à une réadaptation précoce du malade, des techniques nouvelles, comme la thérapeutique de groupe par exemple, et l'emploi de substances psychotropes ont amené des changements révolutionnaires dans les hôpitaux psychiatriques. Les traitements intensifs, associés au maintien du contact avec la communauté — ce qui facilite au besoin une nouvelle hospitalisation —, font que les malades même gravement atteints peuvent être soignés à domicile sous la surveillance d'équipes de soins externes tout en faisant de brefs séjours à l'hôpital en cas d'épisode aigu. Un tel progrès ouvre de nouvelles perspectives de réadaptation aux malades chroniques qui encombrent certains hôpitaux psychiatriques.

Le Comité a fait observer que ces changements ont eu quelques effets secondaires. Il arrive parfois qu'un malade assez bien adapté à la vie commune de l'hôpital redoute la reprise d'une vie normale; par ailleurs, les tranquillisants risquent de produire de l'apathie qui, dans ce cas, est une véritable « maladie thérapeutique ». Là où la psychothérapie pourrait se développer, il arrive que le personnel qualifié fasse défaut. Enfin, le malade convenablement préparé pour réintégrer la communauté ne sait quelquefois où aller. C'est pourquoi le Comité a rappelé l'intérêt des cliniques de post-cure, des hôpitaux de jour ou de nuit, des ateliers protégés et des villages de travail. Il a admis les avantages offerts en certaines régions par les équipes psychiatriques mobiles et a recommandé, autant que possible, l'organisation de services de psychiatrie infantile, et de consultations externes.

Selon les propres termes du septième rapport du Comité d'experts:

« Pour que les progrès de la psychiatrie moderne puissent être exploités au maximum, il faut que la société apprenne à collaborer à la prévention des troubles mentaux, au traitement et à la réadaptation des malades. En d'autres termes, la marche en avant ne pourra se poursuivre que si l'attitude de l'opinion publique vis-à-vis des malades mentaux et vis-à-vis de la psychiatrie sociale elle-même évolue dans un sens favorable. »

La formation du personnel

Le Comité d'experts a envisagé sous ce titre un certain nombre de sujets qui ont été exposés en détail au chapitre précédent; le lecteur voudra bien s'y reporter.

Le Comité a estimé que dans la plupart des pays l'enseignement de la psychiatrie semblait être insuffisant et qu'il était nécessaire de le compléter par des cours post-universitaires. Le psychiatre doit être parfaitement averti des problèmes de santé mentale qui se posent à l'ensemble de la communauté et aux divers groupes sociaux qui la composent, afin de juger des résultats de son activité professionnelle. Faute de cette expérience, il peut posséder toutes les qualités théoriquement requises et demeurer cependant incapable d'organiser à l'échelle de la communauté un programme de santé mentale. A cette fin, l'enseignement pratique ne devrait pas être dispensé trop exclusivement dans le cadre des hôpitaux psychiatriques. Le psychiatre, que son activité oriente naturellement vers la communauté, réunira les renseignements appropriés sur les perturbations psychiques et exercera son influence sur les autorités auxquelles est confiée la formation des fonctionnaires de la santé publique, du personnel enseignant, des juges, etc. Il devra savoir développer une meilleure compréhension des problèmes psychiatriques chez les médecins d'hygiène scolaire ou de famille: c'est là tout un art qui exige un apprentissage spécial. Il est essentiel que les psychiatres aient des activités extra-hospitalières qui les mettent en contact étroit avec l'environnement des malades et avec d'autres travailleurs de santé mentale.

Le personnel auxiliaire est d'une importance capitale pour le bon fonctionnement des services psychiatriques. Sous ce rapport, l'infirmière psychiatrique occupe une place privilégiée en raison de ses responsabilités permanentes envers les malades et leurs familles. Comme les tâches éducatives tiennent une grande place dans leurs fonctions, il est essentiel de choisir les infirmières en tenant compte non pas des seules capacités intellectuelles, mais aussi des aptitudes à établir des contacts avec autrui, à travailler en groupe, et à assumer des responsabilités. Comme il l'a été dit précédemment, il semble préférable de procéder à la formation spécialisée à l'intérieur d'un service psychiatrique plutôt que d'enseigner les soins psychiatriques en vue de compléter en la spécialisant la formation pro-

fessionnelle d'une infirmière diplômée. La première de ces méthodes assure la formation d'un personnel pourvu des qualités requises.

Il continue d'exister une relative pénurie de travailleurs en psychiatrie sociale. Ces derniers doivent recevoir un double enseignement de sciences sociales et de psychopathologie. Dans la plupart des cas, le personnel médical des services de santé mentale bien équipés comporte des psychologues à demeure; parfois, il est nécessaire de donner quelques notions au personnel administratif de la santé mentale, car il a un rôle qui est loin d'être négligeable dans le travail d'ensemble de l'équipe de santé mentale.

Ce qui a été dit précédemment s'applique au personnel de santé mentale spécialisé; il faut même prêter attention à celui des autres professions de santé publique. Afin que les services de santé mentale de la communauté aient une action efficace et coordonnée, l'équipe de santé mentale doit travailler en collaboration avec toutes les personnes qui s'occupent de la santé de la communauté. Les objectifs principaux de la prévention, du traitement, de la réadaptation et de l'enseignement sont analogues en santé mentale et en pathologie somatique. Les médecins, les infirmières et toutes personnes qualifiées, qui ont à traiter ce dernier aspect de la maladie, possèdent des qualités appropriées aux besoins de la communauté; leur expérience peut être mise à profit pour initier des individus ou des groupes aux tâches éducatives du programme de santé mentale.

Cette façon de procéder contribuera à faire disparaître les derniers préjugés qui restent attachés à la maladie mentale et permettra ainsi d'aborder directement ces manifestations pathologiques: elle incitera le public à considérer davantage les similitudes entre maladies physiques et mentales que leurs différences.

Il est souhaitable de faire naître chez les consultants spécialisés des hôpitaux un courant d'intérêt en faveur des questions de santé mentale afin que ne soient pas négligées les relations et corrélations entre les problèmes de santé mentale et les maladies somatiques. A ce point de vue, il serait particulièrement important de reviser les programmes d'enseignement pédiatrique en tenant compte du besoin de coordonner les aspects physiques et psychiques de la santé chez l'enfant.

Les assistantes sociales ont l'occasion de faire une large application des principes de santé mentale au cours de leurs activités. L'assistante sociale qualifiée doit être suffisamment avertie des motivations possibles du comportement humain, car elle a à résoudre les difficultés de tous ordres que rencontre l'individu dans sa famille ou à son travail. Au nombre des travailleurs de la santé publique qui pourraient être utilisés à des tâches éducatives dans le domaine de la santé mentale, il faut encore compter les administrateurs sans formation médicale des services de santé publique et les cadres administratifs des cliniques et des institutions.

Travail d'équipe et coordination des services

Il n'est pas toujours facile d'organiser le travail en équipe pour aborder les problèmes de santé mentale; néanmoins, les heureux résultats obtenus par une équipe de santé mentale, polyvalente et judicieusement composée, justifient les efforts que représente sa mise sur pied. En général, elle doit avoir un chef effectif, car les organismes de santé publique, officiels ou bénévoles, demandent le plus souvent qu'une seule personne prenne la responsabilité du travail de l'équipe. Or, il arrive que des spécialistes hautement qualifiés, qui composent ces équipes, éprouvent de la difficulté à travailler sous la direction d'un supérieur hiérarchique. C'est là une difficulté qui peut être atténuée si, d'une part, le plus grand soin est apporté à sa désignation qui sera faite en fonction de la valeur et des qualités personnelles et si, d'autre part, le groupe approuve ce choix. Le chef d'équipe doit faire autorité dans son domaine et posséder des qualités d'administrateur, tandis que par son sens de l'équité, il doit inspirer confiance et susciter le dévouement de ses subordonnés. Le chef doit éprouver de l'estime pour ses collaborateurs et les persuader de la valeur qu'il accorde à leur participation. Cette façon de procéder lui permet de créer de l'émulation et d'établir des programmes qui résultent de délibérations sincères, même si, en dernière analyse, il lui revient d'assumer toute la responsabilité.

Le choix des membres de l'équipe est tout aussi important. Chacun d'entre eux doit être qualifié dans sa partie et être disposé à se soumettre, en tant qu'individu, à la solution des problèmes prise en commun. Franchise et liberté d'expression entre les membres de l'équipe sont les conditions sine qua non d'une action efficace.

Les programmes de soins à domicile font souvent appel à des travailleurs non psychiatriques comme les maîtres de l'enseignement et les ministres du culte. Bien que ces participants auxiliaires ne fassent pas partie, à proprement parler, de l'équipe de santé mentale, ils doivent s'y sentir as-

sociés et bienvenus. Un seul individu ne peut en effet, posséder toutes les capacités et aptitudes requises pour prévenir les troubles mentaux ou assurer l'ensemble des soins et la réadaptation du malade mental, tant ces diverses tâches sont nombreuses et spécialisées. L'objectif à atteindre ne peut l'être qu'avec la collaboration globale des représentants de toutes les disciplines et de la communauté.

Recherche

L'extension à l'échelle mondiale des recherches relatives à la santé mentale rend désormais nécessaire une mise au point des programmes de recherche et une coordination qui soient étendues au monde entier. Bien souvent, l'impossibilité de procéder à des essais cliniques internationaux et le manque d'échanges concernant les informations et les techniques scientifiques ralentissent les progrès de la santé mentale.

En divers pays, les recherches de science fondamentale ont amené la découverte de substances psychotropes qui présentent un intérêt considérable pour le traitement de certaines formes de maladies mentales; parallèlement, des progrès ont été accomplis dans les recherches sur le développement de l'enfant, l'anthropologie, la chimie, la physiologie, la génétique et la psychologie, progrès qui peuvent avoir des applications fécondes en santé mentale.

Le développement de la santé mentale, la prophylaxie des maladies mentales et les moyens de lutte contre les comportements asociaux représentent des domaines d'étude importants qui, de nos jours encore, restent en grande partie à explorer. Cette étude soulève des problèmes très complexes qui ne peuvent être résolus que par des recherches effectuées par des travailleurs appartenant à plusieurs disciplines, qui doivent faire porter leurs efforts sur des ensembles ou des sous-groupes de populations, placés dans des milieux culturels et économiques très différents. C'est à ce point de vue que la collaboration internationale est susceptible d'accélérer le progrès. Une organisation internationale peut jouer plusieurs rôles dans la recherche. S'il reste vrai, dans l'ensemble, que les recherches fondamentales et, pour une bonne part, les recherches cliniques et épidémiologiques relèvent surtout d'un effort accompli à l'échelon local ou national, ce serait une tâche internationale que de mettre à l'épreuve pratique, en différentes parties du monde, des théories et des techniques nouvelles. Certains types de recherches fondamentales doivent d'ailleurs être effectués au niveau international.

Priorités

Il est difficile d'établir une liste des besoins de la recherche selon un ordre exact de priorité, car ces besoins diffèrent d'un pays à l'autre et selon le moment.

Physiologie du cerveau. L'étude du fonctionnement cérébral demande des hommes de science rompus aux méthodes spécialisées de la neurochimie et de la neurophysiologie. En outre, elle nécessite un équipement technique considérable qui ne se trouve, habituellement, que dans les instituts de recherche les plus perfectionnés. Il est nécessaire d'améliorer la façon dont les progrès réalisés et les nouvelles techniques sont portés à la connaissance de tous les travailleurs scientifiques, quelle que soit leur nationalité. Il serait probablement utile que les recherches biologiques, sociales et psychologiques faites dans un même but soient conduites par une équipe coordonnée d'hommes de science appartenant à chacune de ces disciplines; l'organisation des échanges scientifiques, réalisée sous une forme ou une autre et conçue à l'échelle internationale, devrait se révéler bénéfique. Elle accélérait le travail de nombreux laboratoires en évitant les pertes de temps et en faisant connaître les techniques éprouvées.

Epidémiologie. Au chapitre précédent, il a été fait allusion aux difficultés de la recherche épidémiologique, et notamment au manque d'accord sur la terminologie et la classification des troubles mentaux. Le Comité d'experts a estimé que, dans l'intérêt de ce type de recherche il était nécessaire de réaliser un accord sur l'emploi uniformisé de termes rigoureusement définis qui puissent être traduits en plusieurs langues. Il conviendrait de détecter les symptômes et de les décrire au moyen des méthodes les plus objectifs: les données devraient être exprimées sous une forme utilisable par la statistique, et notamment par les procédés mécaniques. L'emploi de la statistique dans les sciences nécessite un accord sur le mode de dénombrement et de classification des cas pathologiques, car seule une méthode uniformisée permet de comparer les données recueillies au cours d'une enquête avec les résultats d'autres enquêtes. Un besoin urgent se fait également sentir de découvrir de meilleures méthodes d'enquête sur le terrain: même si l'on disposait d'une terminologie uniformisée, le travail sur le terrain s'effectue actuellement se-

lon des méthodes si différentes que les comparaisons seraient malgré tout difficiles.

Enquêtes dans les sociétés en voie de développement rapide. La santé mentale est profondément altérée dans les sociétés qui subissent une industrialisation et une évolution rapide des modes de vie. Il a été projeté, en certains pays, de faire des recherches qui rassembleraient les principales données sociologiques et psychologiques en relation avec ces changements. Malheureusement, cette planification sociale repose parfois sur des théories assez mal fondées. Bien entendu, il est souhaitable qu'elle s'appuie sur un travail d'enquête préalable: cette façon de procéder permet de s'assurer que les changements favorisent les aspects positifs du comportement humain et empêchent le développement de ses aspects négatifs. Cela ne signifie pas qu'il faille développer des techniques permettant d'agir de l'extérieur sur les comportements individuels; au contraire, le but devrait être de mettre le sujet en mesure d'accepter les changements de son mode d'existence sans qu'il ait à subir un traumatisme psychologique toujours défavorable. Ce type de recherche devrait compléter les techniques mises en oeuvre pour connaître les causes sociales de la maladie mentale et les méthodes sociales de prophylaxie. Il va sans dire que la connaissance des modes de vie familiale et du comportement individuel, normal ou atypique — avant, pendant ou après la phase de transition présenteraient le plus grand intérêt.

Etudes cliniques. Les hôpitaux offrent un champ d'étude varié des effets de la dynamique sociale sur le traitement des malades. Des recherches portant sur les relations interpersonnelles ont été effectuées à l'intérieur de groupes de malades, entre les malades et le personnel, et entre les membres du personnel. Les résultats de ces enquêtes ont amené à modifier dans certains hôpitaux le règlement administratif. Il est important de savoir si ces changements entraînent réellement une amélioration dans les relations de groupe; des enquêtes analogues devraient être effectuées en d'autres milieux culturels que ceux d'Europe ou d'Amérique du Nord.

Ecologie de la maladie mentale. On est souvent enclin à négliger l'étude de l'histoire naturelle de la maladie mentale sous ses diverses formes, surtout en ce qui concerne l'évolution et l'issue. C'est là un aspect important de la recherche qui exige des programmes à long terme appliqués dans des conditions d'environnement différentes.

Problèmes de la sénescence. Il a été fait mention, au chapitre précédent, des problèmes de santé mentale que posent les personnes âgées. En Amérique du Nord et en Europe surtout, l'accroissement du nombre des personnes âgées dans la population a conduit à une étude approfondie des facteurs physiques, sociaux et psychologiques qui favorisent l'apparition des troubles mentaux chez les personnes âgées. Ce problème est déjà d'une actualité aiguë en certains pays. Ailleurs, l'élévation des courbes de santé publique devrait avoir pour conséquence d'engager à étudier les répercussions sur la vie familiale et la situation économique de la prolongation de la durée moyenne de l'existence.

Alimentation et santé mentale. Les recherches sur les carences alimentaires et les maladies mentales ont été entreprises en si petit nombre qu'il y a de quoi être surpris. Pourtant, l'éradication de la pellagre a eu un retentissement considérable en psychiatrie; on sait également que l'alimentation au cours de la grossesse influe sur le développement cérébral du foetus; par ailleurs chez l'enfant, la symptomatologie mentale est un signe majeur des syndromes de carence protéique. Certains symptômes mentaux des personnes âgées n'auraient pas une autre origine; du moins en est-il ainsi de la psychose alcoolique. Malheureusement, les enquêtes très complexes, qui sont conduites sur divers groupes de malades psychiques, ne tiennent pas toujours compte des différences de régime alimentaire. Il serait important de procéder à des enquêtes sur les effets de l'alimentation sur l'évolution des maladies mentales ainsi que sur leur fréquence et leurs caractères parmi les populations à normes nutritionnelles très basses. Dans ce but, il est nécessaire d'établir une planification minutieuse à l'échelle internationale.

Génétique. La science génétique occupe une place réduite dans les recherches courantes de santé mentale, bien que les études récentes tendent à mettre en lumière l'intérêt des connaissances génétiques pour les progrès de la thérapeutique psychiatrique. A propos de certaines maladies mentales, il a été procédé à des enquêtes importantes de génétique collective et l'origine chromosomique du mongolisme a été découverte récemment. On peut supposer que les nouvelles techniques de la biochimie génétique vont améliorer nos connaissances étiologiques.

Progrès de la santé mentale. Le manque de connaissances relatives aux techniques qui amélioreraient efficacement les normes de santé mentale et

accroîtraient la résistance à la maladie mentale donne un caractère d'urgence aux recherches portant sur l'amélioration de la santé mentale. A vrai dire, les efforts consentis pourraient, dans certains cas, avoir des effets opposés aux buts poursuivis. Les enquêtes sur les résultats des programmes de cet ordre sont rares et leurs résultats ne sont pas toujours probants. Les recherches dans ce domaine devraient avoir pour objet les relations du régime alimentaire, des hormones et des substances chimiques avec le fonctionnement cérébral, ainsi que la relation de l'activité psychique avec la biochimie et la physiologie du cerveau. Il est également nécessaire d'étudier, à l'intérieur de milieux culturels différents, l'influence du comportement des parents et des méthodes d'éducation sur le développement des structures individuelles de la personnalité. Il faut aussi mettre au point des techniques plus précises qui permettront d'informer le public des questions de santé mentale. On peut mettre à l'essai diverses méthodes de discussion individuelle ou en groupe. Il semble logique de poursuivre l'enseignement des principes de la santé mentale auprès des personnes qui ont des contacts fréquents avec le public, afin que ces personnes mettent à profit ces connaissances au cours de leur activité. Toutefois, il est indispensable de continuer les recherches sur la guidance la mieux adaptée aux personnalités dirigeantes de la collectivité, selon leur profession.

Thérapeutique. Il est important de pouvoir évaluer objectivement les nouvelles méthodes de traitement psychiatrique au fur et à mesure de leur introduction. L'application de ces méthodes aux anomalies de comportement des enfants et aux conduites antisociales et névrotiques des adultes demande tellement de temps qu'il faut renoncer à disposer jamais du personnel qualifié en nombre suffisant pour traiter tous les sujets qui en sont justiciables. C'est même là un état de choses qui ne fera probablement que s'aggraver car les méthodes de traitement actuelles des malades psychiques exigent un nombre considérable de personnel qualifié. L'évaluation de l'efficacité des méthodes doit permettre de dégager les caractéristiques essentielles des programmes de traitement et les qualifications minimums à exiger du personnel soignant. A ce point de vue, des enquêtes sont en cours sur les substances psychotropes, les procédés de psychothérapie, et les techniques sociales et administratives de traitement et de réadaptation des malades psychiques. Etant donné que ces enquêtes sont actuellement de conception et d'application plus ou moins rigoureuses, il serait souhaitable qu'elles soient, à l'avenir, planifiées et exécutées avec plus de soin.

Autres sujets. Il serait utile de procéder à des recherches en d'autres domaines de la santé mentale, tels que la direction administrative des programmes de santé mentale, les dimensions à donner aux hôpitaux psychiatriques, la législation relative à l'hospitalisation et à la sortie des malades mentaux, les problèmes de direction, la transmission des maladies mentales et le développement de l'enfant. Sur ce dernier point, les recherches seront compliquées et onéreuses car elles devront se répartir sur de nombreuses années.

Le Comité d'experts a recommandé quelques projets de recherche qui exigeront un personnel nombreux et un important travail de planification. Cependant, il ne faudrait pas négliger l'intérêt que présentent les investigations plus limitées et moins systématiques que sont, par exemple, les observations faites par des cliniciens à titre individuel. Bien qu'elles soient impropres à l'analyse statistique, les techniques simples et même élémentaires devraient être conservées, et les services administratifs de la recherche devraient s'ingénier à soutenir, au même titre que le chercheur utilisant les méthodes officiellement approuvées, celui qui opère selon des méthodes personnelles.

Rôle de l'OMS dans l'élaboration des plans de santé mentale

Le Comité d'experts est persuadé que l'OMS fait preuve de sagesse en recherchant la collaboration d'organismes nationaux, et en considérant la collaboration entre ces organismes et elle-même comme un enrichissement réciproque. Il a aussi souligné combien est importante l'activité de l'OMS quand elle fournit — par ses publications ou ses conférences et par l'octroi de bourses d'études OMS — toute une masse d'informations récentes et contrôlées sur l'hygiène mentale et les sujets qui s'y rapportent. Le Comité a recommandé de créer un forum de santé mentale consacré à l'information internationale et de favoriser la collaboration et la coordination internationales en convoquant périodiquement des groupes d'experts spécialement choisis pour discuter les programmes appropriés de recherche.

Le Comité a aussi envisagé en détail les mesures qui pourraient éventuellement faciliter et stimuler la recherche. Il a estimé que celle-ci ne pouvait

que tirer le plus grand bénéfice d'une organisation internationale qui est en mesure d'accorder des bourses de recherche et de mettre les hommes de science en relation avec les instituts les mieux appropriés à la nature de leurs travaux. Les échanges internationaux d'informations sur les recherches faciliteraient la mise en commun des expériences parmi les hommes de science qui poursuivent des objectifs semblables. En outre, il est important de coordonner les informations utiles qui proviennent d'autres disciplines scientifiques: à titre d'exemple, la collaboration des experts en alimentation est du plus haut intérêt pour l'étude des effets du régime alimentaire sur la pathologie mentale; de même, les enquêtes de santé mentale portant sur les personnes âgées bénéficient de la participation de spécialistes des maladies cardiovasculaires. En raison des nombreuses unités spécialisées qui la composent, l'OMS est en situation privilégiée pour apporter son aide à cette collaboration qui favorise la recherche. Une organisation internationale comme l'OMS peut, en effet, faire appel à des consultants ou à des groupes d'experts pour établir des plans concertés de programmes de recherche. Les cadres dirigeants ou les consultants peuvent donner des conseils sur le choix et la conception des programmes de santé mentale et proposer des projets qui n'ont pas encore été éprouvés ou mis en pratique. La création d'un fichier de projets de recherche pourrait se révéler utile, ainsi que la convocation périodique d'un groupe d'experts qui serait chargé d'en faire l'analyse critique. L'influence que la recherche peut avoir sur le fonctionnement des services de santé mentale, en élevant le moral du personnel et en l'habituant à traiter les problèmes de façon logique, est un avantage qui pourrait être souligné lors de consultations avec les gouvernements.

* * *

Il est admis de longue date que la santé mentale revêt une importance sociale considérable dans le déroulement de l'histoire; mais ce fait n'a jamais été si bien reconnu que dans les dernières décennies. C'est là un problème qui doit être abordé par le psychiatre, mais aussi par les membres de la profession médicale en général et par les membres d'autres professions.

En passant du simple service de consultations externes au département national de santé mentale, de grandes réalisations ont vu le jour, qui ont organisé et doté du personnel voulu les services psychiatriques. Certes, il reste beaucoup à accomplir, mais rien n'est plus urgent, à l'heure actuelle, que de faire progresser la recherche et c'est là qu'une collaboration internationale se révélerait du plus grand prix.

On ne peut dire dans quelle mesure la société peut ou devrait assumer un rôle protecteur et éducatif envers les individus, rôle qui revient en premier lieu à la famille. Les critères positifs de santé mentale sont loin d'avoir une application universelle: la mise en oeuvre de méthodes efficaces dans un territoire donné ne signifie pas qu'elles le seront dans une autre région. En fait, il se peut même qu'elles entraînent des perturbations. Cependant, même si les possibilités offertes par une aide internationale ne doivent pas être surestimées, on est en droit de penser que l'OMS continuera de remplir sa tâche et cherchera à assurer la santé mentale et physique de l'humanité, contribuant ainsi à l'amélioration générale de ce qui a pu être appelé « la qualité de l'existence ».

VARIÉTÉS

MÉDECINE ET PSYCHIATRIE HAÏTIENNES

Jean-Marc BORDELEAU,
Institut Albert-Prévost.

Lorsqu'on étudie l'histoire sociale d'Haïti et celle de la province de Québec on trouve plusieurs points communs et certains parallélismes qui ont marqué l'évolution propre de ces deux pays. Le Canadien français, par sa langue et surtout par son expérience de la vie dans une région qui était encore sous-développée il y a quelques décennies, peut comprendre facilement certains problèmes que doit affronter la république antillaise. Le nombre de médecins haïtiens qui viennent dans notre Province, soit pour parfaire des études postuniversitaires, soit pour y vivre définitivement, a considérablement augmenté depuis quelques années et une description de la médecine haïtienne pourra sans doute permettre une meilleure compréhension des collègues avec lesquels nous travaillons. Nous ne pouvons cependant décrire la médecine haïtienne sans brosser un bref tableau du milieu haïtien, des conditions de vie et de certains phénomènes culturels qui identifient Haïti sans toutefois que ces phénomènes touchent ou soient acceptés par toutes les couches de la société.

Saint-Domingue, riche colonie française, devint une république indépendante après une révolution qui fut rendue possible par plusieurs émeutes des esclaves, le désir des affranchis d'obtenir des droits égaux à ceux des colons français et enfin l'exemple de la révolution française. Le système social nouveau était cependant instauré par deux groupes: les nègres et les mulâtres, qui n'ont pas encore réussi à harmoniser leurs aspirations profondes et à s'entendre parfaitement sur leurs rôles propres. Ces divergences fondamentales expliquent les nombreux coups d'état qui ont affaibli considérablement les structures et l'économie du pays.

Schaedel (1) observe à juste titre que la promulgation du Code Rural par Boyer, en 1826, a établi une dichotomie rurale-urbaine qui existe encore de nos jours. En effet le Code Rural établissait un gouvernement militaire pour la population rurale tandis que les habitants des villes étaient régis par un gouvernement civil. Haïti possède l'indice rural-urbain le plus élevé de l'hémisphère occidental (88 % contre 12 %) et est un pays essentiellement agricole. Cette constatation est presque paradoxale si on tient compte du fait que seulement 35% des terres cultivées sont situées à moins de 1,500 pieds d'altitude et les plaines ne représentent qu'un cinquième de la superficie totale du pays. Lorsqu'on décrit Haïti comme un pays sous-développé, on pense à cette foule paysanne qui n'a pratiquement pas évolué au point de vue social depuis l'indépendance et qui permet d'expliquer:

1) l'accroissement considérable de la population: 16 à 18 pour 1,000. La population aurait augmenté de 3,300,000 à 4,200,000 habitants entre 1950 et 1960.

2) un âge de vie moyen de 40 ans pour les hommes et 42 ans pour les femmes.

3) l'âge relatif de la population est bas: 45 % de la population a moins de 20 ans.

4) un taux de mortalité infantile élevé: seulement 1 enfant sur 2, nés vivants, atteint l'âge de 5 ans.

5) un analphabétisme qui continue d'augmenter puisque les rapports officiels (1962) donnent maintenant 88 %.

6) un revenu annuel moyen de moins de $75.00.

L'évolution sociale, dans les principales villes de République pourrait être comparée à celle de plusieurs pays d'Amérique Centrale et d'Amérique du Sud. Les grandes influences culturelles vinrent de France, de Suisse, des Etats-Unis et plus récemment des pays sud-américains et du Canada. La France jouit d'un prestige considérable et un grand nombre de médecins haïtiens y ont reçu leurs formations universitaires et post-universitaires. L'influence venant d'Afrique semble avoir été surtout nationaliste et celle-ci, avec la libération des jeunes nations africaines et le développement du concept de la négritude, devient prédominant de nos jours.

La structure sociale peut-être ainsi divisée:

a) classe supérieure (surtout urbaine), 1 % de la population totale;

b) classe moyenne urbaine, 2 %;

c) classe moyenne rurale, 4 %;

d) classe inférieure urbaine, 10 %;

e) classe inférieure rurale, 83 %.

Les médecins et infirmières haïtiens viennent en général de la classe supérieure et de la classe moyenne urbaine.

Quoique le français soit la langue officielle du pays seulement 10 % de la population peut le parler couramment et le créole pourrait être considéré comme la langue maternelle de 97 % des Haïtiens. Il est très difficile de donner la proportion de ceux qui, ne pouvant pas parler le français le comprennent un peu (15 à 20 % de la population). Le pourcentage élevé d'analphabétisme est directement lié à cette question de langage puisque le créole n'est pas une langue écrite et que l'enseignement scolaire est donné en français.

La religion catholique est devenue la religion officielle d'Haïti depuis le Concordat de 1860. Il existe aussi 73 sectes protestantes et surtout une religion populaire: le voudou. Le catholicisme a longtemps cherché, mais en vain, à enrayer l'existence du voudou tandis que le voudou fait excellent ménage avec la religion officielle. Le voudou est pratiqué surtout par les classes inférieures mais son influence se retrouve même chez certains membres, non pratiquants, des classes moyennes et supérieures et nous croyons qu'il permet d'expliquer la très haute incidence des traits paranoïdes retrouvés à tous les niveaux sociaux, atteignant le délire paranoïde lorsqu'il y a décompensation psychotique. Le voudou ne disparaîtra probablement qu'avec une amélioration des conditions socio-économiques et il est une source précieuse de catharsis. Les sectes protestantes ont mieux réussi à interdire les pratiques voudouesques à leurs fidèles mais nous avons l'impression — ce qu'il faudra prouver par statistiques — que l'incidence des psychoses est relativement plus élevée dans ces groupes.

Les crises de possession des cérémonies voudouesques constituent un problème psychiatrique que nous avons déjà analysé (2). Les études faites jusqu'à ce jour ont visé à établir un diagnostic de cet état: s'agit-il d'un état de dissociation, d'une réaction de conversion, d'une névrose raciale, d'un délire mystique, de simulation ou d'un phénomène normal? Sans reprendre la discussion, nous pensons que la possession n'est possible que s'il existe une structure spécifique de la personnalité, un entraînement qui a commencé pendant le jeune âge, une acceptation tacite du milieu et possiblement une dysrythmie cérébrale.

Organisation de la santé

Haïti possède un service national de Santé qui inclut l'enseignement de la médecine et de la pharmacie, les services d'hygiène, les soins hospitaliers, les services dentaires et même l'orthodontie. Le Département de la Santé Publique et de la Population, dirigé par un Secrétaire d'Etat nommé par le Président de la République, contrôle la majorité des organismes médicaux et paramédicaux et embauche les médecins. Les soins médicaux sont presque toujours donnés gratuitement à la population. L'envergure de ce système est cependant freinée par la maigreur du budget du Département ($3,340,351.00) qui représente pourtant plus de 10 % du budget total de la République. De plus le montant réservé aux salaires des employés de tout ordre de ce ministère représente une forte proportion du budget, laissant le fonctionement pratique des services dans une position souvent chancelante. Ainsi les services hospitaliers reçoivent des crédits budgetaires de $1,433,106.00 ainsi répartis:

Service du personnel, $886,140.00 (62 %);
Autres dépenses, $546,966.00.

Ce relatif encombrement du personnel technique et auxiliaire contrecarre très souvent la bonne volonté et le fonctionnement efficace des uns et des autres dans l'accomplissement des actes médicaux.

« La Faculté de Médecine et de Pharmacie est une Institution d'Etat jouissant de la personnalité morale, membre de l'Université d'Etat d'Haïti et fonctionnant avec le concours du Département de la Santé Publique et de la Population. Elle relève du Département de l'Education Nationale par l'intermédiaire du Recteur de l'Université, pour toutes les questions d'ordre académique et universitaire et dépend, par le truchement de la Direction Générale du Département de la Santé Publique de la Population pour les aspects budgétaires et économiques ainsi que pour ses rapports avec les organismes techniques (hôpitaux, laboratoires, centre de santé, etc.) nécessaires à ses activités » (Règlements Généraux de la Faculté de Médecine et de Pharmacie, 1961).

Cette triple filiation à divers services gouvernementaux rend l'administration de la Faculté très complexe d'autant plus que le budget officiel n'accorde que 5% des crédits aux besoins du fonctionnement:

Salaires du personnel:	$76,616.00
Autres dépenses	$ 3,752.75

Dans les limites de ses possibilités le Département de la Santé essaie toujours de répondre aux exigences continuelles de l'enseignement.

Le corps professoral est constitué par 57 professeurs, tous à temps partiel, qui sont nommés annuellement par le Président de la République. Les chapitres de pathologie clinique et les stages dans les services hospitaliers constituent un atout important de la formation médicale. La fréquentation de l'hôpital commence dès la 2e année de médecine et la pathologie rencontrée dans les divers services offre un medium de travail extraordinaire. L'enseignement des matières de base est cependant très inégale, particulièrement lorsqu'un laboratoire est fondamental à l'apprentissage comme en physiologie, microbiologie, etc...

Les études médicales durent 5 années. Après une année prémédicale (P.C.B.) les candidats sont admis par concours. Ce concours, qu'on assure avoir été indépendant de toutes pressions politiques jusqu'à ces deux dernières années, était un excellent moyen de sélection puisqu'on acceptait seulement 40 des 500 aspirants aux études médicales et permettait d'expliquer la qualité des médecins formés par l'Etat malgré certaines déficiences du programme. Nous regrettons que cette méthode de faire ait été abandonnée depuis 1961.

A la fin des études qui se terminent par une année d'internat avec rotation dans les principaux services le nouveau médecin doit choisir obligatoirement entre:

a) un stage de deux années de médecine rurale;

b) un stage de résidence en médecine, chirurgie ou spécialité. Cet enseignement post-universitaire dure trois ans et confère un certificat haïtien de spécialiste après présentation d'une thèse devant jury;

c) un stage de médecin des Forces Armées d'Haïti, pour une durée minimum de deux années.

Jusqu'à présent les spécialistes haïtiens ont reçu leur formation post-universitaire à l'étranger, surtout en France, aux Etats-Unis et au Canada.

Le corps médical

Au rythme de 35 à 40 nouveaux médecins par année, l'Université d'Etat a formé 372 médecins pendant les dix dernières années; pourtant la liste du Département de la Santé ne comprend que 450 noms, incluant les médecins occupant des postes gouvernementaux non médicaux et ceux qui sont retraités. En 1961, la population probable d'Haïti était de 4,330,600 habitants et si nous gardons le chiffre empirique de 450 médecins nous obtenons une incidence d'un médecin pour 9,600 habitants. Cette proportion place Haïti entre la Chine R.P. (1:8,700) et le Maroc (1:10,000). Comme la majorité des médecins vivent et travaillent à Port-au-Prince ou dans les environs, l'incidence devient très satisfaisante pour la capitale (1:1,500) mais au détriment des zones rurales (1:75,000). Ce dernier chiffre explique la valeur formatrice du stage de médecine rurale et en même temps le travail de géant que doivent abattre ces jeunes médecins.

Le drame de la médecine haïtienne devient évident lorsqu'on constate que 250 médecins haïtiens vivent et pratiquent à l'étranger. Il ne nous appartient pas de discuter ici des motivations de cette migration qui a fait perdre au pays ses meilleurs professionnels et techniciens spécialisés. On a calculé que 70% des dix premiers candidats de chaque promotion, entre 1950 et 1960, a quitté le pays. Si cette constatation peut nous rassurer sur la valeur des médecins haïtiens travaillant avec nous, elle pose un problème presqu'insoluble au gouvernement haïtien. Le monde du nursing haïtien n'est pas plus favorisé puisque, à titre d'exemple, toutes les infirmières qui terminaient leurs études en 1960 à l'Ecole des Infirmières de Port-au-Prince avaient quitté Haïti en 1961.

Nous avons décrit, dans un autre article, (3) les hôpitaux haïtiens, les problèmes de prophylaxie et d'hygiène et nous avons insisté sur la pathologie la plus souvent rencontrée dans ce pays. Par ordre d'incidence les maladies suivantes sont diagnostiquées: paludisme, maladies de la nutrition, tuberculose pulmonaire, parasitoses, syphilis. Le pian a été presque complètement enrayé à la suite d'une campagne d'éradication faite avec l'assistance de l'O.M.S. La lèpre est rarement rencontrée. La mortalité infantile est très élevée et les décès sont surtout causés par les diarrhées des nourrissons, les tétanos ombilical et la malnutrition.

La psychiatrie en Haïti

L'histoire du Centre de Psychiatrie de Port-au-Prince a été écrite par Nathan S. Kline (4) qui en a conçu l'idée et réalisé l'organisation. Cette expérience unique a été très précieuse pour évaluer les possibilités d'organiser des services psychiatriques dans des pays qui n'en possédaient pas et plusieurs jeunes nations en voie de développement ont suivi avec intérêt son évolution.

Dans le cadre de cet article, les notions acquises en psychiatrie transculturelle sont fort originales. Haïti possède une histoire extrêmement riche; sa situation géographique, les limites de son territoi-

re, sa structure sociale très rigide qui atteint presque l'intensité du système des castes, ses aspirations politiques, ses pratiques religieuses, l'immobilisme de ses masses rurales, en font un phénomène culturel qui passionne depuis longtemps les diverses disciplines qui étudient les sciences humaines.

Le Centre de Psychiatrie a commencé à recevoir les malades en avril 1959. Il s'agit d'un petit hôpital de 22 lits qui a comme objectif de n'admettre que les malades qui ne peuvent absolument pas être traités à la clinique externe parce que leur comportement est devenu intolérable au milieu ou qu'un risque de suicide est trop grand. Nous avons noté la grande tolérance des groupes haïtiens pour les malades mentaux et cette tolérance explique pourquoi la référence au Centre est tardive. Chez les 1,049 malades de la clinique externe pendant les trois premières années, seulement 20% avaient des symptômes depuis moins de trois mois tandis que 49% avaient des symptômes depuis plus d'un an. A la troisième année de fonctionnement, la proportion s'était élevée à 28% et cette augmentation est en corrélation avec l'augmentation des cas référés par les médecins. Certains médecins ont eu un comportement extrêmement ambivalent vis-à-vis des psychiatres et, n'ayant jamais reçu d'enseignement psychiatrique, ils voyaient le nouveau département comme une sorte de panier à déchet pour tous les mauvais cas médico-chirurgicaux. Ils ont ouvertement manifesté leur hostilité en surnommant « Docteur Trilafon » les psychiatres qui prescrivaient très souvent ce médicament donné généreusement par les fabriquants (la somme allouée au Centre pour l'achat de spécialités médicales étant de $20.00 par mois) et le représentant de cette compagnie vit les ventes de ses autres produits diminuer sensiblement, parce que le corps médical ne voulait pas être identifié au groupe psychiatrique. Cette situation s'est corrigé spontanément lorsque les médecins ont compris la nature des services offerts par les psychiatres.

L'hostilité n'a pas été noté uniquement chez les médecins mais aussi dans la classe supérieure et les classes bourgeoises. La maladie mentale éveille toujours des préjugés et les directeurs étrangers étaient souvent consultés pour donner discrètement des traitements à domicile. Les familles qui le pouvaient préféraient supporter le coup d'un traitement aux Etats-Unis et même en Europe. Un département de psychiatrie d'un hôpital missionnaire isolé sur l'île de la Tortue recevait aussi plusieurs malades. La réorganisation de la Ligue d'Hygiène Mentale permet d'espérer que ces réticences disparaîtront. Le peuple est forcément plus conciliant et les références familiales constituaient encore la source la plus importante de malades. Pour toutes ces raisons, l'échantillon des malades mentaux traités au Centre de Psychiatrie n'est pas représentatif de la population générale et des statistiques fidèles ne pourront pas être compilées avant que les services psychiatriques ne soient généralisés à tout le pays.

Des 415 malades hospitalisés pendant les trois premières années, 87.4% présentaient un processus psychotique tandis que 75% des malades de la clinique externe ne souffraient pas psychose. Les diagnostics posés pour ces malades ont été les suivants:

Réactions schizophréniques	286 pts, 69%
type paranoïde	50%
type chronique mixte	25%
type catatonique	15%
autres	10%
Réactions maniaco-dépressives	37 pts, 9%
Réactions névrotiques	32 pts, 8%
Syndromes cérébraux organiques	24 pts, 5%
Autres maladies psychiatriques	36 pts, 9%

La schizophrénie paranoïde était donc la psychose la plus fréquemment rencontrée au Centre de Psychiatrie et les délires paranoïdes étaient souvent observés comme symptômes de plusieurs autres psychoses. La haute incidence de catatonie est facilement explicable par la lenteur des références pour un traitement spécifique.

Les réactions affectives étaient beaucoup plus souvent du type maniaque que du type dépressif. Nous admettons que les malades déprimés sont mieux tolérés par leur famille contrairement aux maniaques; nous soumettons l'hypothèse suivante: la notion de temps en Haïti est très différente de celle des pays nord-américains et les exigences vis-à-vis du futur sont réduites au minimum, diminuant la fréquence des frustrations. Nous croyons aussi que le surmoi est moins rigide qu'au Canada français tout au moins.

La proportion des névroses est certainement plus grande pour la population en général que le chiffre que nous avons compilé mais elles ne posent pas le problème d'urgence des psychoses.

Nous avons été surpris de constater que l'agressivité, même pendant la désorganisation psychotique, n'est jamais exprimée directement et nous soupçonnons que ce fait est partiellement un héritage de la période coloniale. Cette constatation ne veut pas impliquer que l'agressivité n'existe pas en Haïti mais ses formes d'expression sont très in-

directes comme si des tabous culturels les contrôlaient depuis très longtemps.

Enfin nous avons observé que l'épilepsie représente 15% des raisons de consultation à la clinique externe et nous croyons que cette forte incidence mériterait une investigation au niveau national. L'alcoolisme et ses complications neuro-psychiatriques sont très rares dans un pays où il n'existe aucun contrôle sur la vente du rhum et du clairin.

Résumé

Après un bref exposé du milieu socio-culturel haïtien nous avons décrit l'organisation du Service national de la Santé en Haïti, le fonctionnement de la Faculté de Médecine et certaines notions acquises à l'occasion du développement des services psychiatriques dans ce pays.

Summary

After a brief description of the major socio-cultural factors in Haiti we have outlined the functioning of the national Health Department, the School of Medicine and interesting observations acquired while organizing psychiatric services in this country.

BIBLIOGRAPHIE

SCHAEDEL, R. P.: An Essay on the Human Resources of Haiti. *U. S. Aid,* Port-au-Prince, Haïti, mai 1962.

BORDELEAU, J.-M., et KLINE, N. S.: Experience in Developing Psychiatric Services in Haiti. *Quart. J. W. Federation for Mental Health* (à paraître).

BORDELEAU, J.-M.: Médecine à Haïti: conditions d'exercice et pathologie. *Revue du Praticien* (à paraître).

KLINE, N. S. (Edit.): *Psychiatry in Underdeveloped Countries,* pp. 79. Amer. Psychiatric Association, Washington, D.C., 1960.

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUE

UNE OPÉRATION FRÉQUENTE EN OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE : LA RÉSECTION SOUS-MUQUEUSE DE LA CLOISON NASALE

Paul-L. GUERTIN

La résection sous-muqueuse de la cloison nasale est, parmi les nombreuses interventions chirurgicales que l'on pratique dans la spécialité d'oto-rhino-laryngologie, une des plus fréquentes après celle de l'adéno-amygdalectomie ou encore de l'amygdalectomie seule.

Cette opération, quand elle est indiquée et pratiquée suivant les règles de l'art, donne entière satisfaction au patient et, au chirurgien, la sensation d'avoir réellement rendu service.

Rappel historique

Quellmatz, en 1750, publia un article traitant de la déviation de la cloison nasale qui causait une obstruction nasale, mais aucune mention du traitement est faite.

En 1889, Roberts préconise de pratiquer une ouverture au niveau de la déviation de la cloison nasale pour permettre la respiration dans les deux narines.

Vers la fin du XIXe siècle, deux courants d'idées s'affrontent, d'un côté, on suggère que le cartilage quadrangulaire doit être conservé tout en diminuant sa rigidité et le forcer dans sa position originale; de l'autre côté, Ingall, en 1882, résèque le cartilage quadrangulaire tout en passant en dessous de la muqueuse et quatre ans plus tard, en 1886, un Allemand, Krieg, tout en passant en dessous de la muqueuse en plus de réséquer le cartilage quadrangulaire, résèque le vomer et la lame perpendiculaire de l'ethmoïde. Ce dernier procédé chirurgical fut amplifié par Freer, Yankower, Ballenger et, à partir de ce moment, l'ère de la retenue était révoquée. Différentes techniques furent alors mises de l'avant par Killian, Sluder, Lowe, Metzenbaum, Calloway, Fomon et son groupe.

Ici il est bon de faire mention du concept émis par Calloway; « Le septum ne supporte pas le nez, tout le cartilage quadrangulaire peut être réséqué en autant que les cartilages latéraux ne soient pas lésés. Une déformation en selle du nez sera due à la formation du tissu cicatriciel. Le point faible sur la pyramide nasale existe à l'endroit de jonction des cartilages alaires supérieures avec le septum. La déformation en selle se fera toujours plus bas que les os propres du nez ».

Incidence de la difformité nasale

Pour démontrer l'importance de la relation entre une difformité nasale et la respiration normale par le nez, l'énoncé de Fomon résume bien la question: « Un nez qui est mal conformé est un nez qui respire mal ».

Dunning, en 1921, mentionne que 75% des patients hospitalisés dans les hôpitaux de New-York présentaient des déviations de la cloison nasale à divers degrés.

Douglas, en 1901, trouvait que seulement 12% des déviations de la cloison bénéficieraient d'une intervention chirurgicale.

En 1944, Ersner relatant l'expérience des oto-rhino-laryngologistes à l'Université de Temple, mentionne que sur deux cents cas qui avaient consulté pour des troubles de respiration par le nez, seulement neuf avaient réellement besoin d'une résection sous-muqueuse de la cloison nasale.

Etiologie

Comme étiologie, mentionnons: a) une malformation congénitale; b) l'hérédité; c) une maladie comme la tuberculose, la syphilis; d) un traumatisme.

Indications

La résection sous-muqueuse est sans aucun doute une opération de grande importance et possède une place définie dans la chirurgie intra-nasale.

Une résection sous-muqueuse est indiquée quand:

a) Il existe une déviation de la cloison nasale qui occasionne une obstruction d'une ou des deux narines.

b) Dans certains cas d'épistaxis, quand le point de saignement ne peut être atteint ou encore dans les épistaxis répétées qui sont dues à une malformation de la cloison nasale.

c) Quand une malformation du septum empêche un drainage adéquat d'un sinus.

d) Quand le septum forme une espèce d'épine qui presse sur la portion postérieure du cornet moyen et irrite le ganglion sphénopalatin tel que décrit par Eagle.

e) Quand l'espace au niveau de la fente olfactive est inexistant, ce qui est dû à une déviation haute postérieure du septum et occasionne des maux de tête.

f) Quand il y a coexistence d'une déviation du septum avec une diminution de l'ouïe due à un certain degré de catarrhe tubaire.

g) Dans l'opération de G. Proud qui préconise de remplacer une portion du cartilage quadrangulaire par une substance acrylique dans les rhinites atrophiques.

h) Dans certains cas comme approche chirurgicale du sphénoïde.

Technique opératoire

Facile ou difficile suivant que la déviation est simple ou compliquée, avec éperon, crête ou synéchie surajoutés, ou encore que la déviation est cartilagineuse ou osseuse, il n'existe pas un procédé unique applicable à tous les cas, mais il faut faire une évaluation et se plier aux exigences anatomiques.

Au point de vue pratique, il existe quatre temps dans l'opération applicable aux cas simples, comme les déviations régulières cartilagineuses ou ostéo-cartilagineuses qui forment le contingent de base.

Le premier temps est l'incision de la muqueuse et du périchondre et le décollement d'un côté.

Le deuxième temps est l'incision du cartilage et le décollement du périchondre et la muqueuse de l'autre côté.

Le troisième temps est la résection du cartilage et de l'os (portion du cartilage quadrangulaire, lame perpendiculaire de l'ethmoïde, du vomer et l'épine nasale pour nettoyer le plancher).

Le quatrième temps est le pansement qui consiste à faire une bonne hémostase, un nettoyage du champ opératoire et un tamponnement bilatéral pour réaliser l'accolement des muqueuses.

Parfois pour parachever une sous-muqueuse, afin d'avoir un excellent résultat au point de vue respiratoire, on se verra obligé de pratiquer une réparation plastique de la columelle et même du bout du nez ou encore une rhinoplastie complète.

Avant de terminer, mentionnons qu'après évaluation, pour augmenter l'espace aérien au niveau de la fente olfactive, une fracture et une éversion d'un ou des deux cornets moyens pourra aider à la situation.

Résumé

La résection sous-muqueuse de la cloison nasale est une opération fréquente en O.R.L.

La fréquence des déviations de la cloison nasale est élevée et elle augmentera avec le genre de vie moderne.

« La sous-muqueuse est une opération de valeur et à l'occasion un premier pas dans le procédé de reconstruction nasale et aussi on ne devrait pas être mou dans l'approche pour corriger des anomalies externes en conjonction avec une déviation de la cloison nasale » (Ersner).

Summary

A frequent operation in E.N.T. — The submucous resection of the nasal septum. The incidence of the deviated nasal septum is high and should increase with our modern way of living.

"The submucous resection is an operation of great value and at times the first step toward a nasal reconstruction and so one should not be laxed in the approach of correcting external abnormalities in conjecture with a deviated nasal septum." (Ersner)

BIBLIOGRAPHIE

SELTZER, A. P.: Place of columella in submucous resection. *Archives of O. R. L.*, **56**: 57 (juillet) 1952.

ERSNER, M. S.: Reconstruction of the deformed nasal septum. *Archives of O. R. L.*, **39**: 476 (juin) 1944.

EAGLE, W. W.: Sphenopalalatine ganglion neuralgia. *Arch. of O. R. L.*, **35**: 66 (janv.) 1942.

FOMON, Samuel: *Cosmetic Surgery*. J. P. Lippincott Co., Philadelphie, 1960.

AUBRY, Maurice: *Chirurgie de l'oreille, du nez, du pharynx et du larynz*, Masson et Cie, édit., Paris, 1949.

PORTMAN, Georges: *L'exploration clinique en oto-rhino-laryngologie*. Masson et Cie, édit., Paris, 1948.

CORRESPONDANCE

LETTRE DE PARIS

Les ambiguïtés sexuelles

Les problèmes posés par les anomalies sexuelles se sont trouvés rénovés par les progrès de la génétique et les précisions apportées dans la détermination du sexe. Sur ce dernier point, la question parfois angoissante de la distinction entre mâle et femelle s'est trouvée clarifiée par l'étude des chromosomes.

Un important travail de synthèse récemment effectué en France dans une étude de Jacques Lafourcade (Cahiers Laennec, Juin 1962) s'efforce avec clarté de donner le point actuel de nos connaissances sur la détermination du sexe et ses anomalies chez l'homme. Nous en dégagerons ici l'essentiel car sa portée dépasse de beaucoup le cadre encore étroit de la génétique formelle, pour aborder celui plus pratique des incidences de ces états sur la thérapeutique, et de leurs conséquences tout à la fois psychologiques et morales.

Il faut tout d'abord rappeler que le sexe est déterminé en fait dès la conception par l'union du spermatozoïde et d'un ovule. Dès la première cellule de l'être, sa sexualité est fixée et avec elle l'orientation des futures gonades, des conduits génitaux et de la morphologie des organes génitaux externes enfin. Le dimorphisme sexuel est donc déterminé par un dimorphisme chromosomique. On sait que la formule chromosomique ou garniture du sujet normal comporte, depuis les travaux de J.H. Tijio et A. Levan 46 chromosomes, dont 44 correspondent aux chromosomes somatiques, et 2 aux chromosomes sexuels. Les premiers sont dénommés autosomes, les seconds gonosomes. Or, la formule chromosomique diffère selon le sexe. Celle de l'homme s'inscrit ainsi: 44 A + XY; celle de la femme: 44 A + XX. X et Y étant les chromosomes sexuels. Lors de la réduction chromosomique qui caractérise la méïose, la constitution de cellules sexuelles ou gammettes sera la suivante: ovules: 22A + X; spermatozoïdes: soit 22A + X, soit 22A + Y. Dès lors, de l'union d'un ovule avec un spermatozoïde naîtra un oeuf qui sera mâle: 44A + XY, ou femelle: 44A + XX, selon la constitution du spermatozoïde fécondant. *Ainsi donc, dès la conception, le sexe est déterminé par le père. Mais à côté de ce sexe chromosomique, l'édification de la sexualité se poursuit tout au long de la vie utérine, son achèvement étant atteint à la puberté avec l'apparition de caractères sexuels secondaires et la faculté de reproduction? On peut donc distinguer dans les éléments constitutifs du sexe, un sexe chromosomique, celui-là même de la conception, un sexe gonadique par la présence d'ovaires ou de testicules un sexe hormonal surtout apparent à la puberté et sous la dépendance de sécrétions oestrogéniques ou endrogéniques, un sexe gonophorique, un sexe génital externe enfin, qui décide de l'état civil, et des conditions de l'éducation, sexe « d'élevage » disent les généticiens. Or, ces conditions même d'« élevage » vont jouer un rôle primordial dans l'orientation psycho-sexuelle. Leur influence est à cet égard plus importante que la constitution chromosomique gonadique ou gonophorique. On conçoit les désastres psychologiques qu'a pu amener la méconnaissance de ces faits.*

Il apparaît donc essentiel en présence d'une ambiguïté sexuelle, de procéder le plus précocément possible à un inventaire complet et précis. Cet inventaire commencera par la morphologie génitale externe, et devra être poursuivi par l'étude histologique du type gonadique, et celle de la constitution chromosomique du sujet. Sur ce dernier point, il faut ajouter que l'équipement chromosomique peut être soupçonné par l'étude de la chromatine sexuelle: chaque cellule porte en effet la marque de son sexe. Comme l'ont montré Moore, Graham et Barr, chez la femme, le noyau de n'importe quelle cellule somatique comporte un corpuscule chromatinien qui n'existe pas chez l'homme. Elle est dite chromatine positive. Mais c'est l'étude de la formule chromosomique sur fragment de tissu conjonctif, de moelle ou culture de sang qui donne la certitude.

Le terme d'ambiguïté sexuelle se justifie pleinement chez ces sujets par le fait qu'ils présentent les caractéristiques essentielles ou secondaires de l'un et l'autre sexe. *Dans le groupe jusqu'alors confus des dysgénésies gonadiques, J. Lafourcade distingue en premier les dysgénésies par aneuploïdie des chromosomes sexuels.* Cette anomalie de nombre *est liée à une ségrégation anormale lors de la méïose chez l'un des parents, ou lors des premières divisions du zygote. La cause en est mal connue. L'un des facteurs les plus invoqués demeure l'âge avancé de la mère.*

A l'intérieur de ce cadre, on peut ainsi distinguer:

Le syndrome de Turner *haplosomique, de formule 44A + XO. Il s'agit de sujets* d'habitus extérieur féminin *mais dont les attribus génitaux sont ceux de sujets impubaires. Faits singuliers, ils sont chromatine négative et ont pu de ce fait être considérés comme mâle. D'autres malfaçons physiques donnent un air de ressemblance à ces malades: retard du développement, palmature du cou, sur le plan humoral: taux très abaissé des oestrogènes urinaires, par contre, valeur très élevée des gonadostimulines hypophysaires. Ovaires en fait très atrophiques. La thérapeutique ici à l'aide d'extraits hormonaux fait réapparaître les règles mais ne modifie pas la taille, et ces « femmes » restent stériles. Ce syndrome de Turner possède quelques variantes symptomatiques. Il est aussi des cas où la formule chromosomique s'est avérée normale et l'on peut invoquer des facteurs exogènes intervenant pendant la vie intra-utérine ou des aberrations chromosomiques structurales encore à l'étude.*

Le syndrome de Klinefelter *de formule 44A + XXY s'observe lui, chez des adolescents* d'habitus masculin *à caractère sexuel secondaire bien développé hormis l'atrophie considérable des testicules dont la fonction est d'ailleurs très réduite, la biopsie montrant l'absence totale de cellules de la lignée germicale avec atrophie des tubes et hyalinose, hypertrophie pseudo-lipomateuse des cellules de Leydig. Ceci s'accompagne d'une augmentation des gonadostimulines et une diminution des 17 cétostéroïdes. L'azoospermie est totale. Fait important, on retrouve dans les cellules de ces sujets des corpuscules chromatiniens, constatation qui a pu les faire considérer comme femelles.*

Dans les groupes de ces anomalies chromosomiques, on a pu identifier encore des syndromes avec caryosome XXX chez des femmes, grandes débiles mentales à ménopause précoce et morphologie plus ou moins androïde.

Ces certains sujets, on retrouve une double population de cellules de constitution chromosomique différente: par exemple: 44A + X et 44A + XXX; on parle alors de mosaïque; on en connaît des exemples dans le syndrome de Turner, de Klinefelter et dans l'hermaphrodisme vrai.

Celui-ci est très rare. Et ce que l'on observe plutôt en clinique, ce sont les pseudo-hermaphrodismes; on peut parmi ceux-ci distinguer:

Les pseudo-hermaphrodismes masculins groupant *des sujets à organes génitaux externes d'apparence féminine plus ou moins différenciée mais par contre de sexe génétique mâle XY, ayant des gonades mâles avec testicules. Ce qui domine ici c'est la régression des organes péno-scrotaux et l'infléchissement du sinus dans le sens féminin. Le comportement somato-psychique va dépendre du développement des caractères sexuels secondaires et du conditionnement extérieur découlant de l'état civil imposé à la naissance.*

Les pseudo-hermaphrodismes féminins *sont caractérisés par une* différenciation plus ou moins poussée, masculine des organes génitaux externes, *mais avec un sexe chromosomique gonadique féminin. Le type le plus fréquent est lié à une hyperplasie surrénale congénitale et l'on trouve alors associée aux anomalies génitales d'importantes perturbations humorales, syndrome de déshydratation aiguë, troubles digestifs intenses, déséquilibre électrolytique des crises pseudo-addisonniennes, élimination accrue de certains stéroïdes surrénaux. Parfois un virilisme apparaissant vers la seconde année et une hypertension artérielle complète la sémiologie.*

Quant à l'hermaphrodisme vrai, il est le fait d'un sujet possédant à la fois gonades mâles et femelles et dont l'ambivalance sexuelle comme le remarque Guinet se reflète à des degrés divers sur les gonoductes, les organes génitaux externes, l'apparence somatique et le comportement psychique. Ici, la cause est inconnue et des études chromosomiques n'ont pas apporté de lumière. Le plus souvent d'ailleurs, la garniture chromosomique s'est révélée féminine: 44A + XX.

Quelles mesures thérapeutiques peut-on envisager au cours de ces différentes éventualités?

Dans les aberrations chromosomiques du type Turner et Klinefelter, l'aspect extérieur souvent ne reflète pas d'ambiguïté mais ces sujets sont stériles dans la règle et ce point doit peser dans une décision avant un éventuel mariage.

Par contre, en présence d'ambiguïté génitale externe, chaque cas constitue un problème particulier. Pour rétablir en effet une sexualité qui soit conforme à celle du caryotype et de la gonade, il faut tenir compte des limites des réfections chirurgicales. S'il est possible de confectionner un néo-vagin, il n'est pas possible de refaire une verge. Ces impératifs vont commander l'attitude thérapeutique d'autant que le choix du sexe ne peut guère s'effectuer qu'avant trois ans, plus tard, c'est le sexe « d'élevage » qui associé à la morphologie externe vont commander beaucoup plus que les sexes réels chromosomiques ou gonadiques du sujet.

Maurice Pestel.

ANALYSES

Dans le but d'uniformiser les indications bibliographiques qui accompagnent les analyses, afin de les rendre plus complètes et utilisables, on est prié de les inscrire dans l'ordre suivant adopté par le « Quarterly Cumulative Index Medicus »: nom de l'auteur, titre de l'article, nom du périodique, le volume, la page, le mois (le jour du mois si le périodique est hebdomadaire), l'année. Exemple : J. BEERENS: Tuberculose et démence précoce. « Ann. Med. Psychol. », **94**: 1 (juin) 1938.

MEDECINE

D. CHRISTOL: **Les anémies infectieuses.** "La Revue du Praticien", **12:** 1685 (21 mai) 1962.

Au cours des maladies infectieuses, on peut assister à deux types cliniques d'anémie infectieuse.

a) L'anémie peut être le symptôme dominant;

b) ou l'anémie est un signe clinique qu'il faut rechercher.

Le mécanisme de l'anémie au cours des infections est très complexe. L'alimentation est réduite, l'absorption se fait mal, l'intoxication par les poisons bactériens se développe rapidement. Les produits de déassimililation, l'hyperazotémie, l'hémolyse sont parmi les facteurs les plus connus susceptibles de favoriser ces anémies.

Parmi les grandes causes de ces anémies infectieuses, signalons:

a) les anémies d'origine streptococcique;

b) l'anémie de la septicémie à perfringens;

c) les anémies de la tuberculose;

d) les anémies d'origine virale.

Les streptococcémies donnent ordinairement des anémies plutôt graves, fébriles, à cause de l'hémolyse et des hémorragies. La déglobulisation atteint 2 millions et même 1 million et demi. On note une hyperleucocytose (20 à 30 mille). Les plaquettes sont ou normales ou diminuées. Les signes de l'hémolyse sont remarqués par la teinte jaune safran du sérum. Les réticulocytes sont élevées, la bilirubine indirecte est augmentée, la résistance globulaire est diminuée. On note de l'hémoglobinurie. La moelle osseuse contient de nombreux granulocytes. L'hémoculture vient signer le diagnostic de la streptococcémie. L'antibiogramme indique le choix que l'on doit faire parmi les autres biotiques.

Dans l'endocardite maligne subaiguë d'Osler, il faut penser à une anémie de Biermer. Ce diagnostic présente des difficultés et l'auteur mentionne les signes capables de découvrir la ou les causes de l'infection.

La tuberculose pour sa part peut causer de l'anémie au cours de deux infections: la tuberculose spénique et la septicémie tuberculeuse gravissime.

L'auteur termine son travail par des considérations sur les anémies d'origine virale qui se différencient des anémies bactériennes. Celles-ci sont hémolisiniques, tandis que les anémies virales sont hémiagglutiniques.

Paul-René ARCHAMBAULT.

J. PERNOD, C. CHAMBATTE, J. BATIME, J. KERMAREC: **Résultats de la thérapeutique de la méningite tuberculeuse de l'adulte. (A propos de 80 cas traités par isoniazide et antibiothérapie associée).** "Revue de la Tuberc. et de Pneumologie", **26:** 205 (fév.-mars) 1962.

Les auteurs étudient le comportement de 80 adultes jeunes (aucun au-dessus de 45 ans) ayant souffert de méninigite tuberculeuse. Au cours des 15 dernières années, cette affection a connu des progrès thérapeutiques spectaculaires. Après la streptomycine, c'est l'isoniazide qui est le meilleur médicament. Il favorise sensiblement le pronostic.

Ce travail aide à faire connaître les progrès thérapeutiques de cette maladie autrefois considérée comme fatale.

Cette étude se divise en deux parties:

1) les résultats obtenus au cours de la phase aiguë;

2) les résultats éloignés.

Au cours de la phase aiguë de la maladie, l'isoniazide donne des résultats très rapides. Le pronostic dépend de la précocité du diagnostic. La fièvre disparaît définitivement entre le premier et le troisième mois. Les signes cliniques (syndrome méningé, troubles psychiques, troubles sphinctériens, paralysies oculaires) s'améliorent rapidement.

La vitesse de sédimentation baisse vitement.

L'étude du liquide céphalo-rachidien fait voir qu'il se normalise rapidement.

L'évolution se fait vers quatre éventualités:

a) les décès: 3 cas sur 80, soit 3.75%;

b) les formes compliquées par une paraplégie: 9 cas (11.25%);

c) les formes à évolution prolongée sans paraplégie: 13 cas (16.25%);

d) les formes d'évolution simple, 55 cas (68.-75%).

A remarquer que les rechutes sont très rares si le traitement est fait adéquatement et dès le début.

Il y a plusieurs méthodes thérapeutiques, mais les auteurs ont tendance à simplifier leur mode de traitement. Si l'isoniazide est donnée à forte dose, les auteurs ont tendance à délaisser le traitement local intra-rachidien.

L'hormonothérapie présente un certain intérêt mais son emploi ne paraît pas avoir beaucoup raccourci ou modifié l'évolution.

Fait extraordinaire, les auteurs ont pu suivre la plupart de leurs malades avec un recul d'au moins plus qu'une année. Ils sont ainsi capables d'apprécier les résultats éloignés.

Les décès: 4 cas (5%).

Les guérisons sans séquelles: 39 cas (48.75%).

Les guérisons avec séquelles minimes: 27 cas (33.75%).

Les guérisons avec séquelles importantes: 10 cas (12.5%).

Le diagnostic précoce, un traitement aussi précoce qu'adéquat permettent de compter sur une guérison pratiquement assurée d'une maladie autrefois incurable.

Paul-René ARCHAMBAULT.

J. GADRAT, J. MONNIER, A. RIBET et J. IZARD: **Pancréatite calcifiante et hyperparathyroïdie.** "Bull. Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris", **77**: 827 (7 juillet) 1961.

Les relations physiopathologiques entre l'hyperparathyroïdisme et les pancréatites sont connues depuis peu. Après avoir rappelé les travaux de Smith et Cooke (1940) Martin et Canséco (1947) Bogdonoff et Coll (1956) Cope et ses élèves (1957) Gross (1958) Hoar et Gorlin (1958) Lacher et Coll (1959), les auteurs rapportent une nouvelle observation. Chez un jeune homme de 23 ans atteint de lithiase rénale dont les premières manifestations ont débuté à 19 ans, on décèle une pancréatite calcifiante donnant lieu à des crises douloureuses récidivantes, très pénibles, non influencées par une splanchnicectomie gauche. Une lithiase biliaire se révèle un peu plus tard. Le syndrome polylithiasique fait rechercher un hyperfonctionnement parathyroïdien: celui-ci est biologiquement évident. L'extirpation d'un volumineux adénome parathyroïdien, entraine une amélioration générale considérable et la disparition complète des douleurs depuis 9 mois. Les calcifications pancréatiques demeurent inchangées.

Le mécanisme intime de ces faits est mal connu: la précipitation calcique dans les canaux pancréatiques où règne un milieu alcalin est évidemment favorisée par l'hypercalcémie; il est possible que les lésions parenchymenteuses soient secondaires à l'obstruction des canaux. Pour exceptionnels qu'ils paraissent, de tels faits doivent être recherchés: de leur dépistage peut résulter une sanction thérapeutique majeure.

Guy ALBOT.

Lucien LEGER, Roland BUCHET, C. BITRY-BOELY et Michel PREMONT: **Introduction à l'étude de la lymphographie hépatique.** "Presse Méd.", **69:** 1981 (25 oct.) 1961.

Pratiquant une injection de lipiodol pour fistule pancréatique, les auteurs ont obtenu le dessin d'une arborisation du lobe droit du foie, d'une finesse extrême, rappelant les injections de produits plastiques exécutées par les anatomistes pour étudier la glande hépatique.

Quarante-huit heures plus tard, un nouveau cliché confirmait la persistance de cette arborisation opaque. La tolérance fut parfaite et les suites sans incident.

Les auteurs ont pratiqué, chez l'animal, une série d'injections dans le courant veineux porte, de produits de contraste à excipient huileux.

Ils ont obtenu d'excellentes phlébographies portales. La fuite ou la résorption du liquide est très lente. Au bout de 24 heures, la glande prend un aspect finement tacheté et ponctué, véritable image granulique qui persiste longtemps, jusqu'au vingt et unième jour. Mais ces gouttelettes lipiodolées occupent-elles toujours le système porte?

Inopinément au cours de lymphographies, chez une malade ayant subi antérieurement un curage ganglionnaire pelvien ils ont obtenu des images d'hépatographie comparables à celles obtenues par fistulographie. C'était là la preuve formelle que le cliché obtenu était dû au passage dans les voies lympatiques du produit de contraste, d'autant qu'ils ont radiographié un lymphatique ascendant, montant du pelvis vers la glande hépatique, constituant une voie de drainage anormale de la lymphe.

Ces lymphographies hépatiques ont été jusqu'ici obtenues fortuitement, mais il n'est pas exclu de penser que pareille technique pourrait être appliquée à l'exploration des lésions hépatiques.

Guy ALBOT.

PNEUMOLOGIE

J. VIDAL, J. J. GUIN et Y. DECOR: **Les caractères et le pronostic actuel de la tuberculose pulmonaire chez les sujets âgés de plus de 50 ans.** "Revue de Tuberc. et de Pneum.", **26:** 1 (janvier) 1962.

Depuis 1957 au moins, la tuberculose pulmonaire chez les sujets âgés de plus de 50 ans connaît

une fréquence plus marquée. Tous s'accordent pour donner l'explication sommaire suivante:

a) « Le recul de l'âge de la primo-infection, ce qui repousse à une époque plus tardive le reste du cycle de la maladie pulmonaire ».

b) « Un meilleur diagnostic de la tuberculose après la cinquantaine naguère méconnue assez souvent ».

c) « L'augmentation de la longévité ».

Les auteurs ont étudié le comportement de 155 malades (56 femmes du service sanatorial, 99 hommes du service hospitalier) traités par les antibiotiques de 1957 à 1960. Le dépistage systématique chez les sujets âgés est pratiquement négligeable. Ce qui est regrettable, puisque sur les 155 cas étudiés 82 % des malades avaient des B.K. dans les crachats (grave risque de contagion); 91 % avaient des cavernes et 23 % une tuberculose moyennement ou très étendue.

Les affections cardio-vasculaires, les pneumopathies diverses, le diabète, l'éthylisme sont autant de tares qui favorisent la T.B. pulmonaire chez les plus de 50 ans.

La croyance chez ces malades que la T.B. pulmonaire est le réveil d'une lésion antérieure, est fausse pour la grande majorité des cas puisque cette prétention n'est vraie que chez 13 % des 155 malades et fausse chez 87 % des malades qui présentaient des lésions sous une forme primitive autonome.

Du point de vue thérapeutique, il est nécessaire de faire les remarques suivantes puisqu'il en découle un pronostic différent selon le cas:

a) « L'hypothèse d'une antibiothérapie antécédente dont il est difficile d'apprécier la qualité ». Trente pour-cent environ avaient été traités par les antibiotiques avant leur admission.

b) « L'indiscipline des malades ». Chez ces malades âgés, l'hospitalisation est nécessaire et urgente. Cette ségrégation est cependant plus facile pour eux que chez les jeunes. (16 % ont quitté l'hôpital contre l'avis médical: trois femmes sur 56 et 23 hommes sur 99). L'éthylisme serait chez les hommes une des causes de cette sortie prématurée.

Chez les 129 malades qui se sont soumis continuellement à la thérapeutique usuelle, celle-ci a consisté en une perfusion quotidienne de 15 grammes de P.A.S. de 5 mg/KG d'isoniazide ordinairement ajoutée à la perfusion de P.A.S. Enfin 1 gramme de streptomycine tous les deux jours et cela jusqu'à la guérison ou jusqu'à l'échec.

Bien entendu, il y a eu des intolérances au P.A.S. chez 31 % des cas, des troubles auditifs dus à la streptomycine chez 26 % des cas.

Les résultats thérapeutiques immédiats ont donné chez les femmes 44 guérisons sur 53, soit 83 %, tandis que chez les hommes, on a constaté 60 guérisons sur 76, soit 79 %. Les échecs se sont chiffrés à 25 sur les 129 malades qui se sont continuellement soumis au traitement.

Il découle de cette étude que l'antibiothérapie est vraiment efficace chez les tuberculeux âgés de 50 ans et plus, puisque le taux de la guérison s'élève à 80 %. La « virginité antibiotique » semble compter énormément quant à l'obtention des bons résultats.

Paul-René ARCHAMBAULT.

GASTRO-ENTEROLOGIE

J. CAROLI et J. ANDRE: **Hémochromatose massive et généralisée associée à une anémie hypochrome hypersidérémique incomplètement sensible à la pyridoxine.** "Sem. des Hôp. de Paris", **38:** 1621 (14 mai) 1962.

Ce travail comprend: 1) la relation d'une affection très originale; 2) l'étude au microscope électronique du foie, de la moelle et du sang du malade, ainsi que l'étude isotopique du cycle du fer.

Il s'agit d'une observation associant hémochromatose et anémie hypochrome. Accompagnée d'hypersidérémie avec une saturation de la sidérophiline, cette anémie héréditaire paraît liée à un trouble de la synthèse de l'hémoglobine.

Au microscope électronique, l'étude des érythroblastes montre la présence dans le cytoplasme d'une grande quantité de fer, soit sous forme de molécules de ferritine, soit (dans les mitochondries) sous forme de fer non ferritinique. Il semble logique de penser que l'altération hématologique principale réside dans le fait de l'arrêt ou plutôt de la diminution très importante de la synthèse de l'hémoglobine au stade de l'érythroblaste basophile.

L'étude isotopique par le radiofer vient extérioriser l'anomalie de la biosynthèse hémoglobinique. Le fer radio-actif disparaît rapidement du plasma. Il gagne la moelle osseuse, mais aussi le foie et la rate où il s'accumule en proportion plus importante que normalement; par contre, seule une fraction minime de la radio-activité injectée apparaît dans les hématies nouvellement formées. Aucun fait n'a permis de préciser la nature du trouble responsable de la non-utilisation du fer pour la synthèse de l'hémoglobine: le taux bas de la réticulocytose ne permettait de suivre, à l'aide de radio-actifs, la

synthèse héménique chez ce malade ni de définir la valeur du système enzymatique nécessaire à l'incorporation du fer dans la protoporphyrine.

Cette variété d'anémie s'accompagne d'une surcharge ferrique des tissus secondaire à la non utilisation du fer, à l'absorption digestive exagérée. La surcharge ferrique est responsable du développement des lésions fibreuses qui peut aboutir au tableau complet de l'hémochromatose.

Cecil GENDREAU.

E. DELANNOY, M. MARTINOT, B. COMBEMALE: **Les occlusions par cancer colique (A propos de 110 observations).** "La Presse Médicale", **69:** 1893-1896 (21 oct.) 1961.

Les auteurs ont observé, de 1944 à 1959, 199 cancers du cadre colique dont 110 (66 femmes et 44 hommes), soit 55% se sont révélés par un syndrome occlusif aigu ou chronique, avec une fréquence à peu près identique dans les deux sens et les 2/3 des cas figurant entre 60 et 80 ans. Le pourcentage d'occlusion par rapport au nombre total des cancers se répartit ainsi: valvule iléo-coecale 83%, sigmoïde 67%, côlon descendant 62%, côlon ascendant 46%, coecum 12%.

Dans les 47 cas où les caractères de la tumeur peuvent être précisés, 36 fois il s'agissait d'un squirrhe, 11 fois d'une tumeur ulcéro-végétante, 5 fois l'occlusion était le résultat d'envahissement d'une ou plusieurs anses grêles.

Ils rappellent que le traitement médical doit seulement viser à préparer les malades à l'intervention: l'aspiration qui ne doit pas retarder l'acte opératoire ne peut avoir d'effets que si le cancer obstructif siège en amont de l'angle droit.

Après avoir rappelé les différentes interventions proposées, leurs avantages et leurs inconvénients et rapporté leurs résultats, les auteurs en arrivent aux conclusions suivantes: la conduite à tenir dépend de l'âge du malade, de son état général et du siège du cancer; s'il s'agit d'un sujet en bon état général, physiologiquement jeune, la laparotomie exploratrice paraît logique et peut parfois permettre une colectomie avec anastomose immédiate ou abouchement des deux bouts à la peau, mais le plus souvent il faudra se résoudre à une dérivation externe ou interne; s'il s'agit d'un sujet en mauvais état général, le premier geste est de lever l'occlusion par la voie la plus simple, la moins choquante possible et c'est la coecostomie sur sonde qui s'imposera.

Guy ALBOT.

J. TOULET: **La collaboration médico-anatomo-pathologique dans le diagnostic du cancer gastrique au début.** "Arch. des Mal. de l'App. Digestif", **50:** 608 (juin) 1961.

A propos de 3 observations de lésion gastrique cancéreuse de petit volume, il semble utile de rappeler quelques notions importantes.

1.—Il est extrêmement fréquent d'avoir l'attention attirée par une symptomatologie biliaire, parfois même de découvrir une lithiase, alors qu'un cancer gastrique débutant est en train d'évoluer. D'où la règle impérative de ne pas décider une intervention chirurgicale dans la sphère biliaire sans s'être assuré de l'intégrité radiologique de l'estomac.

2.—La nécessité d'une collaboration étroite entre médecin et chirurgien est affirmé depuis longtemps. Elle doit être suffisamment intime pour éviter toute discussion de dernière minute, et permettre une gastrectomie de principe, en toute connaissance de cause, même en l'absence de signes macroscopiques.

3.—Une collaboration entre le médecin et l'anatomo-pathologiste est au moins aussi indispensable. L'envoi au laboratoire d'une pièce de gastrectomie ne suffit pas. Si la réponse est négative l'anatomo-pathologiste doit avoir eu le dossier complet en main, avoir discuté les images radiologiques, et savoir les raisons exactes de la décision opératoire. Toute réponse négative donnée sans s'entourer de ces précautions peut être a priori suspectée. Il faut toujours pratiquer des coupes multiples et épuiser le bloc; mais il faut parfois « épuiser la pièce elle-même ».

4.—La constatation d'une sclérose importante et isolée de la sous-muqueuse, sans lésion de la muqueuse sus-jacente, doit attirer l'attention et faire rechercher, au besoin à quelques centimètres de distance, la lésion initiale. La constatation de cette sclérose isolée est un signe important de suspicion qui nécessite un contrôle rigoureux.

5.—Le diagnostic histologique différentiel entre ulcère transformé et cancer ulcériforme est impossible dès le moment où la digestion peptique est suffisamment accentuée. Les mêmes aspects se retrouvent dans les deux cas.

Guy ALBOT.

NEUROLOGIE

A. CHARBONNEL et F. LITOUX: **Les syndromes myopathiques de l'adulte.** "Journal de Méd. de Nantes", **4:** 243-260 (oct.-déc.) 1961.

On définit myopathie l'ensemble des affections intéressant primitivement ou globalement le systè-

me musculaire strié. L'examen d'un myopathique est avant tout clinique. Le questionnaire porte sur l'anamnèse et la description des symptômes. L'examen physique met en évidence le déficit musculaire, l'atrophie musculaire sans fasciculations touchant surtout les muscles de la ceinture pelvienne et des cuisses, la conservation des réflexes tendineux tant que le muscle n'est pas entièrement paralysé, la disparition du réflexe idio-musculaire, la rareté des troubles sensitifs. Parmi les examens biologiques, les troubles de la créative et de la créativine gardent leur valeur de tests d'évolutivité tandis que l'élévation de la SGOT serait plus valable quoique non spécifique. L'électro-diagnostic de stimulation n'indique qu'une élévation des seuils d'excitation. A l'électro-myographie, on obtient un tracé interférentiel, un abaissement du voltage avec un aspect polyphasique anormalement fréquent des potentiels et enfin un silence électrique total au repos. Enfin les altérations histologiques peuvent être d'ordre dystrophique, dégénératif ou n'être que mineures à la limite de la normale.

Voyons maintenant les affections pouvant comporter un syndrome myopathique.

I — Les dystrophies musculaires progressives avec vestiges cliniques bien connus. Il faut relever chez ces malades deux particularités étiologiques: l'absence habituelle d'antécédents familiaux et la fréquente précession de la myopathie par un état infectieux tel que fièvre typhoïde.

II — Les syndromes musculaires hyperthyroïdiens.

La myopathie hyperthyroïdienne de fréquence assez faible est habituellement une forme mineure. Parfois, cependant, il y a atrophie des racines des membres. Quant à la myopathie thyroïdienne aiguë, elle se ramène au coma basedowien.

L'association myasthénie-hyperthyroïdie très rare reste mal expliquée. L'évolution des deux entités peut être parallèle, diamétralement opposée ou indépendante. Enfin l'association paralysie périodique et hyperthyroïdie est extrêmement rare sauf peut-être au Japon.

III — L'hypothyroïdie donne lieu à des manifestations musculaires qui ne semblent pas être fonctions de sa gravité. On distingue les formes d'atrophie myopathique très rare avec conservation du réflexe idio-musculaire et les formes hypertrophiques avec myotonie. La myotonie peut aussi exister en l'absence d'hypertrophie. On a décrit enfin une forme exceptionnelle atropho-hypertrophique et une forme atrophique avec myotonie.

IV — Dans les polymyosites, le syndrome musculaire est assez monomorphe. Il y a atteinte des muscles surtout des racines des membres, parfois de l'ensemble de la musculature y compris les muscles dits bulbaires (déglutition, masticateurs, oculomoteurs). La lésion musculaire passe successivement par des stades d'oedème, d'atrophie puis de sclérose rétractile. L'histologie montre une dégénérescence grave hyaline et même granuleuse irréversible.

Parmi les autres maladies du collagène, la lésion musculaire est plus mal connue. La sclérodermie engendre une myosclérose; la périartérite noueuse, un syndrome pseudo-myopathique; le rhumatisme articulaire aigu et la polyarthrite chronique, une myosite purement interstielle; la sarcoïdose enfin, des nodules intra-musculaires pourront léser la force musculaire.

V — La myopathie de la ménopause est un syndrome déficitaire apparaissant vers la ménopause localisée d'abord à ceinture pelvienne puis à la racine des membres supérieurs, le tout avec atrophie musculaire. Aucun désordre endocrinien précis n'a pu être prouvé. Des observations similaires ont été rapportées chez l'homme. De ces myopathies, certaines seraient des polymyosites, d'autres des dystrophies musculaires tardives, d'autres seraient inclassables.

VI — La myasthénie a une physionomie très différente des myopathies. Il y a cependant une forme pseudo-myopathique avec atteinte des muscles des racines et aréflexie idio-musculaire.

VII — Les paralysies hypokaliémiques de type musculaire primitif touchent avec prédilection les muscles proximaux. On en distingue deux sortes: par transfert du potassium extracellulaire dans le milieu cellulaire, soit la paralysie périodique de Westphal; par élimination exagérée du potassium due à une fuite digestive, rénale ou au coma diabétique.

VIII — Le syndrome musculaire des hypercorticismes soit dans le syndrome de Cushing, soit dans la corticothérapie à haute dose.

X — Les myopathies paranéoplasiques comprennent les polymyosites, les neuropathies sensitives et les syndromes myasthéniformes, les derniers plus discutables, accompagnent les cancers bronchiques et c'est souvent l'anesthésie de la bronchoscopie qui fait apparaître une crise myasthénique avec paralysies respiratoires.

X — La myopathie par aglycogénolyse musculaire rapportée chez trois malades seulement empêche

les mouvements violents, même brefs tout en permettant les mouvements faibles même prolongés. L'évolution se fait vers l'aggravation et le déficit devient permanent avec amyotrophie rhizomélique.

De ces syndromes myopathiques, il faut distinguer d'une part les myopathies distales de l'adulte avant tout la maladie de Steinert et aussi la myopathie distale tardive héréditaire bénigne si hétérozygote, plus grave si homozygote; d'autre part les paralysies rhizoméliques par lésion du deuxième neurone comme dans la poliomyélite antérieure aiguë et chronique, le syndrome de Guillain-Barré et les polynévrites pseudo-myopathiques.

Pierre-C. DAVID.

J. MARIE, A. HENNEQUET, G. LYON, P. DEBRIS et J.-C. LE BALLE: **La dyspyridoxinose cérébrale du nouveau-né et du nourrisson (pyridoxino-dépendance de Hunt). Première observation familiale de crises convulsives néo-natales pyridoxino-sensibles. Oligophrénie dans un cas.** "Bull. et Mém. des Hôp. de Paris", **113:** 73 (janvier) 1962.

Hunt et ses collaborateurs ont rapporté en 1954 l'observation d'un nouveau-né atteint de convulsions que seule l'administration de vitamine B^6 par voie orale ou parentérale permettait de guérir. Par la suite, certains auteurs ont également rapporté des cas identiques de convulsions pyridoxino-sensibles.

Chez ces nourrissons, on ne put mettre en évidence de carence alimentaire en pyridoxine; la nature familiale de l'affection fut suggérée, chez deux auteurs, par la présence de convulsions ayant entraîné la mort chez un autre membre de la fratrie.

L'observations rapportée concerne un nourrisson de 15 jours qui présenta des crises convulsives dès le 5e jour de vie. L'accouchement fut normal au 8e mois de grossesse. Le bébé était d'apparence normale; il fut nourri au sein avec un complément de lait sec demi-écrémé. Du 2e au 10e jour, il présenta un ictère assez intense. Rien de remarquable durant la grossesse; la mère n'a aucun antécédent médical sauf qu'elle aurait présenté à l'âge de 2 ans une crise convulsive au cours d'une rougeole. Le père n'a également aucun passé pathologique. Une soeur, née 17 mois avant le nourrisson dont il est question, se développe normalement.

Le début des crises se produisit au 5e jour de vie sans élévation thermique; nouvelles crises le 9e jour malgré un traitement au gardénal et chlorpromazine. Le 14e jour, l'enfant est hospitalisé en état de mal convulsif durant depuis trois heures; les crises généralisées se succèdent aux 30 secondes et sont aggravées ou provoquées par le bruit.

Une ponction lombaire pratiquée tout après les premières crises montra un liquide xantochromique contenant 2 éléments 1 g. pour 1000 d'albumine. Une nouvelle ponction lors de l'admission donna sensiblement les mêmes résultats. L'EEG fit voir de nombreuses ondes aiguës, diffuses, survenant en bouffées, plus abondantes à droite.

Malgré le traitement au gardénal, les crises restent subintrantes durant six jours, s'espacent puis cessent au 24e jour de vie. Il persiste néanmoins un état d'agitation anormale, des cris fréquents, des sursauts au bruit et de brusques et fréquentes contractions des orbiculaires des paupières. L'examen clinique ainsi que les analyses habituelles de laboratoire furent normaux. Sans raison apparente, la prise du poids reste faible. L'enfant est remis à sa famille, mais, après 13 jours d'acalmie, des crises subintrantes se reproduisent qui durent pendant 15 jours et résistent à toute médication anticonvulsivante connue. Le L.C.R. ainsi que tous les autres examens biochimiques ou électriques sont superposables à ceux de la première hospitalisation. On administre alors à cet enfant âgé de 2½ mois qui convulse presque sans interruption depuis 15 jours, 250 mgs de pyridoxine per os en deux prises dans les 24 heures; le lendemain, les convulsions cessent. Le traitement est continué; l'enfant ne présente pas de crises et, 7 jours plus tard, l'E.E.G. ne montre que des anomalies discrètes. Les 8 jours qui suivirent, on cessa le traitement; le 9e jour survint une crise convulsive qui céda en moins de deux minutes à l'injection intra-musculaire de 100 mgs de pyridoxine. L'enfant, bien contrôlé avec 4 mgs de pyridoxine par jour, reçoit son congé. Il reste dépendant de cette médication puisque sa suppression fait apparaître des rythmes anormaux sur les traces électriques, après un délai de quatre jours. On tente de cesser la médication pour connaître l'effet de l'administration intra-veineuse de l'acide y-amino-butyrique sur les phénomènes cliniques et EEGiques. Au début, cette thérapeutique s'avère efficace, mais après le troisième essai, elle devient inefficace pour juguler les accès cliniques et l'E.E.G. qui fut normalisé par l'administration de pyridoxine, devient à nouveau anormal. Le traitement quotidien par 4 mgs de pyridoxine est par la suite poursuivi régulièrement et tout phénomène épileptique, clinique et électrique a depuis totalement cessé. Il persiste cependant un important retard psycho-moteur: à 23 mois, le niveau de l'enfant est estimé entre 8 et 19 mois. Chez cet enfant toutes les études biologiques connues

concernant les acides amins furent pratiquées et s'avérèrent normales.

Un autre caractère du plus haut intérêt réside dans le fait qu'un deuxième enfant de cette fratrie de 3 enfants est atteint de la même maladie. En effet, la sœur du bébé dont il fut d'abord question a été vue à la 3e heure de la vie: l'examen clinique et électroencéphalographique était alors normal. La grossesse de même que la naissance furent sans particularité. Au quatrième jour, survenaient des convulsions qui sont contrôlées par 4 mgs de pyridoxine. Avec 15 mgs, on obtient la normalisation du tracé électrique. A l'âge de 10 mois, une tentative de sévrage thérapeutique provoque la réapparition des phénomènes épileptiques après 3 jours de latence. Sous pyridoxinothérapie journalière, l'enfant n'a plus de crises et son développement psycho-moteur ne paraît pas notablement perturbé.

Commentaires. — Il s'agit donc d'une maladie des nouveaux-nés issus de parents normaux soumis à un régime équilibré et ne présentant pas d'autres troubles que leurs manifestations neurologiques. Les tests biologiques sensibles ne peuvent mettre en évidence de carence généralisée en pyridoxine. La maladie se réduit à des crises convulsives généralisées sans caractères cliniques ni électriques particuliers, se succédant à un rythme accéléré. Entre les crises, il persiste un état d'excitabilité très spécial qui se traduit au moindre bruit ou attouchement par des sursauts, des clignements répétés des paupières, des mouvements désordonnés des globes oculaires.

Ces crises résistent à toutes les thérapeutiques anticonvulsives connues; elles cèdent de façon spectaculaire sous l'effet exclusif de la vitamine B^6. dont l'action présente les caractéristiques suivants:

1) son action est d'une rapidité extrême;

2) la durée d'action d'une dose unique est fixe pour un malade donné;

3) ces enfants restent indéfiniment pyridoxino-dépendants.

On ignore la cause de cette curieuse maladie dans laquelle tout se passe comme si la cellule nerveuse avait des besoins anormalement élevés en vitamine B^6. Il ne s'agit pas d'un processus carentiel; Coursin, en 1954, donna à des enfants un lait artificiel totalement dépourvu de cette substance; ceci n'entraîna aucune manifestation. L'idée d'une maladie métabolique génétique semble la plus vraisemblable à cause de la rapidité de l'action de la vit. B^6 dans cette maladie jointe au caractère familial. L'acide y-amino-butyrique est un acide aminé essentiel dont un défaut de formation dans la cellule nerveuse peut être incriminé à l'origine des convulsions. Le corps est formé à partir de l'acide glutamique sous l'action d'un enzyme, la glutamino-décarboxylase, qui n'agit qu'en présence du pyridoxal phosphate, forme co-enzymatique de la vitamine B^6.

Chez les animaux présentant des convulsions induites par des antagonistes ou des inhibiteurs de B^6, on a pu démontrer que le cortex cérébral ne contenait que de faibles quantités d'acide y-amino-butyrique. Ces convulsions in vivo étaient rapidement jugulées par l'administration de B^6 ou d'acide y-amino-butyrique.

Guy GEOFFROY.

RHUMATOLOGIE

Michaels J. WILLIAMS: **Sarcoïdose à manifestations polyarticulaires.** (*Sarcoidosis presenting with polyarthritis.*) "Ann. Rheum. Dis.", **20:** 138 (février) 1961.

Les manifestations articulaires au cours de la sarcoïdose, sont fréquentes. Un des aspects des plus particuliers est réalisé par l'association de polyarthrites, d'érythéme noueux et d'adénopathies hilaires bilatérales.

Le travail de l'auteur rapporte 7 cas de sarcoïdose à début polyarticulaire, suivis pendant environ 18 mois. L'âge varie entre 28 et 57 ans et il y a six femmes pour un homme.

1. *Le laboratoire* montre une accélération de la vitesse de sédimentation, au-dessus de 40 mm. à la première heure. La réaction de Waaler-Rose est négative, les antistreptolysines ont un taux normal et l'électrophorèse des protéines met en évidence une augmentation des fractions alpha-2 et des gammas globulines plasmatiques. Finalement, la réaction de Kweim est positive dans six cas.

2. *Symptomatologie clinique.*

a) des symptômes généraux précèdent ou accompagnent le polyarthrite: ce sont la fièvre, la fatigue, l'amaigrissement et les sueurs.

b) l'atteinte articulaire siège aux grosses articulations, surtout aux chevilles. Entre chaque nouvelle atteinte, il existe un intervalle de 24 à 48 heures; la durée totale étant de cinq semaines environ. Les jointures sont douloureuses et enraidies, mais les signes fluxionnaires sont absents.

c) l'atteinte cutanée est représentée par un érythème noueux. Un cas d'érythème polymorphe est signalé.

3. *La radiologie.*

Les articulations ne sont le siège d'aucune anomalie. Le cliché thoracique montre les adénopathies hilaires, bien connues.

4. L'évolution est favorable, la résolution étant complète en quelques jours, ou en quelques mois, en l'absence de toute médication.

En guise de discussion, l'auteur envisage, pour aussitôt l'écarter, l'hypothèse d'une cause allergique non spécifique. Pour lui, les lésions sarcoïdosiques sont responsables des polyarthrites et des signes généraux. Il insiste sur la valeur de la réaction de Kweim dans les formes incomplètes qui apporterait la preuve histologique de la sarcoïdose dans 80 % des cas.

M. KALUDI.

P. P. RAVAULT, J. MAITREPIERRE: **Diagnostic clinique et radiologique de la polyarthrite chronique rhumatismale.** "La Revue du Praticien", **12:** 1371 (1 mai) 1962.

Au stade des premières douleurs et des fluxions initiales, le diagnostic de cette maladie est difficile, alors que celui de la polyarthrite chronique rhumatismale au stade déformant et ankylosant est chose relativement facile.

Le diagnostic de la polyarthrite chronique rhumatismale à sa phase initiale n'offre aucun fait pathognomonique, clinique, radiologique ou biologique.

Les éléments du diagnostic sont plutôt vagues lorsqu'il s'agit de terrain, des antécédents, du mode de début.

Mais le caractère des phénomènes inflammatoires, leur topographie et leur fixité relative ont tout de même plus de valeur. Les fluxions de la polyarthrite chronique rhumatismale peuvent être aussi bien périarticulaires qu'articulaires. La synoviale peut aussi être distendue par un épanchement plus ou moins important. Il y a empâtement, œdème périarticulaire, la peau est déplissée rarement rouge et chaude. Les mouvements sont plutôt pénibles parce que la douleur vient limiter plus ou moins les mouvements.

Quant à la topographie des lésions articulaires, elles intéressent surtout les mains et les pieds.

Les atteintes inflammatoires sont ordinairement fixes, évoluent durant les premières années très lentement avec une allure subaiguë. Il y a des rémissions spontanées ou provoquées par une médication qui devient de plus en plus active. D'autres fois, on assiste à une extension progressive des lésions polyarticulaires allant jusqu'à des déformations et des ankyloses d'arthrosynovite chronique.

Les troubles articulaires chroniques durent des années et ordinairement l'état général n'est pas tellement touché.

Au début, la radiologie est peu démonstrative. Ce n'est que plus tard que le gonflement périarticulaire, que les remaniements osseux et épiphysaires, que l'ostéoporose, que l'apparition de géodes, que les pincements articulaires apparaissent à la radiographie.

En s'adressant au laboratoire, l'élévation de la sédimentation est très fréquente. L'anémie est modérée. La réaction au latex et de Waaler Rose viennent à poser le diagnostic.

Le diagnostic de début présente de grandes difficultés et pour préciser le diagnostic, c'est ordinairement le temps qui donne la réponse au problème.

Quant au diagnostic de la polyarthite chronique rhumatismale au stade déformant et ankylosant, les déformations, les ankyloses et les lésions vues à la radio viennent confirmer l'opinion clinique.

Devant une polyarthrite chronique évoluée, il est important qu'au point de vue diagnostic, on puisse penser à d'autres entités telles que l'ostéoarthropathie pneumique de Pierre Marie, au rhumatisme neurotrophique du membre supérieur (syndrome épaule-main), à la goutte dans ses formes chroniques déformantes, au rhumatisme inflammatoire rhizomélique. Les auteurs ont su résumer tous les signes susceptibles d'identifier ces différentes polyarthrites chroniques rhumatismales pour parvenir à donner une réponse au diagnostic étiologique.

Paul-René ARCHAMBAULT.

R. LUTEMBACHER: **La membrane hyaline des pneumopathies rhumatismales.** "Presse Médicale", **70:** 1514 (20 juin) 1962.

Le terme de nécrobiose fibrinoïde a cédé la place à celui de membrane hyaline.

Ce sont P. Masson et Riopelle qui ont décrit cette pseudo-membrane qui tapisse les canaux alvéolaires. Elle adhère aux éperons et ne s'infléchit que légèrement dans les niches alvéolaires. C'est une substance anhiste, vitreuse, homogène et acidophile. Elle possède les réactions tinctoriales de certaines substances hyalines: elle se colore en rose brillant par l'érythrosine, en jeune vert par le Van Gieson, en bleu violet par le trichrome bleu d'aniline.

Ces pseudo-membranes seraient découvertes dans les régions superficielles du poumon, là où la mobilisation de l'organe s'oppose à la cicatrisation. Dans les régions profondes les fibroblastes jeunes donnent naissance à des bourgeons fibroconjonctifs, les « nodules de Masson » qui, débarrassés de l'œdème, se sclérosant et se rétractant, bouchent l'orifice des alvéoles sans remplir leurs cavités tout en provoquant l'atélectasie des alvéoles voisines.

D'après R. Debré, J. Marie et J. Bernard, se basant sur les deux cas rapportés dans « La Presse Médicale », ce seraient des lésions spécifiques de la maladie de Bouillaud au niveau du poumon. L'auteur rejetant le terme de pneumonie rhumatismale préfère celui plus général de «pneumopathie rhumatismale ».

Cette membrane a été retrouvée dans les asphyxies aiguës des prématurés, des enfants nés par césarienne ou de mère diabétique. Elle a été également décelée dans certaines pneumonies virales, urémiques, dans la périartérite noueuse, le lupus érythémateux et dans certains états allergiques.

Cependant, c'est dans la maladie de Bouillaud que la membrane hyaline est la mieux caractérisée. Son association avec des lésions d'alvéolite précise sa nature inflammatoire et la distingue des réactions inflammatoires banales.

Sa pathogénie est complexe et très mal élucidée. Certains auteurs avec Craig font jouer à cette membrane un rôle essentiel dans la détresse respiratoire des prématurés, des enfants nés par césarienne ou de mère diabétique. Elle s'opposerait au passage de l'air dans les alvéoles et bloquerait les échanges respiratoires. En fait, dit l'auteur, surtout dans R.A.A., ces membranes n'ont pas une diffusion pour s'opposer à la ventilation car elles sont en petit nombre par rapport à la surface alvéolaire. Le liquide d'œdème aussi bien que le liquide amniotique chez le prématuré suffisent pour inonder le poumon et porter obstacle à l'hématose.

D'après Masson, la masse séro-fibrineuse qui envahit le conduit alvéolaire se résorbe à son centre par l'intervention d'éléments figurés qui sont rejetés par les bronches. La périphérie se condenserait et formerait la membrane hyaline, surtout à la périphérie où la mobilité respiratoire est grande. Dans la profondeur, l'exsudat serait envahi par des fibroblastes qui donneraient les « nodules de Masson » voués à la sclérose.

M. KALUDI.

S. de SEZE, N. DEBEYRE: **Le traitement médical de la polyarthrite rhumatoïde.** "La Revue du Praticien", **12:** 1420 (1 mai) 1962.

La polyarthrite rhumatoïde ou rhumatisme chronique inflammatoire qui évolue par poussées, peut toucher toutes les articulations en produisant de la fonte, des subluxations, des ankyloses.

Avant d'instituer tout traitement antirhumatismal, il est essentiel de faire un bilan clinique, radiologique et biologique.

Après avoir fait l'inventaire des différents systèmes de l'organisme, il convient de nous attarder en particulier sur l'insuffisance rénale, l'anémie, l'allergie (contre-indications aux sels d'or), Il y a en outre d'autres précautions à prendre concernant l'ulcus digestif, l'hypertension, le diabète, les névroses qui contrindiquent l'usage de la cortisone.

D'après les auteurs, la polyarthrite doit être classée selon une des formes suivantes:

a) polyarthrite débutante;
b) polyarthrite évoluée de gravité moyenne;
c) polyarthrite ancienne d'évolution réduite;
d) polyarthrite aiguë fébrile;
e) monoarthrite rhumatoïde.

Il est recommandé de commencer par les médicaments les plus simples, par exemple l'aspirine. Il faut insister sur le repos relatif et sur le régime. Si l'amélioration désirée ne se produit pas, les différentes thérapeutiques anti-inflammatoires seront employées: les antipaludéens de synthèse, la chloroquine et ses dérivés.

La chrysothérapie est d'un choix judiciaire pour plusieurs rhumatologues.

Il ne faut pas cependant négliger ses intolérances qui sont fréquentes et nombreuses. Aux succès parfois spectaculaires du début suivent les arrêts. On a l'impression que l'action des sels d'or s'épuise très souvent.

Les auteurs sont d'avis que des cas de polyarthrite légère peu douloureuse réagissent bien à l'aspirine, aux antipaludéens, aux injections espacées de sels d'or. On doit les employer avant tout.

Mais si la polyarthrite est sévère, très douloureuse, ankylosante, la cortisone devient nécessaire. Trois raisons doivent être apportées pour employer la cortisonothérapie, les douleurs intenses, les gonflements, les enraidissements articulaires qui font de nos malades, des impotents.

On aura remarqué par ce travail que les auteurs conseillent au tout début l'usage de la médication la plus ordinaire, pour terminer par la cortisonothérapie. Plusieurs d'entre nous devraient

tirer profit de ce travail, surtout lorsqu'il est signé par un très grand rhumatologue.

Paul-René ARCHAMBAULT.

J. WELFLING, M. F. KAHN: **Diagnostic de polyarthrite rhumatoïde chez l'adulte.** "La Revue du Praticien", **12:** 1411 (1 mai) 1962.

La polyarthrite rhumatismale a des critères concernant le diagnostic positif.

1) Raideur articulaire.

2) Douleur à la mobilisation d'au moins une articulation.

3) Gonflement des parties molles d'au moins une articulation.

4) Gonflement d'au moins une autre articulation à moins de trois mois d'intervalle.

5) Gonflement articulaire symétrique des articulations métacarpophalangiennes.

6) Nodosités sous-cutanées.

7) Lésions radiologiques typiques.

8) Réaction d'hémaglutination positive.

9) Pauvreté en mucine du liquide synovial.

10) Présence d'au moins trois des altérations histologiques décrites.

11) Présence histologique du « nodule rhumatoïde » dans les nodosités sous-cutanées.

Fait à noter qui a son importance: les signes cliniques articulaires doivent durer six semaines au moins.

Le diagnostic de la polyarthrite rhumatoïde chez l'adulte est lourd de conséquences. Le facteur rhumatoïde dans le sérum est un apport évident. En cas de son absence, la clinique doit garder ses droits. La radiologie, la sérologie, la bactériologie, l'anatomo-pathologie sont mises à profit pour porter un diagnostic différentiel.

Les auteurs divisent la polyarthrite rhumatoïde en trois groupes:

1) Affections très ressemblantes à la polyarthrite rhumatoïde:

a) les collagénoses — a) lupus érythémateux disséminé; b) périartérite noueuse;

b) Goutte articulaire chronique;

c) Maladie de Bouillaud;

d) Rhumatisme psoriasique;

e) Syndrome épaule-main;

f) Ostéo-arthopathie hypertrophiante pneumique de Pierre Marie;

g) Mono-arthrite inflammatoire isolée;

2) Affections assez ressemblantes à la polyarthrite rhumatoïde:

a) Spondylarthrite ankylosante;

b) Rhumatismes subaigus curables:

1—pseudo-rhumatismes infectieux;

2—syndrome oculo-uréthro-synovial de Fissinger-LeRoy-Reiter;

3—rhumatisme de la recto-colite hémorragique.

3) Affections assez peu ressemblantes à la polyarthrite rhumatoïde:

a) Les « rhumatismes périodiques »;

b) la goutte aiguë;

c) Les arthropathies nerveuses (tabès, diabète, syringomyélite).

En peu de pages, les auteurs nous donnent avec clarté tous les signes différentiels de la polyarthrite rhumatoïde chez l'adulte. Il est alors facile de concevoir que les causes d'erreurs sont multiples. De ce fait, il s'ensuit des erreurs thérapeutiques trop souvent graves.

Paul-René ARCHAMBAULT.

PHYSIATRIE

E. AUSTIN, W. ROLLAND et D. CLAUSEN: **Physiothérapie des séquelles orthopédiques et neurologiques de l'hémophilie.** (*Use of Physical Therapy Modalities in the Treatment of Orthopaedic and Neurologic Residuals in Hemophilia.*) "Arch. Phys. Med.", **42:** 393-397 (juin) 1961.

Les auteurs notent que les aspects hématologique et génétique de l'hémiphilie ont été étudiés à fond dans le passé. Par ailleurs, on a acquis très peu au point de vue thérapeutique et le traitement des complications résultant des hémarthroses a toujours été limité aux orthèses et au repos.

Il y a un an, les auteurs décidèrent d'utiliser une gamme plus étendue des ressources apportées par la médecine physique, telles que stimulation électrique, ultra-sons, étirement des muscles contracturés, et exercices contre résistance progressive, afin de déterminer si on pourrait réduire la durée des périodes aiguës et le degré d'incapacité résiduelle. En plus, ils traitèrent un groupe de jeunes gens présentant des contractures et des atrophies musculaires de longue durée.

Les auteurs ont observé que les ultra-sons employés judicieusement permettent de réduire les séquelles des hémarthroses, contrairement aux stimulations électriques, qui ont peu ou pas d'effet.

La stimulation électrique, cependant, s'est révélée utile et pour la rééducation musculaire et pour le traitement des lésions des nerfs périphériques résultant parfois des hémorragies.

Les exercices contre résistance progressive se sont avérés très utiles pour augmenter la force musculaire et la stabilité articulaire.

Les auteurs notent que ces traitements ont eu en plus une influence psychologique considérable sur les patients parce que c'est la première fois qu'ils sentaient qu'on faisait quelque chose pour eux.

Michel DUPUIS.

SOCIÉTÉS

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL

Séance du 15 mai 1962

Tenue au Centre Social de l'Université de Montréal
Présidence du docteur Jacques Gélinas.

SYMPOSIUM SUR LE GLAUCOME

Anatomie de l'angle camérulaire et classification des glaucomes.

Docteur Michel MATHIEU

Comme introduction, le docteur Mathieu mentionne que le glaucome est l'une des maladies des yeux les plus graves au Canada. Cette maladie mérite d'être mieux connue, car, bien souvent, les patients ont plus de crainte pour les cataractes que pour le glaucome. 12% des cas de cécité dans notre pays sont causés par le glaucome.

Le diagnostic précoce de cette affection est très difficile et demande une connaissance approfondie de la physiologie de l'oeil. Le glaucome est une maladie de l'oeil qui est accompagnée d'une augmentation de pression avec détérioration éventuelle des cellules visuelles de la rétine et pouvant conduire à la perte de vision.

Au point de vue anatomique, on doit retenir que le corps ciliaire sécrète l'humeur acqueuse et qu'il doit exister un équilibre entre la sécrétion et l'excrétion de cette humeur acqueuse. Normalement, l'humeur acqueuse retourne dans le sang par de petit canaux situés au point de rencontre de la cornée et de l'iris. Si l'échappement de l'humeur acqueuse est entravé, la pression s'élève dans l'oeil et produit le glaucome. Cette augmentation de pression se communique aux cellules nerveuses de la rétine et détruit graduellement ces cellules: d'abord, celles qui permettent la vision de côté, et, enfin, celles qui permettent la vision de face. Si cette condition n'est pas corrigée, le champ visuel se rétrécit et le malade devient finalement aveugle.

Le glaucome peut résulter de causes différentes, comme une blessure à l'oeil, une inflammation ou une hémorragie interne de l'oeil. On l'appelle alors glaucome secondaire et on l'enraye en traitant la cause première. Bien plus commun est le glaucome primaire dans lequel la pression excessive à l'intérieur de l'oeil provient de causes encore inconnues. Le glaucome primaire a deux formes: le glaucome aigu et le glaucome chronique.

Le glaucome congénital.

Docteur Fernand CROISETIERE

Cette forme est caractérisée par une augmentation du diamètre du globe oculaire, ainsi que des lésions du fond de l'oeil pouvant aller jusqu'à l'atrophie du nerf optique. Les différentes causes peuvent être une anomalie du mésoderme, l'absence du canal de Shclem, le neurofibromatose ou la fibroplasie de l'angle cornéo-scléral. Le traitement médical consiste à employer des agents myotiques et des diurétiques. On aura recours au traitement chirurgical s'il existe des opacités de la cornée. On pratiquera le plus souvent une opération de filtration, telle que la trépanation d'Elliot.

Le glaucome aigu.

Docteur Claude MONFETTE

Cette forme est caractérisée par des crises soudaines de tension de l'oeil. Le glaucome procède ici par poussées, souvent légères; l'oeil se voile légèrement et temporairement, avec ou sans douleur.

Lorsque l'attaque est grave, elle s'accompagne d'une douleur intense et d'une rougeur de l'oeil, avec perte de la vue en quelques heures.

Parmi les autres symptômes que l'on peut observer, il y a larmoiement, ainsi que la pupille dilatée et fixe et qui ne réagit pas à la lumière. Il s'agit donc d'un cas d'urgence qui nécessite un traitement immédiat, si l'on veut éviter la cécité. Il faut d'abord soulager le patient à l'aide de morphine, mais il ne faut jamais employer d'atropine. Les principaux médicaments qui peuvent réduire rapidement la tension sont la pilocarpine ainsi que l'ésérine. Les autres médicaments adjuvents sont le diamox ainsi que l'urée en injection intra-veineuse. Cependant, il sera parfois nécessaire de pratiquer une intervention pour libérer l'humeur acqueuse et éviter d'autres attaques.

Le diagnostic du glaucome simple.

Docteur Roger PAGER

Celui-ci est dix fois plus commun que le glaucome aigu et il est dangereux du fait qu'il n'est pas douloureux et ne présente pas de symptôme au début. C'est véritablement un tueur de la vue. Il est difficile à découvrir et des examens spéciaux peu-

HORMONOTHERAPIE TOTALE

AMPOULES BUVABLES SIROP AROMATISÉ

hormodausse

COMPOSITION

Extraits totaux de sang:

de taureau
de génisse
de veau
} titrés en fer hémoglobinique:

Extrait de foie de veau titré en vitamine B_{12} native;

Extrait spécial de levure de bière;

Extrait spécial de cuticules de céréales.

VITAMINE B_{12} et FER HEMOGLOBINIQUE

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

Déficience organique, Anémies, Asthénies des convalescents, des vieillards, des dyspeptiques, des néoplasiques, des déficients endocriniens et contre les insuffisances ovariennes, les retards de croissance et tous états de sidéropénie.

POSOLOGIE:

Ampoules buvables

Adultes: 2 ampoules par jour.

Enfants: 1 ampoule par jour.

Sirop

Adultes: 2 à 3 cuillerées à soupe par jour.

Enfants: de 10 à 15 ans, 1 à 3 cuillerées à dessert; de 5 à 10 ans, 1 à 3 cuillerées à café; jusqu'à 5 ans, 2 demi-cuillerées à café par jour.

Sous l'une ou l'autre forme, HORMODAUSSE doit être pris un quart d'heure avant les repas après dilution dans ¼ de verre d'eau. Le médicament est bien supporté par le tube digestif et ne présente pas de contre-indication.

PRÉPARÉ PAR LES LABORATOIRES DAUSSE, PARIS, FRANCE
Représentants exclusifs au Canada

Herdt & Charton Inc.
2245, RUE VIAU — MONTRÉAL

vent seuls le révéler. En effet, la tension oculaire est élevée; il existe une excavation papillaire et le champ visuel est diminué. La tonométrie permettra d'obtenir des courbes de tension.

La gonioscopie permettra de déterminer si l'angle est ouvert ou étroit. C'est habituellement l'étude du champ visuel qui permettra d'évaluer l'évolution du glaucome.

Si tous les tests ci-haut mentionnés sont normaux, il faut alors pratiquer des épreuves de provocation. Le premier est le test à l'eau, qui consiste à faire boire un litre d'eau au patient et à faire la tonographie par la suite. Le second consiste à provoquer une mydriase avec l'atropine ou en chambre noire. En somme, le diagnostic du glaucome chronique est facile si tous les moyens sont employés et si des examens périodiques sont pratiqués chez les gens de plus de 40 ans.

Le traitement du glaucome chronique simple.

Docteur Roland CLOUTIER

Il faut employer, dans ces cas, les inhibiteurs de la choline-estérase ou les inhibiteurs de l'anhydrase carbonique. Les premiers seront l'ésérine à ½%, le DEP à .1%, ainsi que l'humorsol. Ces derniers provoquent des effets secondaires au début, mais ils peuvent diminuer, néanmoins, la secrétion de l'humeur acqueuse.

Le principal inhibiteur de l'anadrase carbonique est le diamox qui favorise le succès opératoire, s'il est donné à doses suffisantes, c'est-à-dire à 1 gr. par jour. L'épitrate est un excellent dilatateur qui donne de très bons résultats et diminue ainsi la secrétion de l'humeur aqueuse. Ce qui déterminera le critère de l'intervention chirurgicale chez ces patients, c'est l'étude du champ visuel. En effet, si les gouttes ne suffisent pas, un drainage peut être nécessaire. Dans les dernières phases de la maladie, les chances de guérison et d'arrêt de la maladie sont bien moins grandes. Tous ces patients doivent être surveillés pour le reste de leurs jours.

Par la suite, un excellent film, intitulé: « Echec à la nuit », fut projeté et les commentaires furent présentés par le docteur Breault.

* * *

Après cette séance, une résolution spéciale fut présentée par le docteur Gérard Morin. Elle était ainsi intitulée:

« *Attendu* que le médecin possède depuis des années le droit inaliéable de prescrire les médicaments de son choix;

Attendu que ce droit lui revient par sa connaissance du malade et sa connaissance de la thérapeutique;

Attendu qu'il porte la plus grande part, si non la totale responsabilité légale et morale de ses ordonnances;

Attendu que le pharmacien doit agir comme collaborateur du médecin, mais qu'il ne doit pas prendre sur lui de diriger la thérapeutique;

Attendu que la pratique de la substitution des médicaments dans une ordonnance peut prêter à de graves dangers à l'égard du malade;

Attendu que, dans un programme émis par des candidats au poste de Gouverneurs du Collège des Pharmaciens, il a été suggéré de fournir le médicament requis par le médecin, quel que soit le nom du fabricant, sous le nom générique du produit;

Attendu que cette pratique serait nettement et clairement de la substitution;

Il est résolu, à l'unanimité, que la Société Médicale de Montréal se déclare, sans ambages, contre toute atteinte ou modification aux droits de prescrire et qu'elle s'élève particulièrement contre la pratique néfaste de la substitution des produits dans les ordonnances médicales. »

Le secondeur fut le docteur Gilles Brault.

Le Secrétaire des séances,
Gilles Leduc



Traitement de choix pour les
SINUSITES AIGÜES ou CHRONIQUES,
les LARYNGITES, PHARYNGITES,
AMYGDALITES et les
BRONCHITES ASTHMATIQUES

CAMIROL
INJECTIONS INTRAMUSCULAIRES

FORMULE : Iodoforme - Camphre - Menthol - Iodures
(Solution huileuse de faible acidité)

POSOLOGIE : Administrer 1 ou 2 injections intramusculaires deux ou trois fois par semaine, selon le cas.
Enfants: Demi-dose.

Documentation envoyée à Messieurs les Médecins sur demande.

Manufacturé par
Carroll Dunham Smith Pharmacal Company,
New Brunswick, U.S.A.

Distributeurs au Canada

Herdt & Charton Inc., Montréal

NOUVELLES

ATTRIBUTION D'UNE SUBVENTION POUR LA RESTAURATION DE LA BIBLIOTHÈQUE DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Une subvention fédérale de $40,000 aidera à restaurer la bibliothèque de l'Institut de Médecine et Chirurgie expérimentale de Montréal, détruite par le feu l'hiver dernier. L'établissement où le docteur Hans Selye a poursuivi ses travaux recevra une subvention répartie sur les deux prochaines années d'après une déclaration faite par le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.

La bibliothèque, qui était unique au monde en son genre, a été en grande partie détruite par le feu et le système de référence de l'Institut l'a été presque complètement. La bibliothèque est particulièrement bien connue des hommes de sciences spécialisés en endocrinologie et en matière de stress. La contribution apportée à la science médicale par le docteur Selye dans ce dernier domaine est de renommée internationale.

La bibliothèque était largement utilisée par les étudiants en médecine, en dentisterie, en biologie et en microbiologie ainsi que par les chercheurs du Canada et d'ailleurs. On considère donc l'aide fournie aux fins de sa restauration comme un moyen pratique de faciliter le développement de la recherche et de meilleurs services sanitaires.

HONNEUR CONFÉRÉ AU DOCTEUR ALBERT GUILBAULT

Le docteur Albert Guilbault, chef du service de pédiatrie de l'Hôpital Notre-Dame et professeur à l'Université de Montréal, a eu l'insigne honneur d'être invité à présider une séance scientifique lors du Congrès International de Pédiatrie qui vient de se dérouler à Lisbonne, Portugal.

CONFÉRENCES À MONTRÉAL DU PROFESSEUR JEAN BERNARD

Le professeur Jean Bernard de Paris a donné une conférence sous les auspices de la Société Médicale de Montréal, mardi le 18 octobre 1962 au Centre Social de l'Université de Montréal.

La séance était présidée par le docteur Jacques Gélinas. Le docteur Jean Bernard avait intitulé sa conférence: « Les progrès de l'hématologie ».

Le docteur Jean Bernard a également donné des conférences à l'hôpital Notre-Dame et à l'Hôpital Saint-Luc.

LE DOCTEUR JACQUES GENEST, CONFÉRENCIER D'HONNEUR À VANCOUVER

Le docteur Jacques Genest, directeur du Département de Recherches Cliniques de l'Hôtel-Dieu a été l'invité d'honneur de la North Pacific Society of Internal Medicine qui a tenu son congrès annuel à Vancouver, les 7 et 8 septembre, 1962. Le docteur Genest y a prononcé deux conférences, l'une intitulée: « *Angiotensin. Its metabolic effects and its levels in humans* », et l'autre sur « *The modern management of edema* ». De plus, le docteur Genest a été le conférencier, lors du dîner annuel de cette Société ».

LE DOCTEUR J.-M. BORDELEAU REVIENT D'UNE MISSION D'UN AN EN HAÏTI

Le docteur Jean-Marc Bordeleau est de retour d'Haïti où il a occupé le poste de directeur du Centre de Psychiatrie et celui de consultant auprès du gouvernement haïtien pour l'organisation des services psychiatriques dans ce pays. Il remplaçait le docteur Denis Lazure. Ce projet de recherche a été réalisé en collaboration avec le docteur Nathan S. Kline, fondateur du International Committee against Mental Illness du National Institute of Mental Health des Etats-Unis.

Dès son retour, le docteur Bordeleau a repris ses fonctions à l'Institut Albert-Prévost ainsi que son poste de secrétaire à la rédaction de *l'Union Médicale du Canada.*

HONNEUR CONFÉRÉ AU DOCTEUR GASTON LEGAULT

Le docteur Gaston Legault, directeur médical de l'Hôpital Maisonneuve, a été admis dans l'*American College of Hospital Administrators,* lors de l'assemblée annuelle de cette association qui s'est tenue à Chicago, le 16 septembre 1962.

RAPPORTEURS AU CONGRÈS DU COLLÈGE INTERNATIONAL DES CHIRURGIENS

Le Collège International des Chirurgiens a tenu son 27e Congrès annuel à New-York du 9 au 13 septembre 1962.

A cette occasion, le docteur Paul Bourgeois a obtenu un fellowship honoraire; le docteur Gérard Mignault, en plus de présenter un travail au Congrès, a été élu *fellow.*

Parmi les nombreux participants aux séances scientifiques, on note les docteurs Eugène Balangero, Gustave Gingras, Clarence L. Hébert, Henri Labrie, Albert-P. Lachapelle de Bordeaux (France), Roger Paulin et M. Portmann de Bordeaux (France).

PROFESSEURS DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL INVITÉS EN HOLLANDE

M. Edouard Pagé, doyen de la Faculté des sciences de l'Université de Montréal, le docteur Louis Poirier, professeur titulaire de neuro-anatomie à la Faculté de médecine et le docteur Jean-Pierre Cordeau, professeur agréé de neuro-physiologie à la Faculté de médecine, ont pris part,

SUPPOSITOIRES ADULTES — ENFANTS — BÉBÉS



Broncho-grippol

FORMULE	Adultes	Enfants	Bébés
Calcium acétylsalicylate	0.40 gr.	0.20 gr.	0.05 gr.
Dihydroxypropyl-théophylline	0.15 gr.	0.10 gr.	0.015 gr.
Quinine sulf.	0.10 gr.	0.06 gr.	—
Racine d'aconit pulv.	0.02 gr.	0.005 gr.	0.001 gr.
Guaïacol	0.05 gr.	0.003 gr.	0.02 gr.
Eucalyptol	0.05 gr.	0.03 gr.	0.02 gr.
Camphosulfonate de Na	0.05 gr.	0.02 gr.	0.01 gr.

Excipient spécial q.s.

INDEX THÉRAPEUTIQUE

De par la synergie existant entre ses composants, le Broncho-Grippol est doué des propriétés les plus efficaces comme antipyrétique, comme antiseptique des voies respiratoires, comme eupnéisant et comme cardio-protecteur.

GRIPPE
BRONCHO-PNEUMONIES
REFROIDISSEMENTS
LARYNGITES
TRACHEITES
BRONCHITES
PNEUMONIES

Formule exclusive préparée par
LES LABORATOIRES JUNOD, Genève, Suisse

Seuls distributeurs au Canada

Herdt & Charton Inc.
2245, RUE VIAU — MONTRÉAL

MEDICATION DE CHOIX

du 10 au 17 septembre, au Congrès mondial de physiologie tenu à Leiden en Hollande.

Du 5 au 8 septembre, à Noorkwijk, les trois professeurs avaient également assisté à un congrès sur l'acclimatation aux extrêmes de températures.

Ces participations ont été rendues possibles grâce à un octroi du Conseil national des recherches du Canada.

BOURSIERS UPJOHN

Des dix-huit médecins des dix provinces du Canada qui ont obtenu une bourse de la Cie Upjohn pour continuer leurs études, en particulier dans le travail de recherche médicale, quatre sont Canadiens français, le docteur René Raymond, de St-Esprit-de-Montcalm, le docteur Gaston de la Bossière, de Roberval, le docteur Claude Gendron, de Montréal et le docteur A. Nadon, d'Eastview.

La Bourse Upjohn est d'une valeur de $500.

LE 10e CONGRÈS INTERNATIONAL DE RADIOLOGIE

Plus de 4,000 personnes ont participé au Xe Congrès International de Radiologie qui s'est tenu à Montréal dans la dernière semaine d'août 1962.

Quel fer intramusculaire ne laisse que peu de taches sur la peau, taches qui disparaissent rapidement?

Réponse: **Jectofer**

Des renseignements supplémentaires sur Jectofer, un nouveau fer intramusculaire à faible poids moléculaire, vous sont fournis dans cette revue.

En séances générales, 330 communications furent présentées, et plus de 200 autres en même temps dans les colloques.

En fait, les séances étaient si nombreuses qu'elles se tinrent à trois hôtels: au Reine-Elisabeth pour le radiodiagnostic; au Windsor pour la radiothérapie; et au Sheraton Mont-Royal pour la physique et la biologie des radiations.

Le congrès a été présidé par le docteur Arthur Singleton, de Toronto, qui au cours du congrès reçut la médaille d'or de l'American College of Radiology dont il est un ancien président.

Il y eut traduction simultanée, pour les colloques, dans les quatre langues officielles du congrès: français, anglais, espagnol et allemand.

Cette rencontre internationale s'accompagna d'une exposition scientifique (plus de 70 présentations), d'une exposition technique (dans les trois hôtels) et de séances quotidiennes de films scientifiques dans le salon Gatineau de l'hôtel Reine-Elisabeth.

La Société canadienne des radiologistes a mis trois années à préparer ces grandes assises. Dans le comité général organisateur, on relève les noms du docteur Jean Bouchard et du docteur Albert Jutras, vice-présidents, du docteur Jean-Louis Léger, trésorier, du docteur Origène Dufresne, secrétaire général adjoint.

Les docteurs Maurice Dufresne, Guy Duckett, Guillaume Gill, Jean-Pierre Jean et Louis-Yvan Vallée étaient membres également du comité directeur canadien. Parmi les officiers de séances, on note les noms des docteurs L. Genest, J. Laberge, R. Lessard, Mathieu Samson, Robert Labbé, J. Lapalme, Jacques Sylvestre, R. Béique, L. Audet, P. Perras, R. Drouin, J.-A. Vézina, P.-H. Lévesque, Marcel Longtin, L.-R. Payeur, R. Robillard, L. Huot, M. Thibault, R. Mathieu, J.-M. Légaré, J.-P. Bernier, R. Ethier, P.-E. Côté, J. Méthot, E. Lebel, R. Maltais, O. Raymond, P. Roy, R. Vallée et D. Berger.

CONFÉRENCE À JOLIETTE DES DOCTEURS SYLVAIN LAPORTE ET GRAVEL

Le docteur Sylvain Laporte, médecin attaché à l'hôpital Saint-Eusèbe de Joliette, a déclaré devant l'Association des infirmières du district de Joliette, réunies à l'occasion de leur assemblée annuelle, qu'il faudrait dorénavant accorder plus d'importance à prévenir les cas d'ictère et de jaunisse, qui sont les causes de l'hépatite infectieuse.

Il a fait cette déclaration après avoir donné lecture d'un rapport démontrant l'augmentation sans cesse croissante des cas d'hépatite infectieuse.

Le docteur Gravel, psychiatre de Montréal, a pris la parole pour expliquer les façons de prévenir les maladies mentales.

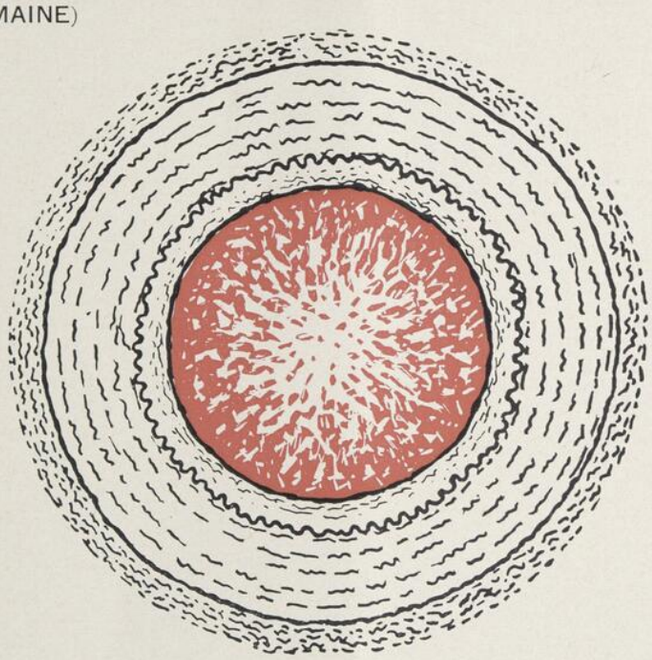
CONGRÈS DES ADMINISTRATEURS D'HÔPITAUX

L'Association des administrateurs d'hôpitaux a scruté, au cours de son deuxième congrès, le texte de la nouvelle loi qui régit les institutions hospitalières de la Province. Quatre orateurs ont pris la parole, dont le représentant du ministre de la Santé, le docteur Jean Grégoire, sous-ministre. Celui-ci n'a pas eu de difficulté à démontrer la néces-

LYSE des thrombi

LYOVAC* THROMBOLYSIN*

FIBRINOLYSINE (HUMAINE)



le premier agent thrombolytique *efficace* . . . dans la thrombophlébite, – la phlébothrombose – l'embolie pulmonaire – certains cas de thrombose artérielle†

LYOVAC* THROMBOLYSIN*

- lyse les thrombi déjà existants
- contribue à accélérer la guérison et abrège la convalescence
- diminue la fréquence des complications postérieures à la phlébite grâce à la lyse rapide et efficace des thrombi.

tout en comportant

- moins d'incidents secondaires (fièvre, frissons, malaise) graves
- plus de sécurité
- un indice thérapeutique accru et prévisible

"Les expériences cliniques ont maintenant atteint le stade permettant l'emploi généralisé en clinique des agents thrombolytiques dans le traitement des occlusions periphériques veineuses ou artérielles, ainsi que des embolies pulmonaires . . . "[1]

Présentation: Fioles de 100 cc. renfermant chacun 50,000 unités MSD.

†A l'exclusion de la thrombose cérébrale ou coronaire ainsi que des occlusions vasculaires rétiniennes.

1. Editorial, Fibrinolytic Treatment of Thromboembolic Disease, J.A.M.A. 175:316, Jan. 28, 1961.

MSD

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

*Marques de commerce

sité de cette législation inspirée du rapport du juge Chabot sur l'hôpital Jean-Talon, où se tenaient justement les assises du congrès.

Me Jérôme Choquette a reconnu que deux faits majeurs sont à l'origine de la loi des hôpitaux adoptée au début de 1962: le premier, c'est la reconnaissance du droit pour tous aux traitements hospitaliers; le second, ce sont les abus qui ont été révélés quant à l'emploi des subventions gouvernementales versées à certains hôpitaux en vertu de la loi de l'assistance publique. « De plus, à l'occasion (...) de procès mettant aux prises certains médecins et les conseils d'administration, ou encore récemment, par la démission en bloc de tout un bureau médical, il est apparu qu'il y avait certaines tensions existant entre les conseils d'administration des institutions hospitalières et les bureaux médicaux, si bien qu'il devenait impératif pour l'Etat d'intervenir afin de réglementer, dans une certaine mesure, les relations entre conseils d'administration et bureaux médicaux... »

M. Choquette affirme que le médecin doit cesser d'être un simple « invité » dans un hôpital, comme le préconisaient certains spécialistes en matière hospitalière. Il souligne que la loi vise à réglementer la qualité des services donnés au patient et qu'elle tente d'éviter le népotisme au sein des conseils d'administration. Il conclut: « L'hôpital reste une institution privée mais son financement et la réglementation qui s'y applique le tient de si près à l'Etat que l'on peut dire que l'hôpital est devenu une institution semi-gouvernementale, puisque l'Etat est devenu un partenaire ou associé dans l'administration de chaque hôpital de la Province ». Il souhaite que le régime instauré par l'Assurance-hospitalisation et par la nouvelle loi, « après une période inévitable de tâtonnements se résolve par un modus vivendi qui soit satisfaisant pour le patient, l'hôpital et l'Etat ».

Me Mario Dumesnil a présenté une étude portant sur la situation faite au conseil d'administration d'un hôpital par la nouvelle loi. Le docteur Marcel Langlois a commenté la loi en regard des exigences du conseil canadien d'accréditation des hôpitaux. L'accréditation a constitué, note-t-il, depuis longtemps déjà, une sorte de législation basée sur la bonne volonté et dont les résultats, sur le plan qualitatif, pourront difficilement être dépassés par « une loi organique des hôpitaux ».

A la fin de l'après-midi, à l'école des infirmières de l'hôpital Saint-Luc, on a procédé à l'investiture de nouveaux membres. L'Association des administrateurs d'hôpitaux, qui ne compte que deux ans d'existence, réunit déjà plus de deux cents membres.

L'ASSOCIATION DES DIRECTEURS MÉDICAUX

Conformément à l'entente conclue entre l'épiscopat de la Province et le Comité des hôpitaux du Québec, le conseil médical, qui était une commission du Comité, a procédé à sa dissolution, le 15 septembre dernier.

D'autre part, le même jour, l'Association des directeurs médicaux de la province de Québec, fondée le 3 mars et incorporée le 1er mai 1962, et dont les membres sont, à toutes fins pratiques, ceux de l'ex-conseil médical, ont tenu leur première assemblée générale. Le docteur Fernand Tanguay, de Sherbrooke, et le docteur Marc Bergeron, de Saint-Hyacinthe, ont été élus respectivement président et secrétaire du conseil d'administration du nouveau groupement.

Les directeurs médicaux groupés au sein de cette association offrent leur collaboration à la nouvelle Association des hôpitaux catholiques de la province de Québec et désirent travailler à la réalisation de l'unité organique des forces hospitalières catholiques de la Province.

UNITÉS SANITAIRES DE QUÉBEC GROUPÉES EN HUIT RÉGIONS

Le ministre de la Santé, le docteur Alphonse Couturier a marqué, vendredi le 3 août 1962 son désir de grouper les unités sanitaires de la Province en huit régions sous la direction de médecins régionaux.

Au cours du dîner qui couronnait une journée d'études des médecins hygiénistes des unités sanitaires du Bas du Fleuve et de la Gaspésie, le docteur Couturier a amorcé officiellement son programme en annonçant la nomination du docteur Viateur Ratté, de Rivière du Loup, au poste de médecin régional pour les régions du Bas du Fleuve.

Le territoire de chaque région sera conditionné par la densité de la population, a expliqué le député et ministre de Rivière du Loup. Le territoire qui vient d'être confié au docteur Ratté s'étend depuis Montmagny jusqu'à Gaspé. Le ministre a également désigné un assistant au médecin régional dans la personne du docteur Jean-Marc Frédette, attaché à l'Unité sanitaire du comté depuis juin dernier. Le docteur Couturier a aussi annoncé la nomination du docteur Jacques Parent à la direction de l'Unité sanitaire de Témiscouata dont les bureaux sont situés à Cabano.

Le but de cette réforme est de décentraliser l'appareil administratif du ministère de la Santé. Cette nomination de médecins régionaux établit une hiérarchie et permettra de libérer la direction générale du ministère, de problèmes locaux, régionaux et routiniers.

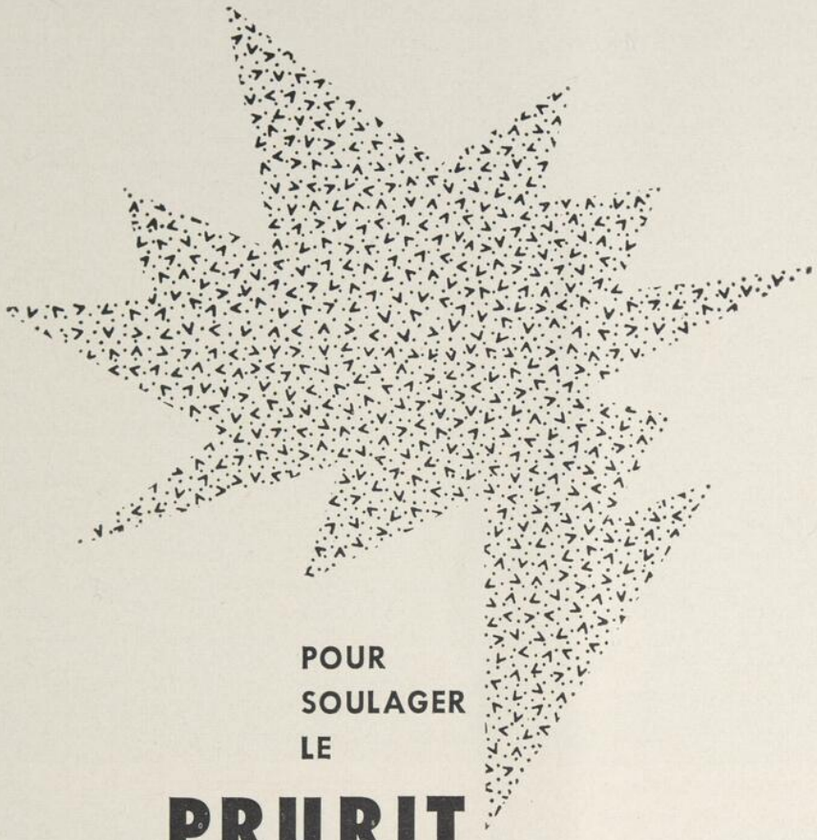
CONGRÈS DES OMNIPRATICIENS AUX TROIS-RIVIÈRES

Le congrès scientifique du chapitre de Québec du Collège de médecine générale du Canada a eu lieu les 28 et 29 septembre 1962, au Club « Le Laviolette » de Trois-Rivières. C'est la seule association professionnelle médicale qui soit spécifiquement dirigée vers le perfectionnement des omnipraticiens.

REMISE À QUÉBEC DE LA MÉDAILLE BÉCLÈRE AU PROF. SCHINZ

Le professeur Hans Schinz, de Zurich, a reçu le 5 septembre 1962 la médaille Antoine-Béclère décernée chaque année à un radiologiste de réputation internationale. Il avait présidé en 1934 le congrès international de radiologie, à Zurich, et il est l'auteur d'un traité de radiodiagnostic, plusieurs fois réédité, qu'Antoine Béclère considérait comme une « bible ».

La médaille fut remise par le docteur Antoine Lacassagne, professeur honoraire au Collège de France, dont le docteur Schinz avait été l'élève à la Fondation Curie.



POUR
SOULAGER
LE

PRURIT

QUELLE QU'EN SOIT LA CAUSE

panectyl

triméprazine

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

POULENC LIMITÉE
8580 ESPLANADE, MONTRÉAL

Parmi les personnalités qui assistaient à la cérémonie, on remarquait Mlle Antoinette Beclère, secrétaire générale du Centre Antoine-Béclère, de Paris. Fondé en 1952 en mémoire d'un pionnier de l'immunologie, ce centre est en quelque sorte le trait d'union entre les radiologistes du monde entier: secrétariat d'information, bibliothèque spécialisée, bulletin international, et surtout fichier de la bibliographie radiologique des dix dernières années.

NOUVEAU SERVICE DE SANTÉ POUR LES ÉTUDIANTS À L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Avec la rentrée des classes, l'Université de Montréal inaugure un nouveau service de santé complet à la disposition de ses étudiants.

L'Université, en posant ce geste, répond ainsi à un voeu formulé par l'Association générale des étudiants et veut tenir compte des exigences croissantes que dicte le nombre sans cesse grandissant de sa population étudiante.

Depuis 1945, l'Association générale des étudiants mettait un service médical à la disposition de ses membres. Confié à l'AGEUM par la Commission des études, ce service comprenait l'examen médical obligatoire au moment de l'admission à l'Université, un service de consultation médicale disponible trois fois la semaine et, depuis quelques mois, la consultation psychiatrique.

Efficace à ses débuts, ce service devait par la suite devenir très onéreux, en raison de la complexité administrative qu'il comportait, de moins en moins utile, à cause du manque de moyens de contrôle dont disposait l'organisation étudiante, et de plus en plus exigeant à mesure que la population augmentait à l'Université.

De part et d'autre, l'université et l'AGEUM mirent sur pied des comités d'étude devant aborder le problème et formuler des recommandations. La création du nouveau service de santé est l'aboutissement de ces travaux d'étude.

Le service a été confié à la direction du docteur Julien Denhez, spécialiste en hygiène publique et chargé de cours à l'Ecole d'hygiène, et s'adressera aux étudiants de toutes les facultés et écoles de l'Université, y compris l'Ecole polytechnique, l'Ecole d'optométrie et l'Ecole normale secondaire.

Le docteur Yves Dagenais, du service de médecine de l'Hôtel-Dieu, apportera son concours au docteur Denhez.

COMMUNICATION DU DOCTEUR JULIEN MARC-AURÈLE À LA FONDATION DES MALADIES DU CŒUR

Les médecins connaissent depuis longtemps l'hormone anti-diurétique (ADH) à laquelle est reliée la réabsorption de l'eau par le rein. Le docteur J. Marc-Aurèle, travaillant au sein d'une équipe sous la direction du docteur Irving L. Schwartz, au Brookhaven National Laboratory, de New-York, est parvenu à expliquer le mécanisme de cette opération. Il a pu poursuivre ces recherches grâce à la générosité de la Fondation canadienne des maladies du cœur. Il est présentement attaché au département des recherches, à l'Hôtel-Dieu de Montréal, à titre de directeur associé.

Devant les membres du bureau de direction de la Fondation canadienne des maladies du coeur, le docteur Marc-Aurèle a expliqué que les expériences se sont d'abord faites sur des vessies de crapaud. Dans des conditions normales, cet organe est imperméable; mais sous l'influence de l'hormone antidiurétique, il devient perméable. Ce phénomène rappelle ce qui se passe dans les tubes urinifères au cours de l'absorption de l'eau par le rein.

Le docteur Marc-Aurèle a donc étudié la perméabilité de cette membrane soumise à l'action de l'ADH ou à celle de composés chimiques analogues.

L'ÉCOLE DE TECHNOLOGIE MÉDICALE DE L'U. DE M. OBTIENT SA RECONNAISSANCE

L'Association médicale du Canada (Canadian Medical Association) et la « Canadian Society for Laboratory Technologists » viennent de reconnaître officiellement les programmes d'études de l'Ecole de technologie médicale de l'Université de Montréal.

Fondée en 1953, l'Ecole de technologie médicale de l'Université de Montréal a connu, sous la direction du docteur Roger Beaulieu, directeur de l'Ecole depuis sa fondation, des progrès aussi certains que rapides. Cette reconnaissance couronne donc dix ans d'efforts soutenus.

Les vingt inscriptions de la première année ont maintenant triplé et l'Ecole accueillera pas moins de 68 nouveaux étudiants cette année.

COURS POST SCOLAIRES DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE CONTRE L'ARTHRITE ET LE RHUMATISME

Dans le but de promouvoir l'intérêt vis-à-vis le diagnostic et le traitement des maladies rhumatismales, la Société canadienne contre l'Arthrite et le Rhumatisme désire organiser un cours post-gradué portant sur les problèmes de la pratique quotidienne en rhumatologie, du 29 octobre au 2 novembre 1962.

Ce cours sera donné en anglais et en français dans les hôpitaux respectifs, sous forme de panels et démonstrations cliniques.

ASSOCIATION DES DERMATOLOGISTES ET SYPHILIGRAPHES DE LANGLE FRANÇAISE

Le XIe Congrès de l'Association des dermatologistes et syphiligraphes de langue française s'est tenu à Montréal, le 5 septembre 1962 et à Québec, les 6, 7, 8 septembre 1962.

Le bureau de l'Association des dermatologistes et syphiligraphes de langue française était ainsi composé: président: M. le professeur Bernard Duperrat, Paris; vice-présidents: Messieurs les professeurs Elie Hadida, Alger, J. Ramos E Silva, Rio de Janeiro, Emile Gaumond, Québec, Henri Thiers, Lyon; secrétaire général: M. le docteur Georges Garnier, Paris; trésorier: M. le docteur P. de Graciansky, Paris.

Le bureau du XIe Congrès était constitué comme suit: président: M. le professeur Emile Gaumond, Québec; vice-président: M. le docteur J.-Adrien Lambert, Montréal; secrétaire général: M. le professeur Georges Leclerc, Montréal; trésorier: M. le docteur Victor Panaccio, Montréal.

Le programme du Congrès se lisait:

Embonpoint?

Tenuate Dospan* modère l'appétit sans augmenter la tension artérielle[1,2,3]

un comprimé à 10 heures du matin

Merrell

* Marques déposées: Tenuate (marque de diéthylpropion); Dospan.
1 Jones, H. E., Practitioner, 188:229-231, 1962
2 Hadden, D. R. & Lucy, C., Ulster, M.D. 30:109-113, 1961
3 Alfaro, R. D. *et al.*, J. Lancet 80:526-530, 1960



Mercredi, 5 septembre, 9 h. présentation de malades à l'hôpital Notre-Dame. — La Société de Dermatologie de Montréal.

Vendredi, 7 septembre. Les séances eurent lieu au grand amphithétâre de la Faculté de Médecine de l'Université Laval. 8 h. 45 Réunion du Conseil d'Administration de l'Association. 9 h. Assemblée générale de l'Association. 9 h. 30 Ouverture du Congrès. Allocutions de Monsieur le Président de l'Association, Monsieur le doyen de la Faculté de Médecine, Université Laval. 10 h. Dermatoses et Cancers profonds, professeur Yves Bureau (Nantes). Comparaison des rapports entre Dermatomyosites et respectivement Acanthosis nigricans avec les Cancers profonds, professeur Alberto Midana et docteur R. Leone (Turin). Réticulose maligne révélée par une ichtyose apparue à l'âge de 29 ans, les docteurs Louis Vissian, P. Audoly, Et. Martin, M. Namer (Nice). Dermatoses et Cancers profonds en Afrique, docteur James Marshall (Cape Town, Sud Afrique). Dermatoses bénignes monitrices de Cancers profonds, docteur Helen O. Curth (New-York). Discussion sur le rapport et les communications précédentes. 11 h. 30 Les Dysglobulinémies, professeur Spartacus Lapiere (Liège). Discussion sur le rapport précédent. Eczéma-prurigo, hypothèse pathogénique, professeur Emile Gaumond (Québec). Sécrétion interne de l'épiderme, professeur J. Ferreira-Marques (Mendoza, Argentine). 13 h. Déjeuner offert par l'Université Laval. 15 h. Les Hypodermites en plaques et diffuses des membres inférieurs, professeur Claude Huriez et les docteurs François Desmons, Pierre Agache, Monique Bombart (Lille). Les Hypodermites, professeur Pietro Cerutti (Naples). Les Hypodermites nodulaires des jambes, les docteurs Luis M. Balina, José Cardama, Juan C. Gatti, Calixto Perez Maldonado (Buenos Aires). Les Vascularites nodulaires, docteurs Carlos E. Lucena et Benjamin Diaz (Rosario, Argentine). Discussion sur le rapport et les communications précédentes. La Blastomycose Nord Américaine au Canada, docteur Jean Grandbois (Québec). La Sporotrichose au Mexique, professeur Fernando Latapi (Mexico).

Samedi, 8 septembre. La séance eut lieu à la Salle de clinique de l'Hôtel-Dieu de Québec. 9 h. Les Rickettsioses cutanées, professeur A. Bazex (Toulouse), professeur J. Beurey (Nancy) et le docteur Salvador (Toulouse). Discussion sur le rapport précédent. Les Epithéliomas d'origine arsénicale, professeur Enrique E. Tello (Cordoba, Argentine). Mal del Pinto, docteur Amado Saul (Mexico). Dégénération des Mitochrondries dans les tumeurs cutanées, professeur J. Ferreira-Marques et C. S. Gomez (Mendoza, Argentine). Sur un cas très notable de Xanthomatose généralisée, les docteurs J. Mercadal-Peyri, J. Sans-Mascaro, Ch. de Martin-Gasso (Barcelone). Mise au point sur le traitement des Mycétomes, les docteurs Pedro Lavalle et Amado Saul (Mexico). Les Glossodynies moniliasiques, professeur V. Cordonnier (Lille).

L'HÔPITAL STE-JEANNE-D'ARC FAIT UN ARRANGEMENT À L'AMIABLE AVEC SES TROIS MÉDECINS CONGÉDIÉS

Après de nombreux pourparlers avec l'administration actuelle de l'hôpital Ste-Jeanne-d'Arc, un incident, qui a défrayé pendant un certain temps la manchette dans les journaux de Montréal, a pris fin ces jours derniers par un règlement hors cour.

Trois médecins de cette institution, les docteurs J.-A. Manseau, R. Larichelière et Georges Garneau, avaient été destitués comme membres du bureau médical de cet hôpital. A la suite de leur congédiement, ils ont intenté des poursuites contre la corporation en cause. Ces procédures originèrent par un bref de mandamus émis par le docteur Garneau où il eut gain de cause. La Corporation en appela de ce jugement et se rendit jusqu'en Cour Suprême mais sans succès. Forts de ces trois jugements favorables, les requérants se prévalurent subséquemment d'une action en dommage contre la Corporation. Cette action demeura cependant en suspens jusqu'à ces jours derniers où intervint un arrangement à l'amiable.

RÉUNION ANNUELLE DE L'ASSOCIATION CANADIENNE DE MÉDECINE PHYSIQUE ET DE RÉHABILITATION

La réunion annuelle de l'Association s'est tenue les 23, 24 et 25 août 1962 à l'Institut de Montréal. Le programme des séances scientifiques se lisait comme suit:

Heterotopic Calcification of Soft Tissues in Paralysis. M. H. L. Desmarais, M.D., Winnipeg.

Are Breathing Exercises of Value in the Treatment of Chronic Pulmonary Emphysema? J. E. Merriman, M.D., M. G. P. Cameron, M.D. E. Pirrie, M.C.S.P. Saskatoon.

Histological Effects of Ultrasound Radiation in the Medical Therapeutic Range. G. A. Lawson, M.D., C. M. Godfrey, M.D. H. Rowsell, M.D., Toronto.

Bladder Training in the Female Paraplegic. A. T. Jousse, M.D., Toronto.

The Use of Isolated Intestinal Segments in the Treatment of the Neurogenic Bladder. J. Susset, M.D., Montreal.

A Review of the Results of Treatment of Hemiplegics at Lyndhurst Lodge Hospital. T. Bell, M.D., Toronto.

Perceptual Disturbances in Hemiplegia in Relation to Success in Activities of Daily Living. E. J. Lorenz, M.D., New York.

Neuropsychiatry Of Aging. Chas. H. Cahn, M.D., Montreal.

Clinical Aspects of Aging. A. David Sherman, M.D., Montreal.

Some Physiological Aspects of Aging. Eugène Robillard, M.D., Montreal.

Some Experiences in the Rehabilitation of the Disabeld Elderly Patient. Harry Silverstein, M.D., Toronto.

Discussion to be opened by Dr. J. MacDonnel, Winnipeg.

Chairman: Dr. A. Shears, Halifax.

Late for School. M. T. F. Carpendale, M.D., Edmonton.

Rehabilitation of the Elderly Patient at Home. T. E. Hunt, M.D., Saskatoon.

Red and Blue Lights and all that Jazz. H. V. Cranfield, M.D., Toronto.

A Historical Survey of Lower Limb Prostheses. C. M. Godfrey, M.D., Toronto.

Les docteurs Gustave Gingras et Maurice Mongeau ont présidé les séances.

Symbole d'équilibre

Chaque fois que la tension nerveuse, la fragilité du terrain émotionnel et les troubles fonctionnels et psychosomatiques accompagnent ou aggravent ou dominent le tableau clinique le Librium équilibre et apaise sans que les malades ressentent ou donnent l'impression d'être sous l'effet d'un médicament.

Librium
le successeur des tranquillisants

Documentation sur demande.
Librium® chlorhydrate de 7-chloro-2-méthyl-amino-5-phényl-3H-1,4-benzodiazépine 4-oxyde.
® Marque déposée.

Hoffmann-La Roche Limitée, Montréal



Lb622F

MICROBIOLOGISTE FRANÇAIS À LA PRÉSIDENCE DE L'AIM

Le Prof. André Lwoff, de l'Institut Pasteur de Paris, a été élu, président de l'Association internationale des sociétés de microbiologie. Il succède au Prof. Stuart, de l'Université de Pennsylvanie.

L'élection s'est déroulée à l'issue du Congrès international de microbiologie. Un trait marquant du congrès a été l'importance accordée au rôle de la microbiologie en agriculture.

Sous réserve de confirmation, Moscou a été choisi comme lieu du prochain congrès international en 1966.

Le Prof. Karl-Goren Heden, de Stockholm, a été élu vice-président de l'association internationale. Les autres membres élus du bureau sont le docteur N. E. Gibbons, du Conseil national de la recherche, d'Ottawa et le Prof. Maurice Welsch, de l'Université de Liège, en Belgique, le premier à titre de secrétaire général et le second comme trésorier.

SOUTENANCE DE THÈSE À L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

La soutenance de thèse de monsieur Jean-Claude Panisset, pour l'obtention d'un Doctorat (Ph.D.) en Pharmacologie a eu lieu le jeudi 23 août 1962, à 3 heures de l'après-midi, à la salle H 415. Le titre de la Thèse: « Etude de l'influence réciproque des hormones et des substances neurohumorales sur le muscle lisse ».

Quel fer intramusculaire est absorbé directement par la voie sanguine aussi bien que par la voie lymphatique?

Réponse: **Jectofer**

Des renseignements supplémentaires sur Jectofer, un nouveau fer intramusculaire à faible poids moléculaire, vous sont fournis dans cette revue.

RÉUNION ANNUELLE COLLÈGE ROYAL DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DU CANADA

La réunion annuelle du Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada aura lieu à l'Hôtel MacDonald d'Edmonton les 17, 18 et 19 janvier 1963.

Les examens de 1962 du Collège sont à l'ordre du jour.

On continue de beaucoup s'intéresser aux examens du Collège Royal. Un total de 1,253 candidats ont été admis à se présenter aux examens de 1962, soit 649 en vue du certificat et 604 en vue du diplôme d'associé.

Plusieurs s'étonnent de l'ampleur de ces chiffres, étant donné qu'environ 850 diplômés seulement sortent des écoles de médecine du Canada chaque année. Il y a, naturellement, un certain nombre de candidats qui reprennent l'examen; d'autre part, parmi les candidats au diplôme, il en est un certain nombre qui sont déjà certifiés et qui désirent maintenant obtenir la qualification supérieure conférée par le diplôme. En outre, les candidats comprennent des diplômés d'écoles de médecine étrangère qui ont immigré au Canada ou qui y ont terminé leur formation post-universitaire et tiennent à obtenir le diplôme d'associé avant de rentrer dans leur pays.

PROCHAIN CONGRÈS DES RADIOLOGUES EN ITALIE

Le 11e congrès international de radiologie aura lieu à Rome, au début de septembre 1965. C'est ce qu'a annoncé le docteur Luigi Turano, directeur de l'Institut de Radiologie de l'Université de Rome, qui participa au congrès de radiologie au Reine Elisabeth. Le secrétaire-général du prochain congrès sera le professeur Arduino Ratti, directeur de l'Institut de cancer de Milan. Le 11e congrès aura un service de traduction simultanée en cinq langues — français, anglais, italien, espagnol et allemand. Le docteur Turano s'est dit enchanté de l'accueil des radiologues canadiens et espère que le prochain congrès, qu'il présidera, sera aussi réussi.

TEXTE DE L'ACCORD INTERVENU ENTRE L'ÉPISCOPAT ET LE COMITÉ DES HÔPITAUX

Voici textuellement les termes de l'entente intervenue, le 2 août 1962, entre, d'une part, Son Excellence Mgr Maurice Roy, archevêque de Québec et Primat de l'Eglise canadienne, et M. l'abbé Charles-E. Mathieu, tous deux agissant au nom de l'Assemblée épiscopale des Archevêques et Evêques de la province civile de Québec, et, d'autre part, le comité exécutif du Comité des Hôpitaux, ayant pleins pouvoirs de négocier cet accord et de prendre une décision en cette affaire.

A) *L'Ecole d'administration hospitalière.*

Son Excellence le Représentant de l'Episcopat et leur délégué officiel auprès des hôpitaux de la Province accep-

VARIDASE*

Streptokinase-Streptodornase Lederle

TOPIQUE

a fait la différence



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



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

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

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

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

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

*Marque Déposée

TRAUMATISMES (Ecchymoses)



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

SEULEMENT 48 HEURES PLUS TARD



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

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

La VARIDASE Buccale n'affecte pas les cellules vivantes saines ni le mécanisme de la coagulation normale. Sous forme de comprimés buccaux, la Streptokinase active l'enzyme naturel, le plasminogène. Cet enzyme aide les systèmes lymphatique et circulatoire de l'organisme à fonctionner normalement en favorisant la pénétration à travers la barrière fibrineuse. L'œdème se trouve ainsi réduit, la phagocytose se poursuit plus rapidement et le drainage est amélioré.

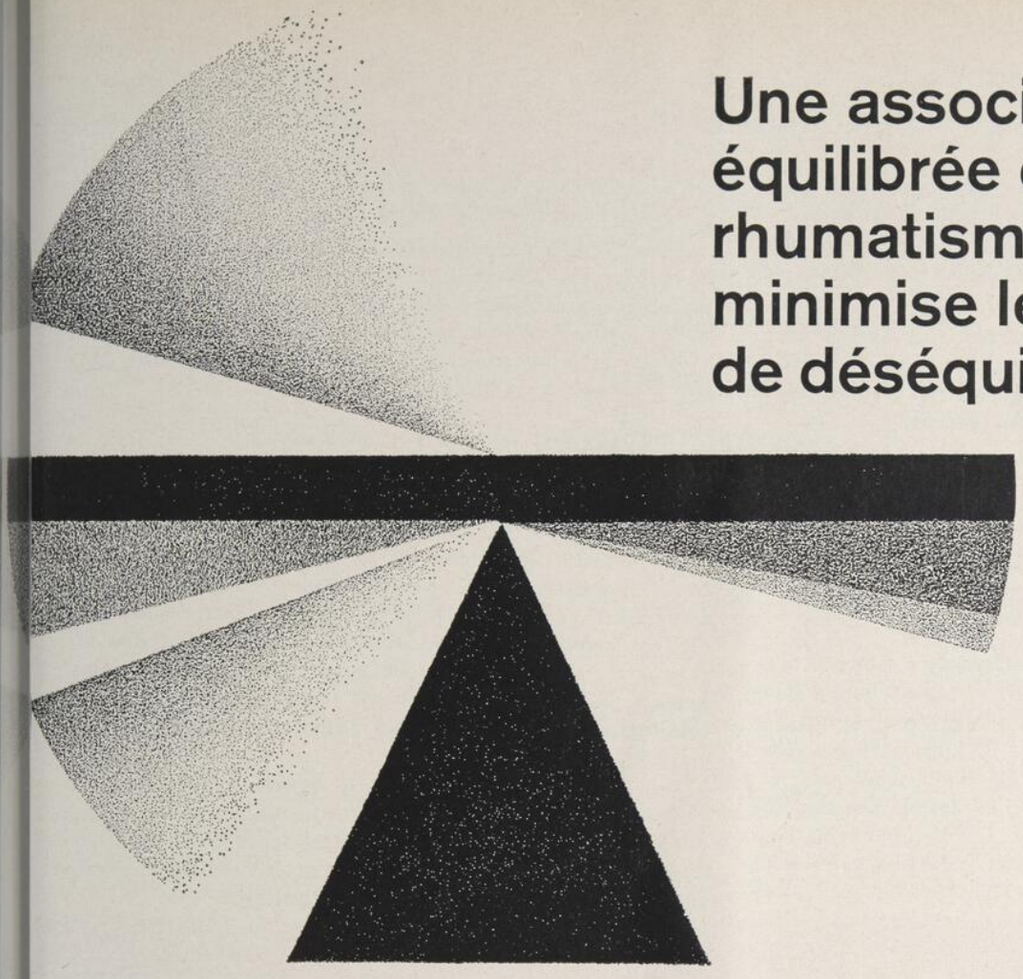
*Marque Déposée

Les COMPRIMÉS BUCCAUX de

VARIDASE* ont fait la différence

Streptokinase-Streptodornase Lederle

Lederle CYANAMID OF CANADA LIMITED, *Montréal*



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

Stérazolidine® Geigy

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

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

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

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

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

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

Produits Pharmaceutiques Geigy, Montréal

tent de reconnaître « l'autonomie administrative, académique, juridique et financière » de l'Ecole supérieure d'administration hospitalière, fondée en 1948 par les dirigeants du Comité des Hôpitaux du Québec, aux conditions suivantes:

1 — Qu'un représentant désigné par l'Episcopat et un délégué de l'Association des Hôpitaux Catholiques (AHCQ) fassent partie du personnel dirigeant de l'Ecole, et au moins l'un des deux au niveau de l'exécutif;

2 — Que l'Ecole fasse immédiatement toutes les démarches nécessaires pour s'affilier à une Université ou Ecole déjà affiliée à une Université; cette demande d'affiliation devant se faire d'abord auprès des Universités ou Ecoles affiliées aux Universités du Québec;

3 — Que l'Ecole collabore loyalement avec l'AHCQ et vice versa;

4 — Que l'Ecole se limite exclusivement à son rôle d'enseignement au niveau universitaire: a) auprès de ses élèves réguliers du cours général d'administration hospitalière (cours du jour et cours du soir); b) auprès de ses élèves réguliers du cours d'organisation et de direction médicales (cours du jour et cours du soir); c) auprès des diplômés (D.A.H.) actuels et à venir de l'Ecole, par des cours réguliers post-scolaires de caractère exclusivement scientifique.

5 — *Incorporation de l'Ecole*:

a) l'Ecole pourra demander son incorporation sitôt l'entente signée;

b) il est entendu que le texte de la requête demandant cette incorporation sera préalablement soumis, pour approbation, à un avocat et à un canoniste désignés par Son Excellence le Représentant de l'Episcopat.

6 — *Reconnaissance de l'Ecole*:

Son Excellence le Représentant et le délégué de l'Episcopat acceptent:

a) de reconnaître immédiatement cette Ecole comme institution de niveau supérieur en administration hospitalière;

b) d'appuyer les démarches qui seront entreprises pour obtenir l'affiliation universitaire;

c) de reconnaître plus tard cette Ecole comme institution de niveau universitaire, sitôt une entente conclue avec une université de la province de Québec ou une école affiliée à une des universités de la Province.

B) *Le Comité des Hôpitaux du Québec.*

Les dirigeants du Comité des Hôpitaux du Québec acceptent de procéder, sans délai et si possible avant le congrès de septembre prochain, à la dissolution complète du Comité des Hôpitaux du Québec;

a) dès lors seront intégrés ou n'existeront plus, selon le bon vouloir de l'Association:

— le service des relations extérieures;

— les commissions officielles énumérées dans la brochure sur le C.H.Q. publiée en mars 1960, à l'exception cependant de la Commission des Ecoles de gardes-malades auxiliaires et de la Commission des Ecoles de gardes-bébés;

— les trois conseils, à savoir: Le Conseil médical, le Conseil d'économie financière et le Conseil de la direction du personnel.

b) le Service des cours de perfectionnement du C.H.Q. sera complètement intégré dans l'AHCQ (voir Section C):

C. *Concernant la revue L'Hôpital d'aujourd'hui Inc. et Le Guide hospitalier, il est convenu*:

— qu'un tiers des membres du Conseil de Rédaction de la revue soient désignés par l'AHCQ; en outre qu'un certain nombre de pages dans chaque numéro de la revue soient régulièrement mises à la disposition de l'association,

— que la publication du « Guide Hospitalier » soit confiée à l'avenir à l'AHCQ.

D. *Concernant la recherche scientifique*:

— il est convenu que l'Ecole et l'Association pourront se constituer chacun un centre ou un service de recherches, nécessaires à la poursuite de leurs objectifs respectifs;

— cependant, afin d'éviter le double emploi possible, toute concurrence ou tout conflit regrettables, l'Ecole n'entreprendra aucune nouvelle recherche (autre que celle qui est présentement en cours sur « l'évaluation des tâches » et au sujet de laquelle nous recommandons qu'une entente soit conclue le plus tôt possible entre l'Ecole et l'Association) qu'avec le plein accord préalable de l'association;

— il est convenu que le Centre documentaire actuel du C.H.Q. collaborera effectivement à la fondation du service de documentation de l'AHCQ en lui fournissant tout matériel possible et qui sera utile aux activités de l'association et à celles de son Service d'éducation.

C) *Le service des cours de perfectionnement.*

Ce service, jadis organisé par le Comité des Hôpitaux du Québec et l'Ecole d'administration hospitalière sera parfaitement intégré dans l'AHCQ, et aura son siège dans les bureaux de l'association.

Il est toutefois entendu que:

1 — les dirigeants de l'Ecole auront le privilège de recommander à l'association un directeur de leur choix comme responsable de ce service. Sa nomination et son contrat de travail relèveront du Conseil d'Administration de l'AHCQ;

2 — le service des cours de perfectionnement aura le droit d'offrir tous les cours déjà organisés par ce service, sous les auspices du CHQ et memtionnés dans les annuaires des dernières années;

3 — le directeur du service sera assisté d'un comité qui devra comprendre un tiers des membres désignés par le Conseil d'Administration de l'AHCQ. Les deux autres tiers seront désignés par le Conseil d'Administration de l'Ecole;

4 — les deux tiers des profits nets réalisés par les activités de ce service seront versés à l'Ecole. Ce pourcentage pourra cependant faire l'objet d'un nouvel accord entre les parties l'expérience d'une première année terminée, et ce, à la demande soit de l'Ecole, soit de l'Association.

5 — le service des cours de perfectionnement ainsi intégré devra collaborer étroitement avec le « Service d'éducation » (vice versa) qu'instituera l'association, et qui aura pour mission d'organiser les sessions d'études et de formation, les forums, les séminars et les colloques jugés nécessaires, pour le bien des membres de l'association en particulier et le personnel de leurs institutions en général. Le directeur de ce « service d'éducation » sera désigné et nommé par le Conseil de l'AHCQ; il sera lui aussi assisté d'un comité qui devra comprendre un tiers de membres désignés par les dirigeants de l'Ecole, et deux tiers de membres désignés par le Conseil d'Administration de l'Association.

CHEZ L'HYPERTENDU

où un seul médicament
ne saurait suffire,
il suffit d'une R_x

SER-AP-ES®

SERPASIL® + APRESOLINE® + ESIDRIX®

4 actions essentielles en un comprimé pour simplifier le traitement du complexe hypertensif

ACTION CENTRALE



s'oppose à la diffusion des influx vasopresseurs du sympathique — réduit l'hypertonie vasculaire cérébrale

ACTION RÉNALE



augmente l'irrigation sanguine rénale — favorise la diurèse et la salidiurèse

ACTION CARDIAQUE



prolonge la diastole, réduit le rythme — diminue la fatigue du muscle

ACTION VASCULAIRE



neutralise l'action des substances vasopressives au niveau du système vasculaire ; rend celui-ci plus sensible aux effets hypotenseurs des trois agents réunis

POSOLOGIE MOYENNE: Un ou 2 comprimés t.i.d., en commençant avec un comprimé t.i.d. Comme traitement d'entretien, utiliser la dose minimum nécessaire, une fois obtenu l'effet hypotenseur désiré.

PRÉSENTATION: Comprimés Ser-Ap-Es (roses) dosés à 0.1 mg. de Serpasil (réserpine CIBA), 25 mg. d'Apresoline (hydralazine CIBA), 15 mg. d'Esidrix (hydrochlorothiazide CIBA); 100 ou 500.

CIBA
OÙ LA RECHERCHE EST DE TRADITION

2229

D) *Congrès, expositions et sessions.*

Les signataires reconnaissent que seule l'AHCQ aura le droit d'organiser des congrès, des expositions scientifiques ou commerciales, et des sessions d'études à l'adresse du personnel des hôpitaux catholiques et des communautés religieuses hospitalières de la province de Québec.

E) *Le personnel du Comité des hôpitaux.*

Toute personne actuellement à l'emploi du Comité des Hôpitaux du Québec, et dont les services ne seront pas requis par l'Ecole d'Administration Hospitalière sera assurée, si elle le désire, d'un emploi à l'AHCQ.

F) *Les biens du Comité des Hôpitaux.*

a) Il est accepté qu'à la dissolution du Comité des Hôpitaux, les biens meubles et immeubles du Comité soient transférés à l'Ecole.

b) Il est convenu toutefois que le Comité fera un don appréciable à l'AHCQ incorporée.

c) Il est entendu qu'un bilan certifié des biens meubles et immeubles du C.H.Q. lors de la dissolution, sera remis à Son Excellence Monseigneur Maurice Roy.

G) *Comité de conciliation.*

En cas de mésentente ou de conflit entre l'Association des Hôpitaux Catholiques de la province de Québec (fondée le 8 août 1962) et l'Ecole d'administration (fondée en 1948 par la CHQ); un comité de conciliation sera formé:

a) dès qu'une des deux parties en fera la demande;

b) chaque partie aura droit à deux représentants de son choix;

c) les parties devront s'entendre pour désigner un cinquième membre qui agira comme président, avec droit de vote;

d) si les parties ne peuvent s'entendre sur le choix d'un président, celui-ci sera désigné par Son Exc. Mgr le Représentant de l'Episcopat;

e) le comité aura pouvoir d'étude et de décision exécutoire.

H) *Unité des forces hospitalières.*

Afin de sauvegarder l'unité, favorisée par le présent accord, et d'assurer à l'intégration réalisée jusqu'ici des bienfaits durables, les signataires conviennent que la nouvelle Association des Hôpitaux Catholiques de la province de Québec (fondés le 8 août 1962) devrait constituer à l'avenir le seul centre de ralliement des forces hospitalières catholiques de la province de Québec.

En conséquence:

a) ils s'engagent à encourager ouvertement tous les hôpitaux catholiques, à direction religieuse ou laïque, à joindre les rangs de l'A.H.C.Q. et à collaborer activement à la poursuite de ses objectifs;

b) ils conviennent dans l'esprit et la lettre de la présente entente, qu'aucune nouvelle initiative devant bénéficier à l'une ou l'autre catégorie du personnel des institutions hospitalières catholiques (cours, école, association, organisme de diverse nature) ne pourra être prise sans le plein consentement préalable des dirigeants officiels de l'A.H.C.Q.;

c) ils conviennent que l'A.H.C.Q. accepte de collaborer avec l'Ecole actuellement reconnue par l'Episcopat;

d) ils conviennent que la constitution de l'AHCQ reconnaîtra spécifiquement l'essentiel de la présente entente;

e) ils conviennent que l'AHCQ sera invitée à faire, lors du congrès de septembre, une déclaration à l'effet qu'elle appuie la demande d'affiliation universitaire de l'Ecole supérieure d'Administration Hospitalière.

Signataires

Tous les termes de l'entente définis en ce présent document sont de part et d'autre totalement agréés. Font foi de leur acceptation, les signatures suivantes:

Maurice ROY,
Excellence Révérendissime Monseigneur Maurice Roy, Archevêque de Québec, Primat de l'Eglise Canadienne, Représentant de l'Episcopat auprès des hôpitaux;
Charles E. MATHIEU, ptre,
M. l'abbé Charles E. Mathieu, ptre, délégué de l'Episcopat auprès des hôpitaux;
Gaston RODRIGUE, M.D.,
Le docteur Gaston Rodrigue, président du Comité des Hôpitaux du Québec;
Hector-L. BERTRAND, s.j.
Rév. Père Hector-L. Bertrand, s.j., directeur général du Comité des Hôpitaux du Québec;
Dr R. LATOURELLE
Le docteur Rodrigue Latourelle, membre du Conseil d'administration et de l'Exécutif du Comité des H. du Q.;
J.-P. DESLIERRES
M. Jean-Paul Deslierres, MRI, sec. des séances du Conseil d'admin. du Comité des Hôp. du Québec.

Montréal, le 2 août 1962.

"BIORHEOLOGY" — AN INTERNATIONAL JOURNAL

Nous venons de recevoir le premier numéro de cette nouvelle revue et nous sommes heureux d'en informer nos lecteurs.

Par rhéologie, on entend la science de la circulation et de la déformation de la matière, selon la définition qu'on lui reconnut en 1929 à la fondation de la Société américaine de rhéologie.

La biorhéologie est cette science appliquée aux êtres vivants. Et ainsi tout ce qui est circulation chez les êtres vivants et tout particulièrement chez les animaux et encore mieux chez l'homme, doit s'intégrer dans les cadres de cette nouvelle science.

Ce nouveau journal qui vient d'être édité sera donc surtout intéressé à la physiologie, à la biochimie et à la pathologie des phénomènes de circulation de l'homme.

C'est une édition de *Pergamon Press*, à siège social et commercial à New-York et Oxford (Angleterre). Nous croyons que les intéressés à cette science et par dessus tous les médecins et les scientistes qui se consacrent à des travaux de recherches dans ce secteur important de la physiologie et de la physiopathologie de la circulation chez l'homme, voudront prendre connaissance de cette nouvelle édition périodique.


soulagement de la tension affective?
Nombre de personnes trouvent dans la nourriture un soulagement à leur tension psychique. Peut-être grignotent-elles sans cesse, même lorsqu'elles n'ont plus faim. Il en résulte généralement de l'embonpoint.
Les capsules 'Eskatrol Spansule' maîtrisent l'appétit tout en soulageant le stress émotif cause de la polyphagie. C'est pourquoi un si grand nombre de sujets maigrissent plus rapidement avec 'Eskatrol'.
ESKATROL* SPANSULE*
capsules à désagrégation prolongée
maîtrise l'appétit la journée durant
tout en jugulant le stress psychique sous-jacent
COMPOSITION ET PRÉSENTATION: Chaque capsule 'Eskatrol Spansule' contient 15 mg de Dexedrine* et 7.5 mg de prochlorpérazine. (La prochlorpérazine seule est présentée au Canada par Poulenc Limitée sous la marque déposée STÉMÉTIL). Les capsules 'Eskatrol Spansule' sont présentées en flacons de 30 et de 250.
*Marque déposée au Canada
SMITH KLINE & FRENCH • MONTRÉAL 9
SK&F

REVUE DES LIVRES

Indications chirurgicales dans le traitement des cancers. Par Henri REDON. Un volume de 285 pages. Masson et Cie, édit., 1962.

Professeur de Clinique chirurgicale carcinologique à la Faculté de Médecine de Paris, chirurgien de l'Institut Gustave Roussy pendant près d'une trentaine d'années, Henri Redon était qualifié plus que nul autre pour livrer à tous ses collègues chirurgiens et à tous les médecins qui s'occupent de cancérologie, le fruit de ses réflexions et de sa vaste expérience personnelle.

Avec la collaboration de Jean-Claude Ménégaux, Assistant des Hôpitaux de Paris, il développe en un volume de 285 pages, ce que tout chirurgien notamment, doit présentement savoir et comprendre pour s'abstenir d'opérer ou pour intervenir en temps opportun en présence d'un cancer donné.

En matière de cancer surtout, le chirurgien doit penser en anatomiste sans doute, mais aussi en biologiste. Avec tous les moyens actuellement connus, il lui faut circonscrire le diagnostic le plus près possible; il lui faut savoir reconnaître les formes aiguës de certains cancers, formes qui contrindiquent l'intervention; surveiller les poussées évolutives; savoir hésiter ou s'abstenir devant certaines opérations mutilantes périodiquement prônées, anatomiquement réalisables, mais physiologiquement et *humainement* contestables; être renseigné sur les diverses modalités des métastases, des envahissements ganglionnaires, lymphatiques et sanguins. Il faut repenser la question des récidives immédiates ou tardives, locales ou à distance; apprécier à leurs mérites respectifs, la valeur présente des thérapeutiques exclusives, associées ou complémentaires.

« Il y a quinze ou vingt ans, note dans son Introduction le Professeur Redon, la découverte d'un cancer mammaire dictait la conduite du médecin et imposait, dans les moindres délais, l'amputation élargie de la glande mammaire: l'opération de Halsted représentait, alors, le seul traitemnet du cancer du sein. Des contre-indications étaient certes admises par tous, mais seules quelques variantes techniques étaient discutées par les différentes écoles chirurgicales. Or ce problème naguère si simple est devenu aujourd'hui d'une complexité pratiquement insoluble pour le chirurgien praticien. Voici, en effet, le choix non limitatif devant lequel se trouvent le médecin et son chirurgien consultant. Je me borne ici à énumérer les schémas thérapeutiques proposés, sans en discuter les inditions ».

Quelques lignes plus loin suit l'énumération des sept schémas thérapeutiques susceptibles d'être utilisés actuellement.

Ceci pour le seul cancer du sein; et à la lecture de l'ouvrage on se rend facilement compte que maints autres cancers soulèvent des problèmes tout aussi angoissants.

Ces problèmes, l'auteur s'efforce de les clarifier pour nous dans les Directives générales préliminaires et les 34 chapitres de son ouvrage. Les 4 premiers chapitres ont pour titres respectifs: Evolution générale des cancers, Le diagnostic des cancers, Les éléments cliniques du pronostic des cancers, Les moyens de la chirurgie. Les 30 derniers chapitres se rapportent aux cancers des différents organes: sein, langue, rectum, corps thyroïde, col utérin, corps utérin, sarcomes utérins, chorio-épithéliomes, vulve, ovaire, trompes, adénopathies apparemment primitives du cou, tumeurs nerveuses de la région cervicale, tumeurs des glandes salivaires, cancer de l'oesophage, de l'estomac, de l'intestin grêle, du côlon, du pancréas, du foie, des voies biliaires extra-hépatiques, du rein, de la vessie, de la prostate, du testicule, les tumeurs osseuses, les naevo-carcinomes, les tumeurs conjonctives des parties molles, les fibromes envahissants, les tumeurs articulaires malignes.

Au cours de ses exposés, souvent concrétisés à l'aide de cas personnels, l'auteur n'hésite pas à mentionner au besoin les travaux français et les auteurs étrangers, et sait accorder aux statistiques, d'où qu'elles viennent, l'appréciation prudente qu'elles méritent.

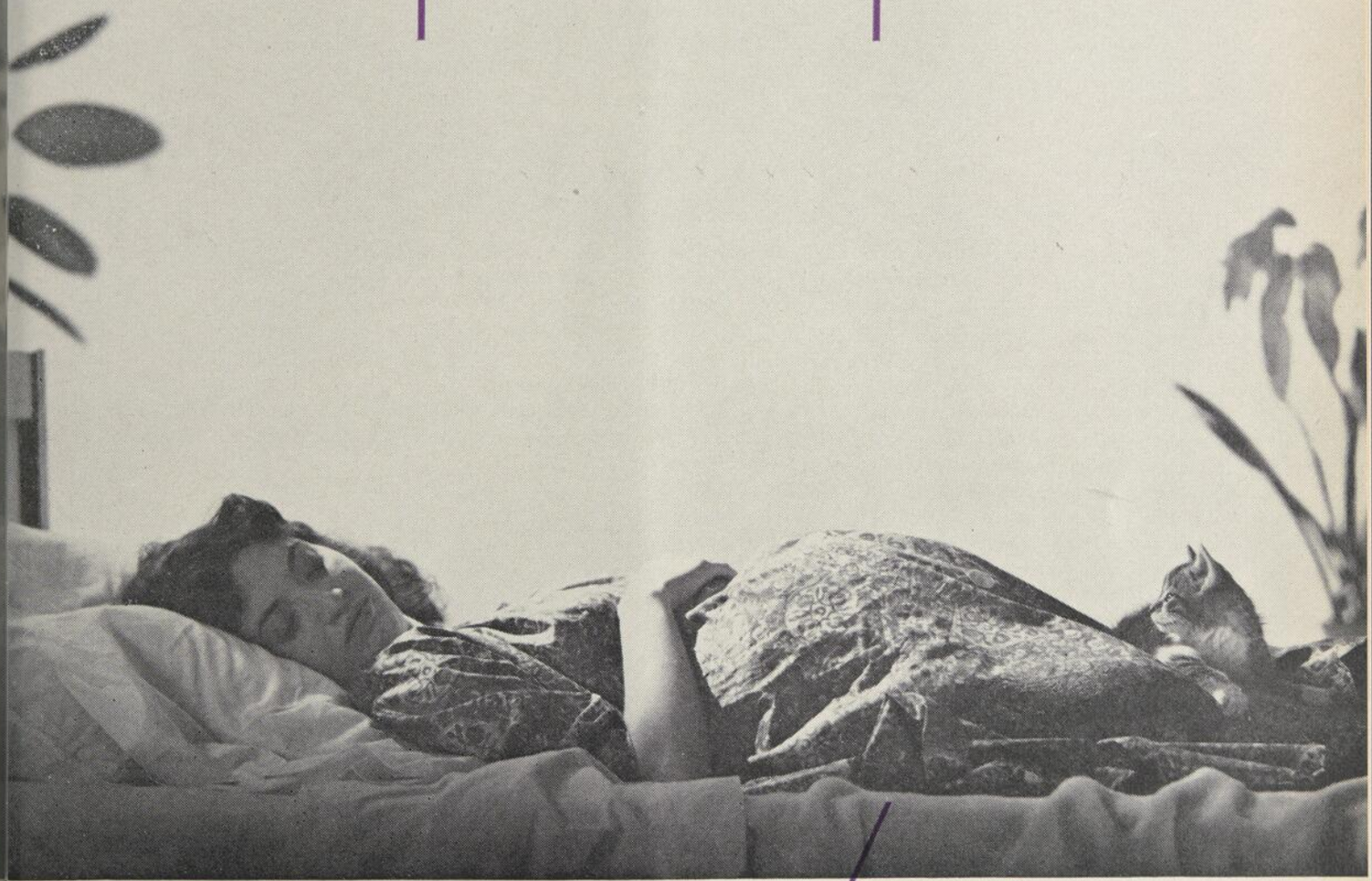
Ecrit dans un style direct et clair, ce maître livre doit être lu par tous les médecins qui s'occupent de cancérologie, et notamment par les chirurgiens en quête de directives raisonnées et vécues, dans le traitement des cancers; sa lecture attentive nous fera mieux comprendre nos échecs passés et saura nous prévenir de multiples déboires futurs.

PIERRE SMITH

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

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

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



Filibon* Forte

SUPPLÉMENT PRÉNATAL LEDERLE

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

CYANAMID OF CANADA LIMITED, *Montréal*

Lederle

**Marque Déposée*

COMMUNIQUÉS

CHRONIQUE DE L'A.B.M.H.P.Q. INC.

Nous désirons informer tous les bureaux médicaux des hôpitaux de la Province que la réunion annuelle de l'Association des Bureaux Médicaux des Hôpitaux de la province de Québec se tiendra cette année le 6 novembre 1962 à 9 h. 30 a.m., à l'hôtel Reine-Elizabeth (salon Bersimis). Nous comptons beaucoup sur la présence des délégués de tous nos bureaux médicaux membres et autres.

Le rapport financier annuel et une copie de l'ordre du jour seront remis à chaque délégué à son arrivée.

Il est inutile d'insister sur les avantages qu'auraient les délégués d'être présents avant neuf heures afin de rencontrer les membres de l'Exécutif et les délégués des autres hôpitaux.

TÉLÉPHONE ROUTIER « BELL »

Un service de téléphone routier à bas prix est offert depuis le 1er novembre aux usagers du téléphone routier privé par La Compagnie de Téléphone Bell du Canada.

Le nouveau tarif de location de $20 par mois par appareil est le plus bas de l'histoire de la compagnie Bell. Il est rendu possible par le nouveau matériel compact qui est à la fois économique et d'un fonctionnement sûr. Le nouveau système comporte le service régulier d'entretien de la compagnie, sans frais pour le client. L'appareil complet pèse neuf livres et peut se placer sous le tableau de bord d'un véhicule au lieu d'occuper de l'espace dans le compartiment aux bagages ou ailleurs. Actionné par des transistors qui utilisent un courant électrique faible, le nouveau téléphone routier n'a pas besoin d'alternateur ni d'autre dispositif d'allumage spécial.

L'entretien est même plus rapide que pour le service routier régulier de la compagnie Bell. Des techniciens spécialement formés à ce genre de réparation peuvent remplacer tout l'appareil rapidement. L'entretien peut se faire à des endroits jugés commodes par l'usager.

Le poste de base, situé au bureau d'expédition de l'usager, est monté tout spécialement pour donner le meilleur rendement possible dans la région désirée.

INSTITUT DE PSYCHOLOGIE MÉDICALE
COURS D'HYPNOTISME MÉDICAL
Année 1962-63 (4e saison)

Programme: 30 heures — enseignement théorique, clinique et thérapeutique. Psychologie, physiologie, biochimie et technique.

Début des cours: 1er décembre, à 2 heures p.m.

Endroit: Salle des cours (2e étage). Hôpital du Sacré-Coeur, 5400 ouest, boulevard Gouin, Montréal 9.

Honoraires: $150.00. Ces cours auront lieu avec un nombre limité de participants. S'inscrire à: Marcel Boisvert, M.D., Directeur des cours, 315, avenue Stuart, Outremont. Tél.: 277-0404.

HÔTEL-DIEU DE MONTRÉAL
Cours de perfectionnement
1962-1963
En collaboration avec la Faculté de Médecine
Université de Montréal

Cédule des conférences du mercredi soir

Médecine vasculaire

3 octobre:

Examen du malade avant et après traitement. Dr Georges-E. Cartier et ses collaborateurs.

Rôle d'un laboratoire de physiologie vasculaire. Dr Georges-E. Cartier et ses collaborateurs.

10 octobre:

Quelques données d'anatomie et de physiologie pathologique. Dr Georges-E. Cartier et ses collaborateurs.

Chirurgie du sympathique. Dr Georges-E. Cartier et ses collaborateurs.

17 octobre:

Troubles circulatoires des membres supérieurs et syndrome costo-claviculaire. Dr Georges-E. Cartier et ses collaborateurs.

Traitement des troubles ischémiques des membres inférieurs. Dr Georges-E. Cartier et ses collaborateurs.

Cardiologie

24 octobre:

Quelques aspects des endocardites bactériennes. Dr Léon Lebel.

Problèmes liés aux lésions valvulaires établies. Dr Arnold L. Johnson.[1]

31 octobre:

Physiopathologie de l'insuffisance cardiaque. Dr Gilles Leduc.

Quelques aspects radiologiques des maladies cardiovasculaires. Dr Paul Roy.

7 novembre:

Données récentes concernant l'athérosclérose. Dr Garner C. McMillan.[2]

L'athérosclérose en pratique courante. Dr Léo-Paul Pichette.

14 novembre:

Cardiopathies congénitales. Dr Pierre Marion.

Principales indications de la chirurgie cardiaque. Dr Paul Cartier.

21 novembre:

Physiopathologie de l'hypertension artérielle (I). Dr Jacques Genest.

Physiopathologie de l'hypertension artérielle (II). Dr Julien Marc-Aurèle.

---

1. Conférencier invité. Directeur de l aDivision des Maladies Cardiovasculaires. The Montreal Children's Hospital. Conférence prononcée en anglais.

2. Conférencier invité. Strathcona Professor of Pathology, McGill University. Conférence prononcée en anglais.



Un groupe de 24 patients handicapés par l'arthrite et à qui on administra de la dexaméthasone pendant des périodes variant de 8 à 16 mois virent l'enflure de leurs doigts diminuer peu à peu — preuve évidente d'activité antirhumatismale maintenue tout au long de la durée d'observation. Certains autres de leurs symptômes, tels que la douleur au moindre mouvement, la sensibilité au toucher, l'enflure, la raideur au réveil, furent également améliorés.[1]

Présentation: Comprimés sécables, de forme pentagonale, dosés à 0.75 mg. ou à 0.5 mg., en flacons de 30, 100 et 500, et Phosphate de DECADRON* injectable. Une documentation complémentaire est à la disposition des médecins qui en feront la demande.

Référence: 1. Bunim, J. J., in Hollander, J. L.: Arthritis and Allied Conditions, ed. 6, Philadelphia, Lea & Febiger, 1960, p. 364.

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

Decadron*

Dexaméthasone

PERMET DE TRAITER PLUS DE PATIENTS PLUS EFFICACEMENT

*Marque de commerce

28 novembre:

Hémo-dynamie cardiaque. Dr Jean de L. Migneault.

Panel: la cardiologie en pratique courante. Dr Rodrigue Lefebvre et ses collaborateurs.

ALLERGIE

5 décembre:

Données récentes concernant l'allergie et l'immunisation (I) Dr Bram Rose.[3]

Données récentes concernant l'allergie et l'immunisation (II) Dr Bram Rose.[3]

12 décembre:

Panel: diagnostic et traitement des affections allergiques en pratique courante. Dr Pierre Delorme (prés.), les docteurs Gérard Casgrain et Jacques Léger.[4]

RHUMATOLOGIE ET ORTHOPÉDIE

19 décembre:

Les douleurs rhumatismales. Dr Jacques Durivage.

Diagnostics différentiels de l'arthrite rhumatoïde. Dr Roger Demers.

3. Conférencier invité. Chef du Département d'Allergie au Royal Victoria Hospital. Conférence prononcée en anglais.

4. Conférencier invité. Médecine à l'Hôpital Notre-Dame.

Quel est le fer intramusculaire dont 60% est absorbé à son point d'introduction dans les trois premières heures?

Réponse: **Jectofer**

Des renseignements supplémentaires sur Jectofer, un nouveau fer intramusculaire à faible poids moléculaire, vous sont fournis dans cette revue.

9 janvier:

Aspect sérologique de l'arthrite rhumatoïde. Dr Ronald Lamont-Havers.[5]

Récentes acquisitions en rhumatologie. Dr Ronald Lamont-Havers.[5]

16 janvier:

Les collagénose (I). Dr Joseph-A. Blais.

Les collagénoses (II). Dr Joseph-Luc Riopelle.

23 janvier:

Récentes acquisitions concernant l'ostéo-arthrite. Dr de Guise Vaillancourt.

Physiopathologie osseuse. Dr Caroll Laurin.

30 janvier:

Récentes acquisitions en chirurgie orthopédique. Dr Roger Gariépy.

Quelques aspects radiologiques des maladies ostéo-articulaires. Dr Henri-Paul Lévesque.

GASTRO-ENTÉROLOGIE

8 février:

Physiopathologie de l'appareil digestif (I). Dr Léo-Paul Pichette.

Physiopathologie de l'appareil digestif (II). Dr Léo-Paul Pichette.

13 février:

Panel: l'ulcère peptique. Dr Paul Letendre et ses collaborateurs.

20 février:

Les pancréatites. Dr Léo-Paul Pichette.

Néoplasmes des voies digestives hautes. Dr Jean Fauteux.

27 février:

Maladies du grêle et du côlon. Dr Paul Letendre.

Néoplasmes de l'intestin. Dr Louis-A. Beaudoin.

8 mars:

Anatomo-pathologie du foie (I). Dr René Lefebvre.

Anatomo-pathologie du foie (II). Dr René Lefebvre.

13 mars:

Panel: les épreuves hépatiques. Dr Gilles Gosselin (président).

20 mars:

Pathologie des voies biliaires. Dr Claude Cholette.

Les hépatites et le coma hépatique. Dr Gilles Gosselin.

27 mars:

Hypertension portale. Dr Jean-Paul Cholette.

Syndromes de post-cholécystectomie et de post-gastrectomie. Dr Paul Letendre.

3 avril:

Quelques aspects de la radiologie du tube digestif (I). Dr Albert Jutras.

Quelques aspects de la radiologie du tube digestif (II). Dr Albert Jutras.

17 avril:

Les diètes en pratique hospitalière. Dr Léo-Paul Pichette.

Panel: aspects pratiques de la diéto-thérapie. Dr Léo-

5. Conférencier invité. Directeur Médical, Arthritis and Rheumatism Foundation (New York). Conférence prononcée en anglais.

POSOLOGIE: Comprimés Préludine (25 mg)
Un comprimé de Préludine deux ou trois fois par jour, une heure avant les repas.
Comprimés Préludine Endurettes® (75 mg)
Un comprimé Préludine Endurettes au lever pour un contrôle de l'appétit durant toute la journée.

PRÉSENTATION: Comprimés Préludine de 25 mg en flacons de 100 et 1000.
Comprimés Préludine Endurettes de 75 mg dont l'action est prolongée, flacons de 30 et 250.

PRODUITS BOEHRINGER INGELHEIM
Distribués par Geigy Produits Pharmaceutiques, Montréal

PRÉLUDINE® *pour l'obésité*

- *bien toléré*
- *efficace*
- *sûr*



Paul Pichette (président) et les diététistes de l'Hôtel-Dieu.

Cette année les cours seront donnés à la salle de conférences de l'Ecole des Infirmières.

COLLÈGE DE MÉDECINE GÉNÉRALE DU CANADA

Le Congrès Scientifique du Chapitre de Québec du Collège de Médecine Générale du Canada aura lieu les 28 et 29 septembre 1962, au Club « Le Laviolette » des Trois-Rivières. C'est là, la seule association professionnelle médicale qui soit spécifiquement dirigée vers le perfectionnement des omnipraticiens.

Quelque dix-sept personnalités du monde médical canadien présenteront des conférences sur divers sujets: Neurologie, Cardiologie, Pédiatrie, Endocrinologie, Obstétrique, Gynécologie, Ophtalmologie, etc... Des conférences anatomo-pathologiques viendront cimenter le tout.

Les omnipraticiens de la province de Québec — ou, comme on aime encore à les appeler — les médecins de famille, sont conscients des progrès gigantesques de la médecine d'aujourd'hui, et c'est pourquoi ils se rassemblent ainsi périodiquement au cours de journées cliniques, pour se tenir à jour sans doute, mais aussi pour assurer à leurs patients les meilleurs soins médicaux possible.

Vingt-six maisons réputées viendront y exposer leurs nouveaux produits et en préciser la posologie.

Vendredi soir, le 28 septembre: Assemblée Générale annuelle du Chapitre du Québec et élections des officiers pour le terme 1962-63.

Samedi soir, le 29 septembre: Buffet, Installation du Président — Danse.

CHRONIQUE DE L'A.B.M.H.P.Q. INC.

L'Association des Bureaux Médicaux des Hôpitaux de la Province de Québec Inc. tiendra sa réunion annuelle le 6 novembre prochain à l'hôtel Reine-Elizabeth, la veille du Congrès de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada.

A cette occasion, la plupart des hôpitaux de la province de Québec ont déjà fait parvenir la liste de leurs délégués.

Plusieurs questions de la plus haute importance et de brûlante actualité y seront traitées. Le programme sera publié dès qu'il sera complété.

Pour tout renseignement à cette assemblée annuelle, vous êtes prié de communiquer avec le siège social de l'A.B.M.H.P.Q. Inc., à l'attention du docteur Robert Lachance, secrétaire-trésorier, 50, avenue de l'Eglise, Verdun, P.Q.

Robert Lachance,
Secrétaire-trésorier.

PROGRAMME DE BOURSES ADMINISTRÉ PAR L'UNION INTERNATIONALE CONTRE LE CANCER

L'Union Internationale Contre le Cancer, grâce à une subvention de la *Eleanor Roosevelt Cancer Foundation*, alloue chaque année des bourses de recherche sur le cancer.

Ces bourses sont attribuées à des chercheurs ayant l'expérience et les capacités requises pour la recherche indépendante et qui désirent élargir le champ de leurs connaissances par une période d'étude dans un institut d'un autre pays.

Elle ne sont accordées qu'à des personnes appartenant au personnel scientifique d'universités, d'hôpitaux universitaires, de laboratoires ou d'institutions similaires. Ces bourses sont destinées à des chercheurs se livrant à des travaux sur le cancer soit dans le domaine expérimental soit dans le domaine clinique.

Elles ne sauraient être accordées à des personnes désirant se perfectionner dans les méthodes de détection ou de traitement ou qui désirent simplement visiter plusieurs centres à l'occasion d'un bref voyage d'étude à l'étranger.

La durée de ces bourses sera généralment d'un an. Cependant, dans certaines circonstances particulières, leur durée pourra être plus longue ou plus courte.

Le montant de la bourse sera fixé compte tenu du salaire actuel du candidat et du salaire de chercheurs d'un niveau équivalent dans l'institut où le candidat désire travailler.

Une allocation spéciale est prévue pour couvrir les frais de voyage aller et retour du boursier et des personnes à sa charge qui l'accompagneront, de son domicile à l'institut qui l'accueillera.

Les formules de demande de bourses ainsi que tous renseignements complémentaires sont fournis par: *Union Internationale Contre le Cancer*, Boîte postale no 400, Genève 2 (Suisse).

ÉVÉNEMENTS PROJETÉS POUR LA "SEMAINE DE PHARMACIE"

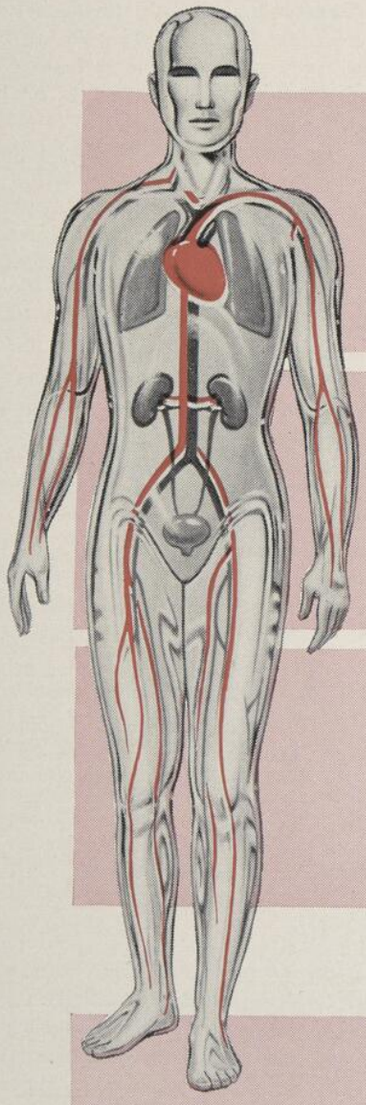
Du 15 au 22 octobre 1962

1. Proclamations officielles de la « Semaine de Pharmacie » dans les grandes villes.
2. Inauguration de centres de distribution de renseignements sur la Pharmacie (Place d'Armes, Carré Philippe et autres points stratégiques de la Province).
3. Assermentation des nouveaux licenciés. Visite officielle au Collège par les étudiants en Pharmacie de l'Université de Montréal et de l'Université Laval.
4. Préparation d'étalages professionnels dans les vitrines et à l'intérieur des Pharmacies.
5. Causeries sur le réseau de télévision de Montréal et de Québec; à la radio dans toute la Province.
6. Conférences données devant les clubs sociaux par des Pharmaciens.
7. Réception en l'honneur des anciens présidents du Collège.
8. Clinique de donneurs de sang au Collège.

HYDRODIURIL*

(HYDROCHLOROTHIAZIDE)

Simplifie le traitement de l'hypertension et en améliore les résultats



1 Amorcer le traitement avec l'HYDRODIURIL. Il se peut qu'à elle seule cette médication suffise chez certains malades.

2 Ajouter au besoin d'autres médicaments ou régler leur posologie. En effet, l'HYDRODIURIL accroît l'activité de tous les hypotenseurs couramment employés. Si on a prescrit un ganglioplégique ou si on en a l'intention, sa posologie normale doit être réduite de 50%.

3 Régler la posologie de toute médication que reçoit le malade. Celui-ci doit être revu souvent, et il importe de reviser soigneusement les médications de manière à établir la posologie d'entretien optimum.

PRÉSENTATION:

Comprimés sécables d'HYDRODIURIL à 25 mg. et à 50 mg., en flacons de 100 et de 1000 comprimés.

MSD

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

*Marque de commerce

LIVRES REÇUS

Diagnostic pratique des cardiopathies congénitales. Par Jean BRET. Un vol. de 152 pages, 107 fig.: 33 NF. Franco: 34 NF 50. — L'Expansion, édit., Paris, 1962.

« Diviser chacune des difficultés que j'examinerais en autant de parcelles qu'il se pourrait, et qu'il serait requis pour les mieux résoudre. »

Cette règle cartésienne pourrait servir d'épigraphe à l'ouvrage de Jean Bret.

Cet ouvrage, qui s'adresse aussi bien au pédiatre ou au médecin généraliste qu'au cardiologue ou au cardio-chirurgien, comporte six chapitres.

Les deux premiers sont réservés au diagnostic des Cardiopathies congénitales avec surcharge du ventricule droit:

— Cardiopathies congénitales avec hypertrophie ventriculaire droite du type adaptation;

— Cardiopathies congénitales avec hypertrophie ventriculaire droite du type barrage.

Les trois chapitres suivants sont consacrés au diagnostic des autres cardiopathies congénitales avec surcharge:

— cardiopathies congénitales avec surcharge diastolique du ventricule droit;

— cardiopathies congénitales avec surcharge du ventricule gauche;

— cardiopathies congénitales avec surcharge des deux ventricules.

Enfin, dans un dernier chapitre, l'auteur aborde le diagnostic des *cardiopathies congénitales avec transposition des cavités.*

Chaque chapitre — sauf le dernier, qui n'est qu'une application des notions diagnostiques acquises dans les cinq autres — compte lui-même quatre parties:

La première est consacrée à l'*image électrique de l'hypertrophie cardiaque* — simple point de départ et ligne de partage du diagnostic.

La seconde rappelle les *notions physiologiques et anatomiques élémentaires* qui rendent compte de l'aspect électrocardiographique.

La suivante traite du *diagnostic proprement dit,* diagnostic avant tout clinique mais aussi, quand il le faut, angiocardiographique et manométrique.

La dernière partie, consacrée à l'*intérêt pratique du diagnostic,* c'est-à-dire au pronostic et à la thérapeutique chirurgicale, ouvre une fenêtre sur l'avenir spontané ou post-opératoire des porteurs de cardiopathies congénitales.

Une cinquantaine d'observations personnelles et, pour la plupart, anatomo-cliniques, et plus de cent gravures (électrocardiogrammes, schémas anatomo-physiologiques, radiographies, angiocardiographies), incorporées dans le texte même, illustrent l'ouvrage et rendent sa lecture singulièrement facile.

Hypothermie profonde — Technique et hémodynamique. Par J. ESTANOVE. Un vol. de 148 pages, 65 fig.: 18 NF., franco: 19 NF 50. — L'Expansion, édit., Paris, 1962.

Dans les techniques d'hypothermie profonde, l'étude et la conduite de la partie extra-corporelle de la circulation prennent une importance sans cesse accrue et soulèvent des problèmes d'hémodynamique et d'échange thermique qu'il n'est plus possible d'ignorer. S'appuyant sur l'expérience acquise par l'utilisation du montage de Drew avec double canulation droite et gauche, l'auteur examine tous les aspects théoriques et pratiques de la circulation extra-corporelle comportant un échangeur de chaleur.

Dans une première partie, le matériel utilisé est présenté, son fonctionnement expliqué, son choix justifié. Pompes et échangeur sont d'une conception nouvelle répondant aux besoins particuliers de l'hypothermie profonde, avec le souci d'éviter tout traumatisme sanguin, même pour de grandes durées de perfusion. Le fonctionnement mécanique et hémodynamique de la pompe d'une part, les échanges de chaleur et répartition de température du refroidissement du sang, d'autre part, sont analysés avec un rare souci du détail et de la précision. Le lecteur apprendra ainsi non seulement à mieux connaître le matériel, mais surtout, et ceci est essentiel, à se familiariser avec des notions de physique et d'hémodynamique fondamentales. Canalisations, réservoirs, canules sont passés en revue. Le montage des circuits, le remplissage, l'adaptation au fonctionnement avec chiffres à l'appui, sont exposés d'une manière qui ne laisse aucun point dans l'ombre.

Dans une deuxième partie, sont examinés des problèmes plus spécialement hémodynamiques, tels que la détermination des débits, la répartition des températures en cours de refroidissement et de réchauffement, la variation de la viscosité sanguine et son influence sur la répartition des pressions dans le circuit.

La troisième partie enfin, initie le lecteur à la détermination du temps de clampage, lui expose les différents modes de canulation et précise d'une façon très concrète la conduite phase par phase de la circulation extra-corporelle.

Il faut savoir gré à J. F. Estanove d'avoir su mettre aussi clairement à la portée du lecteur tout à la fois les aspects théoriques souvent complexes de la CEC en hypothermie profonde et les conseils précis dictés par une expérience solide.

Monographie sur l'allergie. Directeur scientifique: B. N. HALPERN; secrétaire général: Pierre BLAMOUTIER. — L'Expansion, édit, Paris, 1962.

Nous nous proposons de publier chaque année, dans une collection de petits volumes 13,5 x 21, de 80 à 100 pages, deux ou trois *monographies sur l'allergie,* dans lesquelles seront traités des sujets divers se rapportant aussi bien au côté biologique qu'à la partie clinique et thérapeutique de cette branche nouvelle de la médecine.

Cette collection s'adressera non seulement aux médecins allergologues, mais à tous ceux qui, désirant être informés sur des questions qu'ils connaissent mal, cherchent en vain des exposés leur permettant de se documenter sur les grands progrès de nos connaissances faits dans le domaine de l'allergie, depuis une quinzaine d'années surtout.

La première de ces monographies est parue en septembre 1961; elle concerne la « Maladie de Quincke » (Docteur Pierre Blamoutier).

La deuxième est consacrée à la « Pollinose ».

POUR
ÉVITER
LES
NOMBREUSES
SÉQUELLES
DU

RHUME
BANAL

ACHROCID

ACHROCIDIN®

TETRACYCLINE–ANTIHISTAMINE–ANALGESIC COMPOUND LEDERLE

Lederle

CYANAMID OF CANADA LIMITED

dra renferme:
MYNE*
rcli HC1), 125 mg.
étin 120 mg.
, 30 g.

liqu 150 mg.
de
othè , 25 mg.
uell our adultes:
es gd.
ésée e en sirop.

Seront ensuite traités les sujets suivants: « Dermites allergiques du visage de causes externes » (Cosmétiques, thérapeutiques, professionnelles) (Docteur Edwin Sidi). — « L'allergie tuberculinique » (Professeur Gernez-Rieux). — « L'hormonothérapie dans l'allergie » (Professeur Bickel, de Genève). — « L'anaphylaxie expérimentale » (Professeur B. N. Halpern).

La pollinose. Par le prof. agrégé Jacques CHARPIN. Un vol. de 88 pages, 21 figures: 9 NF 70. Franco: 10 NF 50. — L'Expansion, édit., Paris, 1962.

Les maladies allergiques occupent, aujourd'hui, le premier plan de l'actualité. Mieux connues, elles sont plus souvent identifiées, mais il n'est pas douteux que leur fréquence augmente également en valeur absolue, dans les pays « civilisés », d'une part, en raison des agressions multiples dont sont victimes la peau comme les voies respiratoires des habitants des grandes villes, d'autre part, en raison du surmenage, de la tension nerveuse qui sont imposés aux citadins.

Parmi les allergènes, les pollens occupent une place très importante, non seulement en raison de la fréquence, de la gravité parfois, des atteintes respiratoires qu'ils déterminent, mais parce que, par leur caractère aigu, explosif, par la netteté des tests cutanés en cette matière, les accidents polliniques représentent le modèle même des accidents allergiques.

Il n'existait pas en France, jusqu'ici, de travail d'ensemble consacré à l'Allergie Respiratoire Pollinique. La Monographie du Professeur Charpin vient donc à son heure.

Elle s'adresse au médecin, qui trouvera exposées très simplement, dans cet ouvrage, les méthodes indispensables au diagnostic pratique de la pollinose et à son traitement par la désensibilisation spécifique. Si les thérapeutiques allergiques, apparaissent décevantes en certains domaines, dans celui-ci, leur succès est le plus souvent, excellent et durable.

Elle s'adresse aussi à tous ceux, botanistes, palynologues, qui s'intéressent à la classification morphologique, à l'identification des pollens de l'atmosphère. Ils y trouveront, outre les bases d'une étude morphologique des pollens, une clef d'identification, l'exposé détaillé des techniques de l'aéro-palynologie, et les résultats d'une étude personnelle, conduite par les auteurs, sur les pollens atmosphériques du Sud de la France.

De nombreuses photographies de pollens, les images des végétaux les plus dangereux sur le plan pratique illustrent cette Monographie qui se présente comme un outil de travail indispensable à tout médecin qui s'intéresse aux choses de l'allergie, à tout botaniste qui se préoccupe de palynologie.

Les thromboses spléno-portales. Par André PARAF et Jacques CHALUT. Un vol. de 198 pages, 35 figures: 28 NF. Franco: 29 NF 50. L'Expansion, édit., Paris, 1962.

Les méthodes modernes d'exploration du système porte, surtout la splénoportographie, ont transformé les conditions du diagnostic des thromboses spléno-portales et en ont montré la fréquence.

Ainsi, en quelques années, les auteurs ont recueilli 54 observations personnelles de thromboses spléno-portales, diagnostiquées la plupart par splénoportographie, quelques-unes par portographie opératoire et, chez des splénectomisés par hépatoportographie rétrograde transcutanée. A ces 54 observations cliniques et radiologiques, les auteurs ont réuni 52 autres observations anatomo-cliniques. C'est donc sur plus d'une centaine de cas personnels qu'est basé le présent travail, réalisé dans les Services des docteurs J. Caroli et P. Porcher.

Un bref rappel anatomique ne mentionne que les données nécessaires à l'interprétation des splénoportographies, précise la disposition des veines collatérales et indique les très nombreuses variations anatomiques.

De l'étude clinique, retenons l'importance diagnostique des douleurs abdominales et de la fièvre surtout quand ces deux symptômes sont associés réalisant le syndrome « fièvre-douleurs abdominales » inexpliqué, et contrairement aux données classiques la rareté de l'ascite et de la circulation veineuse sous-cutanée abdominale. Soulignons aussi la rareté de la splénomégalie dans les thromboses spléniques alors qu'elle est presque constante dans les thromboses portales.

La séméiologie radiologique est décrite pour chaque localisation de la thrombose, splénique, portale, spléno-portale diffuse, et pour chaque variété sont précisées les voies de dérivation et leur fréquence. Des reproductions de radiographies illustrent tous les types rencontrés. Un cas d'obstruction des premières ramifications portales intra-spléniques fait envisager le problème de la « maladie » de Cruveilhier-Baumgarten.

Une partie importante de l'ouvrage est consacrée aux *étiologies* des thromboses spléno-portales:

— les *infections abdominales*, avec au premier rang de celles-ci, encore de nos jours, les appendicites, puis les affections biliaires (lithiase, pédiculites);

— les *cirrhoses du foie*, au cours desquelles les thromboses sont rares, en comparaison avec leur grande fréquence dans les adéno-cancers;

— les *cancers abdominaux*, surtout les cancers du pancréas;

— les *affections du système hémopoïétique*, polyglobulies, thrombocythémies, splénomégalies myéloïdes.

Des étiologies moins communes (tuberculose ganglionnaire abdominale, infections générales, traumatismes abdominaux, thromboses post-opératoires...) sont illustrées d'observations personnelles.

Cependant, un certain nombre de cas des auteurs semble ne relever d'aucune étiologie et se pose alors le problème souvent très difficile à trancher entre thrombose acquise et malformation congénitale de la veine porte: à ce propos sont rappelés les travaux sur la transformation « caverneuse » ou « cavernomateuse » de la veine porte.

Le pronostic des thromboses spléno-portales dépend essentiellement des hémorragies digestives qui, rares dans les thromboses spléniques, sont très fréquentes dans les thromboses portales (80 % des cas).

Les auteurs ont été frappés par la longue évolution de nombreux cas de thrombose portale, par la tolérance assez remarquable de ces malades aux hémorragies digestives et dans l'ensemble par la médiocrité des résultats chirurgicaux. En effet, dans les thromboses spléno-portales de l'*adulte* on ne possède pas encore d'intervention réellement curatrice: les ligatures de varices oesophagiennes et encore plus les anastomoses spléno-rénales ont été suivies de récidives d'hémorragies digestives; les anastomoses mésentérico-caves ne sont le plus souvent pas possibles dans les

LORSQUE LA DOULEUR ET SON APPRÉHENSION INTERVIENNENT DANS LE BIEN-ÊTRE DU MALADE

Fiorinal-C interrompt le cycle douleur-crainte-tension du malade. L'action du sédatif qui le compose, le Sandoptal, est simultanée à celle des analgésiques; de même que cette action sédative diminue lorsque l'action analgésique diminue. Le résultat est une thérapeutique équilibrée contre la douleur, la crainte et la tension qui l'accompagnent, avec un risque minimum d'excès de sédation pouvant être dû à une accumulation au cours d'une administration prolongée.

Composition: Chaque capsule contient — Sandoptal (allylisobutylmalonylurée) 50 mg.; caféine 40 mg.; acide acétylsalicylique 200 mg.; phénacétine 130 mg.; phosphate de codéine 16 mg. (¼ gr.) ***Posologie moyenne:*** 1 ou 2 capsules pour commencer, suivies d'une capsule toutes les 3 à 4 heures. ***Présentation:*** flacons de 100, 500 et 1000 capsules.

FIORINAL-C (+ codéine) — pour tous états de douleur/crainte
FIORINAL Comprimés (sans codéine) — pour les céphalées de tension

NOUVEAU

FIORINAL®-C

CAPSULES — CONTENANT DE LA CODÉINE

ACTION RAPIDE ET SIMULTANÉE ANALGÉSIQUE-SEDATIVE POUR LE SOULAGEMENT DE TOUT ÉTAT DE DOULEUR/APPRÉHENSION



SANDOZ PHARMACEUTICALS SANDOZ **DORVAL, P.Q.**

Règlements provinciaux d'hygiène

SALUBRITÉ DANS LES ENDROITS PUBLICS

Endroits publics

1. Les mots "endroit public", pour les besoins du présent chapitre, veulent dire, comprennent, désignent et signifient tout hôtel, chalet d'hôtellerie, restaurant, maison de pension, bar, taverne, comptoir où l'on sert des aliments, boissons, bières, liqueurs ou eaux gazeuses, ou crèmes glacées, campement pour touristes, wagon de chemin de fer, tramway, bateau, gare, poste de distribution d'essence, salle publique, magasin, usine, école, théâtre, fontaine ou robinet public, parc, rue, trottoir et place publique, vespasienne, plage et tout autre endroit où le public a accès pour besoin, affaires ou divertissements.

Eaux usées

3. Les conduites d'égout et le procédé adopté pour disposer des eaux usées provenant des endroits publics doivent être conformes aux lois et règlements d'hygiène de la Province.

Coupe-cigares

6. Le coupe-cigare pour usage en commun est interdit dans les magasins, les débits de tabac et autres endroits publics.

Serviettes interdites

7. La serviette sans fin ou autre serviette pour usage en commun est interdite dans tous les endroits publics.

Eau potable

2. Toute eau servant au breuvage et à la préparation des aliments dans un endroit public doit être potable, hygiénique et saine.

Surveillance des eaux

4. Avant la construction d'un hôtel, d'un chalet et d'un restaurant et avant la mise en opération d'un campement pour touristes, l'approvisionnement en eau et le mode de disposer et de traiter les eaux usées et gadoues doivent être approuvés par le Ministre ou son représentant.

Peignes, brosses, savon

5. Il est interdit de mettre à la disposition du public des peignes, brosses à cheveux ou savon usagé dans les endroits publics.

Usage en commun

8. Le verre, gobelet, tasse ou coupe pour usage en commun est interdit dans les institutions publiques, les écoles et tout autre endroit public.

Santé des employés

18. Tout employé travaillant dans les cuisines ou les salles à manger des maisons ouvertes au public doit être en bonne santé, exempt de maladies contagieuses, tuberculose et syphilis comprises, et n'être pas porteur de germes; il doit, de plus, porter des vêtements extérieurs propres et toujours avoir les mains propres pendant son service.

Le ministère de la Santé de la province de Québec

Honorable ALPHONSE COUTURIER, m.d.,
ministre

JEAN GRÉGOIRE, m.d.,
sous-ministre

thromboses portales de l'adulte. Les rares possibilités thérapeutiques efficaces sont la splénectomie dans les thromboses de la veine splénique localisées au hile de la rate et l'anastomose porto-cave dans les rares thromboses portales localisées au hile du foie et intra-hépatiques.

Comment prescrire les tuberculostatiques. Par M. BARIETY, H. BROCARD et P. CHOUBRAC. Un vol. de 178 pages, et un répertoire de spécialités pharmaceutiques. 16 NF. Franco: 17 NF. — L'Expansion, édit., Paris, 1962.

Bien que le médecin dispose actuellement de tuberculostatiques de plus en plus nombreux, le taux de mortalité et de morbidité restent en France six à sept fois plus élevés que dans d'autres pays. Il est en effet indispensable, pour obtenir la guérison d'une tuberculose d'employer ces antibiotiques avec rigueur et précision.

Cet ouvrage de 178 pages comporte deux parties.

Dans *la première partie,* les auteurs étudient les divers tuberculostatiques; les propriétés physiochimiques, le métabolisme, la posologie des tuberculostatiques majeurs, des drogues de relais et des médicaments à l'étude, les accidents qu'ils peuvent provoquer et le traitement à opposer à ces complications de la phtisiothérapie sont analysés avec précision.

Dans une *seconde partie,* les modalités d'application de l'antibiothérapie sont envisagées selon la forme de la tuberculose à traiter.

Dans la tuberculose pulmonaire commune, après un bilan préalable complet, physique et psychologique, le traitement doit être entrepris sans défaillance et soumis à des règles fixes; le traitement d'attaque, très précis dans ses modalités, est prolongé par un traitement de consolidation dont les éléments et la durée sont discutés.

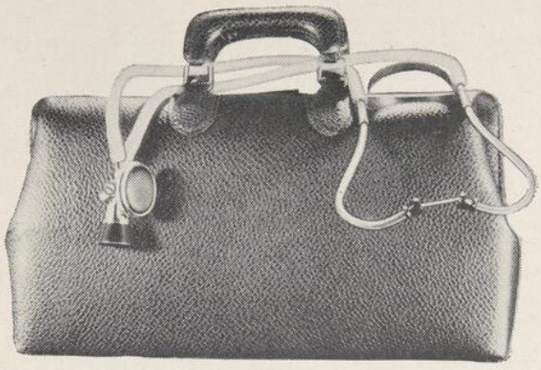
Le traitement des tuberculoses gravissimes, rapidement mortelles avant l'antibiothérapie, est ensuite étudié. Les tuberculostatiques ont transformé leur pronostic; encore faut-il qu'ils soient utilisés d'une façon parfaite. Il faut savoir d'ailleurs que des échecs peuvent encore être enregistrés, que la guérison peut se faire au prix de séquelles importantes. L'adjonction d'une corticothérapie peut rendre des services dans des cas précis.

Le traitement des tuberculoses minimes pose des problèmes d'un tout autre ordre. Ce qui est défini dans ce domaine, ce sont les arguments qui, en présence de telles tuberculoses, militent pour l'institution d'une antibiothérapie. Encore en faut-il discuter ses modalités, la nécessité d'un repos complémentaire et sa durée. Le clinicien risque d'être surpris par la médiocrité des résultats apparents du traitement de ces formes; pourtant, à échéance lointaine, cette thérapeutique est justifiée.

Mais ce traitement de la tuberculose pulmonaire peut demander à être entièrement modifié, *si les bacilles sont d'emblée résistants aux tuberculostatiques.* Il est indispensable de tester systématiquement la sensibilité de toute souche bacillaire isolée, règle trop souvent méconnue.

Si les bacilles s'avèrent résistants aux tuberculostatiques majeurs l'antibiothérapie doit être réalisée par les drogues de relais selon des règles précises et délicates, car ces médicaments sont souvent mal tolérés.

Le *traitement des rechutes,* un problème crucial est ensuite étudié. Il ne saurait recevoir une solution univoque. Les différentes éventualités sont envisagées et discutées, selon que la rechute survient chez un sujet ayant été ou



LORSQUE LA DOULEUR ET SON APPRÉHENSION INTERVIENNENT DANS LE BIEN-ÊTRE DU MALADE
EN MÉDECINE GÉNÉRALE

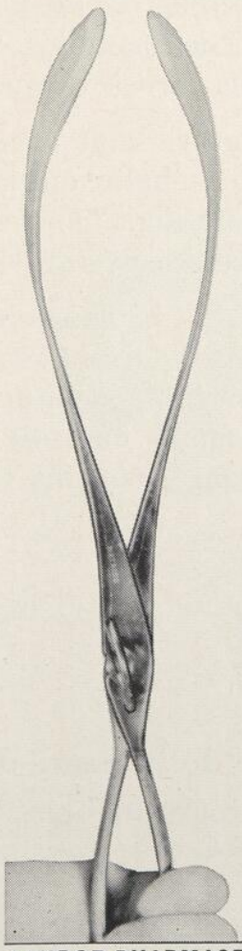
FIORINAL®-C

apporte une action rapide et simultanée analgésique-sédative

Composition: chaque capsule contient 50 mg. de Sandoptal (allylisobutylmalonylurée); 40 mg. de caféine; 200 mg. d'acide acétylsalicylique; 130 mg. de phénacétine; 16 mg. (¼ gr.) de phosphate de codéine.

Dose: 1 ou 2 capsules pour commencer, suivies d'une capsule toutes les 3 à 4 heures.

SANDOZ PHARMACEUTICALS SANDOZ DORVAL, P.Q.



LORSQUE LA DOULEUR ET SON APPRÉHENSION INTERVIENNENT DANS LE BIEN-ÊTRE DU MALADE
EN OBSTÉTRIQUE
(douleurs du post-partum)

FIORINAL®-C

apporte une action rapide et simultanée analgésique-sédative

Composition: chaque capsule contient 50 mg. de Sandoptal (allylisobutylmalonylurée); 40 mg. de caféine; 200 mg. d'acide acétylsalicylique; 130 mg. de phénacétine; 16 mg. (¼ gr.) de phosphate de codéine.

Dose: 1 ou 2 capsules pour commencer, suivies d'une capsule toutes les 3 à 4 heures.

SANDOZ PHARMACEUTICALS SANDOZ DORVAL, P.Q.

Règlements provinciaux d'hygiène

BOULANGERIES ET ÉTABLISSEMENTS SIMILAIRES

Au sens de la loi et des règlements provinciaux d'hygiène, le mot boulangerie signifie tout local dans lequel on fabrique pour des fins commerciales, du pain, des biscuits, des brioches, des "pretzels", des pâtés, des pâtisseries, des gâteaux, des pâtes alimentaires et autres produits alimentaires faits à la farine ou aux farineux.

Toute boulangerie doit être raisonnablement protégée contre l'introduction des poussières provenant de la rue ou de la cour, et munie de moustiquaires afin de maintenir à un minimum la présence des mouches.

Toute boulangerie doit être pourvue d'un système de drainage conforme aux règlements provinciaux concernant le drainage et la plomberie des maisons. Toutes les pièces du local doivent être ventillées, au moyen de conduites d'air, de fenêtres ou de tuyaux de ventilation, de manière à ce que l'air y circule librement.

Toute boulangerie doit avoir un plancher imperméable, construit en béton, en asphalte, en tuiles noyées dans le ciment, ou bien un plancher en bois, dont tous les interstices sont remplis de mastic et toute la surface recouverte de peinture ou de vernis à l'huile.

L'intérieur de la boulangerie doit présenter un aspect propre: les murs et le plafond doivent avoir une surface lisse, sans interstices ni reliefs, recouverte de peinture ou de vernis. Les murs doivent être repeints au moins une fois tous les cinq ans et lavés à l'eau chaude et au savon, au moins tous les six mois.

Ministère de la Santé de la province de Québec

Honorable ALPHONSE COUTURIER, m.d.,
ministre.

JEAN GRÉGOIRE, m.d.,
sous-ministre.

non traité, ou continuant même à percevoir un traitement. La place respective des antibiotiques classiques et des antibiotiques de relais peut être différemment envisagée. Ainsi, à ces problèmes ardus de thérapeutique, il est des solutions logiques, dont on doit éviter de s'écarter.

Le *traitement des tuberculoses fibreuses* est le chapitre le plus décevant de la phtisiologie actuelle. Il ne peut avoir que des objectifs modestes. Mais de grands services peuvent être rendus au malade si on s'applique à lutter contre l'insuffisance respiratoire.

Enfin les altérations dues au terrain du malade, l'existence de lésions tuberculeuses d'autres organes, peuvent amener à des modifications thérapeutiques qu'il est indispensable de connaître.

On ne saurait séparer entièrement l'antibiothérapie *des autres traitements de la tuberculose pulmonaire*. Aussi est discutée la place qui reste à la collapsothérapie et surtout celle qu'il faut faire actuellement à la chirurgie d'exérèse. Celle-ci n'apparaît plus aujourd'hui que comme un complément de l'antibiothérapie. On peut grouper les indications actuelles d'exérèse à la suite de ce traitement médicamenteux en deux groupes: les indications de nécessité et les indications de sécurité. Les premières sont celles que posent les malades dont les bacilloscopies restent positives et contiennent des bacilles résistants; elles conduisent à des interventions dont il ne faut pas ignorer la gravité. Les secondes sont posées par des malades chez lesquels les bacilles ont apparemment disparu. Leur légitimité pose un problème redoutable, en plein remaniement, dont les divers éléments sont discutés.

La primo-infection tuberculeuse est, elle aussi, justiciable d'une antibiothérapie dont les modalités sont précisées, qu'il s'agisse d'une primo-infection patente ou latente, simple virage des réactions tuberculiniques dont le traitement est encore pour beaucoup une nouveauté.

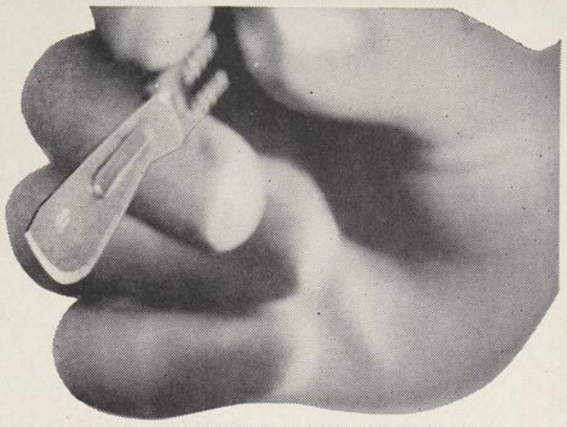
Prolongement ordinaire d'une primo-infection, la *tuberculose des séreuses,* notamment la pleurésie tuberculeuse et la méningite tuberculeuse, comporte des impératifs thérapeutiques dont on trouvera l'exposé.

Enfin le *chimio-prophylaxie* qu'on a voulu mettre en compétition avec la vaccination a été récemment l'objet de vives controverses. En réalité, ce domaine du traitement antibiotique prophylactique demeure étroit, et ses modalités sont précisées.

Tels sont les multiples problèmes posés par la prescription des tuberculostatiques qui sont traités dans ce livre avec clarté et concision.

La toxicité des pesticides pour l'homme. Douzième rapport du Comité d'experts des Insecticides. O. M. S.: Série de Rapports techniques, 1962, No 227; prix: $0.30.

Les cas de résistance au DDT et à d'autres insecticides à base d'hydrocarbures chlorés se multiplient chez les insectes vecteurs de maladies. Il est donc devenu urgent de mettre au point de nouveaux insecticides efficaces et non toxiques. Près de 500 composés nouveaux, la plupart organo-phosphorés, ont déjà été étudiés sous le patronage de l'Organisation mondiale de la Santé. Le douzième rapport du Comité O.M.S. d'experts des Insecticides dresse le bilan de ces recherches du point de vue toxicologique et formule des recommandations pour la protection des travailleurs qui utilisent des insecticides dans le cadre de programmes de santé publique.



LORSQUE LA DOULEUR ET SON APPRÉHENSION INTERVIENNENT DANS LE BIEN-ÊTRE DU MALADE APRÈS UNE

INTERVENTION CHIRURGICALE

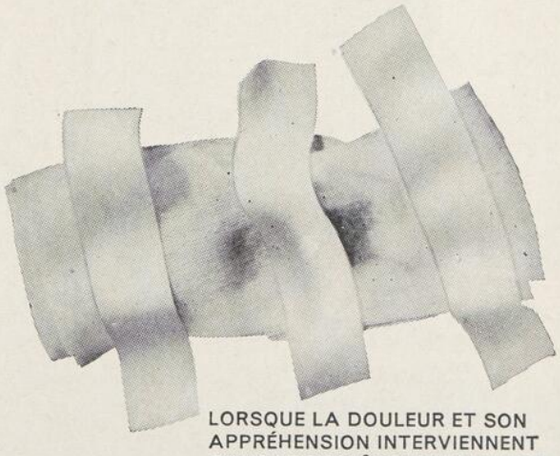
FIORINAL®-C

apporte une action rapide et simultanée analgésique-sédative

Composition: chaque capsule contient 50 mg. de Sandoptal (allylisobutylmalonylurée); 40 mg. de caféine; 200 mg. d'acide acétylsalicylique; 130 mg. de phénacétine; 16 mg. (¼ gr.) de phosphate de codéine.

Dose: 1 ou 2 capsules pour commencer, suivies d'une capsule toutes les 3 à 4 heures.

SANDOZ PHARMACEUTICALS SANDOZ DORVAL, P.Q.



LORSQUE LA DOULEUR ET SON APPRÉHENSION INTERVIENNENT DANS LE BIEN-ÊTRE DU MALADE

DANS LES ÉTATS DE TRAUMATISME

FIORINAL®-C

apporte une action rapide et simultanée analgésique-sédative

Composition: chaque capsule contient 50 mg. de Sandoptal (allylisobutylmalonylurée); 40 mg. de caféine; 200 mg. d'acide acétylsalicylique; 130 mg. de phénacétine; 16 mg. (¼ gr.) de phosphate de codéine.

Dose: 1 ou 2 capsules pour commencer, suivies d'une capsule toutes les 3 à 4 heures.

SANDOZ PHARMACEUTICALS SANDOZ DORVAL, P.Q.

QUESTIONS, S'IL VOUS PLAÎT?

Protection hygiénique et bien-être

Q *Certaines patientes demandent des renseignements sur Tampax: il leur semble qu'il est plus pratique qu'une serviette périnéale. Tampax est-il confortable, commode et efficace?*

R Sûrement! Tampax se vend dans un étui-applicateur éliminable; posé de la bonne façon, il permet au tampon de s'engager au-dessus des muscles du sphincter, comme il se doit. Comme cette région du vagin est insensible, on ne se rend même pas compte de la présence de Tampax.[1] Commodité, bien-être et belle insouciance: voilà autant d'avantages pour l'usagère de Tampax; elle n'a à s'encombrer ni de ceintures ni d'épingles, comme c'est le cas avec les serviettes périnéales. D'après Brand[2], Thornton[3], Schnohr[4] et plusieurs autres, la plupart des patientes préfèrent les tampons aux serviettes périnéales à cause de l'aisance qu'ils procurent.

L'efficacité de Tampax émane du principe même sur lequel il est basé. Comme le dit Gosling[5], "les tampons sont de beaucoup plus efficaces (que les serviettes hygiéniques); d'abord parce qu'on les applique plus près de la source, et ensuite parce qu'ils sont faits d'un tissu plus absorbant."

Il est facile de jeter un tampon Tampax et son étui-applicateur dans la chasse d'eau des toilettes standard.

Tampax se vend en trois degrés d'absorption: Junior, Régulier et Super.

TAMPAX
TAMPONS HYGIÉNIQUES

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

1. Dickinson, R.L.: J.A.M.A. 128:490 (16 juin) 1945. 2. Brand, E.N.: Brit. M.J. 1:24 (5 janvier) 1952. 3. Thornton, M.J.: Am. J. Obst. & Gynec. 46:259 (août) 1943. 4. Schnohr, E.: Ugesk. Laeger 116:119 (24 jan.) 1954. 5. Gosling, P.H.: Brit. M.J. 1:1741 (4 juin) 1960.

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

Canadian Tampax Corporation Limited, Barrie, Ontario

De l'avis du Comité, le DDT demeure l'insecticide de choix en raison de sa faible toxicité et de l'efficacité dont il continue de faire preuve dans la plupart des cas. Le Comité recommande donc de ne pas remplacer le DDT par d'autres insecticides, à moins que l'apparition d'une résistance chez le vecteur ne l'exige absolument. Les recherches en cours sur les méthodes biologiques de lutte contre les vecteurs réduiront peut-être un jour l'importance des moyens chimiques, mais dans l'immédiat il est indispensable de disposer d'insecticides de remplacement. A cet égard, le Comité estime que certains composés organo-phosphorés sont prometteurs.

Douzième rapport du Comité d'experts des Drogues engendrant la Toxicomanie. O. M. S.: série de rapports techniques, No 229, 1962: $0.30.

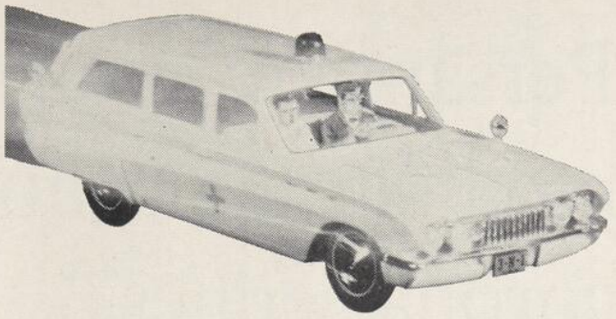
Le Comité O. M. S. d'experts des Drogues engendrant la Toxicomanie. continuent à formuler des avis sur les notifications des gouvernements, recommande que soient exemptés du contrôle international l'oxphénéridine, le (—)—hydroxy—3 N-propargylmorphinane, la météthoheptazine, la métheptazine et deux préparations contenant du diphénoxylate. Ce sont maintenant quatre préparations à base de diphénoxylate qui ont été exemptées du contrôle. Dans ces conditions, le Comité a estimé opportun de proposer une exemption générale pour toutes celles de ces préparations dont la teneur en produit actif ne dépasse pas un maximum déterminé. Par contre, le noracyméthadol doit être considéré comme une substance toxicomanogène comparable à la morphine; la nicocodine et quatre composés qualifiés d'intermédiaires de la méthadone, intermédiaire du moramide, intermédiaire A de la péthidine et intermédiaire B de la péthidine sont autant de substances qui peuvent être transformées en drogues toxicomanogènes et devraient donc être assujetties à ce titre aux mesures de contrôle international qui les concernent.

La protection maternelle et infantile en URSS: Rapport rédigé par les participants à un voyage d'étude organisé par l'O.M.S. Cahiers de Santé publique, No 11. O. M. S., Genève, 1962. 71 pages: $1.00.

L'Organisation mondiale de la Santé a récemment offert la possibilité à des spécialistes de la santé publique venant de 17 pays, d'étudier les services de protection maternelle et infantile (PMI) en URSS, qui occupent dans l'organisation sanitaire de ce pays une place prépondérante.

Le rapport de ce voyage d'étude vient d'être publié. Il expose la structure et le fonctionnement de la PMI en URSS, et plus spécialement dans les républiques de Russie, de Géorgie, d'Ukraine et d'Uzbékistan, visités par le groupe.

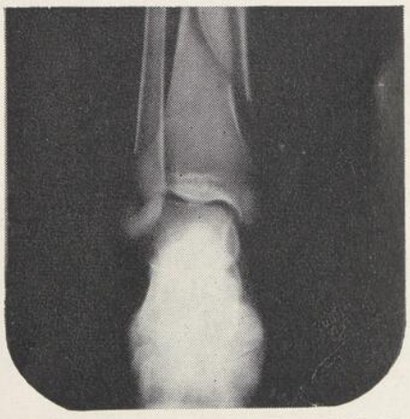
Placée sous une protection médico-sociale permanente et gratuite, la future mère et la mère bénéficient d'une législation et d'institutions étatisées leur assurant des soins compétents, des consultations prénatales au centre sanitaire ou dans l'établissement même où elles travaillent, l'accouchement dans une maternité (que l'on cherche à généraliser même dans les campagnes), la surveillance d'un pédiatre dès la naissance de l'enfant. Celui-ci est suivi jusqu'à l'âge de 14-18 ans, dans les villes du moins, et bénéficie, selon les besoins et la condition de sa famille, de gout-



LORSQUE LA DOULEUR ET SON APPRÉHENSION INTERVIENNENT DANS LE BIEN-ÊTRE DU MALADE
DANS LES CAS D'URGENCE
FIORINAL®-C
apporte une action rapide et simultanée analgésique-sédative

Composition: chaque capsule contient 50 mg. de Sandoptal (allylisobutylmalonylurée); 40 mg. de caféine; 200 mg. d'acide acétylsalicylique; 130 mg. de phénacétine; 16 mg. (¼ gr.) de phosphate de codéine.
Dose: 1 ou 2 capsules pour commencer, suivies d'une capsule toutes les 3 à 4 heures.

SANDOZ PHARMACEUTICALS SANDOZ DORVAL, P.Q.



LORSQUE LA DOULEUR ET SON APPRÉHENSION COMPLIQUENT
LE TABLEAU CLINIQUE
FIORINAL®-C
apporte une action rapide et simultanée analgésique-sédative dans tous les cas de douleur/appréhension

Composition: chaque capsule contient 50 mg. de Sandoptal (allylisobutylmalonylurée); 40 mg. de caféine; 200 mg. d'acide acétylsalicylique; 130 mg. de phénacétine; 16 mg. (¼ gr.) de phosphate de codéine.
Dose: 1 ou 2 capsules pour commencer, suivies d'une capsule toutes les 3 à 4 heures.

SANDOZ PHARMACEUTICALS SANDOZ DORVAL, P.Q.

...“Persantine pourra favorablement modifier le pronostic des affections coronariennes.”*

Une étude clinique récente faite par Vineberg et al* prouve que Persantine a:

“une profonde action physique sur les artères coronaires et leurs collatérales,”

“triplé le taux de survie” chez les animaux soumis à un rétrécissement graduel des coronaires.

Le traitement à la Persantine permettra au cardiaque d'entrevoir un avenir différent grâce au développement prophylactique d'une circulation collatérale coronarienne.

**Vineberg, A.M., Chari, S.R., Pifarrè, R., Mercier, C., Canad. Med. Ass. J., 87:336, 18 août 1962.*

Posologie: 50 mg (2 dragées) t.i.d. avant les repas.
Persantine—2,6-bis di(2-hydroxyéthyl)amino-4,8-bis(1-pipéridyl)pyrimido-(5,4-d)-pyrimidine.
Brochure complète sur les indications disponible sur demande.

Produits Boehringer Ingelheim
distribués par Geigy Produits Pharmaceutiques, Montréal

L-1670F

tes de lait, crèches, jardins d'enfants, stations de cure, hôpitaux spécialisés. A 7 ans, l'enfant entre à l'école. Le pédiatre scolaire joue un grand rôle, surveillant la santé des enfants, celle des maîtres, l'hygiène de l'école, s'occupant des loisirs et du repos des enfants, ainsi que de leur éducation sanitaire. Parmi les institutions consacrées aux loisirs, on comptait en 1959 près de 3,000 maisons de pionniers, 520 centres de jeunes techniciens, 254 centres de jeunes naturalistes et 146 centres d'excursions pour enfants.

Ces activités nécessitent évidemment un personnel médical et paramédical important. Il comprenait en 1959, 27,400 obstétriciens-gynécologues, 129,800 sages-femmes, 77,300 sages-femmes/feldchers, (ces dernières surtout dans les zones rurales) et 55,000 pédiatres; la promotion annuelle de ces spécialistes était encore de 3,000 ces dernières années. Ainsi que l'indique la conclusion « Le rapport a chercher à demeurer objectif et à décrire plus qu'à louer ou à critiquer... la plupart des membres du groupe, venant de pays en voie de développement économique, où la médecine doit être essentiellement préventive, ont été fortement impressionnés par cette conception et son application méthodique ».

LIVRES REÇUS DEPUIS LE 1er AOÛT 1962

Le vivant « Créateur » de son évolution. Par P. WINTREBERT. Masson et Cie, édit., Paris, 1962.

Les œdèmes-hormonothérapie antagonistes de l'aldostérone et salidiurétiques. Par M. ALBEAUX-FERNET et J.-D. ROMANI. Masson et Cie, édit., Paris, 1962.

Physiopathologie chirurgicale générale. Par F. LAPORTE. Masson et Cie, édit., Paris, 1962.

L'exploration de la fonction respiratoire. Par D. BRILLE et C. HATZFELD. Masson et Cie, édit., Paris, 1962.

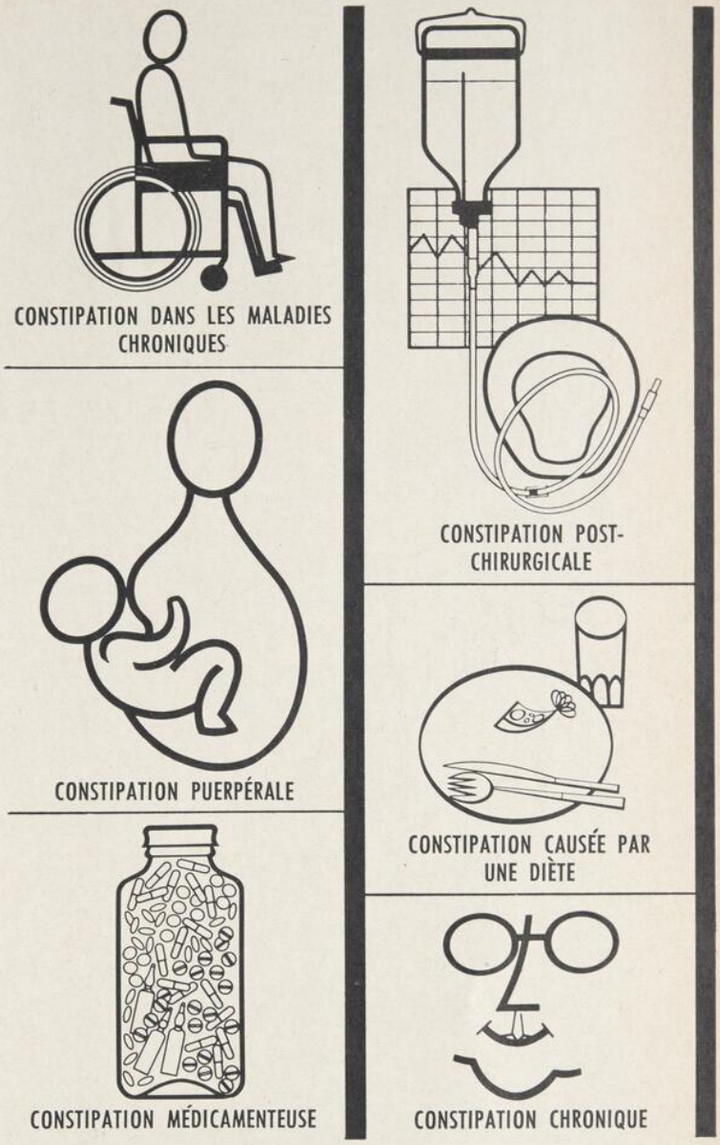
L'OMS et la santé mentale, 1949-1961. Organisation mondiale de la Santé, édit., Paris, 1962.

Experimental Skin Carcinogenesis in Mice. Par Olav H. IVERSEN et Arne EVENSEN. Oslo University Press, édit., Oslo, 1962.

Normes pour les substances biologiques: — Normes relatives au vaccin anti-poliomyélitique (buccal). Organisation mondiale de la Santé, édit., Genève, 1962.

Le rôle des médecins de la santé publique et des omnipraticiens dans la protection de la santé mentale — 11e rapport. Organisation mondiale de la Santé, édit., Genève, 1962.

Biopotentials of Cerebral Hemispheres in Brain Tumors. Par N. P. BEKHTEREVA. Consultants Bureau, édit., New-York, 1962.



Rx Senokot
COMPRIMÉS/GRANULES

Dans la constipation fonctionnelle—un soulagement doux et prévisible avec une quasi absence d'effets secondaires. Diverses études cliniques démontrent la haute efficacité d'une thérapeutique au Senokot dans les constipations chronique, médicamenteuse, post-chirurgicale, gériatrique, causée par une diète, ainsi que dans la constipation puerpérale et dans la constipation à la suite de troubles cardiovasculaires, d'hémorroïdes ou de maladies chroniques. Les préparations de SENOKOT favorisent un neuropéristaltisme physiologique doux par une stimulation directe du plexus d'Auerbach au niveau du côlon, ce qui ressemble beaucoup à une évacuation normale.

Pour toutes vos demandes de renseignement sur la posologie, le mode d'emploi et la présentation, écrire à The Purdue Frederick Company (Canada) Limited, 207 Queen's Quay W., Toronto 1, Ontario. Documentation sur demande.

THE PURDUE FREDERICK COMPANY (CANADA) LTD / TORONTO 1, ONTARIO

une pénicilline pédiatrique efficace, savoureuse, à de nouveaux bas prix



Mégacillin 250
MARQUE DÉPOSÉE

250,000 unités par cuillerée à thé de 5 cc

Mégacillin 500

500,000 unités par cuillerée à thé de 5 cc

Suspensions orales de benzathine pénicilline G.

Efficaces pour traiter les infections staphylococciques, streptococciques, pneumococciques et pour prévenir les infections secondaires durant l'influenza, la rougeole, la coqueluche, etc. Elles sont utiles pour la prophylaxie dans le rhumatisme articulaire aigu. La posologie est déterminée selon le poids du patient et l'acuité de l'infection. On doit appliquer les mesures de précaution habituelles, associées à la pénicillothérapie.

Présentées en flacons de 60 cc.

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

L'Union Médicale du Canada en 1893

NOTES SUR UN CAS D'HERMAPHRODISME APPARENT; ECTOPIE TESTICULAIRE; CASTRATION DOUBLE.

Par le docteur Paul Philippe (Montréal),
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Octobre 1893

Au mois d'août 1891, notre maître le docteur Polaillon, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Paris, présentait à l'Académie de médecine un cas d'hermaphrodisme dont voici l'histoire abrégé: jeune femme âgée de 25 ans, pas de règles; les organes génitaux bien conformés — pas de vagin, mais une simple dépression de deux centimètres en arrière de la fosse naviculaire. Pas d'utérus — tumeurs inguinales réductibles et douloureuses à la pression. A l'autopsie, on trouva deux testicules atrophiés. Pas de prostate.

Ayant eu l'occasion d'examiner et d'opérer un cas semblable, nous pensons intéresser les lecteurs de *l'Union Médicale* en en donnant l'observation.

Mademoiselle X... se présente à notre dispensaire pour nous consulter au sujet de douleurs qu'elle ressent dans l'abdomen et au niveau des aînes.

Mlle X... est âgée de 28 ans, n'accuse rien de particulier dans ses antécédents de famille: père mort d'une affection cardiaque, mère ayant succombé à la suite d'une pleurésie, frères et soeurs en parfaite santé.

Elle n'a jamais été réglée. Il y a dix ans environ, elle s'aperçut de l'existence d'une tumeur dans la région de l'aine droite, tumeur qui parfois devenait très douloureuse, changeait de volume et de consistence; assez molle en temps ordinaire, cette tumeur devenait plus dûre au moment des douleurs qui s'accompagnaient généralement de tiraillements dans l'abdomen, principalement du même côté.

Il y a quelques mois, sans cause connue, la malade constata que l'aine gauche se tuméfiait, qu'une petite tumeur non douloureuse, facilement réductible, y apparaissait surtout après la marche. Depuis trois ans, les douleurs dans l'aine droite sont devenues plus fortes, presque continues, s'irradiant à la partie interne de la cuisse et vers l'épine iliaque antéro-supérieure; les tiraillements abdominaux ont disparu.

Ces douleurs rendent la marche parfois impossible, empêchent la malade de dormir; de plus, quelques troubles nerveux se sont déclarés: céphalées, vomissements, tremblement, irritabilité excessive.

Examen. — Sujet d'apparence robuste, taille au-dessus de la moyenne: seins bien développés, écartement très marqué des hanches; la voix couverte a bien le timbre d'une voix de femme.

Les organes génitaux externes présentent les particularités suivantes: grandes lèvres très développées, soudées en arrière sur une longueur de 8 centimètres environ, et représentées en cet endroit par deux petites traînées pigmentaires accolées. Cette soudure des grandes lèvres forme un périnée de cinq travers de doigt. Les petites lèvres n'existent qu'en haut où elles sont très développées, recouvrant un clitoris très volumineux. L'ouverture de la vulve est très petite, laisse pénétrer l'index dans une cavité, « *sorte de dépression vestibulaire* », longue de trois centimètres, mais très dépressible. Du côté de la paroi rectale, on sent très bien la portion soudée des grandes lèvres formant un éperon très saillant et très résistant.

L'orifice uréthral est fort difficile à voir, il est situé dans un repli muqueux à l'intérieur de la dépression vestibulaire sur sa face antérieure. Dans cette dépression vestibulaire on ne sent pas de col, pas de culs de sac, la surface en est parfaitement unie. Par le toucher rectal on arrive facilement au-dessus de cette cavité vestibulaire et on ne constate ni corps utérin, ni ovaires...

Tumeurs inguinales — côté gauche — Tumeur mate à la percussion, réductible; on sent qu'elle est composée de deux parties dont la plus superficielle offre une consistance élastique, tandis que la partie la plus profonde est pâteuse et molle.

Côté droit. — Tumeur allongée obliquement de haut en bas et de dehors en dedans, de la grosseur d'un oeuf de pigeon; très mobile, elle peut descendre jusque dans le tiers supérieur de la grande lèvre correspondante. De consistance élastique, elle présente comme la tumeur du côté gauche deux parties nettement séparées par un sillon. Pas de réduction. La pression même légère y fait naître des douleurs très vives.

La malade reste quelques jours sans revenir au dispensaire, garde le lit, essaie de placer un bandage ouaté au niveau des tumeurs, mais les douleurs ne discontinuant pas à droite, elle se décide à se faire opérer comme nous le lui avions proposé.

Opération. — 16 mai — avec l'assistance du docteur Jeannotte; chloroforme administré par le docteur Fortier. Le champ opératoire est rasé, savonné, lavé au sublimé, puis entouré de compresses phéniquées. Nous pratiquons une incision de six travers de doigt suivant le grand axe de la tumeur, le centre de l'incision correspond à peu près au niveau de l'orifice inguinal; l'hémostase est faite au fur et à mesure. Une masse arrondie blanchâtre, comme fibreuse, apparaît; dissection minutieuse du tissu cellulaire qui est très tassé à cet endroit et que nous prenons tout d'abord pour le sac; nous trouvons ce dernier accolé à la tumeur, nous l'incisons et les bords en sont saisis avec des pinces en T. La tumeur grosse comme une noix est coiffée à sa partie supérieure par un kyste transparent

DANS LE TRAITEMENT DES ARYTHMIES



CARDIOQUIN
POLYGALACTURONATE DE QUINIDINE DE PURDUE FREDERICK
COMPRIMÉS

Des études cliniques et expérimentales[1-6] démontrent que la nouvelle molécule de quinidine récemment synthétisée—*le polygalacturonate de quinidine*—offre plusieurs avantages marqués pour rétablir ou maintenir un rythme sinusal normal.

1. QUASI-ABSENCE DE MALAISES GASTRO-INTESTINAUX[1-6-7]
2. POSOLOGIE D'ENTRETIEN, SEULEMENT B.I.D.
3. PORTÉE THERAPEUTIQUE ÉTENDUE[1-4-6]
4. RETOUR À UN RYTHME SINUSAL NORMAL[1-2]
5. MAINTIEN ÉGAL DES NIVEAUX THÉRAPEUTIQUES SANGUINS[2-3-4]
6. FAIBLE TOXICITÉ ÉTABLIE EXPÉRIMENTALEMENT[3]

Les indications et les contre-indications sont les mêmes que pour toute autre préparation de quinidine. Documentation sur le mode d'emploi et la posologie, disponible sur demande, ou consulter le Vademecum.

Présentation: Comprimés rainurés et non enrobés en flacons de 50 et 500.

BIBLIOGRAPHIE: 1. Tricot, R., Nogrette, P.: Presse méd., 68:1085 (4 juin) 1960. 2. Shaftel, N., Halpern, A.: Am. J. Med. Sci. 236:184 (août) 1958. 3. Halpern, A. et al.: Am. J. Pharm. 130:190 (juin) 1958. 4. Pote, H.H.: Angiology 12:320 (juillet) 1961. 5. Schwartz, G.: Angiology 10:115 (avril) 1959. 6. Tricot, R., Nogrette, P.: Am. J. Med. Sci. 243:215 (fév.) 1962. 7. Mouquin, M., Sicard, P.: Traitement des Arythmies, Gazette Méd. de France-Bilan Thérapeutique 1956-1961, p. 322.

THE PURDUE FREDERICK COMPANY
(CANADA) LTD / TORONTO 1, ONTARIO

Tetrex*
phosphate complexe de tétracycline

CHAQUE CAPSULE
DE
Tetrex
EST SOUMISE
À UN MINIMUM DE

265

CONTRÔLES
DE QUALITÉ
EN COURS DE FABRICATION

AFIN DE VOUS ASSURER,
À VOUS
AINSI QU'À VOS MALADES,
LE MAXIMUM

d'UNIFORMITÉ
de PURETÉ
de SÉCURITÉ
et d'EFFICACITÉ

ET CE,
AU NOUVEAU
PRIX ÉCONOMIQUE.

Spécifiez: Tetrex, Bristol

Un autre produit Bristol

BRISTOL LABORATORIES OF CANADA LIMITED
286 ouest, rue St-Paul, Montréal, P.Q.
*Marque de commerce

disposé en fer à cheval. Le pédicule très épais est isolé, il adhère fortement au pourtour de l'anneau inguinal — nous lions ce pédicule par trois anses de fils de soie disposées en chaîne; un léger suintement sanguin nous oblige de placer une ligature en masse autour du moignon du pédicule. Les parois du sac sont ensuite réséquées. Lavage de la plaie à l'eau phéniquée et sutures au crin de Florence — pansement sec iodoformé, pas de drain. Les suites ont été excellentes la température n'a pas dépassé la normale.

Le 7e jour, on enlève les points de suture, pansement iodoformé et salol. Le 14e jour, 2e pansement, la malade quitte la chambre.

Un mois après, la malade revient nous prier d'opérer l'autre côté qui, dit-elle, la fait souffrir et commence à la gêner dans la marche.

Opération le 13 *juin,* avec l'assistance des docteurs Jeannotte, Letellier, Fortier et Derome.

Incision au niveau de l'orifice inguinal gauche de cinq travers de doigt. Nous tombons sur un sac bien formé; ce sac est adhérent en arrière aux tissus sur lesquels il repose; nous le séparons avec des ciseaux de toutes ses adhérences postérieures et nous l'incisons suivant son grand axe, un peu de liquide citrin s'en découle. Le sac incisé nous représente bien nettement la disposition de la vaginale. Une petite masse arrondie, ovale surmontée d'un kyste gros comme un pois est attirée à l'extérieur; puis le sac libéré et le contenu sont réséqués, le pédicule est ligaturé avec une soie plate au sublimé; quelques points de suture font adhérer le pédicule au bord supérieur de l'anneau inguinal.

Sutures superficielles au crin de Florence; pansement iodoformé, ouate salicylée.

Les pièces examinées par le docteur Lespérance et par nous offraient les particularités suivantes:

Les tumeurs sont d'égale grosseur, parfaitement semblables; elles sont divisées en 2 parties séparées par un sillon. Une partie est ovalaire, blanchâtre, offrant l'aspect du testicule et de l'albuginée; l'autre partie coiffe la première en l'entourant sur la moitié de sa longueur et ressemble à l'épididyme.

A la coupe: Aspect grisâtre et granuleux, divisions lobulaires.

Au microscope: Tubes séminifères bien nets, mais pas de spermatozoïdes.

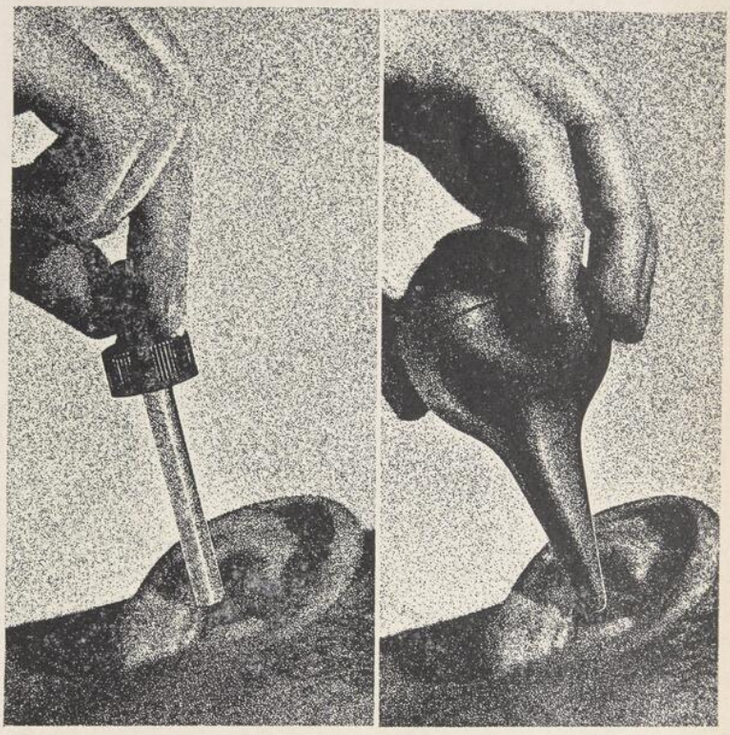
Nous avons eu donc affaire à un cas d'hermaphrodisme apparent, à un cryptorchide chez lequel la descente des testicules a été tardive et incomplète, dont les organes externes sont atrophiés et soudés incomplètement sur la ligne médiane: verge imperforée simulant un clitoris, soudure partielle des téguments externes donnant l'apparence de grandes lèvres et d'un court vagin.

Beaucoup de cas semblables ont été observés, mais je n'en vois pas qui aient été opérés dans les mêmes conditions. Notons de plus le développement des seins, l'écartement très marqué des hanches, manquant dans la plu-

part des cas signalés et qui, chez notre sujet, contribuaient encore à induire en erreur sur le sexe.

Un autre point sur lequel nous devons attirer l'attention, c'est la disposition du méat urinaire: ce méat apparaît au-dessous du clitoris, mais dans la dépression vestibulaire, caché dans un repli muqueux. Supposons que les testicules eussent suivi leur route normale, signalant ainsi le sexe, ce sujet eût été affecté d'un hypospadias, fait qu'on trouve signalé dans nombre d'observations d'hermaphrodisme apparent, masculin. Comme Giraldès le disait: ce sont des hypospades profonds.

enlèvement simple et rapide
des bouchons de cérumen sans
les inconvénients des instruments



Rx
*Cerumenex
GOUTTES

Sig.: 1. Remplir le canal auditif de gouttes de 'Cerumenex'; **2.** insérer un tampon d'ouate et laisser pendant 15 à 20 minutes; **3.** puis, avec de l'eau tiède, irriguer doucement l'oreille à l'aide d'une seringue en caoutchouc mou.

De nombreux essais cliniques démontrent que cet agent cérumenolytique spécifique a donné des résultats excellents dans 90% des cas chez des adultes et des enfants. [1-10]

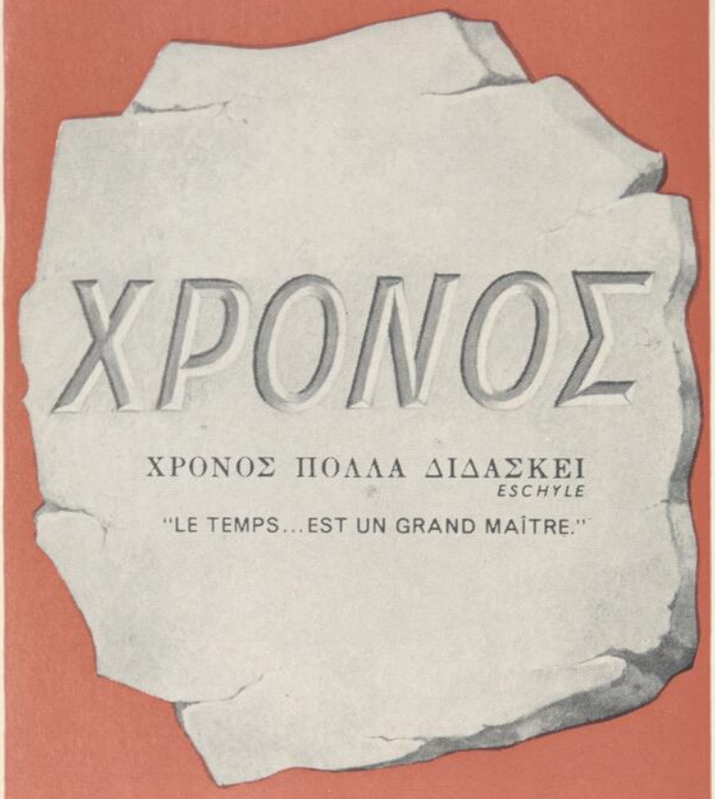
Bibliographie: 1. Reiniger, A.C., et al.: A.M.A. Arch. Otolaryngol.69:293 (mars) 1959. **2.** Gant, J. Q., Jr.: A.M.A. Arch. Dermatol. 79:651 (juin) 1959. **3.** Dubow, E.: A.M.A. Dis. Children 97:863 (juin) 1959. **4.** Dubow, E.: Arch. Pediat. 76:360 (sept.) 1959. **5.** Peimer, R.: E.E.N.T. Monthly 39:965 (déc.) 1959. **6.** Berger, M., Bikoff, H.S.: New York State J. Med. 59:1794 (1 mai) 1959. **7.** Bialkin, G.: Arch. Pediat. 75:434 (oct) 1958. **8.** Rosnick. M. J.: J. Florida Med. Assoc. 45:658 (déc.) 1958. **9.** Dirr, J.P., et al.: J. Med. Soc. New Jersey 56:504 (août) 1959. **10.** Kawchak. J.: J. Occup. Med. 3:21 (janv.) 1961.

Composition: 10% de Cerapon* dans du glycol propylénique et 0.05% de chlorbutanol. *Marque d'un composé d'oléate polypeptidique de triéthanolamine. Certains sujets peuvent développer une dermite externe de contact due à une sensibilisation. On recommande de procéder à une cuti-réaction chez des sujets possédant des antécédents d'allergie. Documentation supplémentaire sur demande ou consulter le Vademecum.

PRÉSENTATION: Flacons de 8 et 15 cc. avec compte-gouttes à bout arrondi.

THE PURDUE FREDERICK COMPANY
(CANADA) LTD / TORONTO 1, ONTARIO

LE MÉDECIN QUI, AUJOURD'HUI, TRAITE UN CARDIAQUE, FORT DE L'EXPÉRIENCE DU PASSÉ, SAIT QUE



'CARDILATE* 10'
tétranitrate d'érythrol

existe désormais sous forme per os.

Le temps nous a appris deux choses au sujet du tétranitrate d'érythrol. Celui-ci est aussi efficace par voie buccale que par voie sublinguale. La majorité des malades préfèrent la voie buccale, moins susceptible de provoquer des céphalées.

Nouveau comprimé de forme carrée, sécable, administrable par voies buccale et sublinguale.

BURROUGHS WELLCOME & CO. (Canada) Ltd.

*Nom Déposé

NOUVELLES PHARMACEUTIQUES

GOUTTES "CÉFRACYCLINE"

Description. Une suspension de tétracycline en milieu tamponné, pour l'administration orale. Chaque cc. des Gouttes « Céfracycline » contient de la tétracycline équivalant à 100 mg. de chlorhydrate de tétracycline (environ 5 mg. par goutte).

Indications. Pour traiter, *per os*, les infections des enfants, causées par les organismes sensibles à la tétracycline.

Posologie. 8 mg. par jour, par livre de poids; e.g. un bébé pesant 10 livres: 20 mg. (4 gouttes) quatre fois par jour; un bébé pesant 20 livres: 40 mg (8 gouttes) quatre fois par jour.

Présentation. Flacons de 10 cc, munis d'un compte-gouttes de précision, gradué à 4 et à 8 gouttes; ils sont empaquetés dans un cartonnage uni, avec un manchon amovible pour faciliter l'étiquetage lors de l'exécution de l'ordonnance. (Charles E. Frosst & Co.).

BETADINE

Addition nouvelle et saisissante au marché des antiseptiques, Betadine, de la famille de Povidone-iode (complexe polyvinyl-pyrrolidone-iode, ou PVP-I.

Betadine retient toute l'action unique et selectrice microbicide de l'iode mais n'a aucune des caractéristiques indésirables de et propres à l'iode.

Les deux formules de Povidone-iode, manufacturées maintenant par *British Drug Houses* sont:

Solution Betadine pour la préparation de la peau avant la chirurgie (médecine opératoire) et le traitement en cas d'urgence pour blessures et brûlures.

Friction Betadine, chirurgicale, pour lavage et friction avant et après l'opération.

UN PROGRAMME D'EXPANSION EST EN MARCHE CHEZ ARLINGTON-FUNK

Depuis 5 ans Arlington-Funk a vu ses ventes augmenter de plus de 300%. L'expansion rapide d'Arlington-Funk est le résultat direct d'une fructueuse campagne de recherche qui a donné lieu, jusqu'ici, à la mise au point de plus de 300 nouvelles formules chimiques à l'évaluation desquelles on procède actuellement.

Parmi nos produits courants, les cinq médicaments suivants continuent de gagner de plus en plus l'adhésion des membres de la profession médicale.

Emivan, puissant stimulant de la fonction respiratoire et facteur « d'éveil » dans les cas de dépression du SNC.

Arlidin, agent vasodynamique spécifique.

Bacid, pour la correction physiologique de la diarrhée.

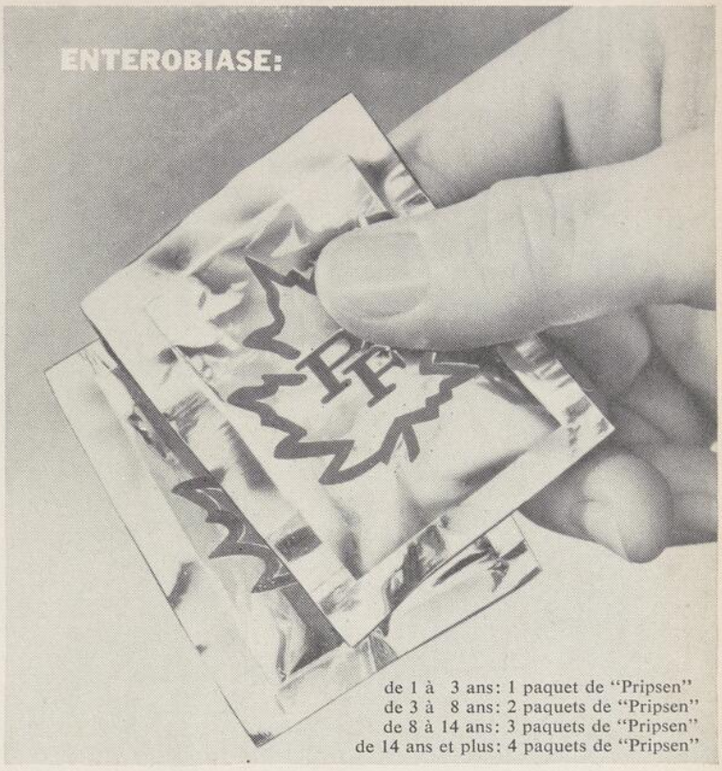
DBI et DBI-TD, gamme complète d'agents hypoglycémiques pour le traitement du diabète par voie buccale.

DUO-C.V.P., efficace pour maîtriser l'écoulement menstruel abondant et prolongé.

Le programme d'expansion d'Arlington-Funk continue à avancer à un rythme régulier. Les chiffres des ventes pour les six premiers mois de 1962 font apparaître un accroissement de 22% par rapport aux chiffres correspondants de l'an dernier. Le résultat direct de cet essor est, naturellement l'inévitable emménagement dans les locaux plus spacieux et plus confortables.

L'immeuble d'Arlington-Funk, aux lignes modernes, a été spécialement conçu pour être doté des installations de laboratoire et de production qui permettront de répondre aux exigences croissantes de la médecine au Canada. Un rigoureux contrôle de la qualité au cours de la fabrication de tous les produits pharmaceutiques et alimentaires et les normes strictes de sécurité régissant la mise au point et l'essai des nouveaux médicaments destinés à la recherche clinique vont de pair avec les méthodes avancées de recherche et les connaissances techniques d'Arlington-Funk.

Ce vaste programme de « Recherche au service de la Médecine » a nécessité une augmentation du personnel d'Arlington-Funk et bien des emplois sont encore disponibles pour ceux qqui possèdent les connaissances nécessaires dans le domaine pharmaceutique.



de 1 à 3 ans: 1 paquet de "Pripsen"
de 3 à 8 ans: 2 paquets de "Pripsen"
de 8 à 14 ans: 3 paquets de "Pripsen"
de 14 ans et plus: 4 paquets de "Pripsen"

Le nouveau

PRIPSEN

EN GRANULES

pour l'éradication des oxyures en une seule dose

NE CONTENANT PAS DE CYANINE, ILS NE SOUILLENT NI LA PEAU NI LES VÊTEMENTS.

Avec les granules de Pripsen, vous obtiendrez en une seule dose une éradication allant de 91 à 97%. (Sur demande, nous vous ferons parvenir avec plaisir des résultats détaillés d'essais cliniques.)

Il est pratique de prescrire les Pripsen parce qu'ils sont emballés en doses de 2.6 Gm. mesurées à l'avance. L'âge et non le poids du malade détermine la posologie, ce qui économise du temps dans le calcul des doses d'une famille infestée d'oxyures.

Les granules de Pripsen associent le phosphate de pipérazine, un anthelminthique reconnu, à des sennosides standardisés dont l'action favorise l'éradication rapide et douce des parasites.

Ils possèdent une saveur agréable, s'administrent facilement et sont bien tolérés. A l'encontre de certaines autres thérapeutiques contre les oxyures, les granules de Pripsen ne renferment pas de teinture et ne souillent ni la peau, ni les vêtements, ni le bol des cabinets.

Le malade n'a pas à acheter une abondance de granules de Pripsen. Il ne se procure que le nombre prescrit de paquets mesurés à l'avance.

Dans toute thérapeutique anthelminthique, il est préférable de renouveler le traitement à intervalles afin de prévenir ou de corriger toute réinfestation. Les granules de Pripsen, dans ces cas, n'entraînent pas d'effets désagréables.

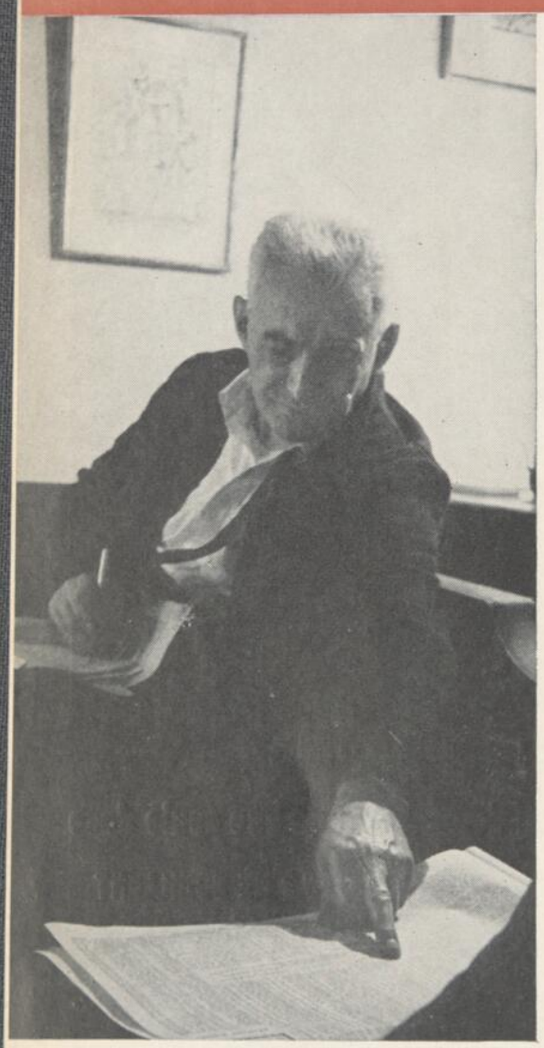
Présenté en boîtes de 12 paquets de Pripsen à 2.6 Gm. chacun.

Documentation et échantillons disponibles sur demande.

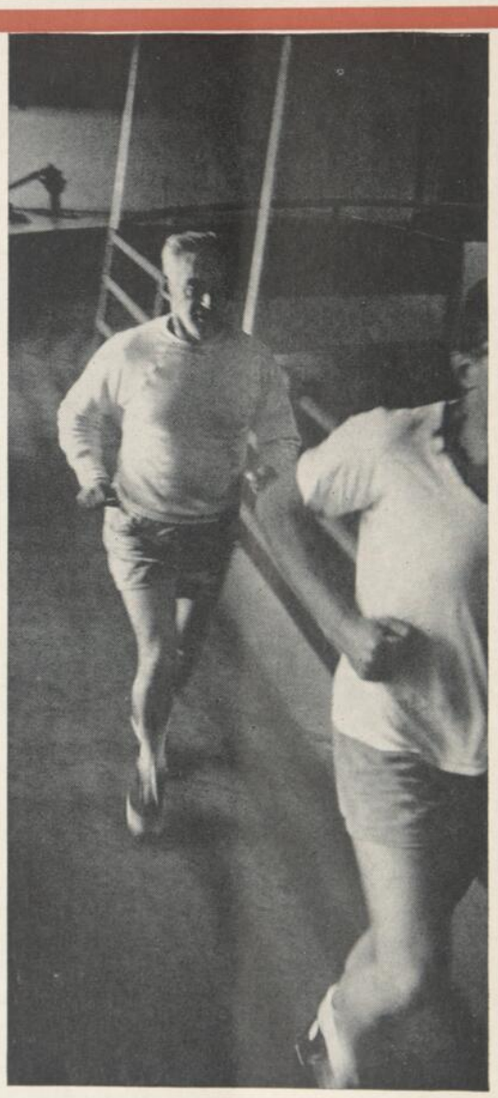
THE PURDUE FREDERICK COMPANY (CANADA) LTD / TORONTO 1, ONTARIO

histoire de cas traité avec Orinase

Dose d'Orinase



M. B. B., agent de change âgé de 61 ans, est traité avec Orinase depuis presque six ans. Avec l'insuline, le contrôle était imparfait; il était irritable et devenait "excessivement déprimé." Avec 1 Gm. d'Orinase par jour, le contrôle est régulier et M. B. est redevenu lui-même. A la maison, il travaille régulièrement tard dans la nuit pour préparer les transactions de la journée suivante.

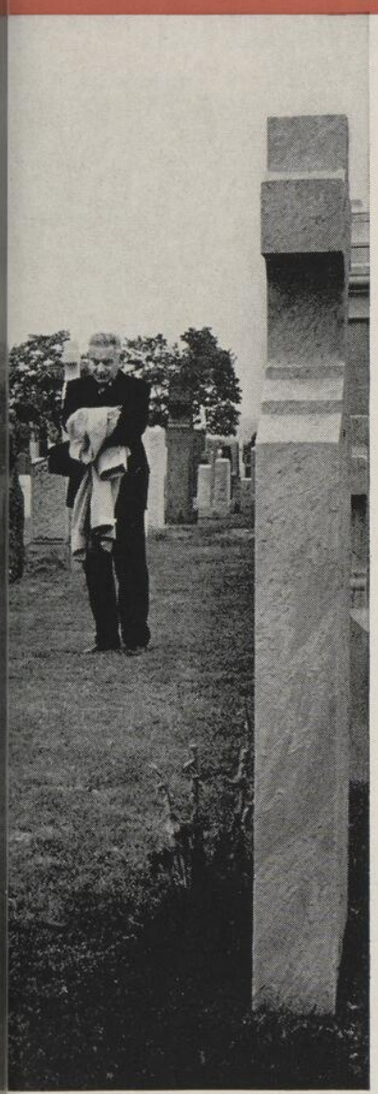


Un homme actif, M. B., à l'occasion, prend de l'exercice au gymnase. Il suit le baseball avec enthousiasme, aime une partie de cartes entre amis et souvent visite les différents membres de sa famille très unie.



M. B., très pris par sa profession, décrit sa journée de travail comme un "stress continuel." Représenter les clients aux prises avec les fluctuations du marché, provoque une tension qui fait varier ses besoins d'Orinase. Guidé par son médecin, M. B. ajuste sa dose quotidienne entre 1 et 2 Gm.

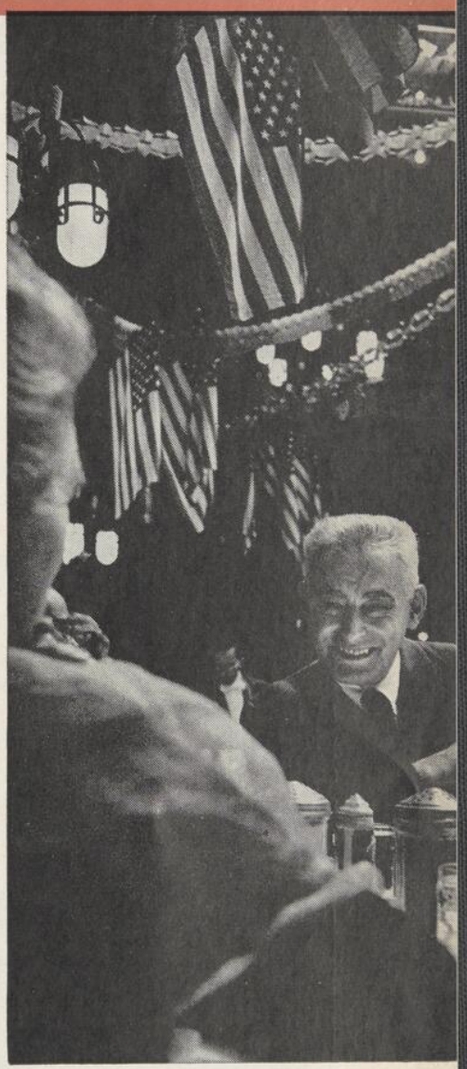
ans de contrôle



La dose habituelle du patient a dû être augmentée en 1960 à la mort de sa soeur, diabétique elle-même. Pendant deux mois, le maintien du contrôle nécessita de 2.5 à 3.5 Gm. d'Orinase par jour; après quoi, la dose quotidienne se stabilisa à 1 Gm.



Environ un an plus tard, alors que sa femme devint handicapée par une affection des yeux, son besoin d'Orinase augmenta à nouveau. Durant la convalescence de sa femme, il prenait 2.5 Gm. par jour.



M. B. est un homme énergique et sociable. Son travail, ses obligations philanthropiques, familiales et sociales le tiennent extrêmement occupé. Orinase lui permet de vivre pleinement.

Orinase (tolbutamide) occupe une place unique; il est le seul, parmi les autres agents antidiabétiques oraux, à avoir eu cinq ans et plus d'emploi clinique journalier par des milliers de médecins à travers le monde. Ainsi, un nombre considérable de rapports sur un véritable traitement à long terme avec Orinase est maintenant disponible. Cette série d'histoires de cas de cinq ans avec Orinase a été préparée pour illustrer et démontrer quelques aspects de l'expérience actuelle dans le contrôle des diabétiques. Le contenu des rapports sur les patients, mis à notre disposition par les médecins, a été rigoureusement respecté. Cependant, l'identité des patients n'est pas révélée. Toute question concernant cette série d'histoires de cas doit être adressée au: Département Médical, Hoechst Pharmaceuticals of Canada Limited, 3400 ouest, rue Jean Talon, Montréal 16.

Orinase est présenté en flacons de 50 et 500 comprimés.
Chaque comprimé contient: tolbutamide...0.5 Gm.

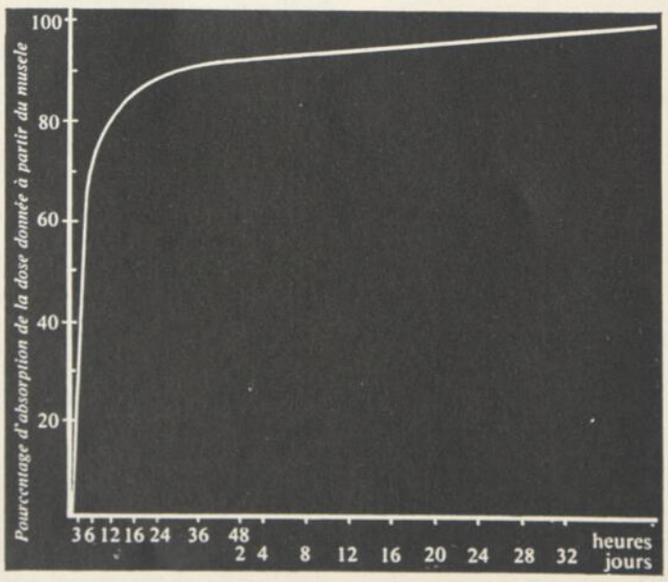
HOECHST

HOECHST Pharmaceuticals of Canada Limited

L'Union Méd. Canada
Tome 91 — Oct. 1962

L'Unique fer intramusculaire dont 60% est absorbé à partir de son point d'introduction en-dedans des trois premières heures.[1]

L'absorption rapide de Jectofer est attribuée à son faible poids moléculaire de 5,000, si on le compare à 180,000 ou plus pour d'autres composés parentéraux. Les patients souffrant d'anémie ferriprive réagissent rapidement à la thérapeutique Jectofer qui améliore les taux d'hémoglobine, reconstitue l'énergie et renouvelle la vitalité. Parce que Jectofer est rapidement absorbé, plus de fer est immédiatement utilisable à la formation de nouvelles globules rouges, avec une prompte augmentation des réticulocytes, avec un sommet entre le 6e et le 8e jour et un accroissement subséquent des taux d'hémoglobine et des valeurs d'hématocrite.[2,3]



Le seul fer intramusculaire qui peut être absorbé directement par la voie sanguine aussi bien que par la voie lymphatique.[4]

Le faible poids moléculaire est un autre avantage. L'absorption de fer par deux voies distinctes élève rapidement le sérum ferreux, alors que la transferrine devient saturée de fer pendant au moins six heures après l'injection. Ce transport de fer ionique est propice à la synthèse hémoglobinurique.

Le seul fer intramusculaire qui n'occasionne pas de tumeurs pre-cancereuses après deux ans d'essais expérimentaux.[5]

L'absence de potentiel carcinogénique du Jectofer est attribué à son faible poids moléculaire et par son absorption rapide du complexe ferreux à partir du muscle. Dans cette étude conduite suivant la méthode de Richmond[6], des injections successives de Jectofer et de fer-dextran furent administrées intramusculairement à des animaux de laboratoire.

FRÉQUENCE DES TUMEURS CHEZ DES RATS AYANT REÇU DES INJECTIONS INTRAMUSCULAIRES DE JECTOFER ET DE FER-DEXTRAN

	Temps d'apparition des tumeurs — Semaines après le début de l'expérience																Incidence des tumeurs
semaines	38	40	42	44	46	48	50	52	54	56	58	60	62	64	66	68	100
fer-dextran	2	2	3	2	1	3	3	2	2	1	2	2			1		26/31
JECTOFER							1										1/30
dextrin																	0

Les tumeurs de fer-dextran ont été identifiées histologiquement comme histiocytome et fibrocytome prémalins. La seule tumeur paraissant avoir été provoquée par Jectofer fut classifiée comme fibrome. Cette tumeur ayant pu être causée par des injections répétées.

Jectofer produit un prompt résultat clinique et hématologique avec réapprovisionnement des réserves de fer dans les cas d'anémie ferriprive associée à:

Grossesse, postpartum
Perte excessive de sang menstruel
Faible absorption due à l'intolérence d'une administration orale
Hémorragie gastro-intestinale
Colite ulcéreuse
Syndrome post-gastrectomique
Manque de coopération de la part des patients.

Efficacité du Jectofer dans l'anémie ferriprive

Cas étudié:[3] H. C., patiente âgée de 43 ans.

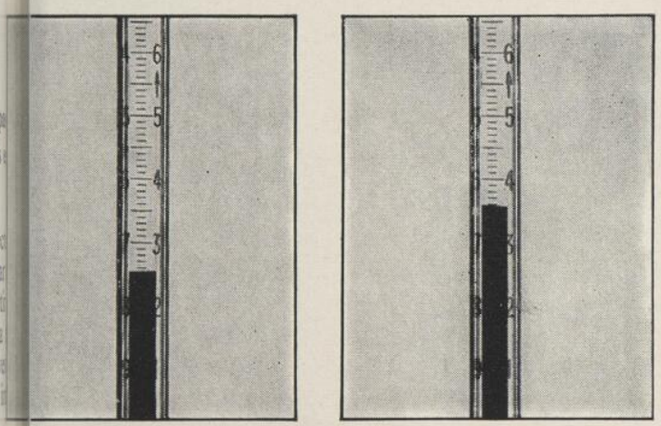
Diagnostic: Anémie hypochrome résistante causée par absorption déficiente en fer. Patiente totalement réfractaire à la thérapeutique orale par le fer.

Résultats des recherches de laboratoire: Hémoglobine 7 pour-cent, hématocrite 26, réticulocytes 1.3.

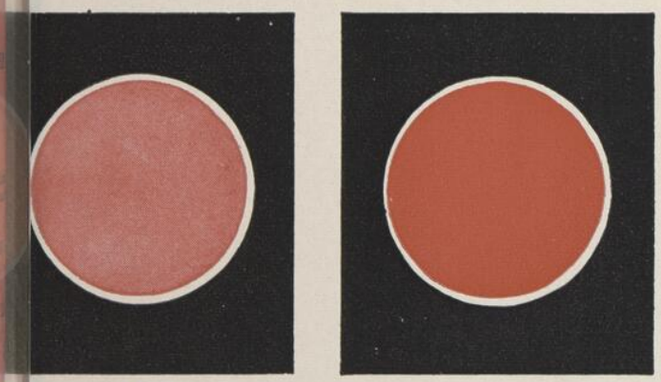
Traitement: Injection intramusculaire de Jectofer alternativement dans chaque région fessière, 100mg. (2 c.c.) 3 fois par semaine pendant 7 semaines jusqu'à concurrence de 2,000 mg.

Résultats: Réaction thérapeutique remarquable.

Avant le traitement	**Après le traitement au Jectofer**
Hct. 26	Hct. 35



Hb. 7.7 gm./100 cc. Hb. 12.3 gm./100 cc.



Les taches de la peau disparaissent:

Toutes taches de la peau qui pourraient se produire au point de l'injection disparaissent ordinairement en l'espace de quelques semaines.[4]

Le Jectofer doit être administré seulement par injection intramusculaire. Il est préférable de l'injecter dans la région supérieure du muscle fessier. Ces injections doivent être données tous les jours ou tous les deux jours alternativement dans le muscle fessier.

Plan posologique du Jectofer. La dose de Jectofer recommandée pour l'adulte moyen est de 100 mg. de fer ou le contenu d'une ampoule de 2 cc. La dose quotidienne ne doit pas excéder 200 mg. (4 cc.). Habituellement, 10 à 20 injections suffisent pour normaliser les taux d'hémoglobine et rétablir l'approvisionnement en fer. *Pour l'instant, Jectofer n'est pas recommandé en pédiatrie.*

TABLE D'ÉVALUATION DU DOSAGE DE JECTOFER

Quantité d'ampoules 2 cc. de Jectofer requises pour restaurer les taux d'hémoglobine et l'approvisionnement en fer

2 cc. de Jectofer = 100 mg. de fer

Tableau d'hémoglobine

Poids du patient en livres	Tableau d'hémoglobine						
	4.0 Gm. 100cc.	5.0 Gm. 100cc.	6.0 Gm. 100cc.	7.0 Gm. 100cc.	8.0 Gm. 100cc.	9.0 Gm. 100cc.	10.0 Gm. 100cc.
90	19	18	16	14	12	10	9
100	22	20	18	16	14	12	10
110	24	22	20	17	15	13	10
120	26	24	21	19	16	14	11
130	28	26	23	20	18	15	12
140	30	28	25	22	19	16	13
150	32	30	27	24	20	17	14
160	35	32	28	25	22	18	15
170	37	34	30	27	23	20	16
180	39	36	32	28	24	21	17
14.5 gm./100 cc. = 100% d'hémoglobine							

Effets secondaires: Les effets secondaires organiques, comme les bouffées de chaleur, la nausée et les vomissements, sont rarement constatés et sont habituellement causés par de trop fortes doses. Les symptômes apparaissent d'ordinaire en dedans de 30 à 120 minutes après l'injection et disparaissent en quelques heures. Un faible pourcentage de patients ont éprouvé une altération gustative provisoire se manifestant environ une demi heure après l'injection et disparaissant après 10 à 12 heures. Certains patients peuvent être incommodés temporairement par une injection intramusculaire profonde. Toutes taches qui apparaîtraient sur les régions touchées disparaissent habituellement dans un laps de temps raisonnable.

Contre-indications: Jectofer est contre-indiqué dans les cas d'anémie pernicieuse, d'anémie hémolytique, d'anémie à l'inhibition toxique de l'érythropoièse, comme dans l'urémie chronique, la leucémie aiguë en l'absence de diminution du fer par perte sanguine, d'anémie associée à de la leucémie chronique et dans le traitement des patients souffrant d'autres anémies ne résultant pas de déficience en fer. Il est contre-indiqué dans les affections hépatiques sérieuses.

Précautions: Jectofer doit être injecté par voie intramusculaire profonde dans le muscle fessier seulement. Une trop forte dose peut occasionner des manifestations cardiovasculaires, comme l'hypotension, la tachycardie, et elle doit donc être évitée.

Présentation: Jectofer est présenté sous forme d'ampoule de 2 cc. en boîte de 10 et de 100. Chaque ampoule de 2 cc. contient 100 mg. de fer.

Références: 1. Lindvall, S. et Andersson, N.S.E.: Studies on a new intramuscular haematinic, iron-sorbital, Brit. J. Pharmacol, *17*:358 (déc.) 1961. 2. Svärd, P.O.: Some pharmacological properties of a new intramuscular iron preparation. J. Pharm. Pharmacol, *13*:641 (nov.) 1961. 3. Svärd, P.O. et Lindvall, S.: Mechanism of absorption of two intramuscular iron preparations. J. Pharm. Pharmacol, *13*:650 (nov.) 1961. 4. Reports to Astra Pharmaceutical Products, Inc., 1961-62. 5. Richmond, H.G.: Induction of sarcoma in the rat by iron-dextran complex. Brit. Med. J., *1*:947 (avril) 1959. 6. Andersson, N.S.E.: Clinical investigations on a new intramuscular haematinic. Brit. Med. J., *2*:275 (29 juillet) 1961.

Jectofer®

(complexe d'acide sorbitol citrique à faible molécule de fer—stabilisé par le dextrin)

Nouveau fer intramusculaire pour anémie ferriprive

ASTRA Pharmaceuticals (Canada) Ltd.
Cooksville, Ontario, Canada

DEPUIS PRÈS D'UN DEMI-SIÈCLE

Toujours le même but:

RÉDUIRE LE TAUX DE LA MORTALITÉ INFANTILE

Par la Qualité de nos Produits

BUREAU CHEF: 4141, St-André — LA. 3-3121

J.J. Joubert LIMITÉE

Soulagez les spasmes bronchiques en moins

D'UNE MINUTE



grâce à l'action efficace, rapide, sûre et sans danger de **VAPONEFRIN***

Vaponefrin facilite la respiration dans les cas d'asthme, d'emphysème et de bronchite chronique. 163 références cliniques sont disponibles. Vous pouvez obtenir, gratuitement, un nébuliseur Vaponefrin pour l'évaluer en clinique sur vos patients. Vous découvrirez qu'il s'agit d'un traitement des plus efficaces, pour un emploi prolongé.

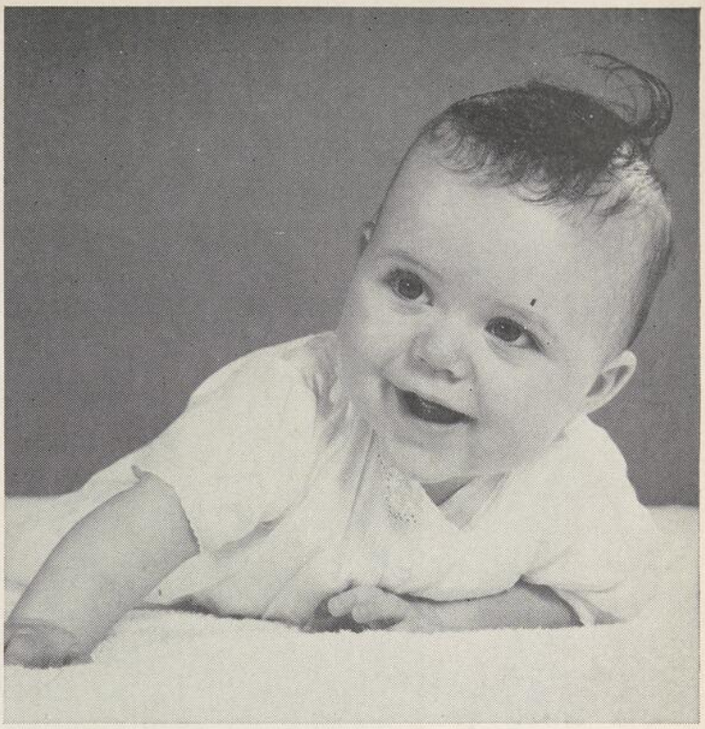
DEMANDEZ
un nébuliseur Vaponefrin
GRATUIT AU
Dépt. des Services Professionnels,
The VAPONEFRIN Company,
888 Dupont Street, Toronto, Ont.



*Marque deposée

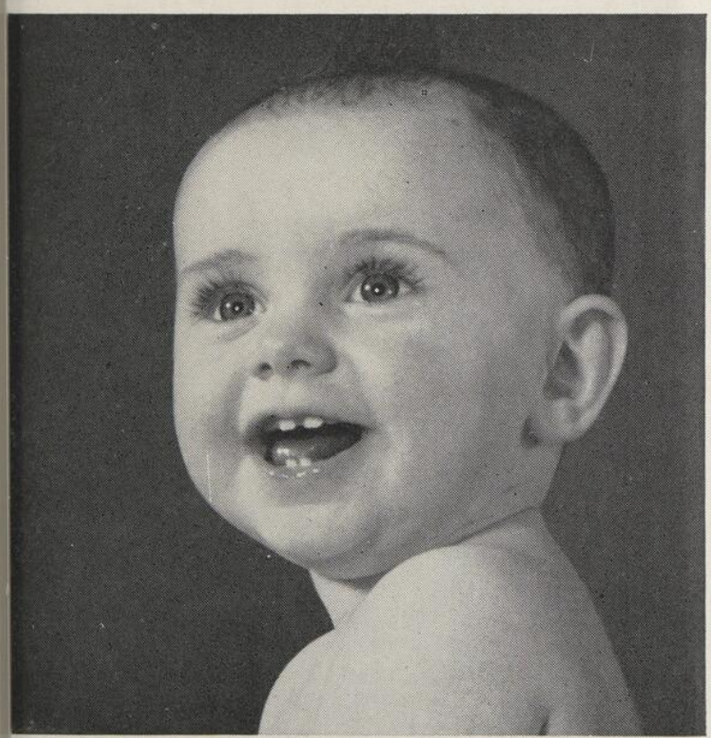
V2LF

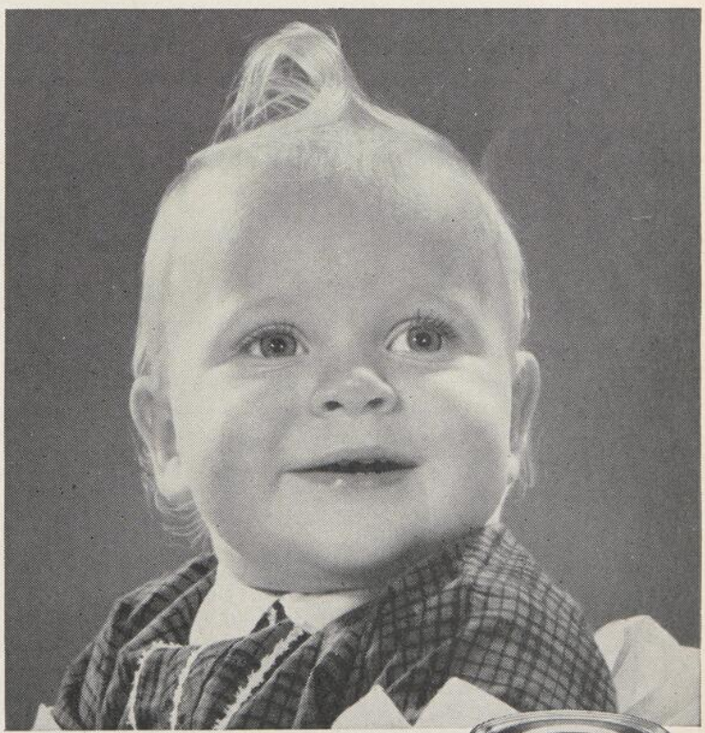




Nicole, à sa naissance, était un bébé chétif. Aujourd'hui, son état n'inspire guère d'inquiétude. C'est un véritable bébé **Pelargon** resplendissant de santé et de vigueur. Maman n'aura donc aucun souci pour la santé de sa fille.

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





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

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



Une formule parfaitement équilibrée pour l'alimentation de bébé.

PELARGON résout les problèmes d'alimentation infantile

Pelargon de NESTLÉ

Remarque: Documentation disponible sur simple demande.

QUALITÉ NESTLÉ SÉCURITÉ



Vos malades qui souffrent du coeur

ont besoin d'aliments nourrissants — sans risque d'un excès de matières grasses ou de calories

Les malades qui souffrent du coeur ont besoin des éléments nutritifs importants du lait, mais ils doivent éviter les corps gras et les calories. Le lait écrémé en poudre Carnation Instantané est du lait frais entier dont on a simplement retiré l'eau et le gras.

Comme le lait frais, il constitue une excellente source alimentaire de protéines de haute qualité et de riboflavine et contient aussi d'utiles quantités de calcium, de thiamine et de vitamine C. Pourtant, il ne contient aucun corps gras et fournit *moins de la moitié* des calories du lait entier.

Pour obtenir 20% de plus de ces éléments nutritifs indispensables, on peut faire un mélange plus riche de Carnation Instantané en ajoutant ⅓ tasse de cristaux par pinte. Il aura un goût encore plus savoureux que tous apprécieront. Et même sous cette forme plus concentrée, le Carnation Instantané coûte moins de 11¢ la pinte.



Si vous avez pensé de vous munir de votre propre service de rayon X...



informez-vous du

"PLAN PRATIQUE"

auprès de votre représentant G-E..

Il vous seconde sur tous les points: il est votre bras droit dans votre projet d'installation du service de rayons X qui vous convient le mieux. Etape par étape, votre représentant G-E contrôle vos besoins "rayon X"... prépare plans et devis... vous fournit conseils compréhensifs et compétents !

Aucune crainte d'être laissé en plan avec votre nouvelle installation. Votre représentant G-E offre un *service continu*... vérifiant votre système pour une performance adéquate; vous familiarisant, de même que votre technicien, de ses avantages; analysant le tableau technique de vos besoins pour obtenir constamment des radiographies de la plus haute perfection. Alors, périodiquement, il vous visite pour s'assurer que votre appareil vous procure plein rendement; vérifie les processus de la chambre noire et les fournitures nécessaires à votre rayon X. Le plus important, c'est qu'il s'assure que vous êtes *entièrement satisfait !* Une riche expérience personnelle est à son crédit en tout temps et s'accompagne de chacune des expérimentations en rayon X General Electric. Téléphonez-lui et sollicitez son aide en aucun temps. Ou, simplement, écrivez à votre représentant G-E de venir faire l'inventaire de vos besoins, sans aucune obligation de votre part.

● La location rayon X *MAXISERVICE®* vous démontre la facilité d'avoir un équipement rayon X *sans déboursé de capital !* Laissez-nous vous exposer comment ce service vous offre l'installation de votre choix sans déboursé initial, pour un versement mensuel modique.

Le progrès est le plus important de nos produits

GENERAL ELECTRIC

GENERAL ELECTRIC X-RAY DEPARTMENT
Milwaukee 1, Wisconsin, suite FF-41

Envoyez-moi: le catalogue rayon X Patricien
le bulletin Maxiservice
un représentant

Nom .....

Adresse .....

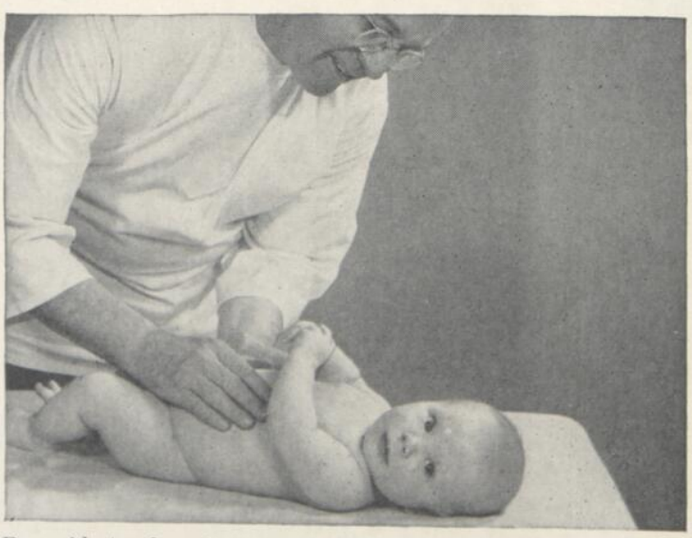
.....

RAPPORT CLINIQUE

SUJET: Sur un avantage précis de la viande dans le régime du nourrisson

"L'avantage le plus précis qu'offre l'addition de viande au régime est l'augmentation du volume des cellules rouges, de la masse d'hémoglobine en circulation et des réserves de fer à la fin de la première année de vie."
"Les viandes tamisées furent bien tolérées par tous les nourrissons et le malaise gastrique souvent associé à l'administration de fer médicinal fut évité."

Tiré de "Meat in the Diet of Premature Infants". T. R. C. Sisson et L. E. Whalen, A.M.A. Journal of Diseases of Children, vol. 95, p. 635, 1958. Disponible sur demande.



Des médecins dans des universités, des associations de recherches et des hôpitaux réputés ont effectué une série d'études cliniques au cours desquelles les viandes Swift pour bébés furent servies à des nourrissons. Les comptes rendus de ces études ont permis de mieux apprécier les avantages de la viande dans le régime du nourrisson.



Le nom le plus réputé en boucherie-charcuterie.

Swift's Premium

PARSTELIN*
ET
PARSTELIN S-2*



Pour votre commodité SK&F présente deux formulations de sa combinaison antidépresseur/anxiolytique hautement efficace. 'Parstelin' entraîne des résultats salutaires chez la plupart des patients manifestant les symptômes coexistants d'anxiété et de dépression. 'Parstelin S-2' est indiqué pour les malades déprimés qui accusent des symptômes anxiogènes prononcés.

Comprimés 'Parstelin' renfermant 10 mg de Parnate* et 1 mg de Stelazine*, présentés en flacons de 50 et de 250

Comprimés 'Parstelin S-2' renfermant 10 mg de 'Parnate' et 2 mg de 'Stelazine', presentés en flacons de 50 et de 250

*Marque déposée au Canada

Les renseignements complets sur la posologie et l'administration sont donnés dans la documentation ou peuvent être fournis par votre représentant SK&F.

SK&F SMITH KLINE & FRENCH • MONTRÉAL 9

2313AF



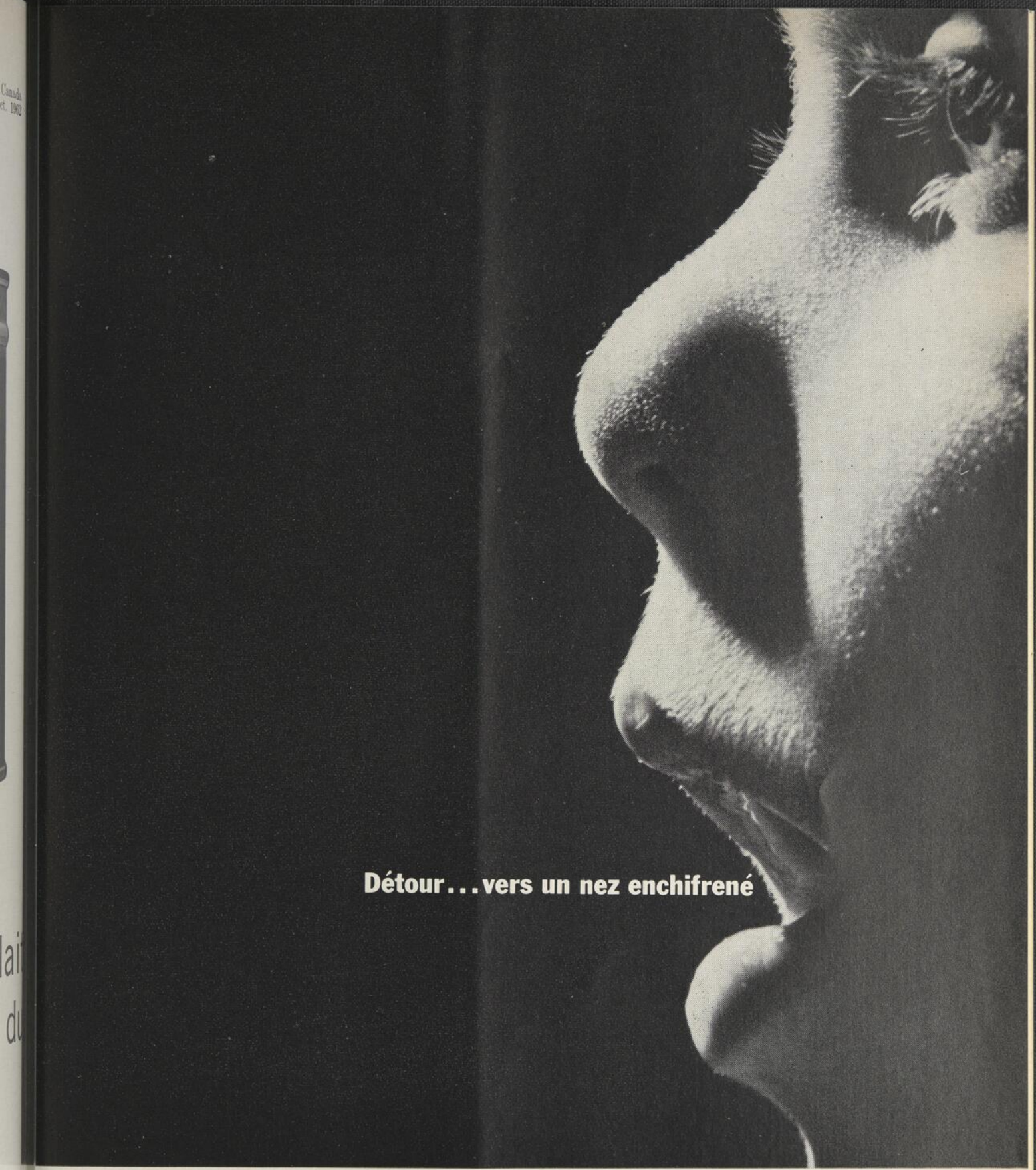
Du nouveau!

POUR LES DIÈTES ANTI-SODIUM

Le "**LO·SO**" de Borden est un lait écrémé en poudre dont environ 95% du sodium a été enlevé. (Il fournit 11 calories par once reconstituée)

Pour obtenir plus de renseignements, appelez le représentant Borden, ou écrivez à:

THE BORDEN COMPANY, LIMITED
Division des Aliments à Formule, Spadina Crescent, Toronto, Ontario.



Pris par la bouche, Novahistine élimine les dangers habituellement associés à la plupart des décongestifs topiques du nez: congestion en retour, dommages aux muqueuses, et paralysie ciliaire. Conçu pour les enfants de moins de 12 ans, cet élixir associe la phényléphrine—sympathicomimétique efficace par voie buccale—avec la diphénylpyraline, un des antihistaminiques les plus efficaces et les moins toxiques. Agréable au goût, facile à administrer aux enfants. Novahistine, vaso-constricteur de la muqueuse congestionnée, favorise l'écoulement des sinus. La capsule Novahistine Fortis, avec 10 mg de phényléphrine, contient deux fois la quantité d'agents décongestifs de l'élixir Novahistine et peut être prescrite aux enfants de 6 à 12 ans. Existe en flacon d'élixir de 4 oz ainsi qu'en flacon de 36 capsules Fortis.

NOVAHISTINE

PM
PITMAN-MOORE *DIVISION*
DOW CHEMICAL OF CANADA, LIMITED
DON MILLS/ONTARIO

BETAGENE

FACTEURS DE LA VITAMINE "B" AVEC ASSOCIATIONS DIVERSES

elixirs: BETAGENE
BETAGENE FER ET FOIE
BETAGENE ET B_{12}

comprimés: BETAGENE ET FOIE
BETAGENE FER ET FOIE
BETAGENE SUPER

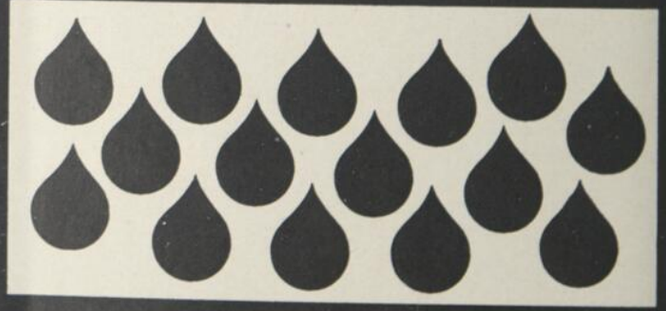
injectables: BETAGENE (10cc.)
BETAGENE ET B_{12} (10cc.)

CANADA DRUG LTÉE LTD., MONTRÉAL

CHANGEMENT D'ADRESSE

•

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



Contrôle la toux nuit et jour avec 15 gouttes b.i.d.

COPHYLAC®

ÉCONOMIE—15cc (1 flacon) donnent:
Chez l'adulte, un contrôle de la toux pendant 9 JOURS
Chez l'enfant, un contrôle de la toux pendant 27 jours

EFFICACITÉ
Un contrôle de la toux 3 fois plus efficace que celui des dérivés de l'opium

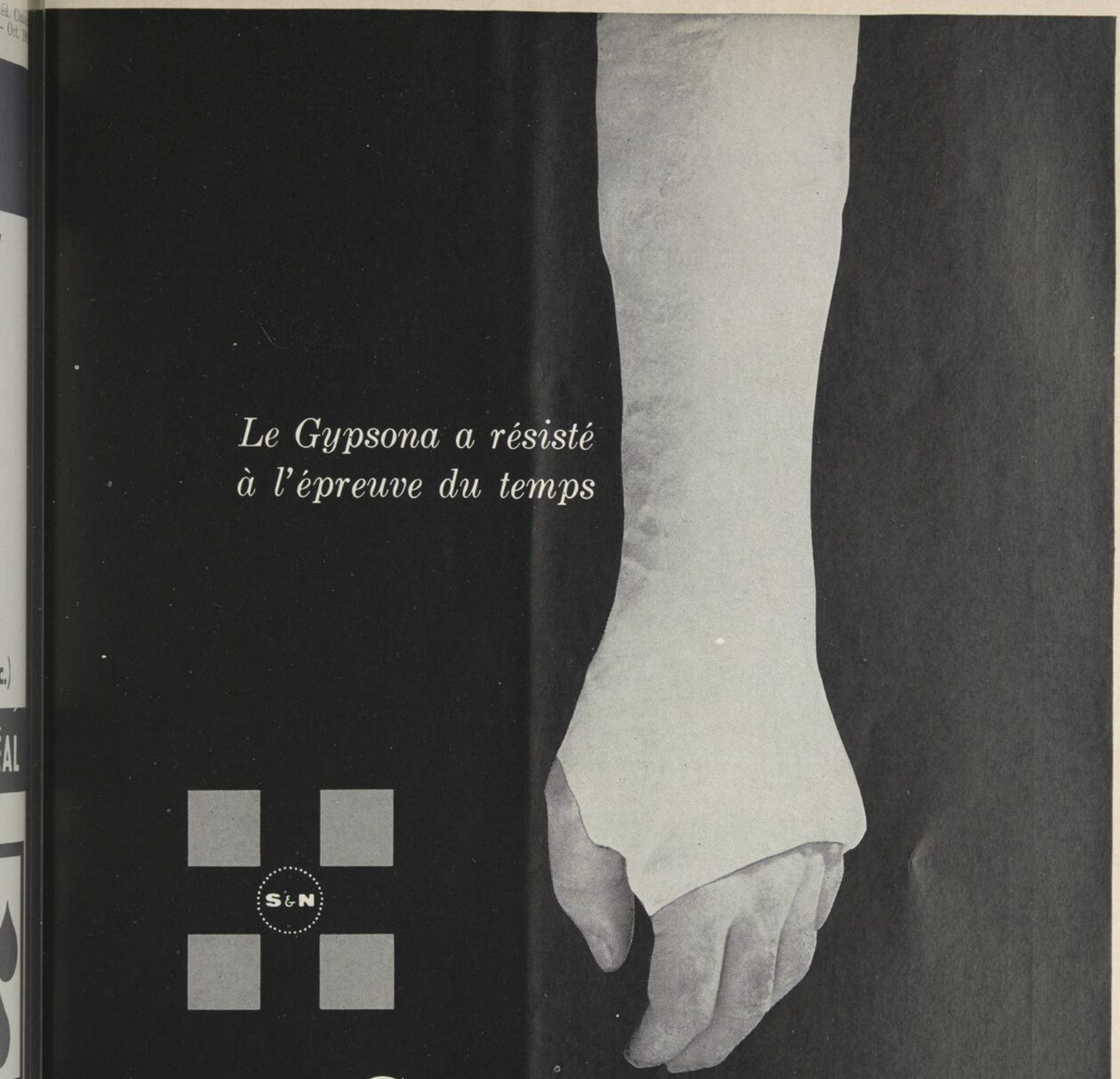
ACTIVITÉ
décongestionne les bronches
améliore l'expectoration

COMMODITÉ
Posologie précise et facile à mesurer

Chaque ml. contient:
Normethadone 10 mg. (1%)
Suprifen 20 mg. (2%)
Cophylac Expectorant contient en plus de la formule de base du chlorhydrate d'émétine -1.3 mg. (0.13%) pour faciliter une plus grande expectoration

HOECHST
Pharmaceuticals of Canada Limited, Montréal.

62 J-102



Le Gypsona a résisté
à l'épreuve du temps

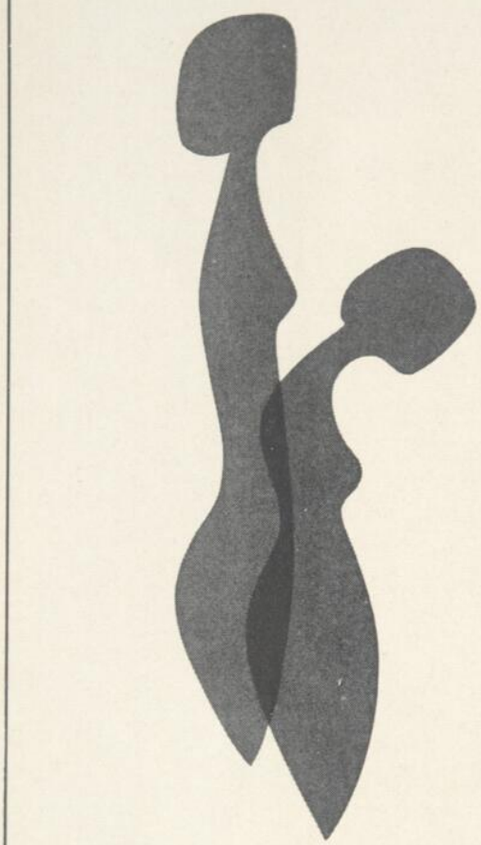
S&N

Gypsona
TRADE MARK

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

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

SMITH & NEPHEW, LIMITED
5640, rue Paré, Montréal, Qué.



LE MAUVAIS MAINTIEN RETARDE-T-IL LE RÉTABLISSEMENT DE VOS MALADES?

Prescrivez un support Spencer. Dessiné pour l'abdomen, le dos ou les seins, d'après vos instructions précises, un Spencer ajuste le corps — non pas comme il est mais *comme il doit être!* L'état du malade s'améliore *immédiatement,* parce que le vêtement de fond supporte le corps, encourage le bon emploi des articulations de soutien, tonifie les muscles, invite une meilleure respiration, améliore la circulation, réduit la fatigue. Dans un Spencer le support de l'abdomen s'effectue de bas en haut et en arrière imitant le support naturel de bons muscles ... ce qui favorise le bon fonctionnement des organes abdominaux. Adresser le coupon pour obtenir le livre "Spencer dans la thérapeutique moderne".

Spencer
le support de dessin individuel

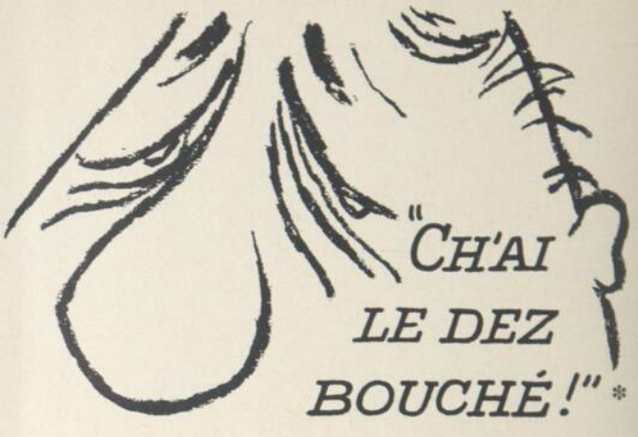
Spencer Supports (Canada) Limited
Rock Island, Québec

Veuillez m'adresser le livre gratuit "Spencer dans la thérapeutique moderne"

Nom .....

Adresse .....

..... 151-9-62



la solution nasale et les vaporisateurs d'hydrochlorure de

NEO-SYNEPHRINE®

SOULAGENT SANS IRRITATION

Les sécrétions post-nasales, éternuements, yeux larmoyants et obstructions nasales succombent rapidement au traitement de Néo-Synephrine—un décongestif nasal d'efficacité éprouvée en clinique. Le mouvement ciliaire des muqueuses n'est pratiquement pas affecté, à peu près pas de picotement ou de congestion de retour ne sont provoqués, et l'efficacité du traitement demeure constante malgré une administration fréquente durant la saison des rhumes ou de la fièvre des foins.

*"Ça ne va pas bien, dogteur"

Winthrop LABORATORIES
AURORA ONTARIO

NOL622F



Sommeil sans pareil grâce à Noludar®

Une promesse bien prouvée chez les jeunes patients. Le Noludar, d'action douce, peut être administré en toute confiance aux enfants lorsque l'effet plus prononcé des barbituriques doit être évité. Non barbiturique; pas d'accoutumance; élixir au goût agréable.

® Marque déposée

Hoffmann-La Roche Limitée, Montréal

TABLE DES ANNONCEURS

	Pages
Abbott Laboratories Limited (Iberet — Nembutal)	7 - 8
Ames Co. of Canada Ltd. (Combistix)	14
Ames Co. of Canada Ltd. (Decholin - BB)	18
Arlington-Funk Laboratories (Arlidin)	36
Astra Pharmaceuticals (Canada) Ltd. (Jactofer)	62, 70, 82, 106, 107
Ayerst, McKenna & Harrison Ltée (Hylentazine)	27 - 28
Bard-Parker Co. Inc. (RTA)	48
Baxter Laboratories of Canada Ltd. (Choloxin)	50
Becton, Dickinson Co., Canada, Ltd. (Microlance)	29
Borden Company Limited (LO-SO)	114
Bristol Laboratories of Canada Ltd. (Prostaphline)	20 - 21
Bristol Laboratories of Canada Ltd. (Tetrex)	100
d'Erytrol)	102
Burroughs Wellcome & Co. (Canada) Ltd. (Cardilate 10)	
Calmic Limited (Cerevon)	42
Canada Drug Limitée (Betagene)	116
Canada Drug Limitée (Paveral)	119
Canada Duphar Limited (Pimafucin)	22
Canada Duphar Limited (Willprodine)	44
Canadian Tampax Corp. (Tampax)	94
Carnation Milk (Lait instantané)	110
Ciba Limitée (Ismelin — Isidrix)	**Deuxième page de la couv.**
Ciba Limitée (Ser-ap-es)	75
Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada (Avis concernant les examens)	6
Cyanamid of Canada Limited (Soie soliconée)	12 - 13
Eddé, J., Limitée (Fragonal)	30
Endo Drugs (Canada) Limited (Percodan)	45
Frosst, Chas. E. & Co. (Entrophen)	4
Frosst, Chas. E. & Co. (Thyrotoxicose)	11
Frosst, Chas. E. & Co. (Danilone)	23
Frosst, Chas. E. & Co. (Trulfa)	35
Frosst, Chas. E. & Co. (Mecacillin)	98
Geigy Pharmaceuticals (Dulcolax)	15
Geigy Pharmaceuticals (Sterazolidine)	73
Geigy Pharmaceuticals (Preludine)	83
Geigy Pharmeceuticals (Persantine)	96
General Electric (Rayon X)	111
Herdt & Charton, Inc. (Vichy Célestins)	2
Herdt & Charton, Inc. (Hormodausse)	57
Herdt & Charton, Inc. (Camirol)	59
Herdt & Charton, Inc. (Broncho-Grippol)	61
Hoechst Pharmaceuticals of Canada Ltd. (Orinase)	104 - 105
Hoechst Pharmaceuticals of Canada Ltd. (Cophylac)	116
Hoffmann - La Roche Limitée (Madridon 'Roche')	33
Hoffmann - La Roche Limitée (Librium)	69
Hoffmann - La Roche Limitée (Noludar)	118
Horner, Frank W., Limited (Soma)	40
Joubert Limitée, J. J. (Produits J. J. Joubert)	108
Lederle Laboratories (Aristocort)	1
Lederle Laboratories (Varidase)	71 - 72
Lederle Laboratories (Filibon Forte)	79
Lederle Laboratories (Achrocidin)	87
Lederle Laboratories (Declomycine)	**Quatrième page de la couv.**
Lilly, Eli and Co. (Canada) Ltd. (V-Cillin K)	16
Merck, Sharp & Dohme (Diuril)	3
Merck, Sharp & Dohme (Cogentin)	17
Merck, Sharp & Dohme (Aquamephyton)	25
Merck, Sharp & Dohme (Benemid)	38
Merck, Sharp & Dohme (Lyovac Thrombolysin)	63
Merck, Sharp & Dohme (Decadron)	81
Merck, Sharp & Dohme (Hydrodiuril)	85
Merrell Co., Wm. S. (Tenuate Dospan)	67
Ministère de la Santé de la Province de Québec, Le (Règlements provinciaux d'hygiène)	90 - 92
Nestlé Canada Limitée (Pelargon)	109
Organon Inc. (Deca-Durabolin)	43
Ortho Laboratories (Sultrin)	51
Parke, Davis & Co. Limited (Adroyd)	49
Pitman-Moore of Canada Ltd. (Novahistine)	115
Poulenc Limitée (Largactil)	5
Poulenc Limitée (Panectyl)	65
Purdue Frederick Co. (Canada) Ltd., The (Senokot)	97
Purdue Frederick Co. (Canada) Ltd., The (Cardioquin)	99
Purdue Frederick Co. (Canada) Ltd., The (Cerumenex)	101
Purdue Frederick Co. (Canada) Ltd., The (Pripsen)	103
Robins Co. of Canada Ltd., A. H. (Robinul)	32
Robins Co. of Canada Ltd., A. H. (Donnatal)	41
Rougier Inc. (Rouqualone)	**Première page de la couv.**
Roussel (Canada) Ltée (Sofra-Tulle)	120
Sandoz Pharmaceuticals (Fiorinal - C)	89, 91, 93, 95
Schering Corporation Ltd. (Mol-Iron)	6
Schering Corporation Ltd. (Celestone)	19
Schering Corporation Ltd. (Sorboquel)	37
Schering Corporation Ltd. (Rela)	47
Searle Co. of Canada Ltd., G. D. (Aldactone - A)	26
Sherman Laboratories Ltd. (Protamide)	24
Smith, Kline & French Inter-Americacn Corp. (Eskatrol)	77
Smith, Kline & French Inter-American Corp. (Parstelin)	113
Smith & Nephew Limited (Gypsona)	117
Spencer Supports (Canada) Ltd. (Spencer)	118
Swift (Canada) Limited (Rapport clinique)	112
Upjohn Company of Canada (Albamycint, Medrol, Didrex, Veriderm)	53, 54, 55, 56
Vaponefrin Company (Vaponefrin)	108
Warner-Chilcott Laboratories (Coly-Mycin)	31
Warner-Chilcott Laboratories (Nardil)	46
Welcker & Cie Limitée (Calcium Corbière)	34
Winthrop Laboratories (Néo-Synéphrine)	118
Wyeth & Bros. (Canada) Ltd., John (Cyclospasmol)	9
Wyeth & Bros. (Canada) Ltd., John (Polymagma)	39
Wyeth & Bros. (Canada) Ltd., John (S.M.A.)	52
Wyeth & Bros. (Canada) Ltd., John (Pen-Vee)	**Troisième page de la couv.**

PAVERAL

reste toujours un médicament de choix pour le traitement scientifique de la

• • COQUELUCHE • •

est journellement prescrit avec succès pour les cas de coqueluche et des toux coqueluchoïdes. — Ne cause ni intolérance ni complications.

•

Littérature sur demande.

CANADA DRUG LTÉE LTD., MONTRÉAL

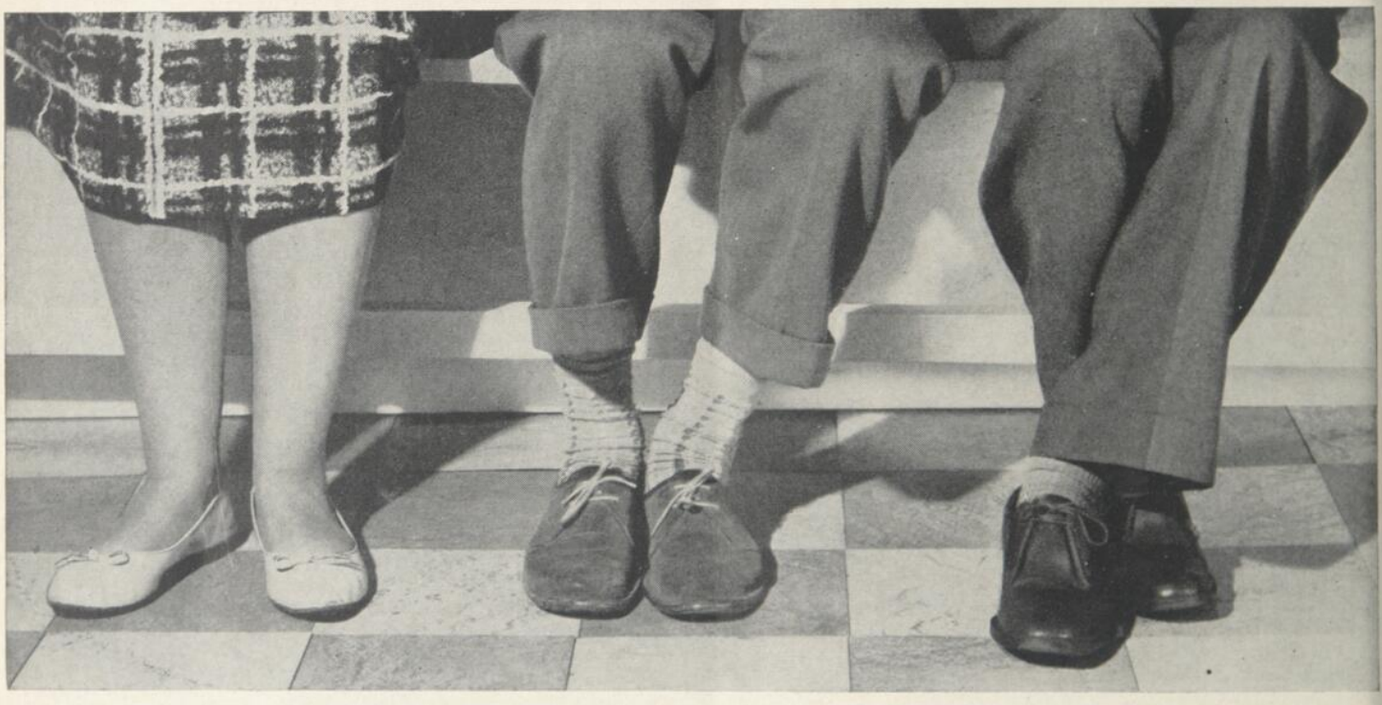
Imprimée dans les Ateliers de la
Librairie Beauchemin Limitée, Montréal.

Traitement de l'ulcere variqueux...

SOFRA-TULLE

Tulle gras imprégné de 1% de Soframycine

LE PANSEMENT BACTERICIDE



Supprime l'infection

- Plaie stérile
- Sans odeur
- Exsudation réduite
- Pansement moins fréquent

PRESENTATION:

boîtes de 10 feuilles de 4″ x 4″
bandes de 4″ x 40″

ROUSSEL

ROUSSEL (CANADA) LTEE 2795, CHEMIN BATES, MONTRÉAL 26, P. Q.



PEN·VEE*·*Oral*

Comprimés: Pénicilline V cristallisée (phénoxyméthyl pénicilline);
Suspension: Suspension per os de pénicilline V benzathine, Wyeth

- comprimés ou liquide faciles à prendre
- médicament rapidement absorbé par l'intestin
- évite la douleur, les malaises et les risques de l'injection
- agréable au goût et bien toléré

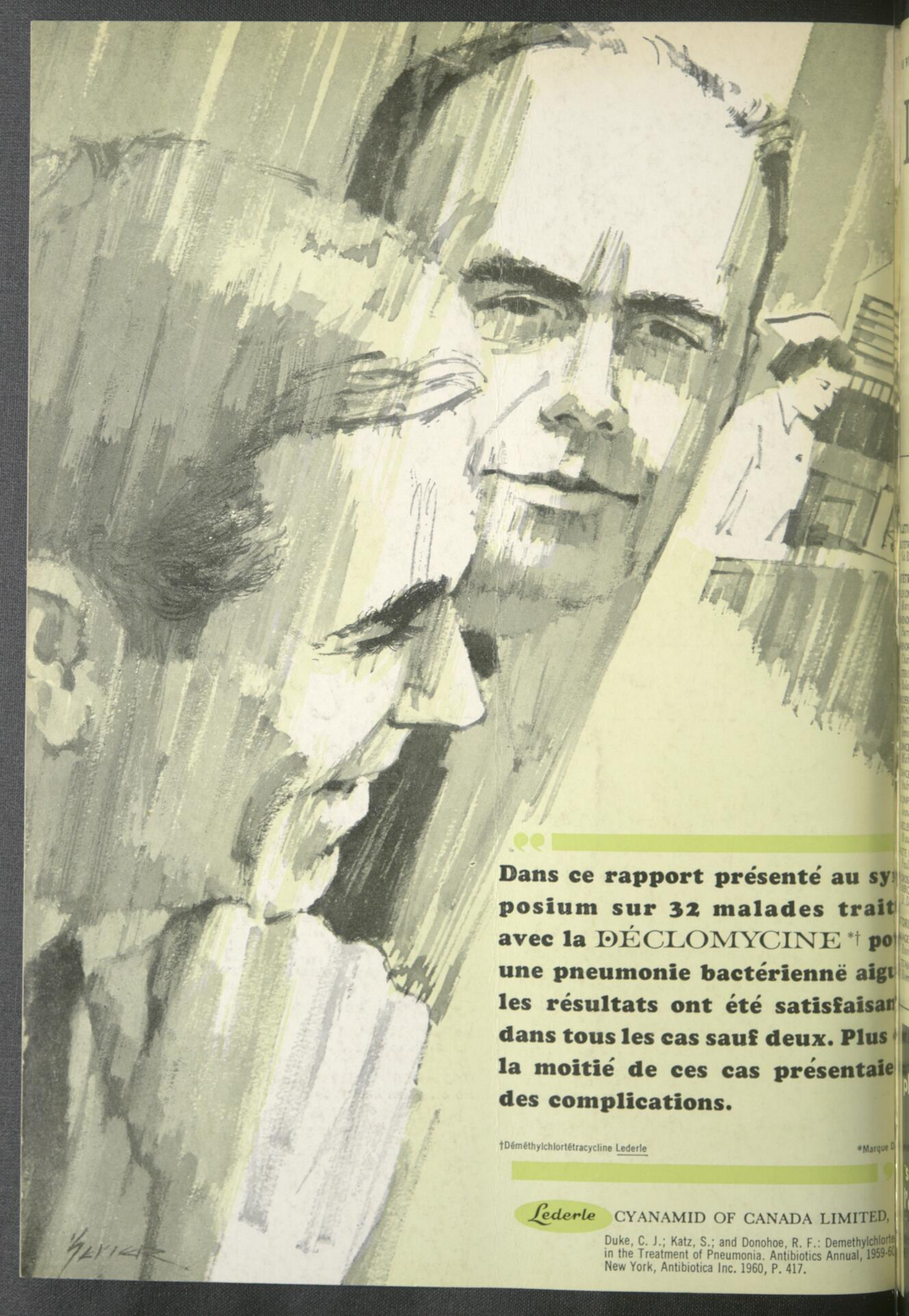
La PEN·VEE·*Oral* est un antibiotique auquel on peut se fier et dont les résultats sont prévisibles. En une heure[1] les concentrations sériques maxima sont atteintes et sont deux fois plus élevées que celles qu'on obtient de doses égales de pénicilline G par voie buccale[2].

1. Wright, W. W., et Welch, H.: Antibiotic Medicine & Clinical Therapy, Vol. V No. 2 (février) 1958.

2. White, A. C. et al.: Antibiotics Annual 1955-56, Medical Encyclopedia, Inc., p. 490.

PEN·VEE·*Oral* en comprimés à 125 mg. (200,000 unités) et à 300 mg. (500,000 unités) — en flacons de 12 et de 100 comprimés sécables.
Suspension PEN·VEE à 90 mg. (150,000 unités) et à 180 mg. (300,000 unités) par cuillerée à thé de 5 cc. — en flacons de 2 onces liq.

Wyeth
*Marque déposée
WINDSOR, ONTARIO



Dans ce rapport présenté au sy
posium sur 32 malades trait
avec la ĐÉCLOMYCINE *† po
une pneumonie bactériennë aigu
les résultats ont été satisfaisan
dans tous les cas sauf deux. Plus
la moitié de ces cas présentaie
des complications.

†Déméthylchlortétracycline Lederle

*Marque D

Lederle CYANAMID OF CANADA LIMITED,

Duke, C. J.; Katz, S.; and Donohoe, R. F.: Demethylchlorte
in the Treatment of Pneumonia. Antibiotics Annual, 1959-60
New York, Antibiotica Inc. 1960, P. 417.