

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

TOME 93 — NUMÉRO 4
MONTRÉAL — AVRIL 1964



foncée à Québec en 1902

HEURS ET MALHEURS DE LA MÉDECINE <i>Edouard Desjardins</i>	397	BULLETIN
VIE DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DU CANADA <i>Pierre Smith</i>	400	
STÉNOSE QUADRIVALVULAIRE ET PÉRICARDITE FIBREUSE ADHÉSIVE <i>Bertrand Tardif, Yves Desrochers et Jean-Louis Lamy</i>	402	TRAVAUX ORIGINAUX
L'ATRÉSIE DE L'ŒSOPHAGE <i>Jacques C. Ducharme, P. P. Collin et Hanna Maalouf</i>	409	
PHYSIOPATHOLOGIE DE L'ESTOMAC OPÉRÉ <i>Maurice Parent</i>	415	
ÉTUDE DU SODIUM EN REGARD DE LA TENSION ARTÉRIELLE ET DE LA RÉACTIVITÉ VASCULAIRE CHEZ LE NORMOTENDU <i>Léon Tétreault, Pierre Gouger et Alain Panisset</i>	422	
LA NÉVRITE DE COMPRESSION DU NERF FÉMORO-CUTANÉ OU MÉRALGIE PARESTHÉSIQUE <i>Claude Dupont, Jacques Doray, Yves Prevost et Georges-E. Cloutier</i>	426	RECUEIL DE FAITS
MÉNINGITE À SALMONELLA <i>Pierre Langevin</i>	429	
PSEUDO-TUMEUR DE KILLIAN <i>Paul L. Guertin</i>	432	
LE PÉDICULE HÉPATIQUE ET SES VARIATIONS <i>Armand Caumartin</i>	437	REVUE GÉNÉRALE
RÉÉVALUATION D'UN INSTRUMENT DE MESURE DES ÉTATS DÉPRESSIFS : LE "BRITISH HOSPITAL PROGRESS TEST" <i>Gérard J. Sarwer-Foner et Sidney Sanders</i>	451	MOUVEMENT MÉDICAL
LA BIOPSIE RÉNALE PERCUTANÉE <i>Louis Lapierre</i>	454	ÉDITORIAL
L'ADMINISTRATION DES SERVICES DE RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE <i>Claude Faribault</i>	457	VARIÉTÉS
PRÉSENTATION DES PRIX DE "L'UNION MÉDICALE DU CANADA" POUR 1963 <i>Roma Amyot</i>	470	
	472	ANALYSES
	479	NÉCROLOGIE
	480	NOUVELLES
	487	COMMUNIQUÉS
	504	LIVRES REÇUS
L'UNION MÉDICALE DU CANADA EN 1895	510	
NOUVELLES PHARMACEUTIQUES	511	

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

une
plus grande
quiétude
pour le
surmené et
l'anxieux...

prosedyl

phényléthylbarbiturate de dihydroquinidine

"le sédatif" par excellence des manifestations subjectives d'origine nerveuse
PALPITATIONS — EXTRASYSTOLES — ERETHISME CARDIAQUE

Une fondation ROUGIER: L'INSTITUT de RECHERCHES APPLIQUÉES en THÉRAPEUTIQUE (IRAT)

ROUGIER



SOMMEIL
NORMAL,
SOMMEIL
PROFOND
AVEC
Doriden[®]
(glutéthimide CIBA)

L'efficacité et la grande marge de sécurité de Doriden—mises en évidence par 7 ans de travaux cliniques—en ont fait le sédatif non barbiturique le plus largement prescrit. Plusieurs cliniciens ont confirmé la sécurité qu'offre cet hypnotique, qu'ils ont évaluée d'après l'incidence très faible de ses effets secondaires¹⁻² l'absence de dépression respiratoire,¹⁻⁴ et d'effets délétères sur le foie,⁵⁻⁶ le rein,¹⁻⁶ et le sang.¹⁻⁵ Pour procurer au patient tous les avantages d'un sommeil normal et profond, prescrivez Doriden—0.5 Gm. au coucher.

BIBLIOGRAPHIE: 1. Blumberg, N., Everts, E. A., et Goracci, A. F.: Pennsylvania M. J. 59:808, 1956. 2. Matlin E.: M. Times 84:68, 1956. 3. Hodge, J., Sokoloff, M., et Franco, F., Am. Pract. & Digest Treat. 10:473, 1959. 4. Burros, H. M., et Borromeo, V. H. J.: J. Urol. 76:456, 1956. 5. Lane, R. A.: New York J. Med. 55:2343, 1955. 6. Scharwachter, H.: Medizinische 4:1750, 1955.

PRÉSENTATION: Capsules à 0.5 Gm. (bleu et blanc); flacons de 100 et 500. **Comprimés** à 0.5 Gm. (blancs, sécables) et 0.25 Gm. (blancs, sécables); flacons de 100 et 500.

Pour tous renseignements, prière de consulter votre représentant CIBA ou d'écrire à CIBA Company Limited, Dorval, Québec.

C I B A

OÙ LA RECHERCHE EST DE TRADITION



**Après le
premier assaut
de la douleur**

N DARVON[®]
COMPOSÉ-65



(dextro-propoxyphène et acide acétylsalicylique composé, Lilly)

exerce l'activité analgésique de 65 mg de codéine plus acide acétylsalicylique et phénacétine, mais avec moins d'effets secondaires.

réduit le risque de complications pulmonaires

Etant donné que le Darvon Composé-65 n'a pas d'effet antitussif, les malades peuvent tousser à leur gré pour faciliter l'expectoration.

encourage le patient à marcher

Les malades peuvent se tenir debout et marcher pour autant que le permette leur état physique.

Le Darvon Composé-65 ne provoque ni sédation ni stupeur.

accélère le rétablissement de la fonction intestinale

Les malades recevant du Darvon Composé-65 ont souvent moins besoin de lavements que ceux auxquels on administre des opiacés. On observe moins de flatulence et de crampes d'estomac du fait que le Darvon Composé-65 n'a aucun effet sur la motilité intestinale.

Posologie usuelle:

1 capsule trois ou quatre fois par jour.

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



L'Union Médicale

du Canada

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

DIRECTION SCIENTIFIQUE

MEMBRES D'HONNEUR

G. Cordier, doyen,
Faculté de Médecine, Université de Paris;
J. François Cier, doyen,
Faculté de Médecine, Université de Lyon;
Francis Tayeau, doyen,
Faculté de Méd. et de Pharm. de Bordeaux;
Maurice Roch (Genève),
Pasteur Vallery-Radot (Paris),
R. Kourilsky (Paris),
Paul-Louis Chigot (Paris),
Paul Lamarque (Montpellier),

Le doyen de la Faculté de Médecine, Université de Montréal,
Lucien-L. Coutu;
Le doyen de la Faculté de Médecine, Université Laval, Québec,
Rosaire Gingras;
Le doyen de la Faculté de Médecine, Université d'Ottawa,
Jean-Charles Lussier;
Le doyen de la Faculté de Médecine, Université de Sherbrooke,
Gérard-Ludger Larouche;
Le président du Collège des Médecins et Chirurgiens de la P.Q.,
Jean-Baptiste Jobin;

Paul Letondal,
Rosario Fontaine,
Roméo Pépin,
J.-L. Petitclerc,
Georges Dumont,
Adélarde Groulx,
Richard Lessard.

BUREAU DE RÉDACTION

Rédacteur en chef : Roma AMYOT

Assistant-rédacteur en chef :
Edouard Desjardins

Secrétaire de la Rédaction :
Charles Lépine

BUREAU DE COLLABORATION

MM. André Barbeau, Raymond Barcelo, Jacques Baillargeon, M. Bé-
lisle, Jacques Bernier, Marcel Berthiaume, Jean-Marc Bordeleau,
Jean-R. Brunette, Roland Charbonneau, Yvon Chartier, Jacques
Gagnon, Fernand Grégoire, Rolland Guy, Jules Hardy, M. Kaludi,

MM. J.-Guy Laurin, Simon Lauzé, R. Lebeau, André Leduc, François
Léger, Charles Lépine, Jean Mathieu, Gérard Migneault, André
Proulx, Paul Rajotte, Rosaire Robillard, Maurice St-Martin, Léon
Tétreault, 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 (Woonsoket),

MM. L. Mantha, A. Lecours, L. Potvin (Ottawa),
Georges-L. Dumont (Campbellton, N.-B.),
Aug. Panneton, J.-A. Denoncourt (Trois-Rivières),
H. E. St-Louis (Vancouver).

MILLET, ROUX & CIE. LTÉE

CENTRE D'ÉQUIPEMENT MÉDICO-CHIRURGICAL

- SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES
- INSTRUMENTS DE CHIRURGIE
- MOBILIER MÉDICAL ET CHIRURGICAL
- STÉRILISATEURS
- ÉLECTRO-ET PHYSIOTHÉRAPIE
- ÉLECTROCARDIOGRAPHES
- OXYGÉNOTHÉRAPIE
- APPAREILS ET ACCESSOIRES D'ANESTHÉSIE
- LAMPES ET LUMINAIRES
- INSTALLATION DE BUREAUX
- APPAREILS À PRESSION
- DIATHERMIE ET ULTRASONS
- ULTRA-VIOLETS ET INFRA-ROUGES
- SERINGUES - AIGUILLES - THERMOMÈTRES
- PANSEMENTS
- SUTURES ET LIGATURES

NEO-SPASMYL — FORT, MEDIUM — FAIBLE — ELIXIR

BILOGÈNE
DIONIFORME
GLANDOPLEX

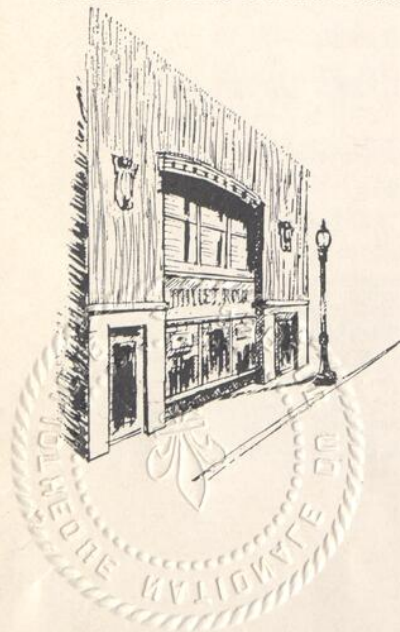
OPO-VÉINOGENÈ
OPOVITAL
PULMORECTAL

RHINOTRICINE
SCILLITRINE
TOTAL MAGNÉSIE

DÉPOSITAIRES ATTITRÉS DES MAISONS SUIVANTES :

- AMES
- BURROUGHS WELLCOME
- GEIGY
- HECHST
- MERCK, SHARP & DOHME
- MERRELL
- SANDOZ
- SCHERING
- SMITH, KLINE & FRENCH
- INST. MICROBIOLOGIE, U. DE M.

1215, rue ST-DENIS - - - MONTRÉAL 18, P.Q.

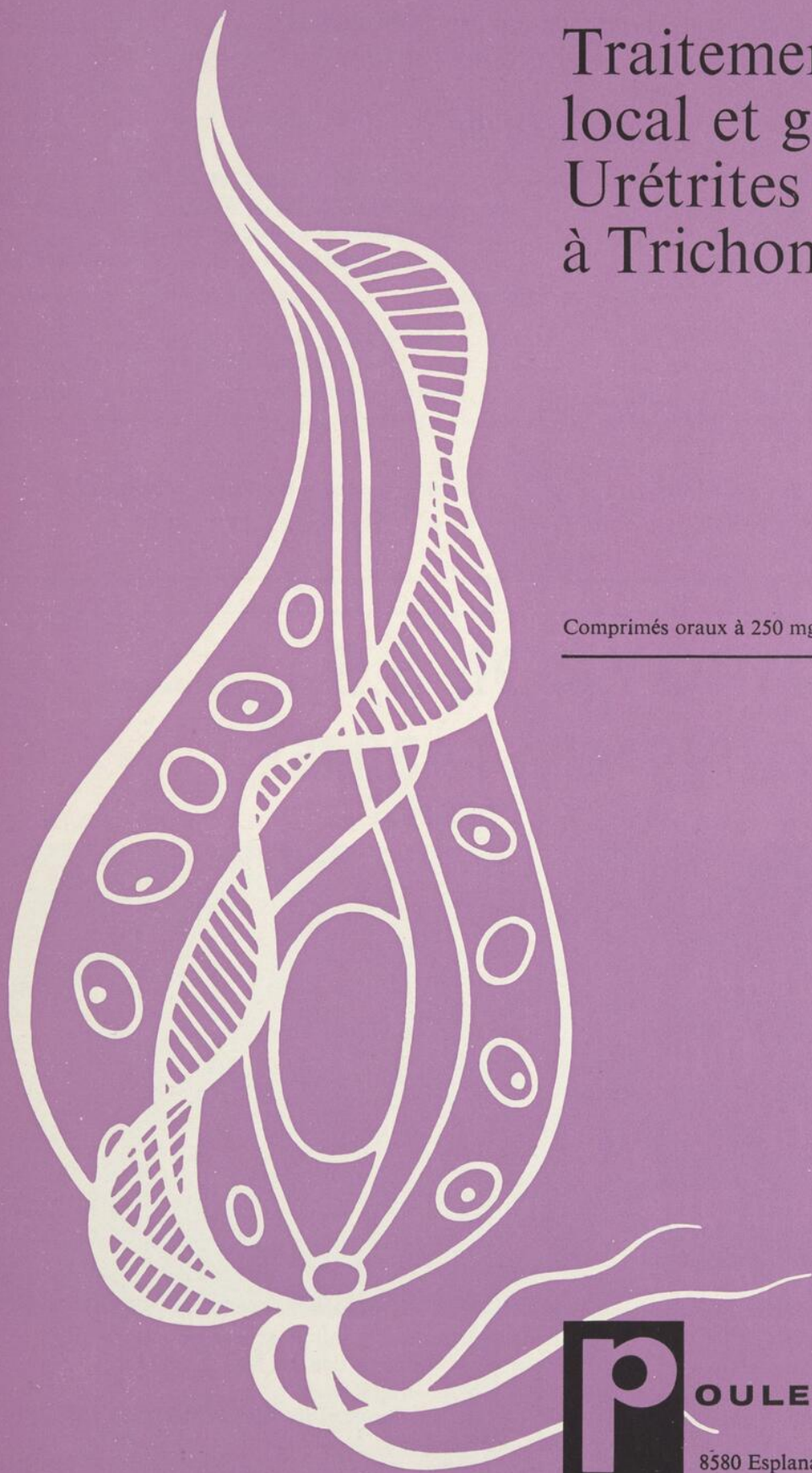


FLAGYL

métronidazole

Traitement
local et général des
Urétrites et Vaginites
à Trichomonas

Comprimés oraux à 250 mg. / Comprimés vaginaux à 500 mg.



POULENC LIMITÉE

8580 Esplanade, Montréal

L'Union Médicale

du Canada

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

ADMINISTRATION

Président : Origène Dufresne
Vice-président : J.-P. Paquette
Secrétaire-trésorier : P.-R. Archambault

COMITÉ EXÉCUTIF ET DE PUBLICITÉ

MM. Origène Dufresne, Roma Amyot, J.-P. Paquette,
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, Édouard Desjardins, Origène Dufresne, Roger-R. Dufresne, Paul Dumas, Jacques Genest, Albert Jutras,

MM. Wilfrid LeBlond, Antonio Lecours, Jacques Léger, Jean-Louis Léger, Donatien Marion, J.-P. Paquette, Jean Saucier, L.-Charles Simard, Henri Smith, Pierre Smith, J.-A. Vidal.

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

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

ARGYROL S.S. SOLUTION STABILISÉE

NOUVEAU STABILISÉ

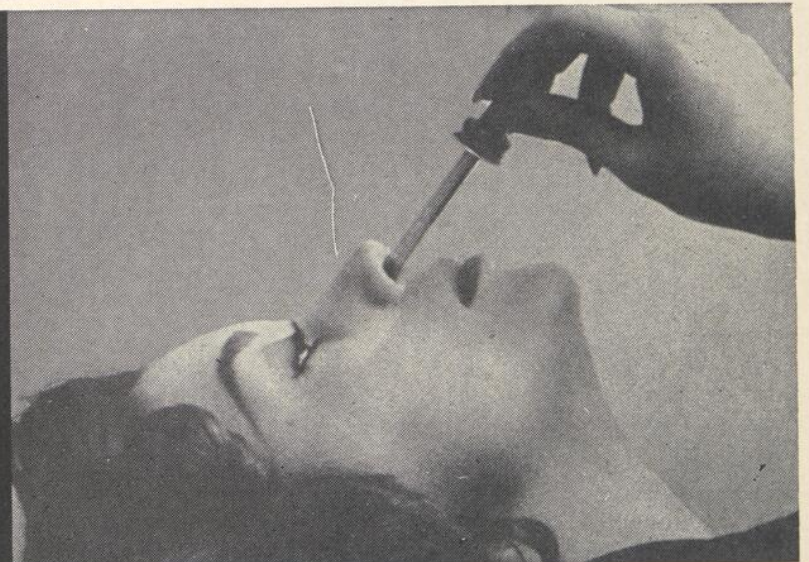
LA SEULE SOLUTION STABILISÉE DE PROTÉINE D'ARGENT FAIBLE

SÉCURITÉ

EFFICACITÉ

STABILITÉ

pour les
infections
de la
membrane
muqueuse



- Le nouvel ARGYROL S.S. soulage l'irritation, adoucit et nettoie, et de plus :
- Assure une efficacité anti-microbienne étendue contre les germes gram-positifs et les germes gram-négatifs.
 - Offre une sécurité remarquable — aucun danger de sensibilisation.
 - Garde sa stabilité et sa fraîcheur indéfiniment.
- Flacons compte-gouttes de $\frac{1}{2}$ once et de 1 once.

Équilibre nutritif jusqu'à terme grâce à "TUTAMATE"

(TUTAMINA MATRIS = PROTECTION DE LA MÈRE)

Un supplément vitaminé avec du fer pour la mère et le bébé, durant la grossesse et la lactation

CHAQUE COMPRIMÉ PROCURE DES RÉSERVES DE:

Fumarate ferreux (67.5 mg de fer à l'état ferreux).....	225 mg
<i>pour favoriser une hématopoïèse optima et prévenir l'anémie ferriprive.</i>	
Vitamine C — acide ascorbique.....	75 mg
<i>pour accroître la résistance des capillaires, diminuer le risque d'hémorragie et protéger la mère contre le scorbut.</i>	
Vitamine D.....	800 U.I.
<i>pour aider à maintenir l'équilibre calcium-phosphore.</i>	
Vitamine A.....	5000 U.I.
<i>pour aider à maintenir l'intégrité du tissu épithélial.</i>	
Vitamine B ₁ — mononitrate de thiamine.....	2 mg
Vitamine B ₂ — riboflavine.....	2 mg
Vitamine B ₆ — chlorhydrate de pyridoxine.....	3 mg
Niacinamide.....	10 mg
<i>pour seconder le métabolisme durant l'accroissement du stress physiologique.</i>	

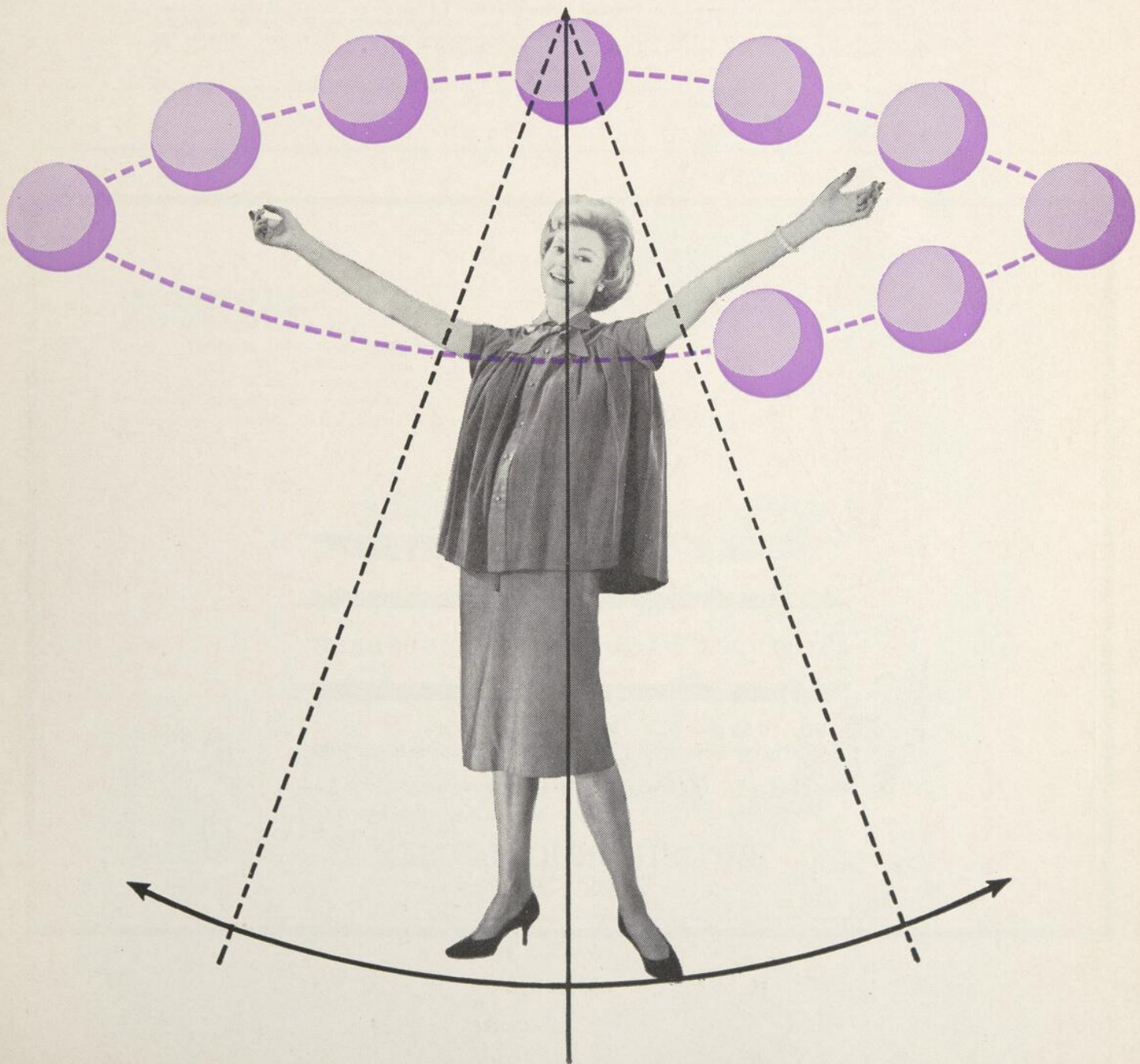
Également disponible —

"TUTAMATE-BF"

Même formule que le "Tutamate"
plus

Vitamine B ₁₂	5 mcg
Acide folique.....	0.5 mg

POSOLOGIE — Un comprimé par jour.
Flacons de 60 et de 250 comprimés.



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

Il est recommandé que chaque auteur fournisse son titre académique le plus important qu'il indiquera en sous-titre ou en renvoi de page et qu'il ajoute le nom complet du département ou de la section universitaire ou hospitalière à laquelle il appartient.

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

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

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

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

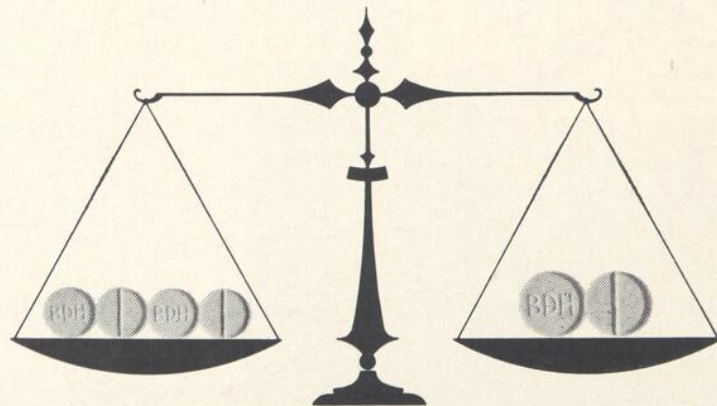
Le barème des annonces est fourni sur demande à Jacques-D. Clerk, publiciste, 5064, avenue du Parc. Téléphone : 273 - 3065.

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

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

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

Prescrivez au poids



Prescrivez "PGA—un gramme par jour"

PGA* 0,25 g.—

Quatre comprimés par jour

PGA* 0,5 g.—

Deux comprimés par jour

en flacons de 12 et de 100 comprimés

*Penicilline G Ammonique orale B.D.H.

BRITISH DRUG HOUSES
Toronto, Canada

NOZINAN

lévomépromazine

NEUROLEPTIQUE

efficace dans les indications suivantes:

DÉPRESSION / ANXIÉTÉ / ANGOISSE / TROUBLES ÉMOTIFS ET MENTAUX / HYPOCONDRIE /
HYPEREXCITABILITE PSYCHIQUE accompagnant diverses affections somatiques

COMPRIMÉS / SUPPOSITOIRES / AMPOULES
GOUTTES

POSOLOGIE: *strictement individuelle, elle varie selon l'indication et le sujet traité. Pour plus de détails au sujet des doses et de la tolérance, demandez notre brochure NOZINAN et notre documentation scientifique.*



POULENC LIMITÉE
8580 Esplanade, Montréal 11

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, 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, 5570, avenue Stirling, Montréal.

COMITÉ EXÉCUTIF

Emile BLAIN, Montréal.

E.-Rolland BLAIS, Montréal.

André LEDUC, Montréal.

Raymond CARON, Montréal.

Roma AMYOT, Montréal.

Roger-R. DUFRESNE, Montréal.

Pierre JOBIN, Québec.

Jean LAFRAMBOISE, Eastview.

Richard LESSARD, Québec.

Directeur des Relations Extérieures :
Pierre SMITH.

Directeur de l'Exposition du Congrès :
B.-G. BÉGIN.
Adjoint : Marc GEOFFROY

ANCIENS PRÉSIDENTS DE CONGRÈS

Richard GAUDET,
A.-L. RICHARD,
J.-A. VIDAL,
J.-A. DENONCOURT,

J.-B. JOBIN,
René-L. DuBERGER,
Roma AMYOT,
Lucien LaRUE,
Georges-L. DUMONT,

Pierre SMITH,
Alphonse-E. LeBLANC,
Pierre JOBIN,
Edouard DESJARDINS,
Richard LESSARD.

COMITÉ DU 34e CONGRÈS

Président : Roger-R. DUFRESNE, Montréal.
Secrétaire : Laurent-G. ARCHAMBAULT, Montréal.

Adjoint au président : Édouard-D. GAGNON, Montréal.
Adjoint au secrétaire : Bernard LEBŒUF, Montréal.

MEMBRES DU CONSEIL

ARCHAMBAULT, François, 1656 est, Sherbrooke, Montréal, P.Q.
AUGER, Gustave-L., 81, d'Auteuil, Québec, P.Q.
BEAUDOIN, Robert-A., 375, ave Coolidge, Manchester, N.H.
BÉGIN, B.-G., 12075, rue Pasteur, Montréal, P.Q.
BEUGLET, Ernest, 605, Medical Arts Building, Windsor, Ont.
BUJOLD, Edese, Dalhousie, N.-B.
BUNDOCK, Benoît, Edifice Copeland, Ottawa, Ont.
CAMPBELL, Maurice, 384, N.-Dame, Cap-de la-Madeleine, P.Q.
CARON, Wilfrid-M., 1000, chemin Ste-Foy, Québec, P.Q.
CASGRAIN, Gérard, 3447, rue St-Hubert, Montréal, P.Q.
CHARBONNEAU, Jean, 3875, rue St-Urbain, Montréal, P.Q.
CHEVALIER, Paul, Edifice Continental, Sherbrooke, P.Q.
CHRETIEN, Maurice, 537, Station Shawinigan, P.Q.
COUTU, Lucien-L., Faculté de Médecine, Univ. de Montréal, P.Q.
DAIGNEAULT, Léo, 171, chemin Montréal, Cornwall, Ont.
DAVID, Paul, 3, avenue McCulloch, Outremont, P.Q.
DECARIE, Roland, 524 est, rue Sherbrooke, Montréal, P.Q.
DION, Gérard, 298, St-Germain, Rimouski, P.Q.
DORION, J.-Ed., 609 est, boul. Charest, Québec, P.Q.
DUFRESNE, Origène, 4120 est, rue Ontario, Montréal, P.Q.
DUMOUCHEL, Jean-Paul, 152, boulevard Leclerc, Granby, P.Q.
ETHIER, Fernand, 114, 1ère Rue, Iberville, P.Q.
FONTAINE, Auray, 52, avenue Hamlet, Woonsocket, R.I.
GAUTHIER, J.-Dominique, Shippegan, N.-B.
GEOFFROY, Marc, 5590, avenue Canterbury, Montréal, P.Q.
GENEST, Jacques, 3840, rue St-Urbain, Montréal, P.Q.

ISABELLE, Gaston, 31, rue Montcalm, Hull, P.Q.
JOANNETTE, Albert, Sainte-Agathe-des-Monts, P.Q.
JOLICOEUR, Gilbert, 4, rue Taschereau, Hull, P.Q.
LABOSSIÈRE, Sylvio, Saint-Timothée, P.Q.
LAROUCHE, Gérard-L., 1328, rue Anherst, Sherbrooke, P.Q.
LeBLANC, Philippe-H., Petit-Ruisseau, N.-E.
LECOUERS, J.-A., 536, King Edward, Ottawa, Ont.
LEGER Jacques, 3766, chemin Reine-Marie, Montréal, P.Q.
LESSARD, Jean-Marc, 240, rue St-Jean, Québec, P.Q.
LUSSIER, J.-Jacques, Faculté de Médecine, Ottawa, Ont.
MIREAULT, Jean-Paul, 339, Papineau, Joliette, P.Q.
MORISSET, Pierre, Saint-Georges-de-Beauce, P.Q.
PAIEMENT, Raymond, 252, chemin Montréal, Eastview, Ont.
PANNETON, André, 421, boul. Laviolette, Trois-Rivières, P.Q.
PELLETIER, Émile, 34, rue de la Fabrique, Québec, P.Q.
PICHETTE, Lionel, 177, rue Principale, Hull, P.Q.
POTVIN, Laurent, 623, Noranda, Eastview, Ont.
POWERS, Arthur, 135, Gloucester, Ottawa, Ont.
RIOUX, Armand, 1175, des Erables, Québec, P.Q.
SAINT-PIERRE, Hubert, 763, bd Mercure, Drummondville, P.Q.
THIBAUT, Eugène, 4070, boul. Lasalle, Verdun, P.Q.
TRUDEL, Hermile, 1990 est, rue Rachel, Montréal, P.Q.
TURCOT, Jacques, 35, rue Sainte-Ursule, Québec, P.Q.
WHISSELL, Georges-L., Westlock, Alberta.

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

Une **SEULE** ordonnance peu coûteuse dans



Traitement complet

LA CYSTITE • LA PYÉLITE • LA PROSTATITE
ET AUTRES INFECTIONS DES VOIES URINAIRES

***LE DUO-PAK 'THIOSULFIL' ASSURE**

"THIOSULFIL"-A FORTE

traitement initial et analgésie

12 comprimés jaunes (n° 1)
renfermant chacun:

Sulfaméthizol..... 0.5 g
Chlorhydrate de phénylazo-
diamino-pyridine..... 50.0 mg

"THIOSULFIL"-FORTE

traitement d'entretien à long terme

28 comprimés blancs (n° 2)
renfermant chacun:

Sulfaméthizol..... 0.5 g

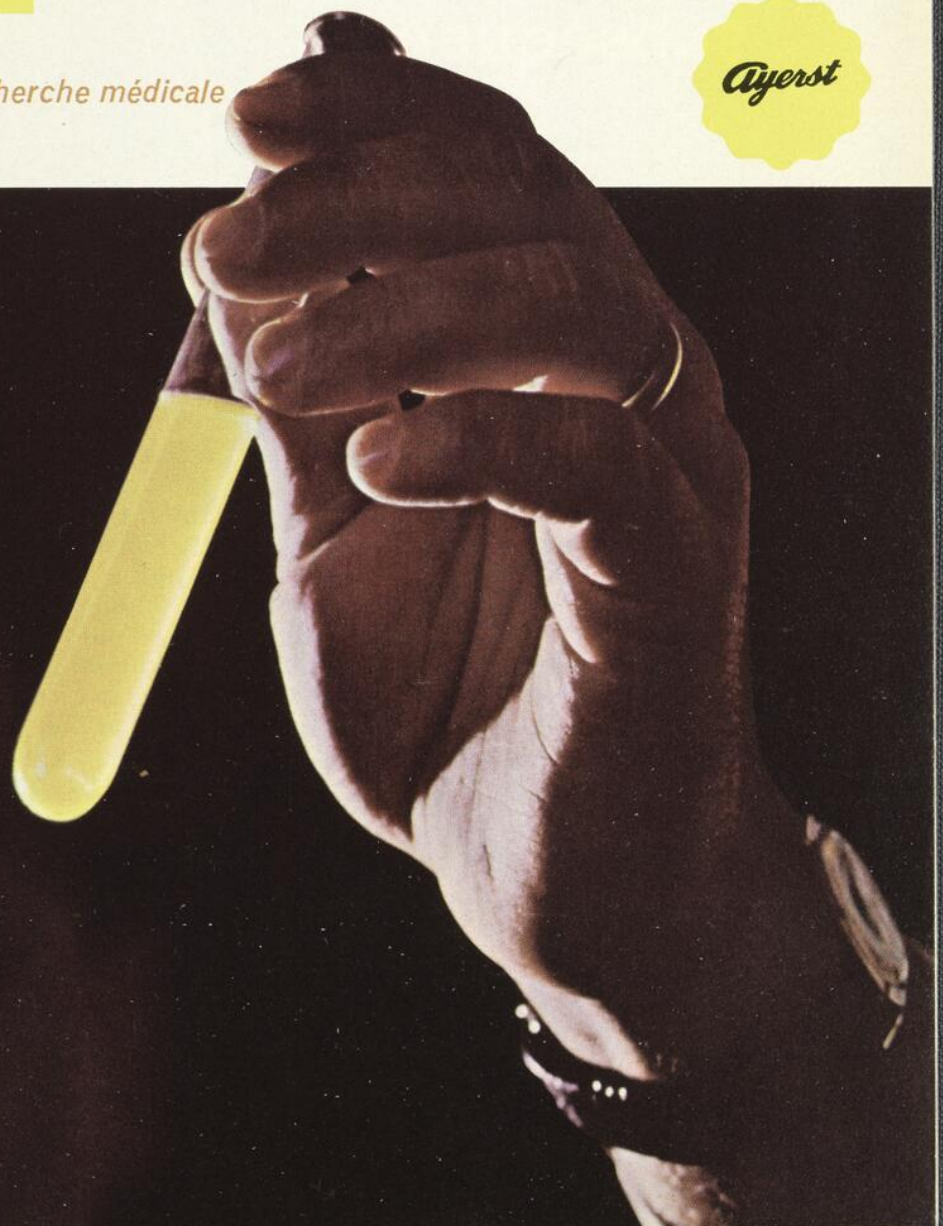
La cystite, la pyélite, la prostatite sont les plus communes des infections des voies urinaires, elles représentent en fait, les 77 p. cent† de toutes les infections aiguës, récurrentes ou chroniques des voies urinaires. Elles sont invariablement accompagnées de douleur.

Le Duo-Pak contient deux formules de "Thiosulfil": 1) le sulfamide le plus sûr et le plus efficace dans les voies urinaires combiné avec une teinture azoïque aux propriétés analgésiques pour calmer la douleur au début de la maladie et 2) du sulfaméthizol sans teinture pour la thérapie d'entretien; le Duo-Pak "Thiosulfil" constitue donc le plus logique régime thérapeutique des infections des voies urinaires. L'emploi successif de ces deux préparations permet au médecin de traiter avec assurance la plupart des attaques d'infection des voies urinaires.

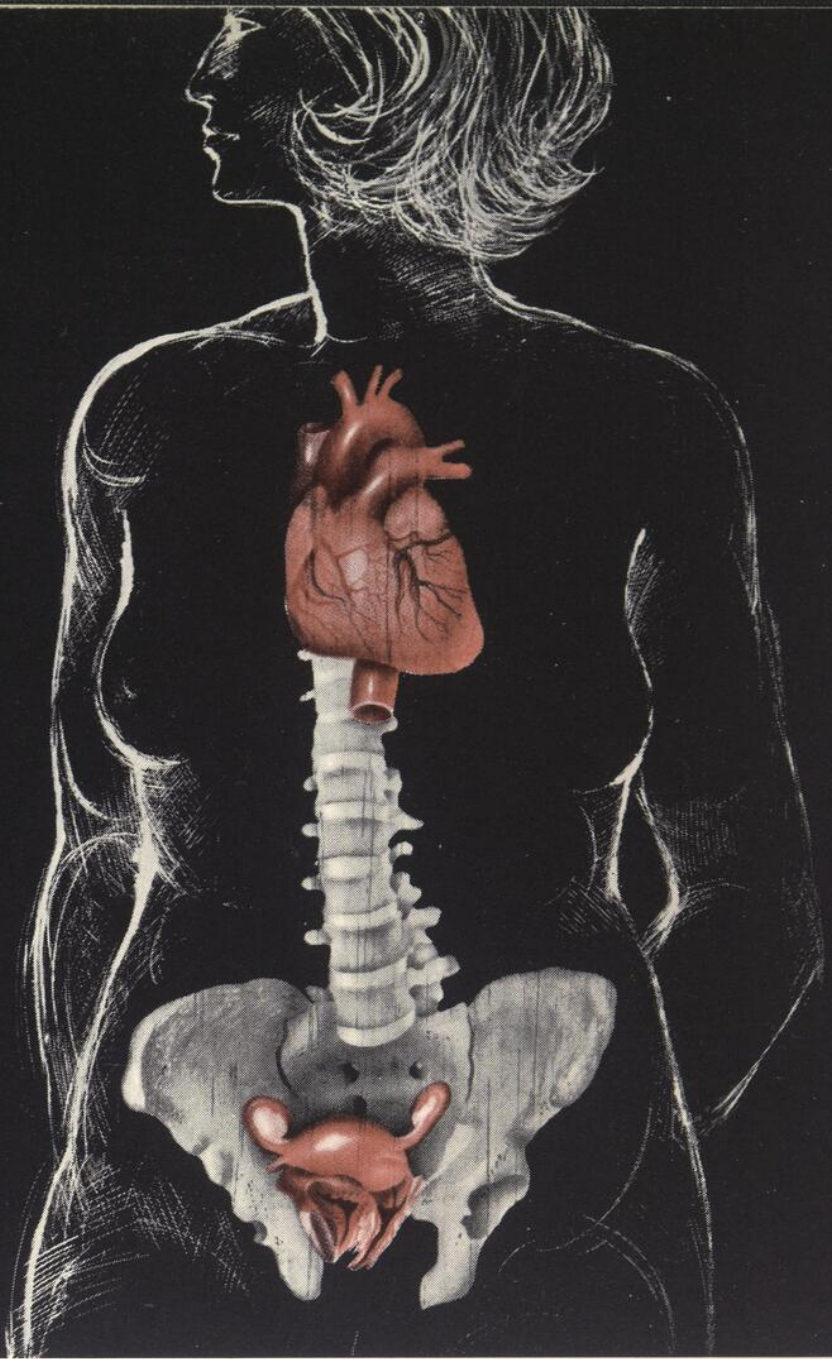
†Principaux diagnostics et raisons les plus fréquentes des visites à domicile, n° 9 (janvier-décembre 1962), Lea Associates Inc., Ambler, Pa.

Produits pharmaceutiques mis au point par la recherche médicale

Ayerst



préférée
dans la
ménopause
et dans
les années
subséquentes



"Prémarine" substances œstrogènes conjuguées

L'œstrogénothérapie de remplacement au cours de la ménopause et dans les affections cliniques de la postménopause telles que l'ostéoporose et la vaginite sénile n'est pas une pratique nouvelle. Cependant, avec la compréhension récente de la supériorité métabolique que représentent les œstrogènes — de leurs effets bénéfiques sur tous les systèmes organiques, les principaux organes et tissus — on a pu fonder sur un critère scientifique la théorie de l'administration d'œstrogènes au delà des années de ménopause à cause de leur effet protecteur sur les processus vitaux et notamment sur le système cardiovasculaire, sur les os et sur le métabolisme protéinique et cellulaire.¹⁻⁶ Le traitement présente toute sécurité et s'appuie sur des données rationnelles, pratiques et précises, fournies par l'examen cytologique.⁷ Les conclusions de Wilson⁸ rejoignent des énoncés précédents que l'œstrogénothérapie à long terme n'augmente pas les risques de cancer.

Efficacité: Spécifique de l'œstrogénothérapie de remplacement dans la ménopause et la postménopause.

Posologie ordinaire: 1.25 mg par jour. Augmenter ou diminuer au besoin. **Mise en garde:** *Chez la femme* — Afin d'éviter la stimulation utérine et mammaire ininterrompue, on recommande d'adopter un traitement cyclique (3 semaines de cure suivies d'un intervalle de repos d'une semaine; une hémorragie folliculinaire est susceptible de se produire au cours de la période d'abstention). *Chez l'homme* — La thérapie ininterrompue pendant des périodes prolongées peut produire de la gynécomastie, une diminution de la libido et l'atrophie testiculaire.



AYERST, McKENNA & HARRISON, LIMITÉE • MONTRÉAL

Produits pharmaceutiques mis au point par la recherche médicale

(La bibliographie et des tirés à part des articles de Wilson sont fournis sur demande.)

HYDRODIURIL*

HYDROCHLOROTHIAZIDE U.S.P.

**chaque fois qu'une
thérapeutique
antihypertensive
est requise**



HydroDIURIL*
 *pierre angulaire du traitement
 de l'hypertension*

- réduit la tension artérielle, en certains cas, sans l'adjonction d'autres agents.
- assure une efficacité soutenue au cours d'une administration prolongée.
- potentialise l'action de tous les autres antihypertenseurs.

**chaque fois qu'une
diurèse est indiquée**



HydroDIURIL*
 agent salurétique efficace

- provoque un début d'action rapide et une courte durée de l'effet de pointe, d'où diurèse au cours de la journée suivie d'un sommeil nocturne ininterrompu.
- exerce une action efficace persistante même au cours d'un traitement prolongé en raison de l'excrétion équilibrée du Na^+ et du Cl^- .
- permet, en plusieurs cas, l'atténuation de la restriction du sel — motif suffisant pour assurer la pleine collaboration du malade.

Résumé

Effets secondaires: Il y a lieu d'user de prudence dans l'emploi de l'hydrochlorothiazide chez les patients affectés d'un déséquilibre électrolytique, chez les patients soumis à un traitement à la digitale et chez ceux qui présentent de l'arythmie cardiaque. De plus, en raison de la carence en potassium que peut provoquer cette substance on devra toujours prévoir l'administration d'un supplément de potassium chez ces patients-là. On recommande aussi une grande précaution dans l'emploi de l'hydrochlorothiazide chez les malades atteints d'affections graves du foie ou des reins, chez ceux dont la catamnèse accuse un coma hépatique, de l'oligurie et l'élévation de l'azote non protéique (N.P.N.). Ce n'est qu'exceptionnellement que l'hydrochlorothiazide cause de l'hyperuricémie ou réduit la tolérance au glucose. Parmi les effets secondaires, possibles mais rares, que l'on peut rencontrer en cours de traitement avec l'hydrochlorothiazide, on a signalé de la thrombocytopénie, du purpura, des éruptions et de la photosensibilité de même que des troubles gastro-intestinaux, de la diarrhée, des vertiges et de la paresthésie. Lorsque l'hydrochlorothiazide est employé en association avec d'autres hypotenseurs, il peut y avoir potenti-

sation de son action; il est essentiel de réduire, d'au moins la moitié, la posologie de ces derniers, particulièrement celle des ganglioplégiques. **Contre-indications:** En présence d'anurie, les diurétiques sont contre-indiqués.

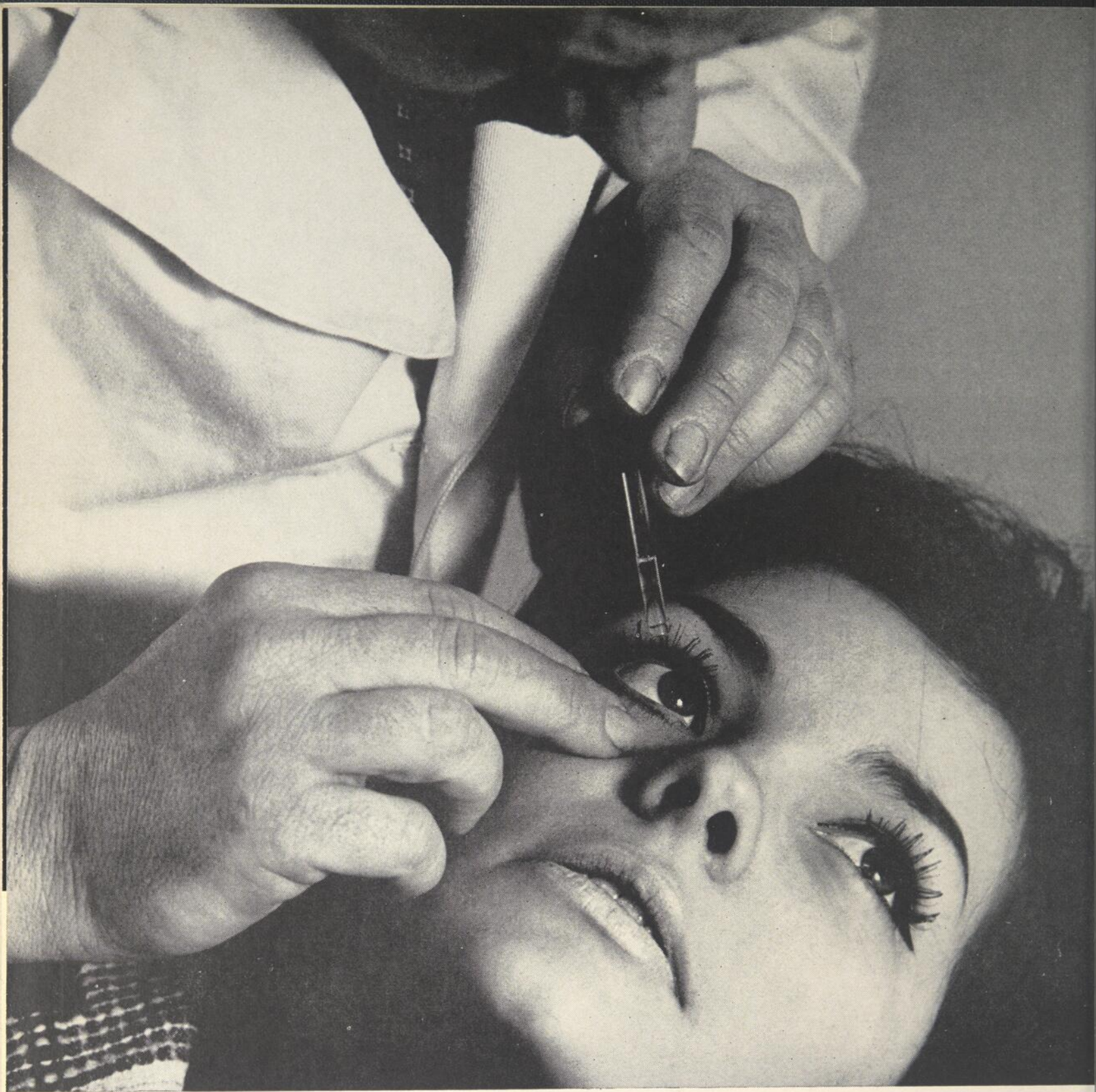
Les médecins peuvent obtenir sur demande une documentation complète.

Présentation: Comprimés dosés à 25 mg. ou à 50 mg. d'hydrochlorothiazide U.S.P. en flacons de 100 et de 1,000.



**MERCK SHARP & DOHME
OF CANADA LIMITED MONTRÉAL**

*Marque de commerce



Motif de la consultation: Douleur oculaire profonde et pulsative s'irradiant au front et aux tempes. Photophobie.

Examen physique: Myosis, pupilles irrégulières.
Hyperhémie marquée autour de la cornée.

Impression: Iritis aiguë.

Rx Celestone-S Gouttes Colloïdales Opthalmiques:
2 gouttes q. 2 h. Consultation en ophtalmologie
stat. Malade à hospitaliser pour rechercher la
cause de la douleur.

NOUVEAU CONCEPT DANS LE TRAITEMENT LOCAL DE L'OEIL

Les gouttes colloïdales ophtalmiques idéales pour traiter sans douleur la conjonctivite, l'iridocyclite et les autres inflammations et allergies oculaires. D'un pH très voisin de celui des larmes. LES GOUTTES COLLOÏDALES OPHTALMIQUES CELESTONE-S forment une pellicule transparente qui apaise et cicatrise, recouvrant l'oeil sans gêner la vision.

CELESTONE*-S

GOUTTES COLLOÏDALES OPHTALMIQUES
betaméthasone (CELESTONE) 1.0 mg (0.1%)
sulfacétamide sodique U.S.P. 100.0 mg (10%)

Schering

Pour une documentation complète, consulter la littérature officielle de Schering.

*Marque déposée

L'ANTICOAGULOTHÉRAPIE MODERNE PROFITE MÊME AUX PATIENTS QUI ONT DE FORTES CHANCES DE SURVIE

Souvent, on réserve l'anticoagulothérapie aux patients qui ont de maigres chances de survie et on l'ignore dans les autres cas. Comme il est difficile de prédire la catégorie où se rangera chaque patient, on devrait éviter les anticoagulants seulement quand il est impossible d'avoir rapidement recours aux facilités de laboratoire ou en présence de toute diathèse hémorragique.¹



"DANILONE"

marque de phénylindanedione

POSOLOGIE — La DOSE D'ATTAQUE varie sensiblement selon les individus. Le plus souvent, on recommande une dose d'attaque de 200 mg, fractionnée en deux prises, à 12 heures d'intervalle. Certains auteurs ont constaté que, chez environ 50% des cas, des doses de 500 à 600 mg sont parfois nécessaires pendant les premières 24 heures.² Il faut être prudent dans l'administration d'aussi fortes doses et les éviter chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque et chez les plus de 65 ans. La DOSE D'ENTRETIEN, aussi très flexible, peut varier entre 25 et 250 mg par jour.

MISE EN GARDE — S'il se produit une hémorragie, on doit cesser immédiatement l'administration du médicament; au besoin, donner 10 mg de vitamine K₁. Il est rarement nécessaire d'augmenter cette dose. Des réactions de sensibilité (éruptions cutanées, prurit, diarrhée, agranulocytose, fièvre, ictère et atteinte rénale) apparaissent quelque fois mais elles sont rares. L'excrétion des dérivés de la "Danilone" peut donner une teinte rouge orange aux urines alcalines. On ne doit pas confondre cette manifestation avec une hématurie.

Comprimés sécables dosés à 50 mg (blancs) et à 25 mg (jaunes).

A ceux qui préfèrent un dérivé coumarique, Frosst offre un choix de deux agents thérapeutiques bien établis

"DUFALONE" (Dicumarol — marque de bishydroxycoumarine U.S.P.) le premier anticoagulant oral, préféré pour son effet soutenu . . . comprimés sécables dosés à 50 mg (roses) et à 100 mg (roses).

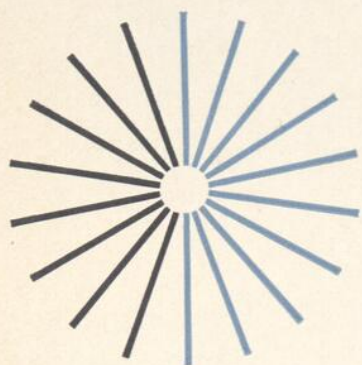
"WARFILONE" (marque de warfarine sodique U.S.P.) pour une action rapide d'emblée et une réponse prévisible du patient . . . comprimés sécables dosés à 5 mg (orange) et à 10 mg (rouges).

AVERTISSEMENT — Durant l'anticoagulothérapie, on doit minutieusement appliquer les mesures de précaution habituelles.

Ces produits sont offerts en flacons de 100 comprimés.

1. Kurtz, C. M.: M. Clin. North America 46:317, 1962.

2. Beamish, R.E. et Carter, S.A.: Canad. M.A.J. 74:39, 1956.



**LA
NOUVELLE
PÉNICILLINE
À LARGE SPECTRE**

ampiciline

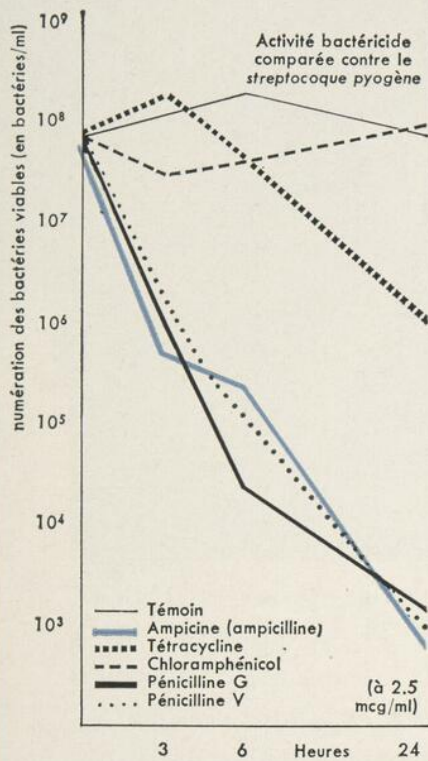
(ampicilline)



Détruit les germes pathogènes avec l'efficacité de la pénicilline . . .

couvre une gamme bactérienne aussi étendue que celle des antibiotiques à large spectre . . .

détruit plus rapidement les germes à Gram-négatif . . .



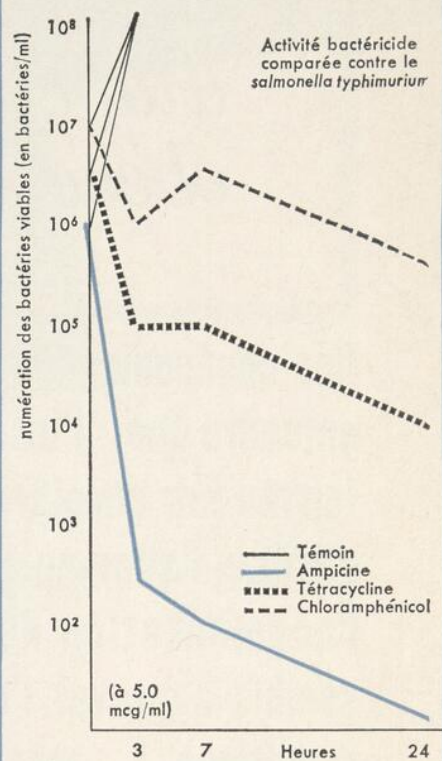
Les expériences *in vitro* confirment que l'activité bactéricide de l'Ampiciline contre les germes pathogènes à Gram-positif est comparable à celle de la pénicilline G. (La rapidité de destruction à l'égard du streptocoque est typique). A noter que le chloramphénicol et la tétracycline, qui sont bactériostatiques, sont moins efficaces quant à la réduction du nombre de bactéries.

Concentrations inhibitrices minima (exprimées en mcg./ml.) d'Ampiciline (ampicilline) et d'autres antibiotiques

	Ampiciline (ampicilline)	Pénicilline G	Pénicilline V	Chloramphénicol	Tétracycline
GRAM-POSITIVE ORGANISMS					
<i>Str. agalactiae</i>	0.075	0.016	0.016	2.5	0.15
<i>Str. faecalis</i>	0.9	6.25	12.5	10	0.6
<i>Str. pyogenes</i>	0.025	0.008	0.008	2.5	0.125
<i>D. pneumoniae</i>	0.008	0.016	0.016	0.9	0.03
<i>Staph. aureus</i> Smith	0.06	0.016	0.008	10	0.25
<i>Shigella</i> (3 Souches)	0.6-1.5	6.25-12.5	12.5->100	0.6-1.25	0.3-0.6
GRAM-NEGATIF					
<i>Salmonella</i> (4 Souches)	0.3-0.9	0.3-6.25	12.5-100	0.6-2.5	0.3-1.25
<i>Salmonella typhosa</i>	1.5	25	100	5.0	1.25
<i>Proteus mirabilis</i>	0.6	1.6	25	25	> 100
<i>E. coli</i> (3 Souches)	3.6-7.3	25-50	100->100	10-50	1.25

*Les staphylocoques générateurs de pénicillinase sont résistants à l'Ampiciline (ampicilline).

"Comparée à la pénicilline G... (l'Ampiciline) est environ 10 fois plus active contre les bacilles à Gram-négatif en général et n'est que légèrement moins active contre les cocci à Gram-positif. Ceci donne un spectre bactérien où l'activité du produit est comparable à celle de la tétracycline et du chloramphénicol dans le secteur des germes à Gram-négatif et beaucoup plus élevée contre les cocci à Gram-positif... On peut donc considérer l'Ampiciline (ampicilline) comme une pénicilline à large spectre."



D'après les expériences *in vitro*, l'Ampiciline détruit les bactéries à Gram-négatif antibio-sensibles plus rapidement que les antibiotiques à large spectre (sa rapidité de destruction contre le *Salm. typhimurium* est éloquent).

"L'ampicilline qui, par sa nature, est bactéricide plutôt que bactériostatique, pourrait bien être le médicament par excellence des nombreuses infections causées par des germes à Gram-négatif"^{1,2}.

Bibliographie: 1-Rollinson, G. N., and Stevens, S.: *Brit. M. J.* 2:191 (22 juillet 1961)
2-Delgado, J. N., and Cosgrove, F. P.: *Texas M. J.* 59:160 (Février 1963)

est efficace et bien tolérée en clinique.

L'expérience clinique démontre que l'Ampiciline est extrêmement utile pour traiter les infections des voies respiratoires, génito-urinaires et gastro-intestinales. Les études dirigées par les Laboratoires Bristol rapportent que, sur 678 malades, 85.9% ont été, soit guéris, soit améliorés par le traitement à l'Ampiciline. L'Ampiciline est bien tolérée, tout comme la pénicilline. Comme dans le cas pour la pénicilline, il faut cependant observer les précautions habituelles, surtout si le malade y est hypersensible.

Présentation:

**INJECTION
CAPSULES
SUSPENSION**

Un autre produit



Documentation détaillée sur demande ou par l'intermédiaire de votre représentant Bristol.

BRISTOL LABORATORIES OF CANADA LTD.
Montréal, P. Q.

*très
efficace
chez le
diabétique
obèse*

Des communiqués récents laissent entendre que...l'insuline et les sulfonylurées accéléreraient la lipogénèse, l'accumulation adipeuse, l'augmentation de poids, ce qui semble aggraver l'obésité chez le diabétique⁽¹⁻⁵⁾...chez lui, la concentration d'insuline dans le serum est souvent élevée^(2,3,6)...Le DBI (HCl de phenformine) abaisse l'hyperglycémie, réduit la forte teneur en insuline et tend à ramener le poids du diabétique vers la normale.^(1,3,7,9)

L'administration du DBI et du DBI-TD aux diabétiques acido-céto-résistants dont l'état exige le traitement hypoglycémique: **A.** Ils sollicitent la diminution du taux élevé de sucre sanguin sans accroître la synthèse des graisses ou l'augmentation de poids contrairement à la tendance de l'insuline et des sulfonylurées; **B.** Ils ne haussent pas le teneur déjà élevée du taux d'insuline endogène; en revanche, ils tendent à rétablir sa concentration normale; **C.** Ils favorisent la normalisation du poids.

L'insuline demeure un hypoglycémiant indispensable pour le diabétique sujet à l'acido-cétose. La phenformine paraît toutefois être l'hypoglycémiant préféré chez le diabétique obèse acido-céto-résistant en aidant à éviter le gain de poids ou à réduire l'adiposité, un élément qui tend à gêner le traitement et à augmenter l'éventualité des complications.



DBI • DBI-TD est indiqué chez les cas de DIABÈTE STABLE DE L'ADULTE/et d'ÉCHECS AUX SULFONYLURÉES. Il sert aussi d'adjuvant à l'insuline exogène chez le diabétique instable.

- précédents remarquables d'efficacité clinique
- bonne tolérance
- pratique

Renseignements complets dans la brochure médicale.

Le DBI-TD est offert en flacons de 30, 100 et 500 capsules de 50 mg à désintégration réglée. En outre, le DBI est disponible en flacons de 100 et 500 comprimés de 25 mg.

Bibliographie: 1. Williams, R. H.: Textbook of Endocrinology, Ed. 3, Saunders, Philadelphia, 1962, p. 610. 2. Gordon, E. S.: Metabolism 11:819, 1962. 3. Grodsky, G. M. et al.: Metabolism 12:278, 1963. 4. Sadow, H. S.: Metabolism 12:333, 1963. 5. West, K. M. and Tophoj, E.: Metabolism 10:689, 1961. 6. Yalow, R. S. and Berson, S. A.: Diabetes 9:254, 1960. 7. Weller, C. et al.: Scientific Exhibit. A.M.A., June 1962. 8. Weller, C. et al.: Metabolism 11:1134, 1962. 9. Radding, R. S. et al.: Metabolism 11:404, 1962.

DBI® **DBI-TD**®
comprimés de 25 mg capsules de 50 mg à désintégration réglée
CHLORHYDRATE DE PHENFORMINE

ARLINGTON-FUNK LABORATORIES, div.
U. S. Vitamin Corporation of Canada, Ltd.
Casier postal 779, Montréal 3, Québec



Tandéaril[®] Geigy

agent
non-hormonal
anti-inflammatoire

En médecine

Il est indiqué pour le traitement de nombreuses maladies où existe une inflammation aiguë ou chronique non-spécifique.

Il contrôle les symptômes
d'arthrite
d'inflammation péri-articulaire
d'inflammation vasculaire

En chirurgie

Il modifie et soulage la douleur et l'inflammation post-opératoires. Associé aux antibiotiques et au drainage, s'il y a lieu, il contrôle l'inflammation liée aux infections chirurgicales.

Présentation
Tandéaril, monohydrate de 1-phényl-2-(p-hydroxyphényl)-3,5-dioxo-4-n-butylpyrazolidine.
Dragées brunes de 100 mg.
Flacons de 50 et 500.



Produits Pharmaceutiques Geigy
Montréal

la
douleur
lancinante...

DE LA NÉVRITE INFLAMMATOIRE...



réagit promptement au

PROTAMIDE

— une solution colloïdale d'enzyme
protéolytique dénaturé —

Le soulagement de la douleur est rapide dans la névrite non-traumatique, y compris l'herpès zoster, alors que le Protamide est administré au début du cours de la maladie.¹⁻⁴ Il est également important de constater qu'une guérison complète suit habituellement dans les trois à cinq jours subséquents — même dans l'herpès zoster ophtalmique.⁵⁻⁶

Posologie: 1 ampoule i.m. par jour de 2 à 5 jours;
plus longtemps si la douleur persiste.

Mise en garde: Eviter l'administration i.v.
Boîtes de 10 ampoules, 1.3 cc. chacune,
pour injection intra-musculaire.

Sherman Laboratories

WINDSOR, ONTARIO

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. 6. Gile, J. H.: W. Virginia Med. J. 59:120-122 (mai) 1963.

**Abbott annonce
un nouveau genre de
forme posologique d'antibiotique
pour les enfants**





un comprimé qui ressemble à un bonbon à la menthe et en a la saveur
tout en fournissant la pleine activité de 200 mg d'érythromycine

ERYTHROCINE* CROQUABLE

(Ethyl succinate d'érythromycine)

Elle est unique

(le premier antibiotique "croquable")
Chaque comprimé fournit l'activité de 200 mg d'érythromycine et est rainuré pour fournir commodément des demi-doses (100 mg). La délicieuse saveur de menthe masque le goût amer inhérent à l'érythromycine.

Elle est commode

(posologie facile à observer)
Le patient croque simplement le comprimé. Même un enfant souffrant d'angine streptococcique peut en prendre sans irritation. Facile pour les parents à transporter et à donner: pas de gaspillage, rien de collant — pas de mélange à préparer ou à conserver si la famille est obligée de voyager avec un enfant malade.

Elle est efficace

(très active contre la plupart des germes)
Indiquée dans la majorité des infections bactériennes courantes — y compris un grand nombre de celles causées par des souches résistantes de staphylocoques. L'apparence et la saveur de bonbon aident à assurer la "coopération" pendant la prophylaxie et le traitement de longue durée.

Et elle est exceptionnellement sûre

L'éthyl succinate est un sel qui est en usage depuis plus de quatre ans — et il n'a jamais été démontré qu'il ait causé de la dyscrasie sanguine ou qu'il ait porté atteinte aux reins, au foie ou à quelque autre organe vital.

indications: Toutes les infections sensibles à l'érythromycine. Elle est indiquée en premier lieu contre les cocci Gram positifs — staphylocoques, streptocoques, pneumocoques (y compris les entérocoques). Manifeste aussi une action inhibitrice envers corynebacterium diphtheriae, les clostridies — ainsi que certains germes Gram négatifs occasionnant souvent des ennuis, comme hemophilus influenzae, hemophilus pertussis, neisseria meningitidis, et neisseria gonorrhoeae. Aussi contre treponema pallidum et les gros virus qui causent le trachome et la lymphogranulomatose inguinale subaiguë.

Précautions: Les effets secondaires sont rares. Si un malade manifeste des signes de sensibilité, il faut appliquer des contre-mesures (e.g., épinéphrine, stéroïdes, etc.) et interrompre la médication.

Présentation: L'Erythrocin Croquable est présentée en comprimés sécables de 200 mg; flacons de 12 et de 50.



*NOM DÉPOSÉ

401184

Joséphine l'Affairé

souffre
de dyspepsie
nerveuse

*Chauffeur, épouse, mère,
membre de l'association des
banlieusards, présidente du
cercle féminin... il n'est pas
surprenant de voir Joséphine
tantôt montée pour 24 heures,
tantôt épuisée et souffrant
de dyspepsie nerveuse. Le
DONNAZYME, agent anti-
spasmodique, sédatif et
digestif, soulagera
l'estomac, calmera les
nerfs et lui facilitera
la digestion.*



Donnazyme[®]

est tout indiqué pour Joséphine

Chaque comprimé contient: dans son enveloppe extérieure acidosoluble 0,0518 mg. de sulfate d'hyoscyamine, 0,0097 mg. de sulfate d'atropine, 0,0033 mg. de bromhydrate d'hyoscine, 8,1 mg. (1/8 gr.) de phénobarbital (Attention, peut entraîner l'accoutumance) et 150 mg. de pepsine, N.F. La couche intérieure à enrobage entérique contient 300 mg. de pancréatine, N.F. et 150 mg. de sels biliaires.

Remarques: Il arrive parfois que des doses trop fortes produisent une sécheresse de la bouche, une miction difficile, un embrouillement de la vision; ces malaises disparaissent rapidement après réduction du dosage. Administrer avec prudence dans les cas de glaucome naissant. Contre-indiqué dans le glaucome aigu, l'hypertrophie de la prostate et les affections rénales ou les troubles hépatiques avancés.

A. H. ROBINS CO. OF CANADA LTD., MONTREAL 9, QUEBEC



Malade: Femme âgée de 52 ans.

Motif de la consultation: Souffre de rhumatisme articulaire depuis 5 ans.
Le jeu des articulations se fait mieux et est moins douloureux depuis 2 mois.

R Celestone: 1 comprimé de 0.5 mg b.i.d.
Reviendra dans un mois.

Soulagement rapide des accès inflammatoires dûs à l'arthrite grâce au corticostéroïde de synthèse le plus sûr et remarquablement efficace même à faibles doses.

CELESTONE*

betaméthasone

comprimés de 0.5 mg

Schering

Pour une documentation complète, consulter la littérature officielle de Schering.

*Marque déposée

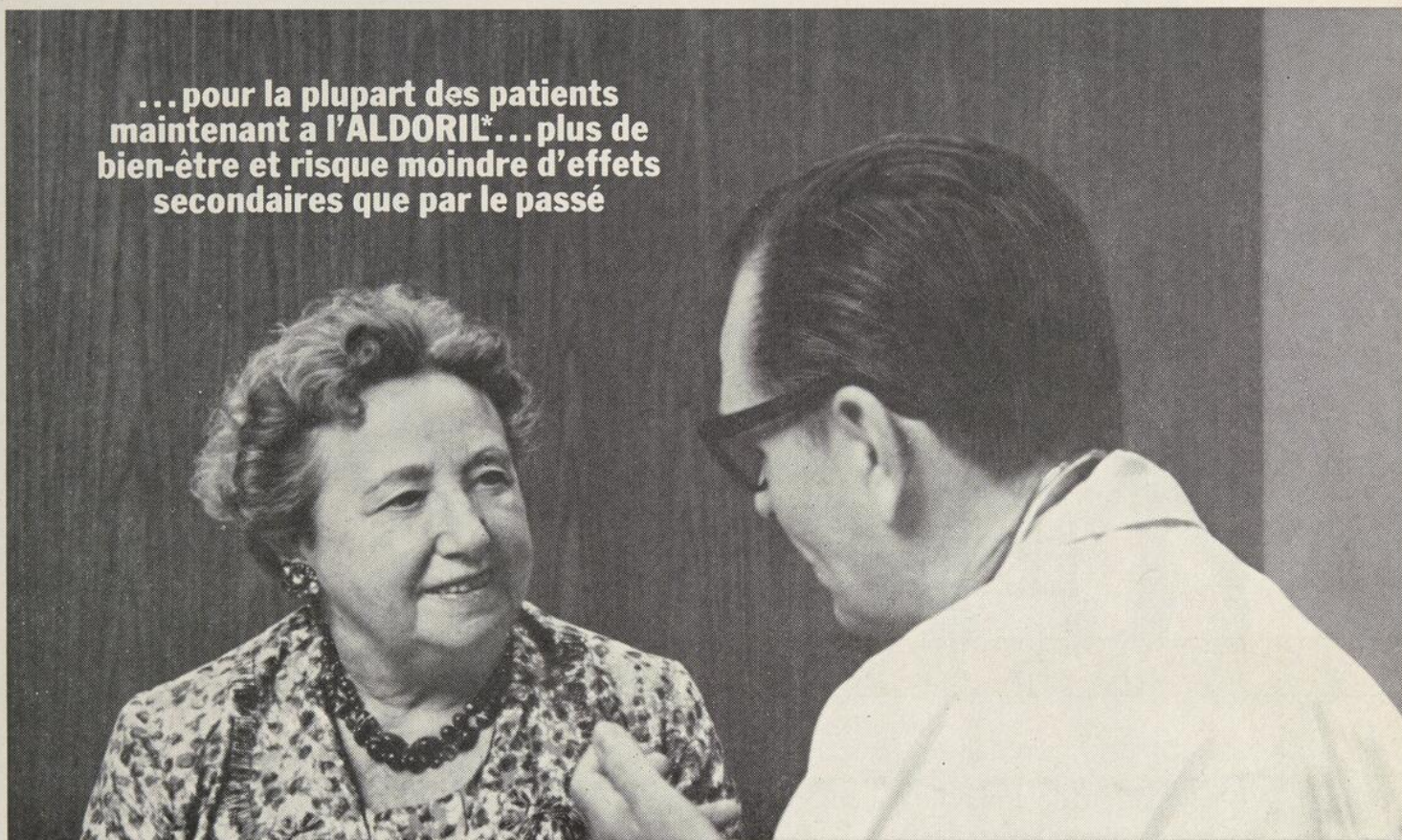
ALDORIL*

ALDOMET* (métyldopa) 250 mg. et HydroDIURIL* (hydrochlorothiazide) 25 mg.

Il est maintenant possible d'abaisser la tension artérielle au moyen d'une double méthode d'approche...

- 1 Antihypertensive par la modification de l'activité vaso-constrictive
- 2 Salurétique par la modification du métabolisme des électrolytes

... pour la plupart des patients maintenant à l'ALDORIL*... plus de bien-être et risque moindre d'effets secondaires que par le passé



ALDORIL

permet une action clinique étendue et plus efficace que l'emploi séparé de l'une ou l'autre de ses composantes

L'ALDORIL associe l'action complémentaire de deux substances antihypertensives dans le traitement de l'hypertension d'origine cardio-vasculaire

ALDOMET (métyldopa)

- hypotension de posture et hypotension d'effort réduites
- débit cardiaque habituellement maintenu
- réflexes de compensation des vaisseaux périphériques conservés

Les médecins peuvent obtenir sur demande une documentation complète

Présentation: Les comprimés laqués d'ALDORIL, dosés à 250 mg. de métyldopa et à 25 mg. d'hydrochlorothiazide U.S.P. sont de couleur blanche, de forme biconvexe portant le symbole MSD gravé d'un côté et sont offerts en flacons de 50 et de 500.

HydroDIURIL (hydrochlorothiazide)

- action diurético-antihypertensive grandement efficace
- intensification de l'action de la métyldopa
- élimination uniforme et constante de l'oedème

*Marque de commerce



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

Lorsque les malades obèses succombent à la tentation

PRÉLUDINE®

modération de l'appétit
allègement des
efforts de volonté



L'adjonction de Préludine à une diète hypocalorique assure une perte de poids continue et graduelle.

Le malade accepte d'emblée la Préludine puisqu'elle procure une suppression maximum de l'appétit associée à un léger état d'euphorie suffisant pour compenser la sensation de dépression et de lassitude qui découle souvent d'un faible apport en calories.

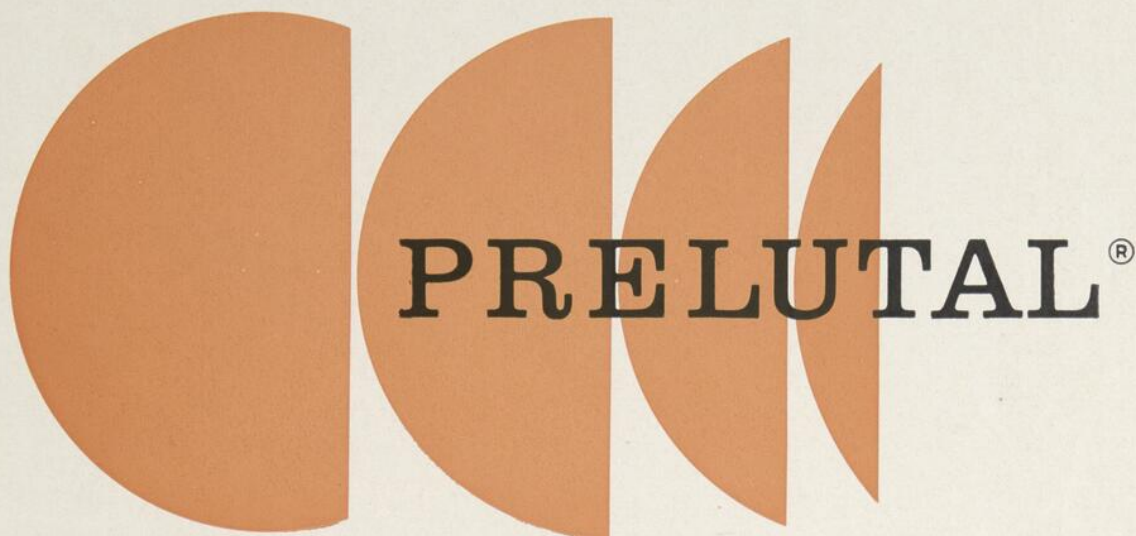
En facilitant l'adhérence du malade à sa diète, le traitement de l'obésité devient plus simple pour le médecin. Avec la Préludine, le succès d'un régime amaigrissant est assuré.

Préludine (chlorhydrate de phenmétrazine)
Préludine Endurettes® de 75 mg, comprimés à action prolongée
Préludine Endurettes de 50 mg, comprimés à action prolongée
Comprimés de Préludine de 25 mg.



Produits Boehringer Ingelheim
Division de Geigy (Canada) Limited, Montréal

Spécifique à l'obésité-problème



Lorsque la réponse au traitement
traditionnel ne satisfait pas

L'adjonction de Préludine® au régime thérapeutique de l'obésité provoque une suppression efficace de l'appétit dotée d'une sûreté maximum pour la majorité des malades.

Il semble cependant qu'une faible proportion des malades obèses soient incapables de suivre leur diète. Les raisons qu'ils invoquent habituellement pour abandonner leur diète sont l'irritabilité, l'insomnie, les céphalées et les douleurs gastro-intestinales. Il y a maintenant lieu de croire que ces réactions ne sont pas un reflet

des effets secondaires attribuables au médicament mais plutôt un reflet des troubles émotifs dus à la privation de nourriture.

En associant l'action tranquillisante bien reconnue de la promazine à l'effet anorexique prévisible de la Préludine, Prélutal assure une coopération totale de la part du malade en dissipant les symptômes somatiques angoissants attribuables à la privation de nourriture. En outre, pour celui qui aime manger le soir, Prélutal assure la suppression de l'appétit pendant la soirée.

Dragées bleues de Prélutal contenant 25 mg de Préludine (chlorhydrate de phenmétrazine) et 25 mg de chlorhydrate de promazine. Flacons de 30 et 250.

1 dragée à 10 heures a.m. et 1 dragée à 4 heures p.m.

Pour celui qui mange le soir, une autre dragée à 9 heures p.m.

Documentation complète disponible sur demande.



Produits Boehringer Ingelheim
Division de Geigy (Canada) Limited, Montréal



Motif de la consultation et maladie actuelle: Episodes récurrents d'éternuements et de coryza, sans fièvre.

Examen physique: Muqueuse nasale pâle et oedématiée.

Impression: Allergie d'étiologie inconnue.

- R_x
1. Malade prié de tenir son journal relatant les détails des périodes d'allergie. Noter le régime et tous les facteurs concomittants.
 2. Revoir dans une semaine pour les épreuves de sensibilité.
- Répétabs Chlor-Tripolon de 8 mg: 1 q. 8 h. et h.s.

L'antihistaminique le plus couramment prescrit pour traiter les symptômes des allergies.

CHLOR-TRIPOLON*

maléate de chlorphéniramine U.S.P

COMPRIMÉS	de 4 mg
RÉPÉTABS	de 8 mg et 12 mg
SIROP	(2 mg/5 cc)
INJECTABLE	I.V. (10 mg/cc)
INJECTABLE	I.M. (100 mg/cc)

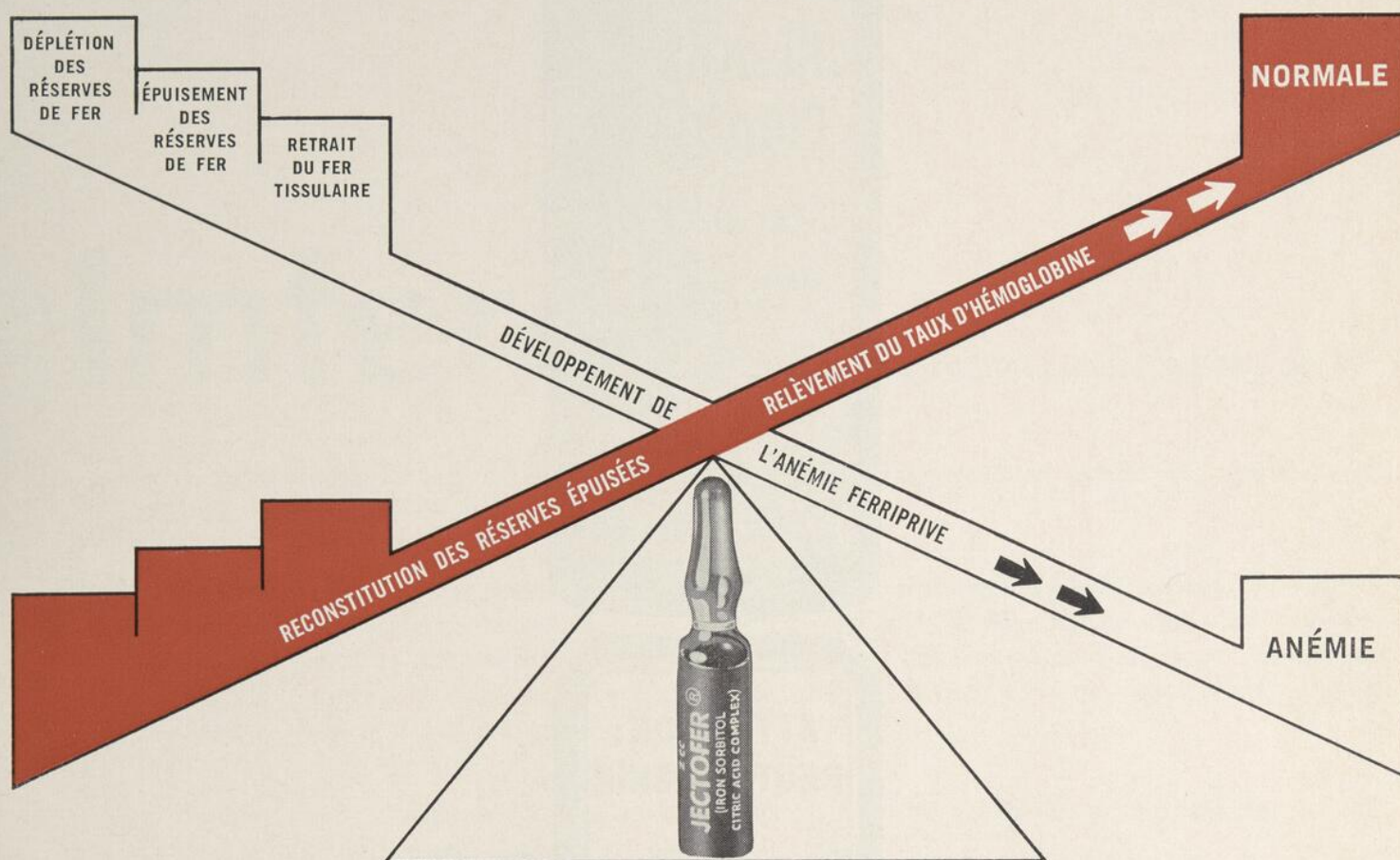
Schering

Pour une documentation complète, consulter la littérature officielle de Schering.

*Marque déposée

Jectofer:®

Nouvelle thérapie intramusculaire à base de fer
remédie intégralement à l'anémie ferriprive en
rétablissant la balance ferreuse positive de toutes les réserves épuisées



La déplétion des réserves de fer de l'organisme précède toujours le développement de l'anémie ferriprive.

La reconstitution des réserves par voie orale demande de nombreux mois ou même des années.

La thérapie à base de fer par voie parentérale constitue la seule méthode sûre de reconstitution des réserves. En attendant que celle-ci soit réalisée, la balance ferreuse négative continue d'exister.

Jectofer est rapidement et entièrement utilisé pour la reconstitution des réserves de fer, le fer tissulaire, certains systèmes enzymotiques, et pour la synthèse de la nouvelle hémoglobine.

Jectofer est du sorbitol de fer et il a été prouvé qu'il est non cancérogène. La coloration de la peau, le cas échéant, n'est que passagère.

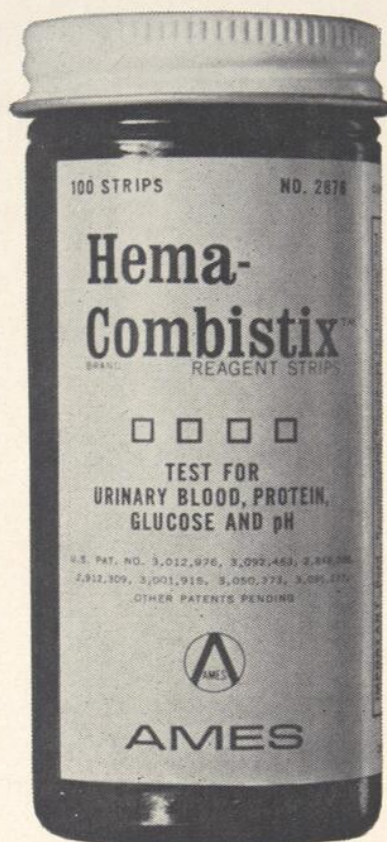
Documentation sur demande.



ASTRA Pharmaceuticals (Canada) Ltd.

Cooksville, Ont.





CA68764

Dès que vous aurez utilisé **HEMA-COMBISTIX***, l'épreuve "immersion-lecture" pour l'hématurie, la protéinurie, la glycosurie et le pH de l'urine, vous prendrez vite l'habitude, grâce au bâtonnet simple et commode, de pratiquer systématiquement l'épreuve sur chacun de vos patients. Nombre de réponses seront "négatives" mais une réaction "positive" inattendue indiquera une maladie grave même avant l'apparition d'autres symptômes. L'épreuve n'exige qu'une minute. Aussi indispensable que le stéthoscope . . . **HEMA-COMBISTIX** . . . bonne habitude à prendre.

Ames Company of Canada Ltd., Toronto, Ontario.








*Marque déposée. **AMES**

LA PREMIÈRE, ET
(plus de 3,000,000 de patients seront d'accord)

TOUJOURS LA PLUS SÛRE 

Imferon

Thérapie intramusculaire à base de fer

-  **Imferon** rétablit les taux d'hémoglobine et reconstitue les réserves de fer entamées . . . rapidement, complètement, et en toute sécurité.
-  **Imferon** est le seul fer injectable par voie parentérale qui puisse être employé pour tous les patients souffrant d'une carence de fer, y compris les bébés prématurés. Il n'y a pas de contre-indications— Imferon peut être donné aux pour les patients présentant des infections urinaires ou une carence d'acide folique. Il ne se produit pas de perte par excrétion et Imferon ne provoque pas d'irritation urinaire. Il n'est pas carcinogène.
-  **Imferon** n'est pas toxique. On peut donner jusqu'à 5 c.c. (250 mg de Fe) en une seule fois, ce qui assure un rétablissement rapide après quelques injections.
-  **Imferon** est utilisé à 100%. On peut en calculer la dose avec précision et son action est prévisible. Il ne se produit pas de perte et on ne fait pas d'injections inutiles.
-  **Imferon** est le fer injectable par voie parentérale le plus largement utilisé . . . le plus largement éprouvé (plus de 400 articles ont été écrits à son sujet) . . . et le plus économique qui soit.

Disponible chez **Canada Duphar Limited, London, Ontario.**

BENGER

Imferon est une
marque déposée
de Benger Laboratories
une filiale de Fisons Limited



**Ulcère
gastro-duodénal?****Kolantyl**

inhibe l'activité des enzymes, la douleur du spasme, l'hyperacidité.

Kolantyl Gel: 1 c. à soupe toutes les 3 heures.

Pastilles Kolantyl: 3 ou 4 pastilles toutes les 3 heures.

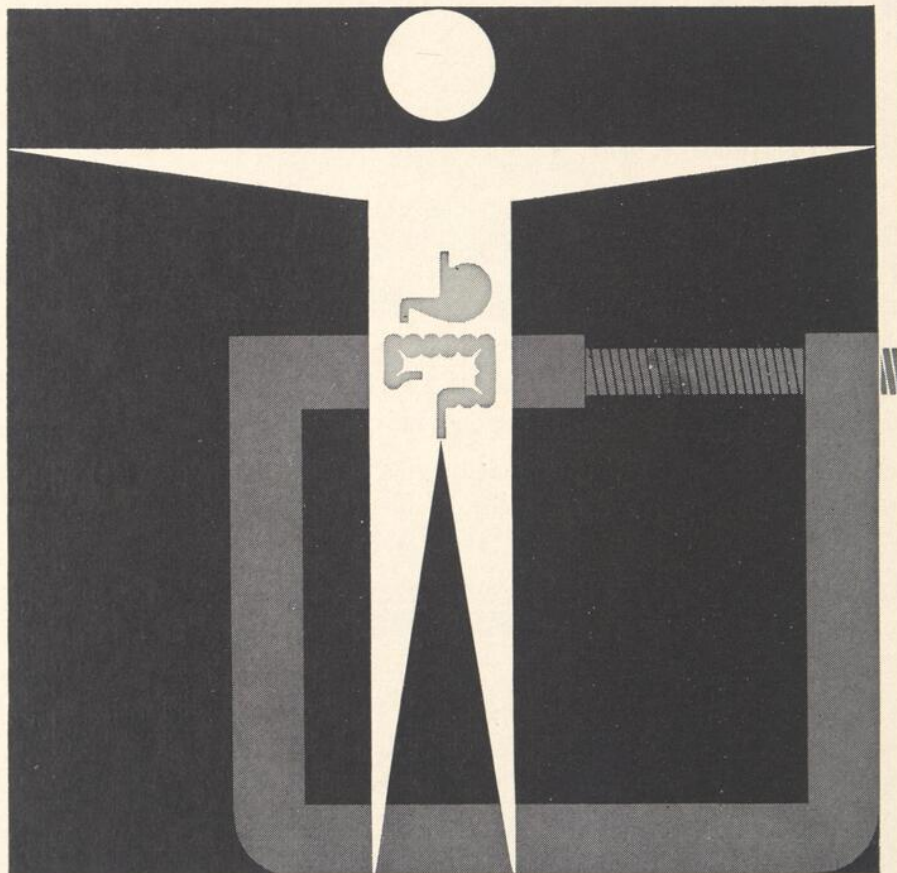
**Troubles
gastro-intestinaux
fonctionnels?****Bentylol**

antispasmodique: soulage le spasme et la douleur qui en résulte au niveau inférieur de l'intestin, là où la douleur provient du *Spasme* (et non de l'acidité).

Capsules de Bentylol titrées à 10 mg:
1 ou 2 capsules t.i.d. et au coucher.

Merrell

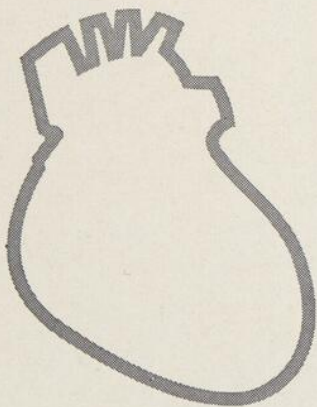
The Wm. S. Merrell Company
Division of Richardson-Merrell Inc.
Weston, Ontario



pour votre patient hypercholestérolémique...

“une chute de sang cholestérol”*

*Cohen¹ administra du CHOLOXIN à 29 patients enthyroïdiens souffrant d'une affection cardiovasculaire et d'hypercholestérolémie au cours de périodes variant entre 52 et 108 semaines. Il rapporte "...Une baisse du cholestérol sanguin fut enregistrée dans le cas de chaque patient et montra une diminution de 29.2% en comparaison aux moyennes antérieures au traitement, ces données faisant état pour tout le groupe traité à la fin d'une année. Dix-huit malades soignés pendant 108 semaines montrèrent une réduction de 36.4% des chiffres contrôlés... Le sel sodique du Dextro-Thyroxine (CHOLOXIN) continua à être le plus efficace médicament, milligramme par milligramme, chez les patients révélant la plus haute concentration de cholestérol... La cholestéropénie provenant de la fuite de sel sodique du Dextro-Thyroxine (CHOLOXIN) cholestérinémique n'a pas été signalée... une dose de 4 mg (de CHOLOXIN) sera généralement suffisante pour contrôler le cholestérol sanguin sans augmentation d'angine..."



SUPRÊME IMPORTANCE DU CHOLESTÉROL SÉRIQUE AU TERME D'UNE ANNÉE DE THÉRAPIE ORALE CONTINUE AU CHOLOXIN.[†]
(29 PATIENTS)

HAUSSE DU CHOLESTÉROL 0

SANS CHANGEMENT 0

CHÔTE DE

150 — 199 mg. %



100 — 149 mg. %



75 — 99 mg. %



50 — 74 mg. %



25 — 49 mg. %



0 — 24 mg. %

† Données empruntées de Cohen, B.M.: Applied Therap., 4: 913-918 (oct.) 1962.

choloXin
marque de sodium destro-thyroxine

réduit physiologiquement le cholestérol du sérum et du foie
réduit les niveaux de la triglycérine et de la bêta-lipoprotéine

Dosage: La dose moyenne est d'un comprimé de 4 mg. par jour.

Voir le dépliant inséré dans la boîte pour de plus amples instructions posologiques.

Présentation: Disponible sur prescription seulement en boîtes de 30 comprimés blancs, marqués 4 mg.

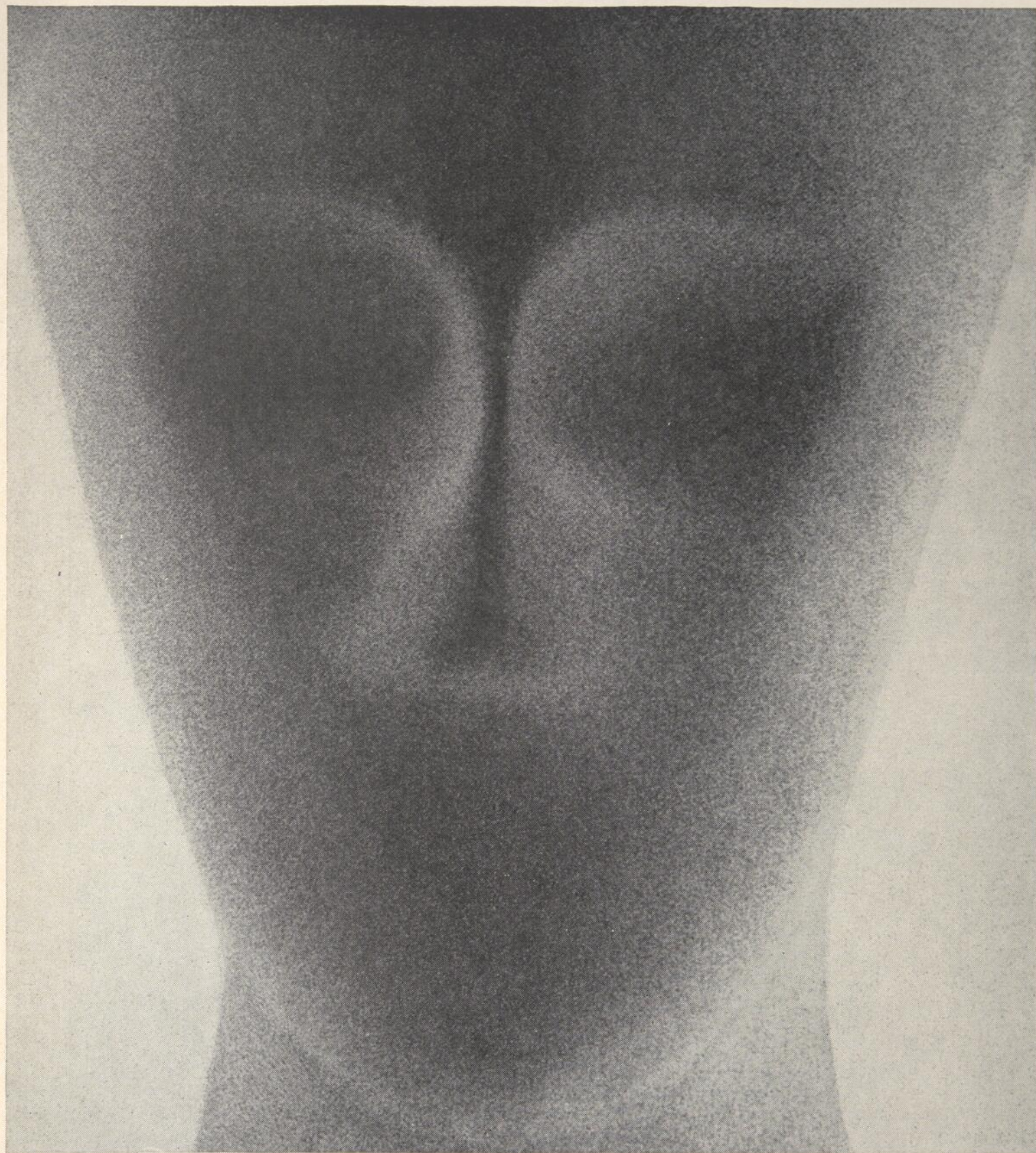
1 - Cohen, B. M.: Applied Therap., 4: 913-918 (oct.) 1962.

BAXTER LABORATORIES OF CANADA LTD. ALLISTON, ONTARIO

Fabricant de Produits Pharmaceutiques d'Ordonnance au Canada depuis 1938

Tofrānil[®]
Geigy

**médicament de base
pour le traitement des
états dépressifs**



En ce moment, Tofrānil est l'antidépresseur le plus employé. Tofrānil a fait le sujet de plus de 1100 travaux cliniques qui attestent son efficacité thérapeutique dans les états dépressifs. A l'heure actuelle, quatre années après sa mise en marché, des études cliniques sur le Tofrānil continuent à paraître, témoignage de l'utilité croissante de cet agent pour les spécialistes et les omnipraticiens dans le traitement des états dépressifs.

Emploi le plus répandu . . . efficacité la mieux prouvée . . . raisons principales de la primauté de Tofrānil comme médicament de base pour le traitement des états dépressifs. Tofrānil[®], marque de chlorhydrate d'imipramine; Dragées de 10 mg pour adolescents et vieillards et dragées de 25 mg pour les autres malades. Aussi disponibles, ampoules pour emploi intramusculaire seulement; chaque ampoule de 2 cc contient 25 mg de Tofrānil. Prospectus médical disponible sur demande. Produits Pharmaceutiques Geigy, Division de Geigy (Canada) Limited, Montréal.



G-1701F

Quand le diagnostic est STAPHYLOCOQUE



Photographie reproduite avec la permission de la malade.

commencez par un traitement de **PROSTAPHLINE**

Les traitements de PROSTAPHLINE vous assurent un contrôle positif et rapide dans une grande variété d'infections staphylococciques aiguës ou chroniques. La PROSTAPHLINE vous permet de réduire au minimum les échecs thérapeutiques dus à la présence de souches staphylococciques résistantes à la pénicilline et aux autres antibiotiques. La PROSTAPHLINE vous fournit le traitement *spécifique* grâce auquel vous éviterez au patient toute dépense inutile qui pourrait résulter d'essais infructueux.

La PROSTAPHLINE possède l'avantage unique de résister à la destruction par la pénicillinase (enzyme qui inactive les autres pénicillines) et de conserver son efficacité tout au long du traitement. Il n'a été relevé *aucun* phénomène de résistance de staphylocoques à la PROSTAPHLINE.


Une protection supplémentaire est assurée grâce à l'action bactéricide de la PROSTAPHLINE sur les organismes Gram-positifs, tels que le streptocoque pyogène et le pneumocoque.

Nouveau format: PROSTAPHLINE, Capsules de 500 mg., plus économique pour le malade et d'un emploi commode (capsule unidose).

Autres présentations: PROSTAPHLINE, Capsules de 250 mg. PROSTAPHLINE pour Injection, fioles de 250 mg. et 1.5 Gm.



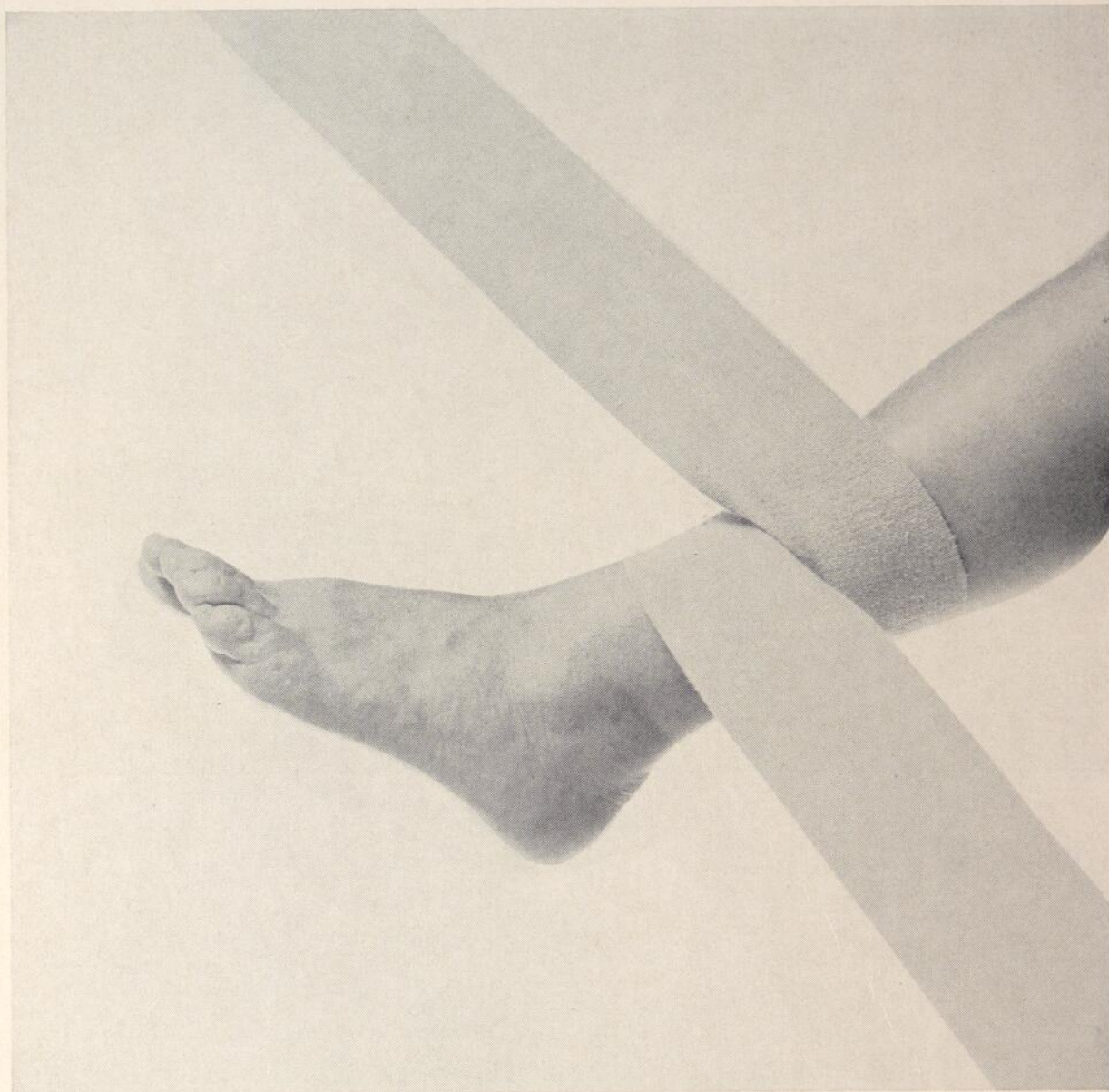
Après traitement à la PROSTAPHLINE

Un autre produit  Bristol

*Marque déposée

PROSTAPHLINE*

(OXACILLINE SODIQUE)



CA69364

pourquoi l'analyse d'urine ?

Le diagnostic: entorse simple à la cheville . . . Ce qui suggère difficilement une maladie organique. Pourquoi alors une analyse d'urine? La patiente avait mentionné qu'elle avait souffert des jambes longtemps avant cette entorse. Agée de 45 ans, avec un poids au-dessus de la normale, elle pouvait présenter un cas de névrite diabétique. Une "immersion-lecture" avec un seul bâtonnet réactif **HEMA-COMBISTIX** a permis de constater la glycosurie . . . premier pas vers un diagnostic définitif de diabète. Le recours systématique à l'épreuve au moyen d'**HEMA-COMBISTIX*** procure non seulement une vérification concernant la glycosurie mais aussi l'hématurie, la protéinurie et le pH de l'urine, et cela sur le même bâtonnet réactif, en 60 secondes. Cette simple précaution peut être prise avantageusement avec chaque patient.



Ames Company of Canada Ltd., Toronto, Ontario. *Marque déposée **AMES**

dans la grande région centrale de la douleur

Percodan*

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

COMPRIMÉS

tient le milieu
entre les
analgésiques
oraux légers et les
analgésiques
parentéraux
puissants¹⁻⁷

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

Chaque Comprimé Percodan* renferme 4.50 mg. de dihydrohydroxycodéinone HCl, 0.38 mg. de téréphtalate de dihydrohydroxycodéinone (avis: peut provoquer l'accoutumance), 0.38 mg. de téréphtalate d'homatropine, 224 mg. d'acide acétylsalicylique, 160 mg. d'acétophénétidine, et 32 mg. de caféine.

Endo

ENDO DRUGS (CANADA) LTD.
Montréal, P. Q.

Brevet canadien No 537948
*Marque déposée

*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.



ARTICHOBYL



MÉDICATION HÉPATIQUE, CHOLAGOGUE ET DIURÉTIQUE
à base d'extrait de feuilles d'artichaut

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



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



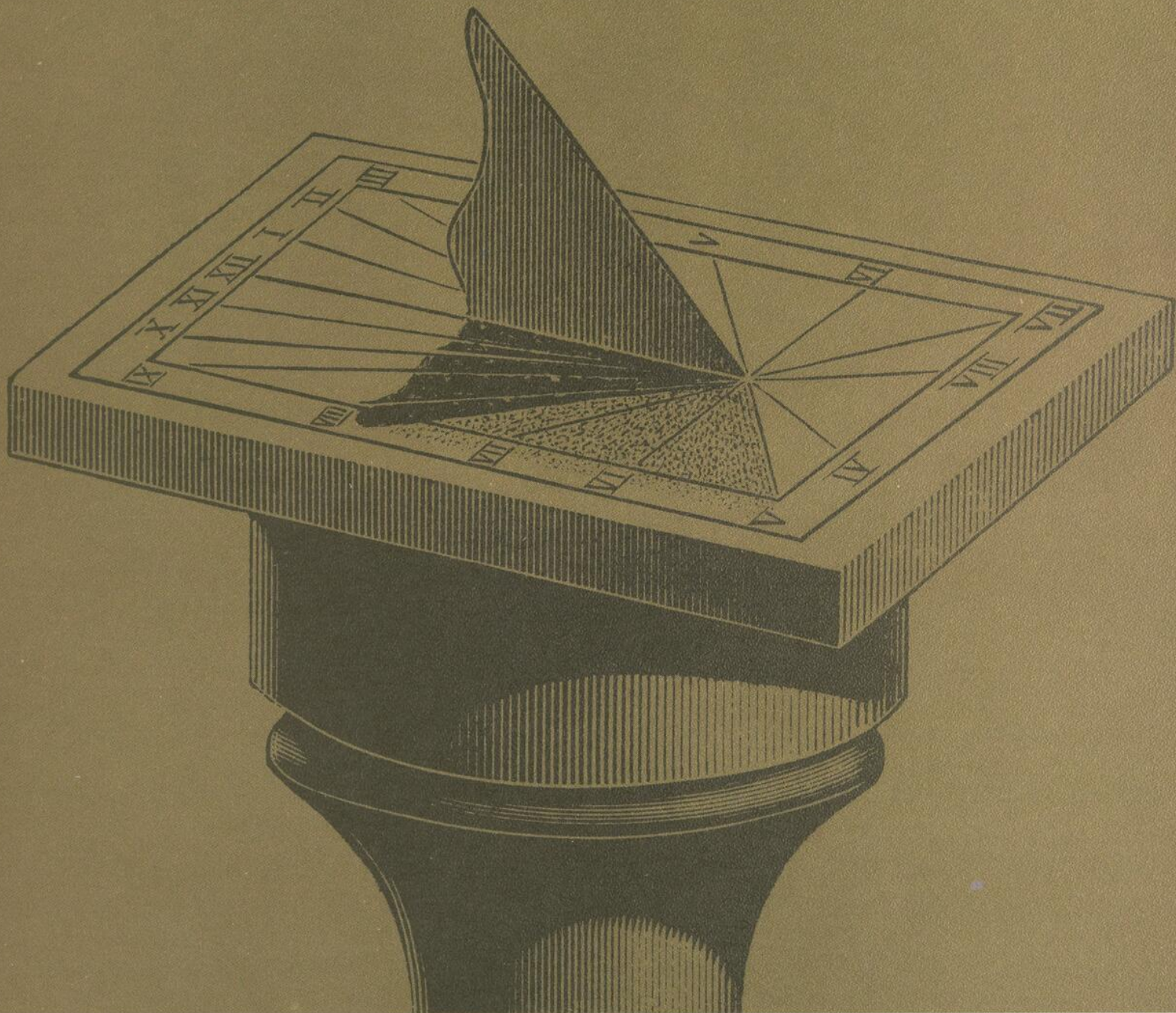
J. EDDÉ, Limitée, 202 est, rue Laurier

MONTRÉAL

Medrol à l'action soutenue protège le malade pendant les heures difficiles (5:00-8:00 A.M.)

- Medrol Medules—effet thérapeutique qui dure jusqu'à 12 heures après une seule dose
- Depo-Medrol—une seule injection intramusculaire peut constituer la corticothérapie suffisante pendant toute une semaine

Les formules à longue action du Medrol présentent les avantages suivants: long soulagement des symptômes et abolition de l'inflammation, réduction au minimum de l'irritation gastrique ou d'autres effets fâcheux et, chez de nombreux malades, doses plus petites et moins fréquentes.



Medrol Medules

méthylprednisolone
Présentation: capsules à 2
et à 4 mg, en flacons de
30 et de 100 capsules



Depo-Medrol

acétate de méthylprednisolone
Présentation: 20 mg par c.c., en
flacons-ampoules de 1 et de 5 c.c.,
40 mg par c.c., en flacons-ampoules
de 1, de 2 et de 5 c.c.

Upjohn

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

MARQUES DÉPOSÉES: MEDROL, MEDULES MARQUE DE COMMERCE: DEPO CF 2466.1



'encore?'

dès que la diarrhée vient bouleverser le train-train quotidien de votre malade, enrayer-la au moyen d'un des antidiarrhéiques d'Upjohn qui ont fait leurs preuves

dans la diarrhée simple

Kaopectate

adsorbe rapidement les toxines, lénifie l'intestin irrité, contribue à normaliser la fonction

Une once liquide renferme:

Kaolin 86.4 grains
Pectine 1.9 grain

Présenté en flacons de 8 et de 80 onces liquides.

MARQUES DÉPOSÉES: KAOMYCIN, KAOPECTATE CF 2479.1

Upjohn

THE UPJOHN COMPANY OF CANADA / 865 YORK MILLS ROAD / DON MILLS (TORONTO), ONTARIO

dans la diarrhée bactérienne

Kaomycin

a tous les avantages du Kaopectate plus ceux de la néomycine, qui supprime rapidement les bactéries pathogènes

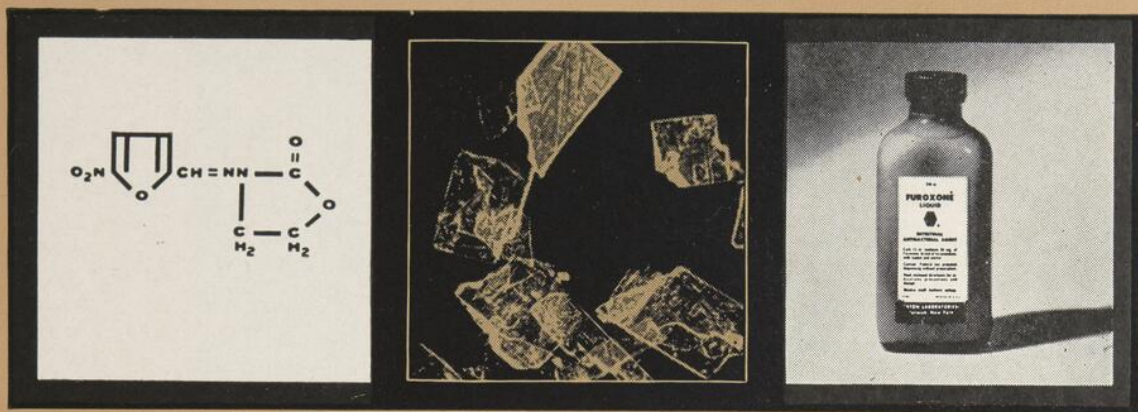
Composition par c.c.:

Sulfate de néomycine 10.5 mg
(correspondant à 7.35 mg de néomycine pure)
Kaolin 197 mg
Pectine 4.4 mg

mis en suspension avec la méthylcellulose

Présenté en flacon de 16 onces liquides.

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



FUROXONE

marque de furazolidone

LIQUIDE
ET
COMPRIMÉS

antibactérien
émollient
adsorbant

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

Présentation:

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

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

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

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

NITROFURANS—une catégorie unique d'antibactériens

LABORATOIRES AUSTIN LIMITÉE

PARIS  CANADA

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



Les fines pointes des

**AIGUILLES
STÉRILES
B-D YALE**
À JETER APRÈS USAGE

pointes vives

Les aiguilles MICROLANCE, les plus pointues à l'épreuve électronique, assurent au patient un plus grand confort.

stériles

Non toxiques, non pyrogènes, elles sont garanties par B-D. Empaquetées une à une, en bande de cinq.

à jeter après usage

L'unique utilisation réduit à la fois le risque de contamination d'un patient à l'autre et les frais d'utilisations successives.

VOUS ÉCONOMISEREZ DAVANTAGE AVEC LES AIGUILLES STÉRILES "YALE" À JETER
APRÈS USAGE
AVEC UNE SERINGUE INTERCHANGEABLE "MULTIFIT"



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

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

CT-093-F

**Il est bien difficile de perdre une habitude,
surtout celle de trop manger...**



mais **Eskatrol*** peut faciliter les choses

- 'Eskatrol' apaise effectivement l'hyperorexie et—en même temps—soulage le stress émotif responsable des excès de table.
- 'Eskatrol' est utile chez de nombreux patients accusant de la nervosité et de l'insomnie, lorsqu'ils sont traités par l'amphétamine seule.
- 'Eskatrol' permet à la plupart des malades souffrant d'embonpoint de suivre un régime le temps nécessaire à obtenir une déperdition pondérale notable.

Capsules 'Eskatrol' Spansule*—chaque capsule renferme 15 mg de Dexedrine* (sulfate d'amphétamine dextrogyre, SK&F) et 7.5 mg de prochlorpérazine, sous forme de maléate. En flacons de 30 et de 250 ainsi que sous bandes spéciales de cellophane de 15 capsules.

Comprimés 'Eskatrol'—chaque comprimé renferme 5 mg de 'Dexedrine' et 2.5 mg de prochlorpérazine. En flacons de 50 et sous bandes spéciales de cellophane de 30 comprimés.

(La prochlorpérazine seule est présentée au Canada par Poulenc Limitée sous la marque déposée 'Stémétil'.)

*Marque déposée au Canada

4280AF

SK & F SMITH KLINE & FRENCH • MONTRÉAL 9

COMPLAMIN®



- *Troubles circulatoires artério-veineux.*
- *Apoplexie.*
- *Syndrome athérosclérosique.*
- *Thromboses.*
- *Sclérose cérébrale.*

- **Augmente le débit cardiaque.**
- **Intensifie l'irrigation périphérique.**
- **Normalise la circulation cérébrale.**
- **Favorise la formation d'un réseau collatéral.**

Comprimés et ampoules.

Bibliographie et matériel pour évaluation clinique sur demande.

Concessionnaire et Distributeurs:

LABORATOIRE OCTO LIMITÉE, MONTRÉAL, P.Q.

ELLIOTT-MARION COMPAGNIE LTÉE, MONTRÉAL, P.Q.

Après entente avec JOHANN A. WÜLFING, Düsseldorf.

DIRECTEUR ASSOCIÉ

(RECHERCHE MÉDICALE)

La situation . . .

. . . résulte de la participation accrue à des programmes internationaux de recherches, d'une fabrique canadienne de produits pharmaceutiques, filiale d'une grande entreprise américaine. Le poste, vacant à Montréal, est celui de *directeur associé de la division de la recherche*. Le titulaire aura pour tâche de coordonner et d'accroître les programmes de recherches cliniques en cours et de maintenir d'étroites relations avec tous ceux qui s'occupent de recherches médicales au Canada. Salaire: \$15,000. Endroit: Montréal.

Le médecin . . .

Spécialiste en médecine interne, et âgé de 30 à 45 ans, son expérience post universitaire aura été dans la recherche, l'enseignement ou la pratique privée. Cependant le candidat doit avoir un esprit de recherche, qui l'intéressera à participer activement aux essais et au développement d'une vaste gamme de produits pharmaceutiques. Il doit posséder l'intelligence, l'habileté professionnelle et la personnalité nécessaire pour travailler de concert avec un personnel chevronné dans la recherche médicale.

Veillez vous adresser en toute confiance, mentionnant l'offre d'emploi D 2143 à



P. S. ROSS ET ASSOCIÉS

PLACE VILLE-MARIE, MONTRÉAL



Un panneau renforcé descendant du sternum au pubis pour procurer une hyper-extension, réduit la flexion par en avant.



Le corps est moulé dans un support d'essayage dessiné scientifiquement et une corsetière d'expérience prend diverses mesures de votre malade.



Ce support Spencer, grâce à la coordination scientifique d'hyper-extension, de support au dos et à l'abdomen, permet de maintenir l'équilibre du corps.

Voici comment un Support Spencer redresse le corps de votre malade, améliore le maintien et aide à améliorer la santé en général!

Quel que soit le Spencer prescrit pour les besoins thérapeutiques de votre malade, il sera dessiné individuellement pour ajuster le corps non pas comme il est, **MAIS COMME VOUS CROYEZ QU'IL DEVRAIT ÊTRE.**

Afin d'avoir un livre de référence sous la main pour vous renseigner au sujet de la grande variété des caractéristiques Spencer, adressez le coupon ci-contre pour demander "Spencer dans la thérapeutique moderne."

SPENCER SUPPORTS (Canada) Limited
Rock Island, P.Q.

Veillez me faire parvenir la brochure gratuite "Spencer dans la thérapeutique moderne"

Nom

Adresse 151-4-64

Spencer

Spencer taillé et fait pour le malade individuel



Architecte de 52 ans.

Raison de la consultation: Ne peut plus organiser son travail; s'éveille aux petites heures; "étouffe"; anorexie.

Antécédents: Sept mois auparavant, la compagnie n'a pu obtenir le contrat de construction d'un Centre Civique. S'en tient responsable. Trois précédents similaires. Le malade est très compétent quand il est "bien".

Diagnostic différentiel: Dépression réactionnelle? Psychose maniaco-dépressive?

Rx Etrafon-D compr. 1 t.i.d., sédation h.s.

Documentation officielle, concernant les indications, avantages, posologie, précautions et contre-indications, disponible sur demande.

Dans le complexe anxiété-dépression où la **Dépression** prédomine

Etrafon-D (DEPRESSION)
*
(perphénazine 2 mg + chlorhydrate d'amitriptyline 25 mg)

- EFFICACE
- FLEXIBLE
- ÉCONOMIQUE

Deux formes additionnelles pour une flexibilité unique et une plus grande spécificité.

Lorsque l'**Anxiété** est le facteur prédominant

Etrafon-A

(4 mg de perphénazine + 10 mg de chlorhydrate d'amitriptyline)

Pour les troubles émotifs plus graves

Etrafon-F

(4 mg de perphénazine + 25 mg de chlorhydrate d'amitriptyline)

ETRAFON ne contient pas d'agent inhibiteur de la mono-amine oxydase.

Schering

* Marque déposée

Il est avantageusement prescrit dans les

Douleurs lombaires

Dysménorrhées

Douleurs post-partum

FIORINAL-C[®]

Là où existe la douleur, apparaît la tension: la tension germe sur le terrain préparé par la douleur.

Il n'est donc pas étonnant que le Fiorinal-C traite avec autant de succès de nombreux états douloureux accompagnés de tension tels que: douleurs lombaires, dysménorrhées, douleurs post-partum.

Le Fiorinal-C a été conçu pour traiter les deux aspects du cycle douleur/appréhension. Il soulage la douleur et calme la tension.

Qu'est-ce qui le différencie des autres médicaments? Le secret réside dans le barbiturique employé et qui a été spécialement choisi pour procurer **une action rapide et simultanée analgésique/sédative.**

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.

Conditionnement: Flacons de 100, 500 et 1000 capsules.



SANDOZ PHARMACEUTICALS

SANDOZ

DORVAL, P.Q.



**Ti-Guy
Le Dur
est de
retour!**

**Grâce à
L.P.L.
GYPSONA.**



Ce n'est pas un bras dans le plâtre qui va diminuer son entrain!

Voilà pourquoi le petit Guy porte un plâtre LPL Gypsona: celui-ci possède une résistance accrue et une période de durcissement écourtée. Il y a ainsi beaucoup moins de danger qu'il ne se brise. Enfin l'usage du Gypsona ne comporte qu'une faible perte de plâtre. Le plâtre de Guy recevra sa part de boue, de confiture, d'autographes... et de coups, mais quand il sera enlevé, le bras sera en bonne condition—et Guy pourra continuer à vivre ses palpitantes aventures!



SMITH & NEPHEW, LIMITED
2100, 52^e AV., LACHINE, QUÉ.

Elase^{*}
 fibrinolyse et désoxyribonucléase associées bovines, Parke-Davis

**FAVORISE
 LA GUÉRISON
 des PLAIES
 ET LÉSIONS
 REBELLES**



ELASE assure un débridement enzymatique efficace parce qu'elle contient des enzymes **actives** qui lysent rapidement le matériel fibreux du sérum, les caillots de sang et les exsudats purulents.¹⁻⁴ ELASE aide à garder les surfaces propres, mais elle n'attaque pas de façon appréciable les tissus vivants et n'a pas d'effets irritants sur les tissus de granulation des plaies.¹⁻⁴ ELASE est donc particulièrement précieuse dans le traitement des plaies chirurgicales... des brûlures... ulcérations chroniques de la peau... plaies infectées... fistules... trajets fistuleux... abcès... vaginite et cervicite... érosion cervicale.

Consulter la brochure médicale quant aux détails d'administration et de posologie et aux précautions à prendre.

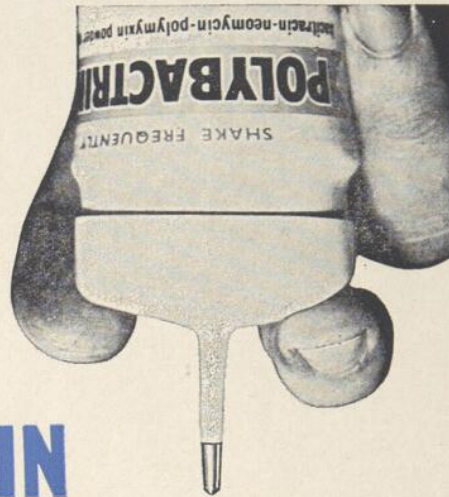
PRÉSENTATION: La POMMADE ELASE est présentée en tubes de 10 g et de 30 g. Les applicateurs vaginaux (applicateurs V* que l'on jette après usage) pour le tube de 30 g se vendent en paquets de 6. ELASE est aussi présentée sous forme de poudre, en fioles de 30 cc recouvertes d'une membrane de caoutchouc, que l'on peut reconstituer avec 10 cc de solution isotonique de chlorure de sodium (ne pas administrer par voie parentérale).

BIBLIOGRAPHIE: (1) Coon, W. W.; Wolfman, E. F., Jr.; Foote, J. A., & Hodgson, P. E.: Am. J. Surg. 98:4, 1959. (2) Friedman, E. A.; Little, W. A., & Sachtleben, M. R.: Am. J. Obst. & Gynec. 79:474, 1960. (3) Margulis, R. R., & Brush, B. E.: Arch. Surg. 65:511, 1952. (4) Communications personnelles au Département des Recherches Cliniques, Parke, Davis & Company, 1959.

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

* MARQUES DÉPOSÉES

Récentes
*
Constatations



POLYBACTRIN

POUDRE ANTIBIOTIQUE AEROSOL

DANS LA MAITRISE DES BRULURES

Un essai clinique contrôlé du traitement à ciel ouvert de brûlures récentes, a démontré que les résultats apportés par la technique au Polybactrin, comme agent prophylactique, étaient, par comparaison aux préparations témoins, dignes d'intérêt.

On remarqua une régression des Colibacilles ainsi qu'une diminution du Pseudomonas pyocyanique dans les brûlures traitées au Polybactrin. L'infection au Streptocoque pyogène fut moins fréquente

dans toutes les brûlures traitées au Polybactrin. Cette prophylaxie au Polybactrin a eu pour effet prédominant le contrôle de l'infection staphylococcique qui demeura insensible à la Pénicilline en poudre.

Chez les patients traités au Polybactrin l'abaissement de la température moyenne est à signaler par rapport aux patients traités à la Pénicilline en poudre ou encore par des substances témoins non antibiotiques.

FORMULE:

Contenu de poudre 1.5 Gm.

Chaque gramme contient:

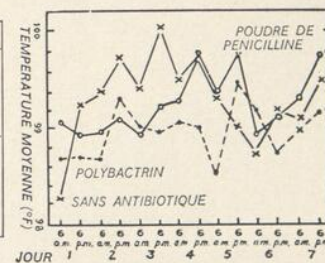
Sulfate de Néomycine (comme base) 330 mg.
Polymyxine "B" (comme sulfate) 100,000 unités
Zinc bacitracine 25,000 unités

STÉRILE

Compression avec poussée par Chlorofluorhydro-carbone inerte

CONTENU NET 110 Gm.

TRAITEMENT LOCAL	PRELEVEMENTS SUR BRULURES du 21ème au 21ème jour				
	Sans croissance bactérienne (N.G.)	Croissance bactérienne en milieu aqueux (C.M.)	Nombre de prélèvements	% N.G.	% N.G. et C.M.
Polybactrin	53	57	235	32.5	47
Poudre de pénicilline (10,000 u.i./G lactose)	15	21	290	5.2	12
Sans antibiotique (contrôle)	5	12	197	2.5	8.6



SIGNIFICATION DES ESSAIS (Comparaison et contrôle)

POLYBACTRIN N.G. $\chi^2 = 35.4$, $P < 0.001$
" N.G. & C.M. $\chi^2 = 73.8$, $P < 0.001$
POUDRE DE PENICILLINE N.G. $\chi^2 = 1.35$, $P > 0.05$
" N.G. & C.M. $\chi^2 = 1.05$, $P > 0.05$

MOYENNE DES TEMPERATURES (°F) MATIN ET SOIR, DURANT LES 7 PREMIERS JOURS, CHEZ PATIENTS A ESSAI CLINIQUE, POUR PROPHYLAXIE DE BRULURES TRAITÉES PAR LA METHODE A CIEL OUVERT.

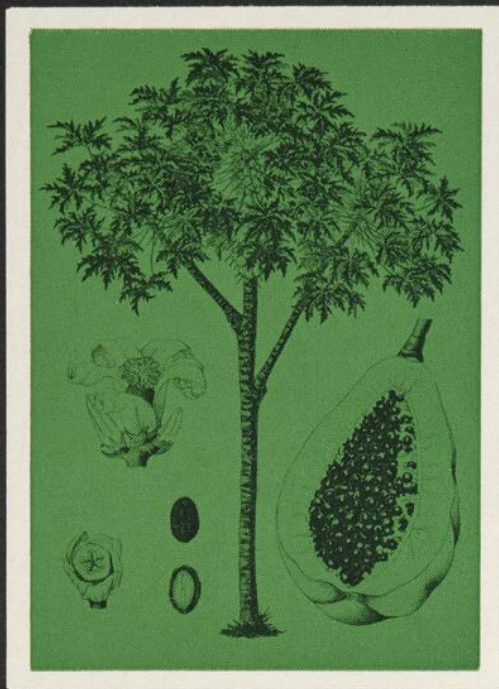
Lancet, II, 1962.



CALMIC

CALMIC LIMITED . TORONTO . CANADA
CREWE and LONDON, ENGLAND . SYDNEY, AUSTRALIA

enzymes protéolytiques extraits du Carica Papaya



Voici un NOUVEL ENZYME
ANTI-INFLAMMATOIRE QUI ACCÉLÈRE LA
GUÉRISON... À UN COÛT PLUS MODIQUE.

Papase soulage rapidement l'inflammation, la tuméfaction et la douleur dans les traumatismes. *Il accélère la cicatrisation* alors que se résorbent le sang épanché et la lymphe et que la circulation redevient normale à l'endroit de l'affection.

LE PREMIER enzyme anti-inflammatoire dont l'efficacité et la sûreté ont été établies dans des études cliniques à double inconnue.*

LE PLUS pratique enzyme anti-inflammatoire, présenté sous forme d'un comprimé tri-buccal, soit pour avaler, mastiquer ou laisser fondre dans la bouche.

LE PLUS économique de tous les enzymes anti-inflammatoires—50% plus économique que les enzymes d'origine animale.

POSOLOGIE: Le premier jour, 1 comprimé toutes les deux heures. Par la suite, 1 comprimé q.i.d. (pendant 5 jours). La dose moyenne est de trente comprimés.

*Pour obtenir la brochurette. "A Summary of Clinical and Laboratory Experience with Papase," écrire à Warner-Chilcott Laboratories, 727 King Street West, Toronto, Ontario.

PAPASE

WARNER-CHILCOTT
TORONTO, CANADA





*PREPARATION DES EXAMENS
RETARDS INTELLECTUELS
ASTHENIES PSYCHO-SOMATIQUES*

GLUTAMAG

(GLUTAMATE DE MAGNESIUM)

AMPOULES B₁ BUVABLES
AMPOULES TRIVIT B BUVABLES
DRAGEES TRIVIT B
DRAGEES B₁ - C - B₁₂



Welcher et Cie

LIMITÉE

1775 BOUL. EDOUARD-LAURIN
MONTREAL 9, QUE.

une combinaison
inégalée
d'efficacité et de
sécurité
pour le traitement
de l'hypertension



LES SUJETS HYPERTENDUS RÉAGISSENT AU

RAUTRACTYL

RAUTRACTYL-2 Bendrofluméthiazide Squibb (Naturetin) 2 mg Racine entière de Rauwolfia Serpentina (Raudixin): 50 mg et chlorure de potassium: 400 mg
RAUTRACTYL-4 Bendrofluméthiazide Squibb (Naturetin) 4 mg Racine entière de Rauwolfia Serpentina (Raudixin): 50 mg et chlorure de potassium: 400 mg



SQUIBB
UN SIÈCLE D'EXPÉRIENCE
INSPIRE CONFIANCE

Rauctractyl, Naturetin et Raudixin marques déposées Squibb.



25,000 patients... un dénominateur commun

Des recherches cliniques chez près de 25,000 patients — plus de 100 rapports publiés, dont 7 études à double insu — 33 travaux en voie de parution — et des années d'épreuves pharmacologiques rigoureuses, corroborent l'efficacité exceptionnelle et la souplesse du 'Valium' Roche, nouvel agent psychotrope.

L'analyse complète des résultats obtenus chez 19,378 des 25,000 patients traités au 'Valium' Roche se résume comme suit:

Nbre de patients	19,378
Résultats	
Excellents	6,015
Bons	7,062
Assez bons	2,143
Médiocres	2,191
Non enregistrés	1,967

87.4% des cas dont les résultats furent enregistrés montrèrent une amélioration, qualifiée de bonne à excellente dans 75%.

Ces études ont démontré que le 'Valium' Roche est efficace dans une gamme impressionnante de problèmes, allant de l'anxiété et la tension à l'anxiété avec symptômes coexistants de dépression, agitation, agressivité, spasmes musculaires, troubles psychosomatiques et organiques avec anxiété et tension associées, et céphalées tensionnelles.

De plus, le 'Valium' Roche s'est révélé non seulement souple et efficace mais également sûr. Très rares furent les effets secondaires qui ne cédèrent pas à une simple réduction des doses.

Le 'Valium' Roche est un nouveau psycho-médicament qui en toute considération mérite d'être classé au premier rang de l'arsenal psychotrope car il offre une combinaison d'avantages inégalée par d'autres médicaments utilisés aux mêmes fins.

Documentation sur demande. Présentation: comprimés à 2 mg (blanc), 5 mg (jaune) 10 mg (bleu). ®Marque déposée du diazépam Roche

Valium® Roche



Hoffmann-La Roche Limitée, Montréal

Val641F

une formule bien équilibrée pour chaque asthmatique

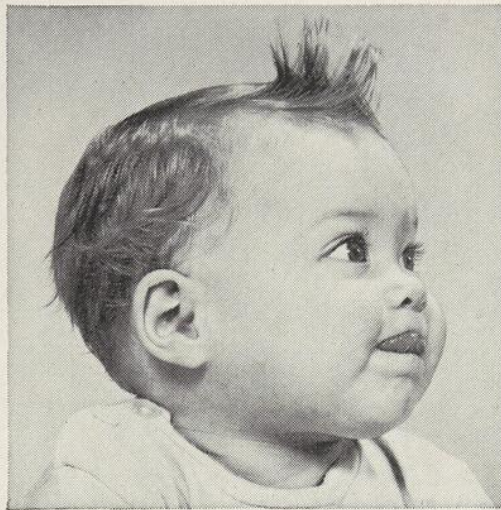
Tédral SA b.i.d.

la posologie commode b.i.d.
pour l'homme d'affaires



Tédral, élixir

p.r.n. ou q.i.d.
liquide au goût délicieux



Tédral p.r.n. ou q.i.d.

diminue la fréquence et la
sévérité des crises d'asthme

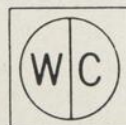


Tédral comprimés pédiatriques

p.r.n. ou q.i.d.
posologie commode pour les jeunes

Tédral

théophylline, éphédrine, phénobarbital



ce qu'il
faut que vos
patients
sachent
au sujet
d'ASPIRIN*

Comme vous le savez, la confiance que vos patients placent en un certain traitement ou en une certaine marque de médicament contribue souvent à rehausser le soulagement qu'ils en obtiennent. C'est donc souvent une excellente idée que de leur expliquer les raisons de vos recommandations, même dans les cas les plus simples.

Prenons, par exemple, la marque Aspirin d'acide acétylsalicylique. Vous l'avez probablement recommandée plus souvent que n'importe quelle autre marque d'analgésique et d'antipyrétique. C'est sans aucun doute la drogue la plus versatile qui soit dans l'arsenal de la médecine.

Mais Aspirin est un produit tellement bien connu et d'emploi tellement sûr, que la plupart des profanes sont loin de l'estimer à sa juste valeur. Donc, la prochaine fois, prenez quelques moments pour expliquer qu'Aspirin est un produit précieux, absolument unique en son genre. C'est là quelque chose que vous savez; vos patients, devraient le savoir, eux aussi.

Comprimés de 5 grains



Comprimés de 1/4 grain



Nous acceptons volontiers vos demandes d'échantillons d'Aspirin et d'Aspirin Aromatisé, Format pour Enfants. Ecrivez simplement à:

The Bayer Company, Limited, Aurora, Ont.

*Aspirin est la marque déposée de The Bayer Company Limited

Pourquoi l'Albamylin T est-il l'antibiotique qui a le plus de chance de réussir dans les infections respiratoires courantes?

Parce qu'un grand nombre d'études de l'Albamylin T in vitro montrent que cet antibiotique est uniformément plus efficace contre le groupe de germes pathogènes qu'on rencontre le plus souvent.

Germes pathogènes	No. de souches essayées	Erythro-mycine 15 mcg	Tétra-cycline 30 mcg	Chlor-amphénicol 30 mcg	Albamylin T 15 mcg de novob. 15 mcg de tétrac.
Staphylocoques	3067	82.2%	69.0%	82.8%	98.3%
Streptocoques	852	93.8%	85.2%	88.4%	96.8%
D. pneumoniae	175	98.0%	97.4%	98.1%	98.2%
K. pneumoniae	144	PAS ESSAYÉ	40.3%	60.8%	55.1%
H. influenzae	56	100.0%	98.1%	98.2%	100.0%
Pourcentage de la sensibilité du total des germes essayés		85.5%	72.8%	84.0%	96.6%

Chiffres basés sur les résultats des épreuves courantes de laboratoires faites dans 17 hôpitaux canadiens.

Albamylin T

Présentée sous forme de comprimés en flacons de 16 et de 100 comprimés et sous forme de granulé aromatisé en flacons de 40 c.c. et de 60 c.c. (une fois solubilisé).

MARQUE DÉPOSÉE: ALBAMYLIN CE 2455.1

THE UPJOHN COMPANY OF CANADA / 865 YORK MILLS ROAD / DON MILLS (TORONTO), ONTARIO

Upjohn

dans les
cas où
la lésion
est purement
superficielle

Avant : dermatite de contact aiguë du poignet gauche
Après : guérison après 10 jours de traitement au Medrol Veriderm à 0.25%

traitez au
moyen de:

Veriderm Medrol

Où se trouve incorporé dans le Veriderm, excipient émoullissant agréable qui reproduit les lipides de la peau humaine, le Medrol, corticoïde qui, par sa forte activité et sa rapidité d'effet, est le médicament local idéal des dermatoses.

Présentation: en tubes de 5 et de 15 g, renfermant 0.25% d'acétate de méthylprednisolone dans un excipient simulant les lipides cutanés.

Veriderm Neo-Medrol

Qui renferme en outre la néomycine, l'antibiotique qui convient le mieux au traitement local en raison de sa gamme antibactérienne étendue et de son excellente tolérance.

Présentation: en tubes de 5 et de 15 g, renfermant 0.25% d'acétate de méthylprednisolone et 0.5% de sulfate de néomycine dans un excipient simulant les lipides cutanés.

MARQUES DÉPOSÉES: MEDROL, NEO-MEDROL, VERIDERM CF 2474.1

THE UPJOHN COMPANY OF CANADA / 865 YORK MILLS ROAD / DON MILLS (TORONTO), ONTARIO

Upjohn



BULLETIN

HEURS ET MALHEURS DE LA MÉDECINE

L'actualité est riche d'événements qui touchent les Universités et qui comportent un intérêt capital pour le médecin.

Certains faits récents sont heureux, d'autres le sont moins et plusieurs ont des composantes qui, à long terme, s'avèrent moins favorables. Noter les uns sans mentionner les autres risque de fausser l'histoire et de compliquer le rôle de ceux qui, demain, auront le devoir de l'écrire.

Les Anciens parlaient de grandeur et de décadence de la profession, de jours fastes et néfastes. Le journaliste contemporain rédige les nouvelles et il en tire les commentaires appropriés.

La création à l'Université d'Ottawa d'un nouvel Institut est un événement très significatif qui s'affirme comme un anticlimax à la déchristianisation des couches supérieures de la société et au matérialisme des masses.

A une époque où l'on peut, sans trembler à la pensée des conséquences, parler de révolution, ébranler les assises de la Cité, bafouer les valeurs acquises, calomnier la justice, niveler la médecine au plus bas commun dénominateur, ignorer la commisération due à la victime et faire l'apologie du criminel, renier le passé, mépriser le dévouement et lui préférer le mercantilisme, à ce moment précis où l'enseignement de la morale est dit périmé et superfétatoire, il faut se réjouir de voir apparaître à l'horizon un effort de redressement; il est réconfortant d'apprendre que face à la révolte et prêt à la contrer, à lui faire pièce se dresse une politique chrétienne; l'indifférence des intellectuels de bonne foi est susceptible de se transformer à l'écoute d'une parole inspirée par la foi et par la compréhension saine des grands problèmes de la vie et de la société.

Grâces soient rendues à l'Université d'Ottawa d'avoir eu l'idée de fonder un Institut de Médecine Pastorale et d'avoir appelé le doyen de la Faculté de Médecine à siéger au comité d'administration.

D'aucuns diront que cet Institut de Médecine Pastorale est un retour aux jours sombres du Moyen-âge, une manifestation complémentaire d'obscurantisme, une négation des droits de l'homme, une opposition à la licence des pratiques que l'Église et la loi naturelle réprouvent et qui touchent en médecine à des problèmes bien définis. Ceux qui cherchent la vérité et qui savent lire n'ignorent pas la récente protestation énergique d'un groupe imposant de médecins suédois contre la mansuétude, pour ne pas dire plus, que leurs compatriotes accordent à l'extrême relâchement des mœurs et aux conséquences sociales qui en dérivent.

L'enseignement de la médecine pastorale ne se fait vraisemblablement pas en Suède; aussi le cri d'alarme de ses médecins en a-t-il une portée plus grande encore.

L'Université d'Ottawa a pris une initiative courageuse qui mérite de faire école. La médecine pastorale, selon Niedermeyer, est l'ensemble du domaine limitrophe de la théologie et de la médecine. Bien plus, le même auteur spécifie que "de même qu'en médecine légale les questions revêtent un double aspect du point de vue du juriste et du médecin, dans la médecine pastorale, il existe une double optique, celle du théologien et celle du médecin".

Il est temps que les dirigeants à la tête bien faite descendent sur l'agora, qu'ils imposent leurs vues, mais surtout qu'ils accompagnent leurs paroles de réalisations pratiques.

Les péchés d'omission, les lâchetés, l'oubli des responsabilités ont trop longtemps été jugés de bonne politique. À moins d'accepter l'ensevelissement à brève échéance, les forces vives et pensantes ont le devoir impérieux de proclamer la vérité et d'exiger le respect de la morale.

* * *

La démission du doyen de la Faculté de Médecine de Sherbrooke, le docteur Gérard-Ludger Larouche, assombrit l'horizon universitaire, à l'heure où s'annonce une pléthore de candidats à l'étude de la médecine.

La fondation d'une faculté de médecine est extrêmement complexe, car elle repose sur des facteurs matériels indispensables et sur des éléments humains essentiels; le nerf de la guerre se trouve toujours, si on sait bien le chercher, mais il n'en va pas de même du capital pédagogique, rarissime sur le marché local.

Le dévouement sans bornes, l'abnégation, le courage, le sens des responsabilités du docteur Larouche n'ont pu vaincre certaines difficultés majeures.

Le docteur Larouche a lutté jusqu'au bout; dès le départ la création de sa Faculté s'est avérée périlleuse.

L'Université de Sherbrooke doit une fière reconnaissance à son premier ambassadeur médical.

* * *

Si les impératifs à la mode de l'éducation médicale s'opposent ou presque à l'éclosion de nouveaux centres d'enseignement, ils entravent parfois l'évolution des anciens.

Plusieurs — et ils sont de jour en jour plus nombreux — se demandent si les critères d'évaluation, établis dans des milieux étrangers à notre culture, faits à l'échelle d'étalons non familiers, sont réellement susceptibles de présenter un tableau équitable de nos réalisations.

Des observateurs sages et expérimentés demeurent sceptiques sur la valeur réelle d'une étude faite à la lueur de prismes possiblement déformants.

Ces commentaires n'amointrissent en rien la qualité des enquêteurs et ne veulent pas minimiser d'avance les recommandations à venir.

Certains médecins inquiets de ces pénétrations étrangères au sein de nos organismes nationaux, veulent s'affranchir de ces liens, autrefois salutaires et qui leur apparaissent comme des menottes dont ils n'auraient pas la clé pour s'en affranchir.

Les experts ne manquent pas parmi les nôtres et les enquêtes sous leur direction peuvent se faire avec une équité qui satisferait les exigences d'outre frontière.

D'ailleurs, il faut être logique avec soi-même. Aspire-t-on à une reconnaissance analogue et égale à celle des Universités sœurs du Canada? Il faut tout au moins les imiter dans ce qu'elles ont de bien et cesser de placer nos internes en médecine dans une situation inférieure en leur refusant le doctorat à la fin de la quatrième année (ce qui se fait partout, sauf...) et en les privant des bénéfices qu'apportent les examens simultanés du Conseil Médical du Canada. Il est contradictoire de maintenir une attitude et d'en refuser les modalités. A devoir égal, droit égal; le Québec ne doit être ni un ghetto, ni une réserve, ce "compound" exclusif au Canada.

* * *

L'éditorialiste du *Mauricien Médical* souligne une prise de position récente. "Les internes et les résidents des hôpitaux de Montréal, écrit-il, menacent de faire la grève... pour une augmentation de salaire. Nos aînés y perdent leur latin. On aura tout vu. Quand on songe qu'à notre époque c'était un honneur et un privilège d'être accepté comme résident. Si par surcroît, on nous gratifiait d'une maigre pitance, nous étions comblés. La génération des quarante ans reste perplexe. Plaque tournante entre la médecine traditionnelle et celle de demain, les événements des dernières années lui ont inculqué un certain fatalisme". Et le docteur André Panneton ajoute qu' "il serait peut-être intéressant de connaître l'opinion des moins de trente ans, médecins et étudiants".

La génération des plus de quarante ans observe ses cadets; forts de l'expérience acquise, les moins jeunes comprennent maintenant que l'histoire est un éternel recommencement et ils savent pour l'avoir vécue que la vie du médecin est impensable, voire irréalisable, si elle n'est pas fondée sur les prémisses d'une vocation, mot improprement compris dans son sens surnaturel ou si elle n'est basée sur les assises de la "dédication", vocable intraduisible qui colore d'un aspect profane le dévouement total mis au service de l'homme.

Édouard DESJARDINS

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

L'A.M.L.F.C. AU CONGRÈS DES ANTILLES

Du 31 mars au 5 avril, s'est déroulé, sous la présidence du docteur René Boisneuf, "le IXième Congrès médical des pays de langue française de l'hémisphère américain".

Notre Association a toujours maintenu des rapports suivis avec nos confrères antillais d'expression française. Le docteur Boisneuf nous est depuis longtemps bien connu et il est déjà venu au Canada à l'occasion de nos congrès.

Restés fidèlement attachés à la culture française, leurs congrès sont comme les nôtres marqués par la présence de grands patrons français qui viennent y présenter des travaux.

Invitée à ce Congrès médical, l'A.M.L.F.C. a délégué le docteur André Leduc, adjoint au Directeur général, pour la représenter officiellement.

L'A.M.L.F.C. À LA RÉUNION D'ÉTUDE À OTTAWA SUR LA SANTÉ MENTALE

Comme dans la plupart des autres pays, la santé mentale intéresse de plus en plus nos autorités gouvernementales.

A Ottawa, les 23, 24 et 25 mars dernier avait lieu une réunion d'étude concernant le rôle que doivent jouer plus intensément en ce domaine les autorités gouvernementales, les psychiatres et les médecins praticiens. L'importance de ces séances d'étude a été soulignée par le concours immédiat du Ministre de la Santé et du Bien-être social, et par la présence à la séance d'ouverture du Premier Ministre du Canada.

A ces séances d'étude, patronnées par nos grandes associations médicales, l'A.M.L.F.C. invitée à y participer, s'est fait représenter par le docteur Gaston Isabelle de Hull, membre du Conseil de notre Association.

L'A.M.L.F.C. À LA CONFÉRENCE INTERNATIONALE SUR LA MÉDECINE GÉNÉRALE

Convoquée par le Collège de Médecine Générale du Canada, "La Conférence Internationale sur la Médecine Générale" a été tenue du 30 mars au 2 avril à Montréal, à l'hôtel Reine-Elisabeth.

La dénomination de cette conférence suggère déjà l'importance que la profession médicale entière confère à la médecine générale.

L'A.M.L.F.C. a donc été heureuse d'accepter l'invitation et d'être représentée à cette importante conférence par le docteur Raymond Caron, adjoint au secrétaire général, et par le docteur Jacques Léger, président de sa Filiale du Québec.

MÉMOIRE DE L'A.M.L.F.C. SUR LE BI-LINGUISME ET LE BI-CULTURALISME

Le Comité formé pour la rédaction de ce mémoire spécialement en rapport avec notre profession médicale est au travail depuis quelques semaines; dans ce but, les membres de ce Comité — les docteurs Roma Amyot, Édouard Desjardins, Albert Jutras, André Barbeau et Antonio Lecours — ont su judicieusement répartir leur tâche pour la rédaction de ce mémoire qui sera soumis à la Commission Laurendeau-Dunton dans un avenir prochain.

L'A.M.L.F.C. À LA "SÉRIE DE CONFÉRENCES MÉDICALES"

Cette série de conférences médicales a été organisée par l'Association des médecins-chirurgiens en pratique générale de la région d'Yamaska en collaboration avec "la Fédération des Médecins-chirurgiens en pratique générale du Québec".

"Ces cours ont reçu l'approbation de la Fédération des Omnipraticiens du Québec et font partie d'un programme continu d'études post-universitaires devant effectuer une révision de la médecine en cinq ans".

Ces cours se donnent concurremment aux hôpitaux suivants:

Hôpital Saint-Charles de St-Hyacinthe, les mercredis à 11.30 a.m.

Hôpital Saint-Joseph de Granby, les jeudis à 9.00 h. a.m.

Hôpital John Perkins de Sweetsburg les jeudis à 11.00 h. a.m.

Le docteur Jacques Léger, président de notre Filiale du Québec, s'est rendu le 11 mars à Saint-Hyacinthe, le lendemain à Granby et à Sweetsburg pour y donner une conférence intitulée "Allergies en rapport avec nos conditions de climat".

RÉUNION DE L'EXÉCUTIF DE L'A.M.L.F.C.

L'Exécutif qui se réunit périodiquement au cours de l'année a tenu une séance au siège social de l'Association, le samedi 21 mars, sous la présidence du docteur Emile Blain, directeur-général.

PIERRE SMITH

Directeur des relations extérieures

N.B. — Nous profitons de cette occasion pour rappeler à nos membres qu'en vertu d'une décision du Conseil en juin 1961, ils peuvent se prévaloir de l'article 7, paragraphe b, qui se lit comme suit: "au cours de l'année et au moins un mois avant l'assemblée, les membres actifs peuvent soumettre au Comité de désignation, des candidats à l'élection des membres du Conseil".

TRAVAUX ORIGINAUX

STÉNOSE QUADRIVALVULAIRE ET PÉRICARDITE FIBREUSE ADHÉSIVE

Rapport d'un cas opéré aux quatre valves, avec données hémodynamiques pré et post-opératoire

Bertrand TARDIF, Yves DESROCHERS et Jean-Louis LAMY¹

L'atteinte de la valve mitrale ou de la valve aortique est fréquente au cours de l'évolution de la maladie rhumatismale. Également, ces deux lésions peuvent s'associer pour ainsi aggraver le pronostic d'une lésion isolée. De plus, mais plus rarement, les valves tricuspidiennes et les sigmoïdes pulmonaires peuvent être atteintes par le processus rhumatismal. Dans certains cas, il faut le souligner, les valves tricuspidiennes et pulmonaires, bien que macroscopiquement normales, peuvent être le siège de lésions microscopiques seulement (1).

L'atteinte valvulaire pulmonaire rhumatismale, isolée ou associée à une autre pathologie de cette valve, est excessivement rare. Le plus souvent, dans les cas rapportés, la lésion valvulaire rhumatismale se greffait sur une malformation congénitale. Par ailleurs, l'association de "quadristénoses valvulaires rhumatismales" est très rare. Le plus souvent, la littérature fait mention d'une atteinte valvulaire rhumatismale des valves mitrale, aortique et tricuspидienne, le tout associé à une sténose pulmonaire congénitale sur laquelle s'est greffé ou non un processus rhumatismal.

RAPPEL HISTORIQUE

Il semble que la première référence dans la littérature médicale, d'une lésion acquise de la valve pulmonaire, soit attribuée à Morgagni (2) qui présenta dans son traité: "De Sedibus et Causis Morborum", un cas d'ossification des valves semi-lunaires, à l'origine des artères pulmonaires. D'autres auteurs (3) prétendent que Chevers (4) (1847) fut peut-être le premier à décrire un cas de sténose pulmonaire acquise d'origine rhumatismale. Pour sa part, Coupland (5) (1875) cite le cas d'un homme de 75 ans qui fut trouvé, à l'autopsie, porteur d'une maladie des quatre valves du cœur. Ici l'étiologie rhumatismale semble discutable et non la seule en cause. Newton Pitt (6) (1909) rapporte pour la première fois, un cas de quadristénose valvulaire. Dans ces cas, l'atteinte pulmonaire fut considérée congénitale cependant, car il y avait une dilatation de l'artère pulmonaire.

¹ Chirurgien à l'Hôpital Maisonneuve. A l'époque, chef de Chirurgie à l'Institut de Cardiologie de Montréal, maintenant consultant.

Les trois autres valves étaient intéressées par un processus rhumatismal. Jusqu'ici, nous constatons la rareté de l'atteinte valvulaire pulmonaire rhumatismale. Libman (7) (1923), précise alors ne pas avoir trouvé jusqu'à cette date d'atteinte pulmonaire dans ses cas de fièvre rhumatismale, prouvés de façon définitive. Thayer (8) (1926) a rencontré par ailleurs des lésions au niveau de la valve pulmonaire dans 1 de ses 24 cas d'endocardite rhumatismale. Quant à McGuire et McNamara (9) (1937) sur 30 cas de maladie cardiaque rhumatismale choisis au hasard dans les dossiers du département de pathologie de l'Hôpital Général de Cincinnati, ils auraient trouvé, en étudiant avec beaucoup d'attention les coupes histologiques, quatorze cas où il existait des lésions de la valve pulmonaire. De plus, 3 cas avaient une atteinte rhumatismale des quatre valves du cœur. Mais, signalons ici avec ces auteurs et comme le signalent également Poynton et Schlesinger (10) que vers cette époque, on recherchait très peu l'atteinte valvulaire pulmonaire dans le rhumatisme cardiaque, ce qui peut expliquer le petit nombre de cas notés et rapportés.

En 1931, dans une revue complète de la littérature allemande, Vellguth (11) conclut que l'insuffisance valvulaire de l'orifice pulmonaire était extraordinairement rare et cita Finkelstein et Schultze qui trouvèrent quatre cas chacun d'insuffisance valvulaire pulmonaire au cours d'une étude de 335 et de 909 cas respectifs de maladie du cœur. Schwartz et Shelling (12) (1931), rapportent, de leur côté, un cas de cardiopathie rhumatismale où il y avait atteinte mitrale, tricuspидienne et pulmonaire. L'atteinte pulmonaire était surajoutée à une malformation des valves pulmonaires, soit une valve pulmonaire bicuspidée. Lehman (13) (1943) cite un cas de sténose pulmonaire rhumatismale isolée, avec endocardite bactérienne aiguë subséquente, le tout constaté à l'examen post-mortem. Plus tard, Herrman (14) (1944) publie cinq cas d'insuffisance valvulaire pulmonaire recueillis au cours de 4,776 autopsies. Ces cinq cas révélaient apparemment une atteinte rhumatismale.

Plus près de nous, Abraham et Wood (15) (1951) ont décrit 71 cas de sténose pulmonaire avec septum interventriculaire intact, parmi les-

quels, ils ne trouvaient que deux cas de lésions valvulaires acquises; dans aucun de ces deux cas, l'étiologie rhumatismale ne fut invoquée. Evans (3) (1953) rapporte un cas de quadristénose rhumatismale avec atteinte légère du péricarde pariétal. Pour sa part, Chavez (16) (1958) n'a pas trouvé un seul cas d'envahissement de la valve pulmonaire sur 1,000 cas de cardiopathies rhumatismales, dont 176 autopsies.

Dernièrement, Gialloreto, Aerichide et Allard (17) (1961) rapportent trois cas de quadristénose valvulaire tous vérifiés à l'autopsie.

Le cas que nous décrivons ici, concerne un patient présentant une quadristénose valvulaire, dont une sténose pulmonaire vraisemblablement congénitale, une insuffisance mitrale et une péricardite fibreuse adhésive. Cette association de lésions nous semble intéressante tant par sa rareté que par l'évolution post-opératoire très satisfaisante et par les données hémodynamiques pré et post-opératoires.

Observation

Il s'agit d'un patient de 30 ans, qui a fait du rhumatisme articulaire aigu à l'âge de 16 et de 17 ans et qui, par la suite et jusqu'à l'âge de 22 ans, eut une assez bonne santé. La cardiopathie a été mise en évidence à ce moment. De 22 à 27 ans, il travaille comme chauffeur de camion. A l'âge de 27 ans, il subit un accident d'automobile et peu après, il commence à éprouver une dyspnée d'effort, accompagnée de toux et d'expectorations blanchâtres, sans jamais toutefois de crachats hémoptoïques. Par la suite, il y eut quelques pertes de connaissance d'une durée de quelques minutes, sans symptomatologie prémonitoire. Entre 27 et 30 ans, le patient a pu accomplir un travail léger, comme employé de bureau, sans présenter de dyspnée. Il n'était pas orthopnéique. Il éprouvait cependant une certaine difficulté et une certaine

dyspnée à la montée des escaliers et des pentes. Quelques semaines avant son hospitalisation, le patient était devenu plus dyspnéique à la suite d'efforts minimes et il présentait une fatigabilité devenue chronique.

Examen physique

Poids: 131 lbs. Température normale. Aucune pathologie cervicale. Auscultation pulmonaire normale. Rythme cardiaque irrégulier à 90/minutes. Le premier bruit mitral était faiblement entendu. Le deuxième bruit mitral était d'intensité normale. Présence d'un troisième bruit mitral. On entendait également un souffle systolique apexien, doux, grade III/IV, masquant le premier bruit mitral et irradiant vers l'aisselle et dans le dos. On notait aussi un roulement diastolique et un renforcement pré-systolique à la pointe. A la base du cœur, le deuxième bruit pulmonaire était accentué et dédoublé. Le deuxième bruit pulmonaire était plus fort que le deuxième bruit aortique. Il y avait de plus, un souffle systolique de base grade II/IV, irradié aux vaisseaux du cou. Le long du bord gauche du sternum, on notait un souffle diastolique grade II/IV. La tension artérielle était à 110/80 mm Hg. Le foie était palpable sur deux travers de doigt. Les artères périphériques étaient bien palpables. Il n'y avait pas d'œdème malléolaire. Le diagnostic clinique à ce moment, fut celui de maladie mitrale et de sténose aortique.

Examens de laboratoire

Urines négatives. Urée et glycémie: normales. Hémoglobine: 16.1 gm (102.5%). Hématocrite: 50.5%. Leucocytose: 8,500. Sédimentation: 6 mm. C.R.P.A.: + Antistreptolysines: 166 unités.

Électrocardiogramme

Fibrillo-flutter. Hypertrophie bi-ventriculaire (Fig.-1a)

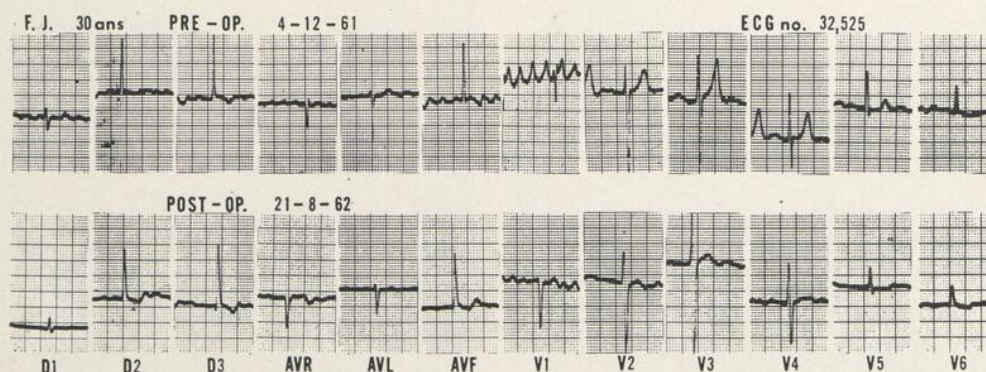


Fig. 1. — a) *En haut*: Ecg pré-opératoire. Fibrillo flutter. Hypertrophie bi-ventriculaire.
b) *En bas*: Post-opératoire. Fibrillation auriculaire contrôlée. Hypertrophie ventriculaire gauche et droite possible.

Routine cardiaque

Configuration mitrale de la silhouette cardiaque, avec quadruple contour gauche et double contour concentrique droit. Surcharge hilaire, en rapport avec une discrète surcharge veineuse, sans lignes de Kerley. À l'étage auriculaire, il y avait une rétro-déviatio importante de l'œsophage opacifié, en rapport avec une augmentation importante du calibre de l'oreillette gauche, grade III/IV environ. L'oreillette droite paraissait aussi de calibre accentué. Il y avait également une augmentation de la masse ventriculaire à prédominance droite. (Fig.-2)

Vectocardiogramme

Cet examen a montré une hypertrophie bi-ventriculaire.

Données hémodynamiques (Dr Lucien Campeau)

Un cathétérisme droit et gauche furent faits, avant l'intervention (table I). Cet examen a montré en particulier un gradient diastolique auriculo-ventriculaire droit de 5 mm Hg et un gradient systolique ventriculo-pulmonaire de 42 mm Hg, suggérant une sténose tricuspidiennne et une sténose

pulmonaire. Le débit cardiaque était très diminué, au repos. Par ailleurs, la pression capillaire se lisait à un chiffre modérément élevé, au repos.

Cinéangiocardigraphie

Une injection ventriculaire gauche par voie rétrograde fut faite. Avant l'injection, on a pu observer dans la projection des valves aortiques, de petites calcifications nodulaires mobiles. L'examen a mis en évidence une sténose aortique valvulaire calcifiée apparemment serrée. Les valves semblaient épaissies et peu mobiles. Une petite dilatation post-sténotique de l'aorte ascendante fut notée. Également on nota une régurgitation mitrale sous forme d'un jet systolique assez large, légèrement excentrique, inférieur, entraînant une opacification progressive et dense d'une oreillette gauche fortement dilatée, opacification atteignant une densité maximale, égale à celle du ventricule gauche, alors que l'aorte thoracique descendante s'opacifiait. En diastole ventriculaire, on a pu observer le dôme caractéristique de la sténose mitrale. En résumé, cet examen démontrait une régurgitation mitrale assez importante et une sténose aortique valvulaire.

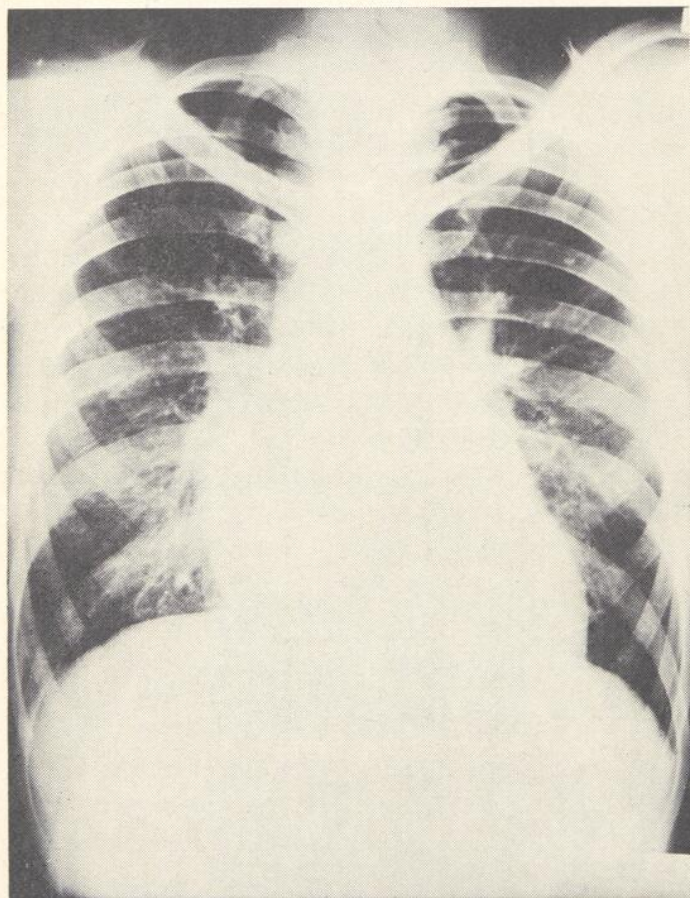
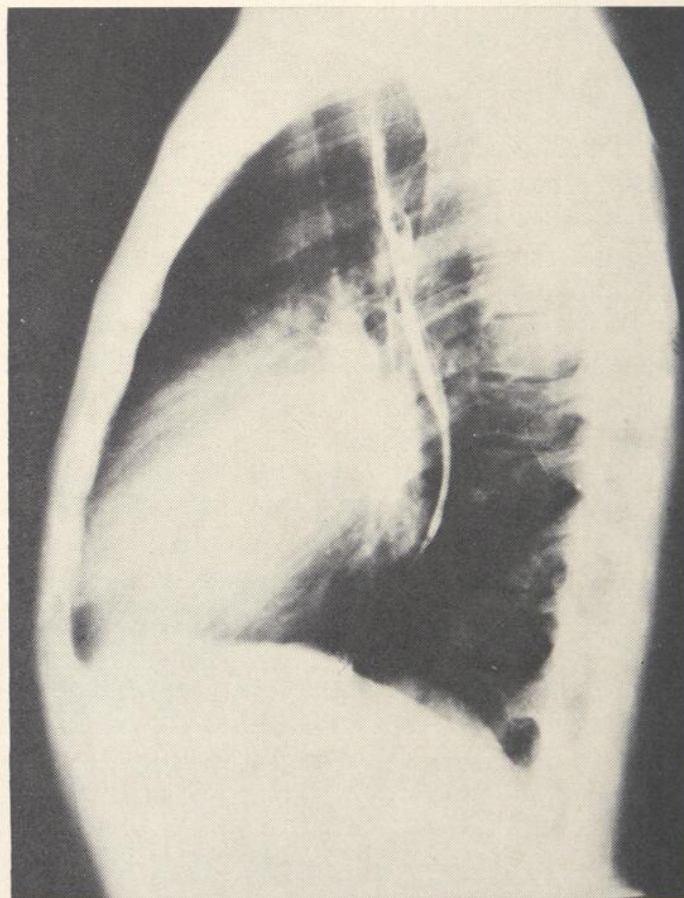


Fig. 2 — Examen radiologique:

A gauche: Cardiomégalie modérée, de configuration mitrale, avec quadruple contour gauche et double contour concentrique droit. Surcharge diffuse de la circulation pulmonaire veineuse.



A droite: Après opacification barytée de l'œsophage, on note une rétro-déviatio de celui-ci, par distension de l'oreillette gauche.

TABLE I
DONNEES HEMODYNAMIQUES

PRESSIONS (mm Hg)	Pré-opératoires	Post-opératoires	
		Repos	Effort
Oreillette droite	6/3	11/6	
Ventricule droit	64/-5 à + 3	39/4-8	
Artère pulmonaire	22/7	32/10	
Capillaire pulmonaire	20	14	
Ventricule gauche	165/4 à 8		
Aorte ascendante	96/62	114/76	
DEBIT CARDIAQUE (L/min.)	2.81	3.9	5.5
INDICE CARDIAQUE (L/m/m ²)	1.71	2.4	3.4
RESISTANCES (dynes/sec/cm ⁵)			
Pulmonaire totale	628	430	288
" artériolaire	199	143	72
" veineuse	428	287	216
" périphérique	2283	1721	
GRADIENT (mm Hg)			
Diastolique auriculo-ventriculaire droit.	5	0-2	
Diastolique auriculo-ventriculaire gche.	8		
Systolique ventriculo-aortique	50-69		
Systolique ventriculo-pulmonaire	42	7	
AIRE VALVULAIRE (cm ²) (sans assumer de régurgitation)			
Valvulaire tricuspидienne	1.7		
" pulmonaire	0.5		
" mitrale	0.78	1.03	
" aortique	0.4		

Constatations opératoires et chirurgie: (Dr Jean-Louis Lamy)

Ce patient fut soumis à la chirurgie cardiaque le 7 février 1962, sous le couvert de circulation extra-corporelle et d'hypothermie profonde à 17°C, avec quasi arrêt circulatoire électif. En décubitus dorsal, mais le thorax gauche étant élevé à 10° environ, une bi-thoracotomie complétée de sternotomie transverse aux 4e espaces intercostaux fut pratiquée. Ce qui frappe à premier abord, est la quasi immobilité cardiaque, du fait de la présence de la coque fibreuse du péricarde. Ce péricarde mesurait 3 mms environ d'épaisseur, était très fortement adhérent à l'épicarde et ce n'est que laborieusement que nous parvenons à le peler. Après cette péricardectomie, nous notons déjà la meilleure cinématique cardiaque. La prise veineuse fut d'abord pratiquée à travers l'apex ventriculaire droit et ensuite à travers l'artère pulmonaire. Le retour artériel s'est fait via l'artère sous-clavière gauche. Les valves pulmonaire ainsi que mitrale

furent identifiées et corrigées à vue, tandis que la tricuspидienne et l'aortique furent examinées par la méthode palpatoire et corrigées en technique fermée. Lorsque l'hypothermie fut abaissée à 17°C, et après avoir obstrué le flot de l'artère pulmonaire, lorsque le cœur s'arrêtait à 28°C, l'oreillette gauche fut d'abord ouverte pour procéder aux corrections à la mitrale. La valve mitrale est le siège d'un état de maladie mitrale, comportant une sténose-insuffisance mitrale. L'orifice mitral mesure environ 1 cm de diamètre et est régurgitant d'autant. L'orifice est à peu près centralement posé, le feuillet mural est quasi inexistant, recroquevillé qu'il est à l'annulus fibrosus. Le feuillet septal cependant est bien mobile. Les commissurotomies mitrales antérieure et postérieure furent pratiquées avec section délibérée de l'annulus fibrosus à ce niveau et section des cordages tendineux de telle façon que tous les cordages sont donnés au feuillet septal. Puis, une élévation-avancement du feuillet mural au feuillet septal fut pra-

tiquée à l'aide de points enfouissants, de telle façon que la face ventriculaire du feuillet mural repose sur la face auriculaire du feuillet septal. Par cette technique, la sténose mitrale est corrigée puisque l'orifice mesure maintenant 3 cms et aussi qu'à l'épreuve de remplissage par le ventricule gauche, la valve est entièrement compétente. La valve aortique a été palpée sous le feuillet septal mitral et nous constatons qu'elle est le siège de modifications inflammatoires importantes, mais non régurgitantes. Via l'apex ventriculaire gauche, un dilatateur aortique est introduit, et ce dilatateur est ouvert à 2.5 cms, fracturant ainsi cette valve aortique. Au retrait de l'instrument et à cause de la perfusion via la sous-clavière, nous pouvons constater que cette valve aortique maintenant commissurotomisée, n'est pas régurgitante. Puis, l'artère pulmonaire est ouverte, et à vue, nous reconnaissons une sténose pulmonaire de type congénital. En effet, elle est en diaphragme, et nous reconnaissons les trois fusions commissurales de type congénital. La valvulotomie est pratiquée jusqu'à l'annulus pulmonaris à deux commissures et aux deux-tiers pour la 3e commissure. Le doigt glissé à travers cette valve pulmonaire nous démontre qu'il n'y a pas de sténose infundibulaire sous-jacente. L'orifice pulmonaire, de 5 mm qu'il était au préalable, mesure maintenant 2 cms de diamètre. Le cathéter de prise veineuse au ventricule droit est maintenant déplacé de cette cavité vers l'artère pulmonaire. Sous le contrôle du doigt intra-auriculaire droit, le valvulotome est glissé à travers l'apex ventriculaire droit vers la tricuspide. Cette dernière valve est le siège d'une sténose et d'une régurgitation. L'orifice tricuspide mesure environ 1.5 cms de diamètre. Cet orifice valvulaire où nous ne pouvons reconnaître les fusions commissurales est ouvert à 2.5 cms. Plus tard, nous constaterons que la régurgitation tricuspide s'est augmentée d'autant. Le patient est maintenant réchauffé à l'aide du cœur-poumon artificiel et la fibrillation cardiaque se réduit facilement à l'aide d'un seul choc défibrillant. Tous les cathéters sont enlevés et les plaies cardiaques sont étanches.

En résumé

Valvuloplastie mitrale pour maladie mitrale par commissurotomie mitrale et élévation-avancement du feuillet mural au feuillet septal avec correction adéquate. Valvulotomie aortique par technique fermée, adéquate, sans création de régurgitation. Valvulotomie pulmonaire à ciel ouvert, pour sténose pulmonaire congénitale. Valvulotomie tricuspide par technique fermée, mais avec

augmentation de la régurgitation. Péricardectomie. Cette intervention s'est pratiquée sous le couvert de circulation extra-corporelle profondément hypothermique, à 17°C, avec ralentissement circulatoire et quasi arrêt électif.

Considération rétrospective

Cette intervention a été pratiquée il y a près de deux ans. Si le même cas se présentait aujourd'hui, tenant compte de l'expérience acquise depuis ce temps, voici comment nous procéderions.

Il s'agirait sûrement encore de dérivation cœur-poumon artificiel avec hypothermie profonde. Cependant le liquide perfusant serait du sang dilué. Le patient serait placé en décubitus dorsal et l'intervention se pratiquerait surtout par la droite. La valvuloplastie mitrale se pratiquerait par voie transauriculaire gauche, mais à droite du cœur. La valve tricuspide serait repérée par l'oreillette droite et nous pratiquerions une commissurotomie tricuspide, donnant au feuillet septal tricuspide tous les cordages tendineux, le tout complété d'une élévation-avancement des tissus muraux vers le feuillet septal tricuspide. Nous éviterions ainsi la régurgitation tricuspide dont le malade est présentement porteur. L'intervention à la valve aortique se pratiquerait par voie aortique. La valve pourrait être repérée à la vue et une meilleure intervention pourrait être ainsi pratiquée. Il est arrivé que le malade n'est pas porteur de régurgitation aortique dans le moment, mais la commissurotomie aortique pour sa sténose, se maintiendra-t-elle? La valvulotomie pulmonaire serait pratiquée de la même façon qu'elle l'a été. Le retour artériel de la perfusion, se ferait via une artère fémorale, puisque l'accès à la sous-clavière gauche par ce décubitus dorsal est notoirement difficile.

Évolution post-opératoire

Les suites opératoires immédiates furent très satisfaisantes. Quinze jours après l'intervention, des signes d'insuffisance cardiaque droite apparurent, mais regressèrent rapidement avec une médication adéquate. Environ 6 mois plus tard, le patient subissait un cathétérisme droit (table I). Il a cependant été impossible de franchir le plancher valvulaire aortique malgré de multiples tentatives. Pour certaines raisons extramédicales, le cathétérisme gauche a dû être remis à plus tard. Les données droites montrent une pression capillaire pulmonaire à la limite supérieure de la normale, au repos, et une hypertension auriculaire droite impor-

tante, sans morphologie suggérant une régurgitation tricuspidiennne et un gradient auriculo-ventriculaire proto-diastolique important, mais s'épuisant en télédiastole. La conclusion portée à la suite du cathétérisme droit fut la suivante: Il semble exister maintenant une maladie tricuspidiennne, dont la sténose ne semble pas significative. La sténose pulmonaire valvulaire semble adéquatement corrigée. L'hypertension pulmonaire est maintenant légère, et le débit cardiaque s'est amélioré de façon importante.

Électrocardiogramme (21-8-62)

L'électrocardiogramme montre maintenant une fibrillation auriculaire contrôlée, quelques extrasystoles ventriculaires et une hypertrophie ventriculaire gauche et possiblement droite (fig.-1b).

Radiographie pulmonaire

L'index cardio-thoracique est de 15.2/28.5 alors qu'il était avant l'opération, de 17/29 cms. Les hiles pulmonaires sont légèrement flous, mais il ne semble pas exister de surcharge vasculaire importante. On remarque de plus, une diminution de la cardiomégalie (fig. 3).

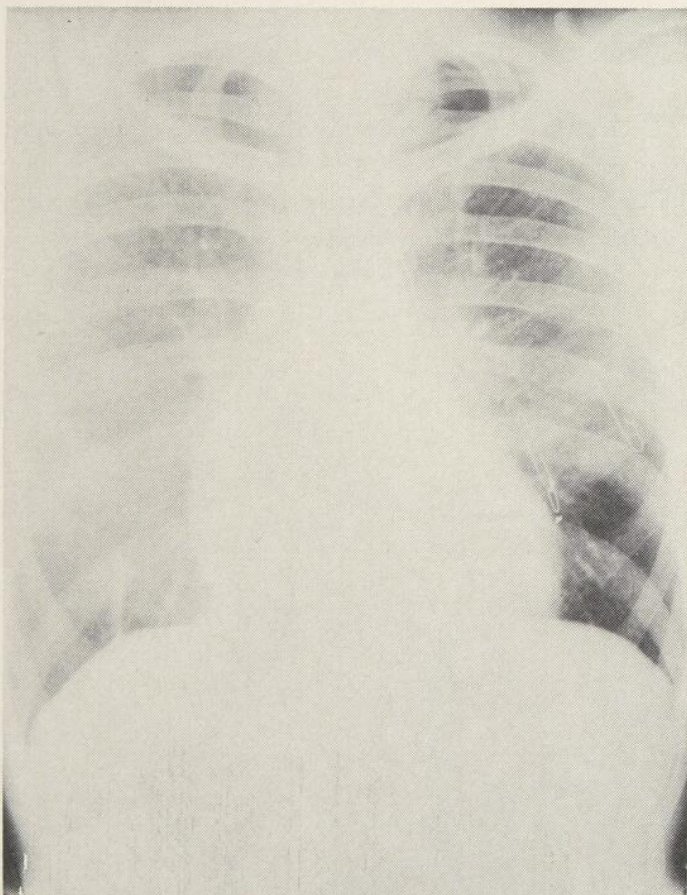


Fig. 3 — Radiographie pulmonaire — 7 mois après chirurgie cardiaque on note une diminution de la cardiomégalie et de la surcharge veineuse.

DISCUSSION

L'examen physique de ce jeune homme de 30 ans et la symptomatologie qui l'avaient fait consulter ont d'abord orienté le diagnostic vers une maladie mitrale et une sténose aortique. Les signes radiologiques, électriques et vectocardiographiques appuyaient ce diagnostic. Un cathétérisme droit et gauche ont été réalisés et ont permis de mettre en évidence les lésions diagnostiquées cliniquement et en plus, une sténose valvulaire pulmonaire et une sténose tricuspidiennne.

Cette association de quatre sténoses se voit rarement, et lorsqu'elle existe, ne produit pas un syndrome clinique typique et bien défini. Habituellement, les signes auscultatoires sont en rapport avec le flot valvulaire et le degré de sténose. Étant donné la sténose tricuspidiennne, le flot valvulaire est diminué partout et ceci peut expliquer le caractère discret des signes fonctionnels. De plus, les signes cliniques sont en général ceux d'une condition relativement bien compensée qui évolue plus ou moins longtemps, pour se terminer rapidement dans un tableau d'insuffisance cardiaque droite. Le cas que nous rapportons ici présentait une symptomatologie plutôt discrète depuis 3 ans déjà avant son admission. La symptomatologie était devenue plus importante depuis environ 6 mois. Le patient pouvait être classé dans le groupe III de la classification américaine, relativement à son invalidité.

Au point de vue hémodynamique, les chiffres obtenus sont très intéressants à comparer (Tableau I). Nous remarquons en particulier une augmentation du débit cardiaque, une diminution des résistances pulmonaires et une augmentation de l'aire valvulaire mitral. Malgré que les données gauches n'aient pu être obtenues, lors du cathétérisme post-opératoire, nous pouvons présumer en sachant que la pression capillaire pulmonaire est normale actuellement et qu'elle représente la pression auriculaire gauche, que la pression diastolique ventriculaire gauche est faible et que par conséquent, il n'y a pas d'insuffisance ventriculaire gauche.

Résumé

Il s'agissait d'un patient âgé de 30 ans, ayant consulté pour essoufflement, fatigue et étourdissements et qui fut soumis à la chirurgie, après cathétérisme cardiaque, pour quadristénose valvulaire et insuffisance mitrale. Le chirurgien a trouvé une péricardite adhésive, une maladie mitrale, une sténose aortique, une sténose pulmonaire et une

sténose tricuspidiennne. La sténose pulmonaire était vraisemblablement congénitale. Les quatre valves ont été soumises à la chirurgie, sous le couvert du cœur-poumon artificiel et de l'hypothermie profonde, avec quasi arrêt circulatoire électif. Le patient a été revu sept mois après la chirurgie et a subi un cathétérisme droit. Son état est satisfaisant et lui a permis de retourner dernièrement à son travail.

Summary

We are reporting a 30 years old man who came in for dyspnea, fatigue and dizziness and who was operated after cardiac catheterization for stenosis of the four valves and mitral insufficiency. At surgery, an adhesive pericarditis was present and the patient was operated upon on the four valves under deep hypothermia, with pump and selective cardiac arrest. Seven months after surgery, a right cardiac catheterization has been performed. The condition of this patient is good and has been able to return back to his previous work.

REMERCIEMENTS

Nous remercions le docteur Albert Bernard de Montréal qui nous a référé ce patient. Nous sommes aussi reconnaissants à Mlle J. Dupuis et à M. J. Gauthier, du département d'Art Médical de l'Hôpital Maisonneuve et de l'Institut de Cardiologie de Montréal, pour leur collaboration technique.

BIBLIOGRAPHIE

1. FRIEDBERG, C. K.: Diseases of the heart. W. B. Saunders Co., édit., Philadelphie & Londres, 1956.
2. MORGAGNI, J. B.: "The seats and Causes of Disease". Translation of William COOKE, Philadelphia, 1824, CAREY and LEA.
3. EVANS, P. E. C.: "Rheumatic involvement of all four heart valves". *Guy's Hosp. Rep.*, **102**: 146, 1953.
4. CHEVERS, N.: *London Med. Gazette*, 1847, p. 401.
5. COUPLAND, S.: *Tr. Path. Soc. London*, **26**: 22, 1875.
6. NEWTON PITT: Allbutt and Rolleston's System of Medicine 6, 320, 1909.
7. LIBMAN, E.: "Characterization of Various Forms of Endocarditis". *J.A.M.A.*, p. 813, 1923.
8. THAYER, W. S.: Studies on Bacterial Endocarditis. *Johns Hopkins Hosp. Rep.*, **22**: 1, 1926.
9. McGUIRE, J. et McNAMARA, R. J.: Organic and relative insufficiency of the pulmonary valve. *Am. Heart J.*, **14**: 562, 1937.
10. POYNTON, F. J. et SCHLESINGER, B.: Recent advances in Rheumatism. P. Blakiston's & Co., édit., Philadelphia, 1931.
11. VELLGUTH, H.: "Zur Pathologie der Pulmonalinsuffizienz" *Beitr. z. path. Anat. u.z. allg. Path.*, **86**: 517, 1931.
12. SCHWARTZ, S. et SHELLING, D.: Acquired Rheumatic Pulmonic Stenosis and Insufficiency. *Am. Heart J.*, **6**: 568, 1931.
13. LEHMAN, R. G.: Acquired Stenosis of the Pulmonary Valve. *Ohio State Medical Journal*, **38**: 345, 1942.
14. HERRMANN, G. R.: Chronic cardiac valvular disease. In: *Oxford Med.*, vol. 2, part 2, p. 492, Edited by Christian, H. A. and MacKenzie, J., New York, Oxford University Press, 1944.
15. ABRAHAMS, D. G. et WOOD, P. *Brit. Heart J.*, **13**: 519, 1951.
16. CHAVEZ, I., PONDE DE LEON, J. ROBLES et GIL, J.: Las valvulopathias reumaticas en 1000 casos. *Arch. Inst. Cardiol. Mexico*, **28**: 492, 1958.
17. GIALLORETO, O., AERICHIDE, N. et ALLARD, P. P.: Stenotic Involvement of all four Heart Valves. *Am. J. Cardiology*, **7**: 865, 1961.

L'ATRÉSIE DE L'ŒSOPHAGE

Une malformation dont le pronostic s'améliore constamment

Jacques C. DUCHARME¹, P. P. COLLIN¹ et Hanna MAALOUF²

Le but de ce travail est de présenter l'expérience du service de chirurgie pédiatrique de l'hôpital Sainte-Justine dans le traitement de l'atrésie de l'œsophage. Nous voulons ainsi familiariser le lecteur avec la symptomatologie de cette malformation, indiquer les moyens de diagnostic et souligner les facteurs qui, à notre avis, sont responsables de la survie toujours meilleure des bébés affligés de cette infirmité.

MATÉRIEL

Cette étude porte sur 96 cas consécutifs d'atrésie de l'œsophage admis à l'hôpital Sainte-Justine du 1er janvier 1950 au 31 décembre 1963. Le tableau I montre l'incidence annuelle ainsi que le nombre de cas opérés, non opérés et le nombre de survivants par année. Notons que jusqu'en 1954, on s'était abstenu d'opérer 12 cas sur 14, soit que le diagnostic n'était posé qu'à l'autopsie, soit que les pédiatres de l'hôpital estimaient que les résultats de l'intervention n'en justifiaient pas les frais, soit que le chirurgien jugeait l'état du bébé trop altéré pour tenter l'opération. Cependant, depuis 1960, seule-

ment 4 cas n'ont pas été opérés. Deux cas présentaient des malformations associées qui contre-indiquaient l'opération: mongolisme (1 cas), myéломéningocèle lombaire avec paralysie des membres inférieurs (1 cas). Deux autres cas étaient moribonds à l'admission et sont morts avant qu'on puisse les amener à la salle d'opération. Une série de 96 cas en 14 ans peut sembler petite si on la compare aux 105 cas traités au "Sick Children" de Toronto dans les cinq dernières années. Mais alors qu'en Ontario tous les cas d'atrésie de l'œsophage sont référés à cette hôpital, ici, dans le Québec, il existe deux hôpitaux d'enfants qui reçoivent ces patients, plus un certain nombre d'hôpitaux généraux qui continuent à les traiter.

VARIÉTÉS

Il existe, comme on le sait, plusieurs variétés d'atrésie de l'œsophage. Dans 82 de nos cas où la malformation a pu être vérifiée à l'autopsie ou à la salle d'opération, la répartition a été telle qu'indiquée sur le tableau II. On notera que 65 patients présentaient en plus d'une atrésie de l'œsophage, une fistule trachéo-œsophagienne et que 15 patients n'en présentaient pas. Ces chiffres diffèrent un peu des proportions habituelles et

¹Département de chirurgie pédiatrique, Hôpital Sainte-Justine.

²Résident en chirurgie pédiatrique, Hôpital Sainte-Justine.

TABLEAU I

96 cas d'atrésie de l'œsophage admis à l'Hôpital Sainte-Justine
du 1er janvier 1950 au 31 décembre 1963

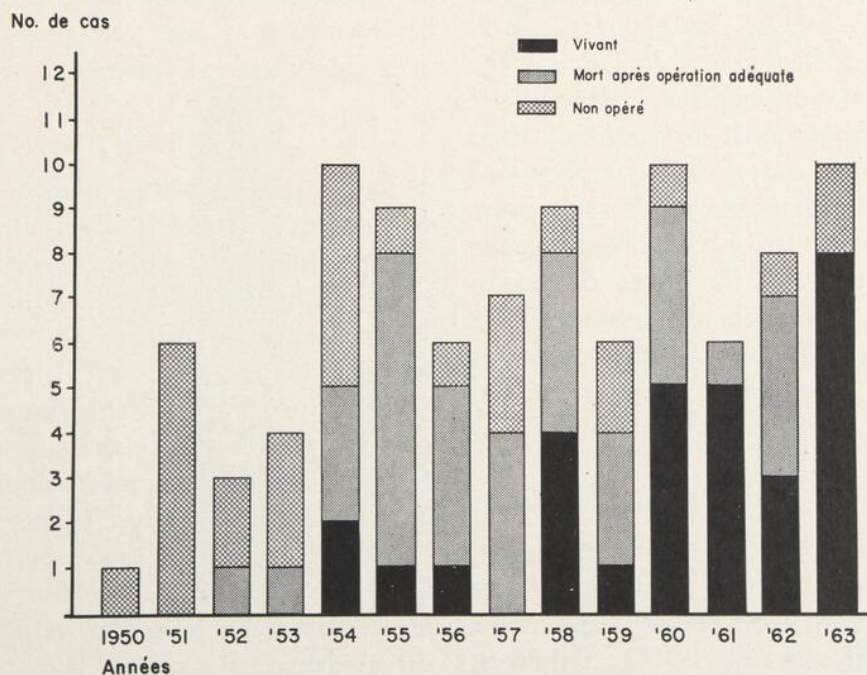
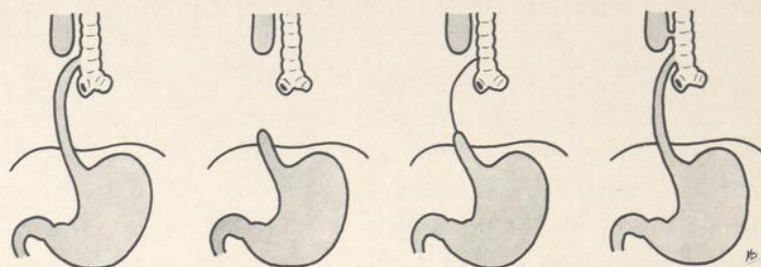


TABLEAU II

VARIÉTÉS D'ATRÉSIE DE L'ŒSOPHAGE (82 cas) *



No. de cas	65	15	1	1
Proportion	79 %	18 %		
Proportion habituelle	86 %	9.9 %		

* Vérifiés à l'opération ou à l'autopsie

devraient se faire sentir dans les résultats, étant donné que la variété sans fistule est plus compliquée à traiter, nécessitant deux temps opératoires. Le premier temps consiste en une œsophagostomie cervicale avec gastrostomie. Le deuxième temps, fait quand l'enfant pèse 25 livres environ, consiste en une reconstruction de l'œsophage avec un segment de côlon (1).

SYMPTÔMES

Le bébé porteur d'une atrésie de l'œsophage possède un œsophage qui se termine en cul-de-sac vis-à-vis les 3^e ou 4^e vertèbres dorsales. Ce cul-de-sac a une capacité d'une dizaine de centimètres cube. Dans les minutes qui suivent la naissance, la salive remplit l'œsophage et doit ensuite s'écouler par la bouche ou le nez. De plus, dès que l'on fait boire le bébé, le liquide ingéré pénètre en partie dans le larynx et provoque des quintes de toux et des crises d'étouffement. Finalement, après quelques jours de vie, suffisamment de salive, d'eau sucrée, de lait (ou de suc gastrique, quand il y a fistule trachéo-œsophagienne) ont pénétré dans l'arbre bronchique pour causer des complications pulmonaires graves qui amènent de la tachypnée, de la dyspnée, de la cyanose, etc. La combinaison d'hypersécrétion salivaire et de crises d'étouffement lors des boires est précoce, constante et très suggestive de la malformation. La présence de ces symptômes oblige le médecin à faire immédiatement un examen minutieux et complet du bébé.

MOYENS DE DIAGNOSTIC

Les moyens de diagnostic sont très simples et à la portée de tous les médecins. Il suffit de faire pénétrer par la narine un cathéter de caoutchouc, no 10F, bien lubrifié et assez rigide. On s'aperçoit

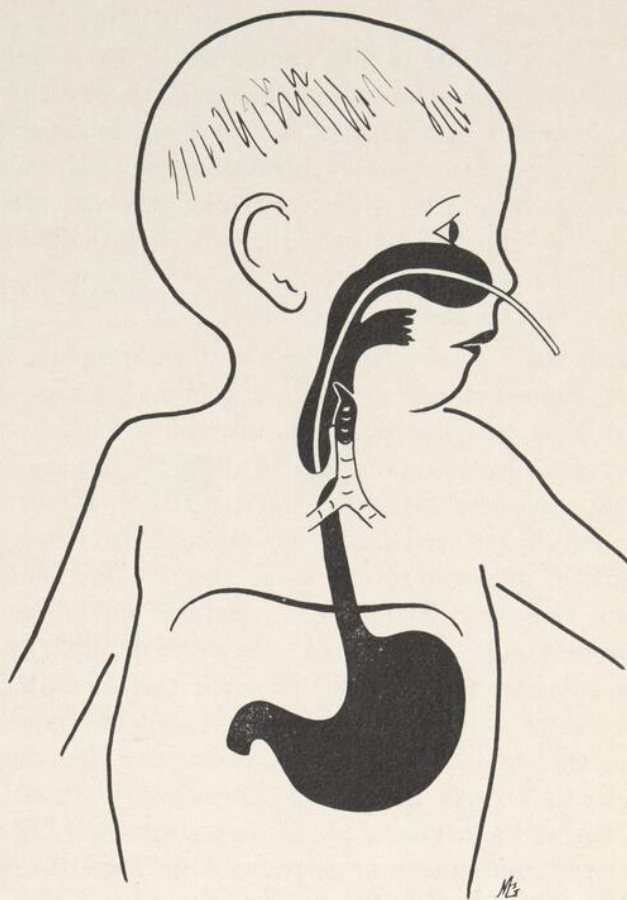
facilement si le cathéter bloque dans l'œsophage ou s'il pénètre jusque dans l'estomac. On injecte ensuite 1/2cc de Dionosil dans le cathéter et on prend une radiographie pulmonaire en position debout. Une image comme celle du tableau III est pathognomonique.

Le tableau IV donne une idée de la fréquence et de la précocité des complications pulmonaires, associées à cette malformation. Chez 83 bébés qui ont eu une radiographie à l'admission, 31 bébés présentaient des modifications du lobe supérieur droit (atélectasie, broncho-pneumonie, etc.). Nous croyons que la présence d'une modification du lobe supérieur droit chez un nouveau-né est tellement significative qu'elle oblige le médecin à faire un œsophagogramme suivant la technique indiquée plus haut afin d'éliminer la possibilité d'une atrésie de l'œsophage. Il faut surtout éviter de faire boire du bariure à ces bébés, car alors le bariure inonde les bronches et peut causer des broncho-pneumonies chimiques extrêmement graves.

TRAITEMENT

Le traitement repose d'abord sur un diagnostic précoce qui permet d'intervenir avant l'apparition des complications pulmonaires. On élève la tête du lit du bébé afin d'éviter le reflux des sécrétions gastriques dans l'œsophage par la fistule trachéo-œsophagienne. Il est très utile, une fois le diagnostic posé, de maintenir dans l'œsophage proximal un petit cathéter no 10F ou 12F auquel on fixe une source de succion: appareil Wangenstein ou simple succion intermittente par seringue, si le bébé doit être transporté. Ceci contribue à maintenir les voies respiratoires libres et prévient l'écoulement de salive dans l'arbre bronchique. Le bébé est évidemment gardé à jeûn et des antibiotiques

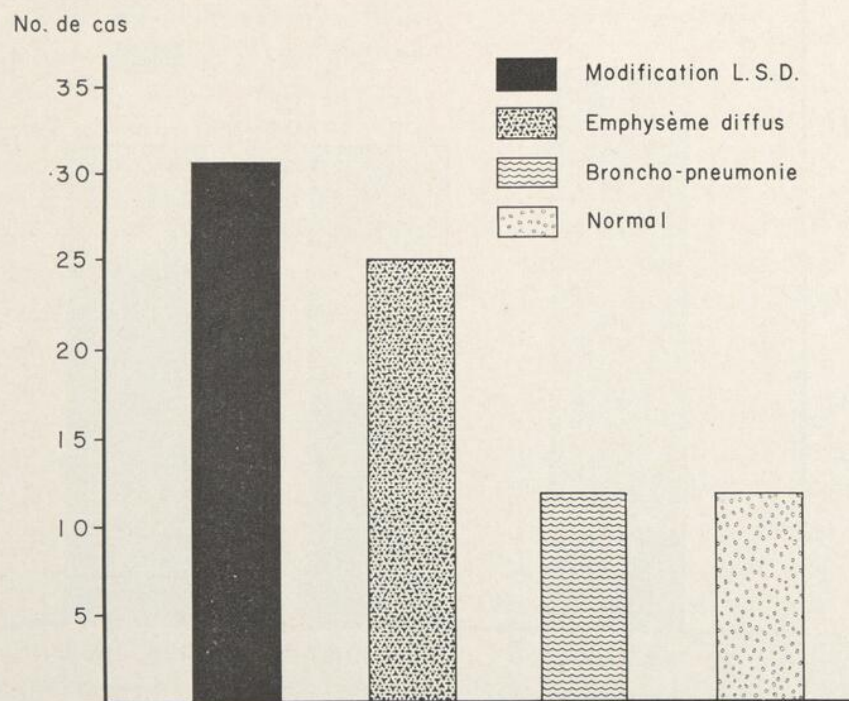
TABLEAU III



Diagnostic

TABLEAU IV

Radiographies pulmonaires à l'admission (83 cas)



sont prescrits pour prévenir les complications pulmonaires.

Dans la variété la plus commune où il y a fistule trachéo-œsophagienne, l'opération consiste à refermer la fistule et à construire une anastomose entre l'œsophage proximal et l'œsophage distal. Ceci peut se faire par voie trans-pleurale ou rétro-pleurale. Une gastrostomie est habituellement pratiquée pour permettre de placer l'œsophage au repos, tout en alimentant le bébé.

Les soins post-opératoires sont compliqués. Ils sont donnés dans une unité spéciale. Le bébé est seul dans sa chambre, dans un isolement avec à son chevet 24 heures par jour, et aussi longtemps que nécessaire, une infirmière bien formée. L'état de ces bébés est très labile et, au moindre changement, le médecin résident est averti. Des aspirations buccales fréquentes (parfois toutes les 5 minutes) sont nécessaires. Souvent on doit intuber ces bébés d'urgence de sorte que le matériel nécessaire doit être disponible en tout temps dans la chambre. Des médecins résidents, des anesthésistes ou des chirurgiens formés à l'intubation de ces petits larynx, doivent demeurer dans l'hôpital et se tenir prêts à répondre à un appel urgent de la part de l'infirmière.

RÉSULTATS

Le tableau V montre les résultats chez les patients opérés. Afin de faciliter l'interprétation, les cas ont été divisés en trois groupes, chacun d'une vingtaine de cas. Par survivant, nous entendons le patient qui a reçu son congé et qui s'alimente uniquement par voie orale. Deux cas sans fistule trachéo-œsophagienne, qui n'ont pas subi le deuxième temps opératoire, sont encore nourris par gastrostomie.

La période 1952-57 groupe 24 patients opérés dans le vieil hôpital Sainte-Justine, situé rue Saint-Denis; 16% de ces cas ont survécu.

La période 1958-1960 groupe 21 patients opérés dans le nouvel hôpital Sainte-Justine et 47% des bébés de ce groupe ont survécu. Cette amélioration sensible est surtout attribuable à la qualité du nursing. En effet, dès l'arrivée dans le nouvel hôpital, une unité de soins intensifs pour nouveau-nés a été organisée, de sorte que du jour au lendemain, ces bébés ont été séparés des autres patients de l'hôpital et surveillés de très près par un groupe de personnes très qualifiées et extrêmement intéressées à ce genre de problème.

L'examen du tableau VII montre que la plus importante cause de mort dans ces deux groupes

TABLEAU V

65 cas d'atrésie de l'oesophage opérés à l'Hôpital Sainte-Justine
du 1er janvier 1952 au 31 décembre 1963

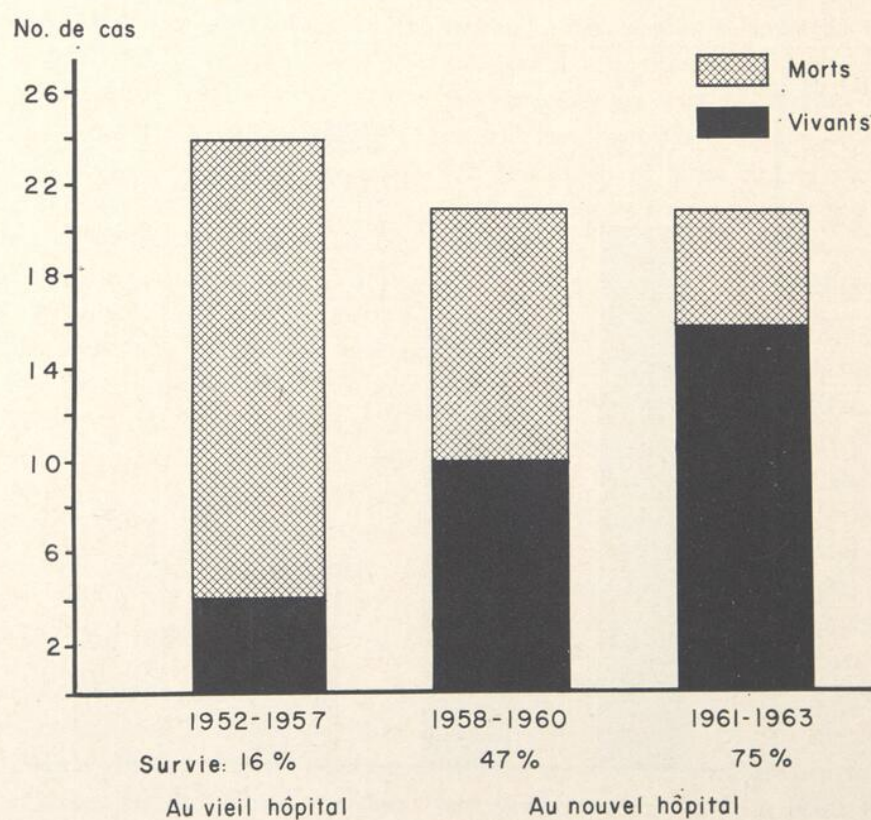
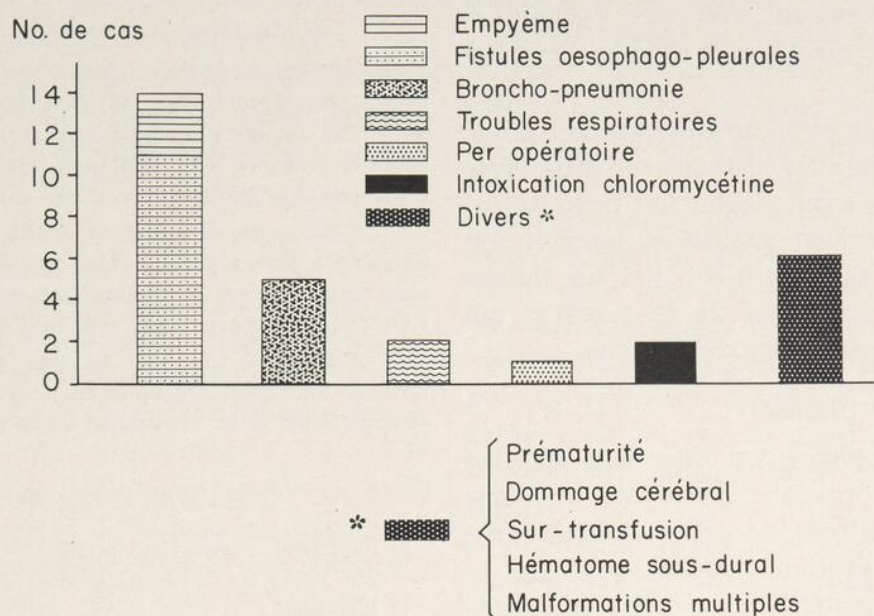


TABLEAU VI

Causes de mort chez les cas opérés de 1952 à 1960
(29 cas sur 31 morts)



a été une fuite au niveau de l'anastomose œsophago-œsophagienne avec empyème. Or, tous ces patients avaient été opérés par voie trans-pleurale; en d'autres termes, la plèvre médiastinale avait été ouverte afin de faciliter l'accès sur l'œsophage et sur la trachée; si, par malheur, une fuite se produisait lors des suites post-opératoires, le contenu de l'œsophage se déversait dans la cavité pleurale et causait un empyème, entraînant ainsi à tout coup la mort du bébé.

Cette constatation nous a conduits, durant l'année 1960, à l'emploi de l'approche extra-pleurale préconisée par Haight (2). Cette technique présente l'avantage de produire une fistule œsophago-médiastino-cutanée qui est bien tolérée par le patient et qui se referme spontanément dans les semaines qui suivent, si une fuite se produit au niveau de l'anastomose œsophagienne.

Les 21 patients, opérés à partir de 1961, l'ont été par l'approche extra-pleurale. Soixante-quinze pourcent des cas ont survécu (tableau V); ceci s'explique à notre avis par le changement de technique qui nous a permis d'éliminer la fistule œsophago-pleurale avec empyème, principale cause de mortalité jusqu'en 1960.

D'ailleurs, un regard sur le tableau VI montre que, depuis 1961, nous n'avons pas perdu un seul cas par empyème et que tous nos décès sont survenus chez des bébés prématurés ou présentant des malformations associées.

TABLEAU VI

CAUSES DE MORT CHEZ LES CAS D'ATRÉSIE DE L'ŒSOPHAGE
OPÉRÉS DE 1961 À 1963
(5 cas sur 5 morts)

- 1) Imperforation anale et pneumonie bilatérale
- 2) Imperforation anale. C.I.A. Pyélonéphrite suppurée bilatérale
- 3) Prématurité. Pneumonie d'aspiration. Décès sur la table d'opération
- 4) Atrésie du duodénum. Bronchopneumonie, hématome sous-dural
- 5) Récidive de fistule trachéo-œsophagienne. Bronchopneumonie d'aspiration.

Ce chiffre de 75% de survie chez les 21 patients opérés depuis 1961 se compare très bien aux résultats des autres centres. En effet, dans 967 cas d'atrésie de l'œsophage opérés en Amérique du Nord dans les 5 dernières années et compilés récemment par Clatworthy, la moyenne de survie de tout le groupe était de 52% (3).

CONCLUSION

L'atrésie de l'œsophage est une malformation congénitale qui peut et doit être diagnostiquée dans les premières heures de la vie.

Il faut toujours y penser en présence d'un nouveau-né qui fait de l'hyper-salivation ou qui s'étouffe lors de ses boires.

Il suffit d'une radiographie pulmonaire en position debout après injection d'un 1/2 cc de Dionosil dans un cathéter préalablement passé dans l'œso-

phage, pour poser le diagnostic. Une source de succion appliquée sur ce cathéter sert à conserver l'arbre respiratoire en bonne condition jusqu'à l'opération.

Le traitement chirurgical doit être précoce et l'approche extra-pleurale est celle qui nous a donné les meilleurs résultats.

Il semble bien qu'en 1963 un bébé porteur d'une atrésie de l'œsophage ait 3 chances sur 4 de vivre à condition que: a) le diagnostic soit posé précocement; b) qu'un nursing qualifié et intensif soit disponible; c) qu'il soit opéré tôt, par un chirurgien habitué à des problèmes de ce genre et qui emploie la voie d'approche extra-pleurale.

Résumé

L'atrésie de l'œsophage est une malformation congénitale dont le pronostic s'améliore constamment. Les bébés porteurs de cette anomalie présentent de l'hypersalivation, s'étouffent dès qu'on les fait boire et présentent très tôt des complications pulmonaires surtout au lobe supérieur droit.

Il suffit de faire pénétrer dans l'œsophage un cathéter un peu rigide et le sentir bloquer au niveau de l'œsophage supérieur pour poser le diagnostic. L'injection de $\frac{1}{2}$ cc de Dionosil dans le cathéter, suivie d'une radiographie pulmonaire en position assise, confirme le diagnostic.

Les résultats du traitement chirurgical s'améliorent constamment. Soixante-quinze pourcent des cas opérés à Sainte-Justine durant les années 1961-62-63 ont survécu (16 cas sur 21).

Summary

Congenital esophageal atresia has seen its prognosis improve remarkably over the past few years. Babies born with this anomaly present hypersalivation and choke as soon as they are fed. Within a few days, pulmonary complications develop specially in the right upper lobe.

The diagnosis is easily made by inserting a semi-rigid catheter in the esophagus. One will feel it stop in the upper esophagus. $\frac{1}{2}$ cc of Dionosil injected in the catheter and followed by a chest X-Ray will confirm the diagnosis.

The surgical treatment of this anomaly is rewarding. 75% of the cases of esophageal atresia operated on at Ste-Justine Hospital in 1961-62-63 have survived (16 cases out of 21).

BIBLIOGRAPHIE

1. COLLIN, Pierre-Paul et BLANCHARD, Hervé: Remplacement de l'œsophage chez l'enfant. *Un. méd.*, **92**: 865, 1963.
2. HAIGHT, C. et ROWSLEY, H. A.: Congenital atresia of the esophagus with tracheo-esophageal fistula: extra-pleural ligation of fistula and end-to-end anastomosis of esophageal segments. *Surg., Gynec. Obst.*, **67**: 672, 1943.
3. MINTON, John P., CLATWORTHY, H. W.: Congenital esophageal atresia. *Ohio State Med. Jr.*, **58**: 1262 (nov.) 1962.

PHYSIOPATHOLOGIE DE L'ESTOMAC OPÉRÉ

Maurice PARENT, F.R.C.S.(C), F.A.C.S.,
Service de Chirurgie, Hôpital Notre-Dame (Montréal).

La chirurgie gastrique tente par des moyens radicaux de mettre fin à certaines pathologies d'étiologie encore incomplètement connue.

Cette chirurgie qui s'est voulu radicale déjà devient plus souple et s'efforce de mettre en pratique les connaissances physiologiques récentes susceptibles d'en améliorer les résultats.

Le fait qu'entre cinq et dix pour cent des gastrectomisés présentent des troubles post-chirurgicaux importants ou même des faillites, n'est pas sans alerter les chirurgiens du monde entier et c'est pourquoi un certain nombre d'entre eux sont retournés au laboratoire de recherche pour tenter de résoudre cet important problème.

La physiopathologie de l'estomac opéré demande pour être bien comprise de bonnes connaissances de la physiologie gastrique normale que nous supposons connue. Nous réussissons à comprendre mieux le chapitre qui nous intéresse en faisant le procès des résultats des diverses techniques employés en chirurgie gastrique pour finalement essayer de trouver celles qui occasionnent le moins de modifications physiologiques. Notons tout de suite qu'il ne s'agit pas d'étudier toutes les complications de la chirurgie gastrique, mais d'expliquer le pourquoi de certaines complications ou modifications survenant après gastrectomie tout en essayant de trouver la façon d'y remédier.

GASTRECTOMIE TOTALE

Quels sont les effets d'une gastrectomie totale ? Disons immédiatement qu'elle se fait très rarement par rapport à la gastrectomie sub-totale et c'est heureux qu'il en soit ainsi parce que cette gastrectomie s'accompagne d'un important cortège de dérangements majeurs. Même si l'estomac n'est pas un organe indispensable, le fait de l'enlever complètement occasionne d'importants troubles.

En effet la perte de la fonction réservoir oblige le patient à manger de nombreux petits repas. Le grêle proximal se dilate et comme la fonction régulatrice du pylore est perdue, il s'ensuit une accélération du transit intestinal, suivie d'une diminution de l'absorption et d'une perte de poids.

La perte de la fonction digestive de l'estomac est la cause d'une perte de lipides et de produits azotés augmentés dans l'intestin ce qui a pour effet de donner des selles diarrhéiques abondantes. Pour compenser cette perte de calories et d'énergie le gastrectomisé doit manger davantage. La pan-

créatine diminue la perte azotée chez ces patients, mais n'a aucun effet sur les graisses.

Les sécrétions gastriques normales ont une importante fonction bactériostatique. Chez les gastrectomisés nous notons une augmentation des bactéries dans le grêle normal due à la perte d'acide chlorhydrique: il s'ensuit donc une susceptibilité aux infections entériques, surtout à *Salmonella*, se manifestant par de la diarrhée.

La perte de la fonction érythropoïétique, i.e. le facteur intrinsèque, occasionne après quelques années une anémie pernicieuse à moins que le patient ne reçoive de la vitamine B¹². Une anémie par carence de fer résulte aussi du fait de l'absence d'acide chlorhydrique empêchant ainsi l'absorption du fer.

Finalement l'absorption du calcium est aussi chambardée par suite de l'absence de l'acide chlorhydrique et de la perte du contrôle, par l'intermédiaire du pylore, de l'apport intestinal.

De plus si on réalise une œsophagojéjunostomie, les aliments ne subissent pas la trituration duodénale; les sécrétions pancréatiques enzymatiques sont diminuées, le mélange des aliments et des enzymes est inadéquat; l'anse proximale (afférente) présente de la fermentation bactérienne; la longueur du petit intestin s'en trouve diminuée (Bouche-anus: 350 cms; après gastrectomie totale: 265 cms) et le patient présente pour toutes ces raisons de la diarrhée. Il s'agit en somme d'un syndrome de malabsorption qui répond parfois au traitement par les stéroïdes, les vitamines et un régime contre la sprue.

Il faut donc lorsqu'on fait une gastrectomie totale, tâcher de garder la continuité œsophago-duodénale, (Fig. 1b) ou encore faire usage d'interposition colique ou jéjunale (Fig. 1c) pour conserver la capacité gastrique et le laboratoire duodénal en place et ne pas oublier d'administrer à ces opérés du fer et de la vitamine B¹².

GASTRECTOMIE SUB-TOTALE

La plupart des interventions gastriques sont faites dans le but de traiter l'ulcus gastrique ou les complications de l'ulcère duodénal; à ce sujet disons que, dans toute intervention pour ulcère, le but est d'obtenir une achlorhydrie ou une hypochlorhydrie post-opératoire persistante. Aussi les chirurgiens ont-ils d'abord voulu faire une intervention que je qualifierais d'"anatomique", c'est-à-dire la gastrectomie subtotalaire à 75% de façon

GASTRECTOMIE TOTALE

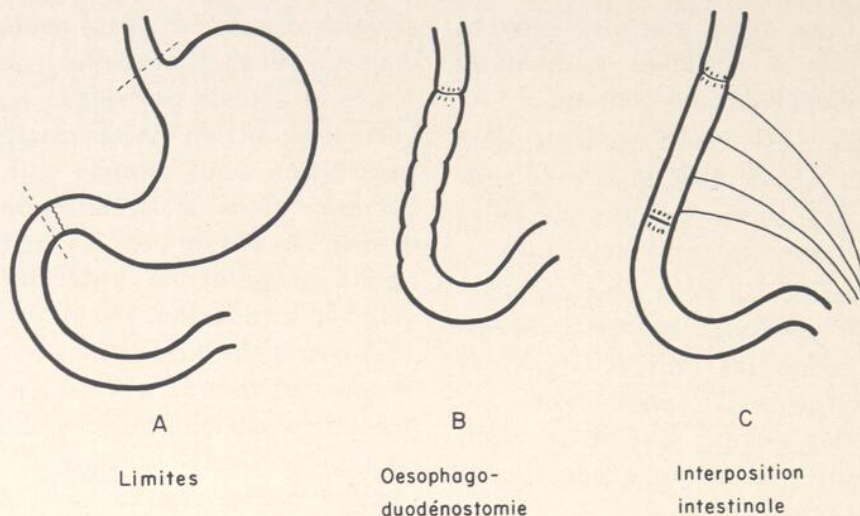


Figure 1

à diminuer le plus possible la masse cellulaire productrice d'acide chlorhydrique.

1. Billroth II — (Fig. 2)

La plupart des gastrectomies se font en anastomosant l'estomac restant à la première anse du grêle de sorte que la continuité du tube digestif se trouve modifiée au niveau du cadre duodénal.

Ces malades ont des troubles semblables à ceux qui ont subi une gastrectomie totale, mais à un degré beaucoup moindre. Ces troubles sont dus à une perte de la fonction réservoir, à une destruction du sphincter pylorique ainsi qu'à la modification de la fonction duodénale et ils se manifestent par:

a) une perte de poids dans environ 40% des cas alors que les patients ayant une reconstruction du type Billroth I perdent du poids dans 14% des cas en moyenne;

b) de la diarrhée et de la stéatorrhée; celle-ci est beaucoup moins marquée que dans la gastrectomie totale et est due surtout à l'insuffisance des sécrétions pancréatique et biliaire, elles-mêmes dues à la dérivation gastrojéjunale;

c) l'apparition d'un syndrome hyper-hypo-glycémiant; dans une reconstruction type Billroth II, les glucides passent rapidement au grêle et il s'ensuit une hyperglycémie suivie d'une hypoglycémie réactionnelle dont nous reparlerons en traitant du "dumping".

Disons finalement que les patients ayant des gastrectomies type Billroth II Polya (Fig. 2c) présentent plus de "dumping" et plus de rétention gastrique que ceux qui ont un Billroth II Hoffmeister (Fig. 2b); ceci nous laisserait croire que le diamètre de la bouche anastomatique pourrait avoir une certaine importance dans l'incidence des troubles post-gastrectomie.

GASTRECTOMIE SUB-TOTALE

Billroth II

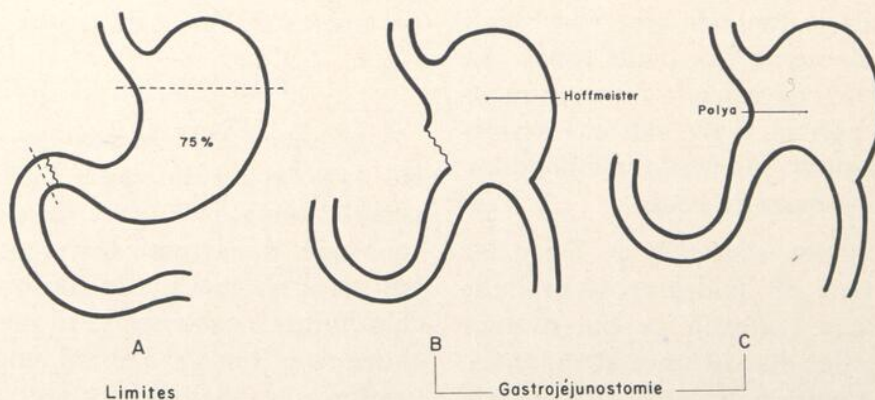


Figure 2

2. Billroth I — (Fig. 3)

GASTRECTOMIE SUB-TOTALE

Billroth I

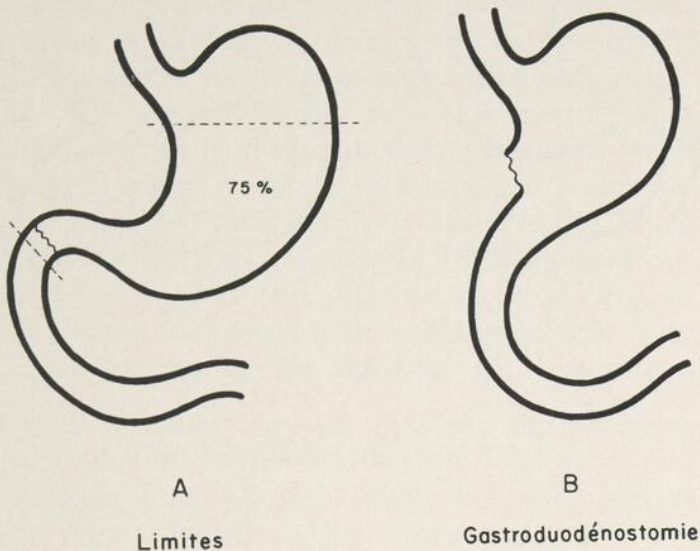


Figure 3

A la différence du Billroth II, cette technique consiste à aboucher la portion restante de l'estomac à la première portion du duodénum: cette intervention à première vue tâche donc de rétablir l'anatomie de façon plus orthodoxe et de respecter un peu plus la physiologie. Il n'est pas toujours possible de réaliser cette anastomose gastro-duodénale à cause de l'état de la première portion du duodénum qui a souvent subi les ravages de l'ulcère.

a) C'est une intervention qui donne définitivement moins de mortalité que le Billroth II; (moins de 2% contre 3% environ).

b) Parce qu'il y a plus d'intestin conservé pour les besoins de l'absorption (330 cms environ) que dans le Billroth II, les patients présentent moins de troubles de nutrition et maigrissent moins; plusieurs reprennent même leur poids pré-opératoire. Ces malades ont aussi moins de diarrhée; en effet les patients ayant un Billroth I perdent 12 gms. pour jour de lipides en moyenne alors que ceux qui ont un Billroth II perdent 20 gms. par jour environ. (un individu normal perd de 5 à 7 gms. par jour)

c) Par contre les syndromes de "dumping" seraient aussi fréquents que dans un Billroth II.

d) Disons enfin que cette intervention, dans des conditions de résection identique, donnerait moins d'ulcus récidivant que le Billroth II: ceci s'expliquerait de plusieurs façons:

l'acide chlorhydrique et les lipides au niveau du duodénum provoquent par voie hormonale une inhibition de la sécrétion gastrique;

le passage des aliments dans le duodénum stimule celui-ci à produire de la sécrétine qui favorise une sécrétion de suc pancréatique alcalin;

le duodénum a une muqueuse plus résistante à l'acide chlorhydrique et à la pepsine que la muqueuse jéjunale; il existe en effet un "gradient" de résistance à l'acide chlorhydrique qui va en diminuant sur le tube digestif au fur et à mesure qu'on s'éloigne du pylore;

la proximité du cholédoque par rapport à l'anastomose protège cette dernière par la bile alcaline qu'il déverse.

Remplacement jéjunal ou colique

Cette technique devrait être employée lors d'une gastrectomie totale. Elle permet de rétablir la continuité du tube digestif de façon à peu près normale permettant aux aliments de passer dans le duodénum et de stimuler ainsi la sécrétion de bile et de suc pancréatique; elle permet aussi d'éviter les régurgitations du contenu duodénal comme on en rencontre dans une œsophagojéjunostomie. Ces patients ont aussi moins de troubles post-prandiaux, une meilleure absorption des protéines et des graisses et une perte de poids moins grande que ceux qui ont une œsophagojéjunostomie.

VAGOTOMIE TOTALE

Après analyse des résultats cliniques obtenus à la suite de la gastrectomie et sous l'influence de Dragstedt particulièrement, les chirurgiens s'intéressèrent de plus en plus à la vagotomie afin de réaliser cette fois une intervention que j'appellerais "physiologique". A cette vagotomie on a ajouté diverses procédures pour tenter de trouver l'intervention idéale, c'est-à-dire celle où l'acidité pourrait être contrôlée avec un minimum d'effets physiopathologiques.

La vagotomie peut être totale ou sélective. Elle est dite totale quand toutes les fibres du pneumogastrique sont sectionnées au niveau de l'œsophage inférieur. Nous reviendrons un peu plus loin à la vagotomie sélective. La vagotomie a pour effets principaux:

a) d'empêcher toute sécrétion gastrique à la suite d'injection d'insuline, de troubles émotionnels ou à la vue ou au goût d'aliments; il s'agit donc d'un arrêt de la phase céphalique;

b) de diminuer de façon importante le tonus et la motilité de l'estomac. Le temps de vidange passe de 2 ou 3 hres à 12 hres facilement. Aussi faut-il toujours associer à une vagotomie une intervention de drainage. D'ailleurs une vagotomie seule ne prévient pas un ulcère.

1 — Hémigastrectomie

Si à la vagotomie on ajoute une hémigastrectomie de 50%, tel que préconisé par Smithwick, de façon à enlever tout l'antré, on s'assure d'une achlorhydrie survenant dans 85% des opérés. Et ceci est important, car, comme dit le dicton, "pas d'acide, pas d'ulcère". En effet on s'était bien rendu compte autrefois que plus on enlevait d'estomac, moins on obtenait d'ulcère récidivant, mais plus par contre on trouvait des patients présentant des troubles post-gastrectomie (perte de poids, diarrhée, "dumping", etc.). Or ici avec une gastrectomie à 50%, l'ulcère récidivant n'est noté que dans 0.9% des cas (soit 3 cas, et à la réintervention tous les trois avaient un vague droit intact.) Cette technique assure aussi un minimum de "dumping" de 0.7%, une perte de poids dans 3.2% des cas, peu ou pas de diarrhée et une mortalité à 2%. Ceci pour une série de 346 opérés.

Cette intervention est bien plus physiologique que les précédentes, car elle tient compte de la phase céphalique de la sécrétion gastrique en sectionnant les vagues et elle tient aussi compte de la phase gastrique de la sécrétion gastrique en enlevant l'antré. Deux phases sur trois sont donc ainsi éliminées, la troisième étant de moindre importance puisqu'elle contribue pour 10% environ dans la sécrétion gastrique.

2 — Antrectomie

C'est à toutes fins pratiques la même intervention que précédemment sauf que la gastrectomie serait de l'ordre de 40% environ d'après les travaux d'Edwards. Les principes physiologiques à la base de cette intervention sont les mêmes que pour l'hémigastrectomie et les résultats sont à peu près semblables. Ajoutons que les troubles post-gastrectomie sont moindres si les patients ont une reconstruction selon un Billroth I. Herrington n'a trouvé que 12 cas porteurs d'ulcère récidivant sur 3052 cas ayant bénéficié d'une vagotomie et antrectomie (soit 0.4%).

3 — Gastrojéjunostomie (Fig. 4)

Il est assez curieux de noter que la littérature américaine ne paraît pas très enthousiaste devant cette opération qui a d'ailleurs été mise de l'avant par Dragstedt alors que la littérature britannique en particulier paraît très enchantée des résultats obtenus. Le fait que seulement 59% des patients restent achlorhydriques après cette intervention constitue l'objection majeure. Certaines statistiques donnent d'ailleurs jusqu'à 15% d'ulcus récidivants. Feggetter et Pringle d'Angleterre, ont par contre très peu de complications, mais se plai-

GASTROJEJUNOSTOMIE

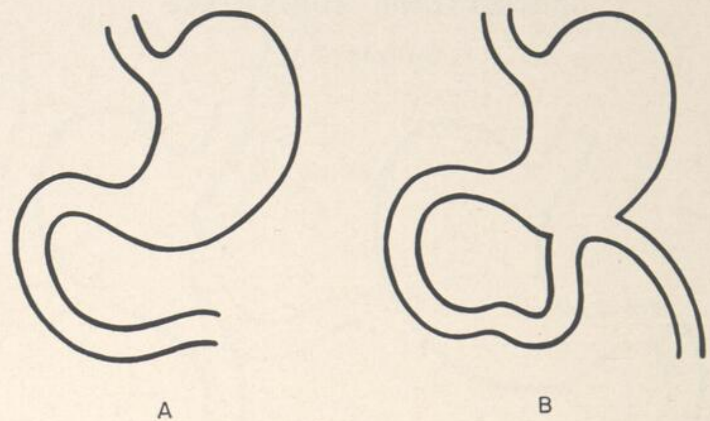


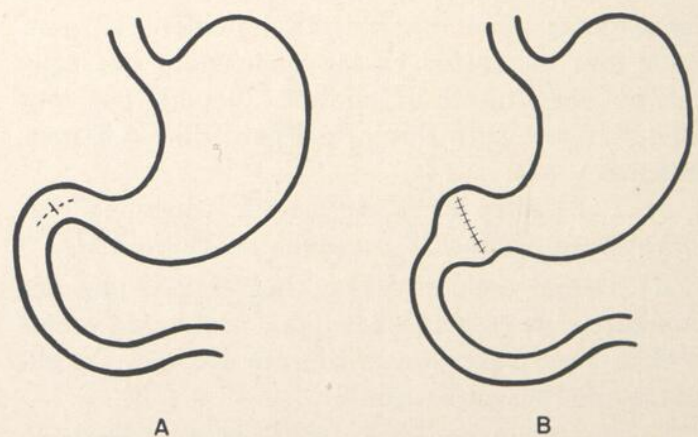
Figure 4

gnent du fait que 22% de leurs malades vomissent de la bile sans pouvoir trouver d'explication et que 25% présentent des diarrhées plus ou moins abondantes sans qu'ils aient pu trouver de malabsorption lipidique non plus qu'un élément infectieux. Ceci pourrait être dû au fait que lors du processus de digestion, la gastroentérostomie occasionne une moins grande stimulation pancréatique.

4 — Pyloroplastie (Fig. 5)

Ces patients qui ont une vagotomie et une pyloroplastie présentent un minimum de troubles post-opératoires à long terme. La mortalité est moins de 0.5%, la récurrence ulcéreuse de 2.5% (et celle-ci se maintient stable après 5 ans et même 10 ans), le "dumping" à tous ses degrés, 6% et la diarrhée, 1%. Cette intervention a pour avantage de conserver le réservoir gastrique et de permettre le passage d'aliments au niveau du duodéum de sorte que les troubles d'absorption intestinale sont minimes. La vagotomie et la pyloroplastie prati-

PYLOROPLASTIE



(Type Heineke-Mikulicz)

Figure 5

quées chacune séparément ne réussissent pas à prévenir l'ulcus, au contraire chacune de ces interventions pratiquée seule occasionne le développement d'ulcères. L'idée d'associer la pyloroplastie à la vagotomie est d'une part de créer une intervention de drainage et d'autre part de permettre à l'acide encore formé au niveau de l'estomac d'agir sur l'antra pour stimuler celui-ci à produire une substance qui inhibe la sécrétion gastrique ("anti-gastrin effect"). Enfin pour d'autres le fait de modifier de façon radicale le diamètre de l'antra aurait pour effet d'annuler la fonction sécrétrice de celui-ci. Mais cette intervention, pour élégante qu'elle soit, ne causerait de l'achlorhydrie que dans 35% des cas, ce qui constitue un désavantage majeur.

VAGOTOMIE SÉLECTIVE (Fig. 6)

Même si la vagotomie sélective a été préconisée en 1947 par Jackson, ce n'est que depuis 5 ans environ que cette technique, encore au stage de l'expérimentation, a été pour ainsi dire lancée par Griffith. Il s'agit en somme de ne sectionner que les branches gastriques du vague (65%) laissant intactes les divisions coeliaques (25%) et les rameaux hépatiques (10%) de façon à ne pas modifier la physiologie du tube digestif extra-gastrique. Cette vagotomie sélective aurait comme principal effet de faire disparaître la diarrhée post-opératoire qui pourrait être présente dans 30% des cas. De plus cette technique éliminerait aussi le stase biliaire qui se manifeste après vagotomie totale.

CRYOTHÉRAPIE

Cette méthode nouvelle mise de l'avant par Wangenstein et son groupe, consiste à abaisser

VAGOTOMIE SÉLECTIVE

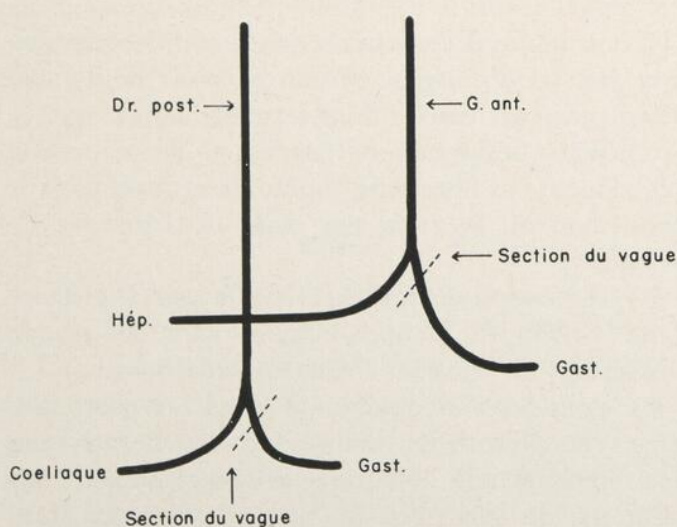


Figure 6

la température dans l'estomac à -10°C . pour occasionner ainsi la formation de cristaux de glace dans les cellules de la muqueuse avec rupture et destruction subséquente de ces cellules. Cette congélation a donc pour effet de diminuer pendant une période de six mois en moyenne la sécrétion d'acide chlorhydrique et de pepsine par l'estomac.

Il s'agit donc de réaliser par le froid ce qu'on veut réaliser par la chirurgie; il s'agirait là d'une vraie gastrectomie physiologique. Les avantages, si la méthode vient à être mise au point, seront énormes, puisque le réservoir gastrique est conservé et le jeu du pyllore maintenu intact, tout en diminuant la sécrétion d'acide chlorhydrique par une manœuvre qui dure un peu plus d'une heure.

Elle n'est pas sans danger toutefois dans l'état actuel, puisque deux auteurs rapportaient récemment 8 mortalités sur 19 cas. Certains se demandent si le devenir de cette technique ne sera pas comparable à celui de la radiothérapie dans le traitement de l'ulcère gastrique ou duodénal. C'est une technique nouvelle, encore au stage expérimental et qui ne devrait actuellement être faite que dans quelques centres choisis, afin d'en préciser toutes les modalités.

QUELQUES SYNDROMES

Nous avons vu quelques-uns des troubles qui résultent d'une gastrectomie: certains surviennent quelle que soit la technique employée et posent un problème difficile à résoudre.

1 — "Dumping"

Le plus important de ces syndromes et probablement celui pour lequel il s'est fait le plus de recherches est le "dumping". Son incidence varie de quelques dixièmes pour cent jusqu'à 75% selon les exigences des auteurs!

Le "dumping" se manifeste 10 à 15 minutes après un repas à osmolarité élevée et dure de 40 à 60 minutes. Les patients se plaignent d'un certain nombre des malaises suivants: faiblesse, pâleur, sudation, nausées, vomissements, malaise épigastrique, palpitations, étourdissements, diarrhée. À l'examen, on trouve: tachycardie, tachypnée, augmentation de la pression artérielle, augmentation de la motilité du grêle, diminution du volume plasmatique, diminution du potassium plasmatique, diminution des éosinophiles circulants, hyperglycémie et hypoglycémie réactionnelle, diminution du débit cardiaque, augmentation du flot sanguin digestif, augmentation du flot sanguin rénal.

La physiopathologie du "dumping" s'explique de la façon suivante; la gastrectomie qui ne laisse qu'un petit réservoir gastrique d'une part, et l'ab-

sence du pylore d'autre part, permettent le passage rapide dans le grêle d'aliments à osmolarité élevée comme le glucose. Le grêle n'étant pas fait pour métaboliser rapidement cette solution hypertonique, il s'ensuit une sécrétion jéjunale qui rend isotonique la solution glucidique de sorte que la pression intra-luminale augmente dans le grêle; d'où une distension de celui-ci qui occasionne une hypermotilité. Ces facteurs ont pour effet de libérer dans la lumière intestinale la sérotonine qui est par la suite transportée dans la veine porte. La portion de sérotonine (ou substance apparentée) qui n'a pas été neutralisée par le foie va dans la grande circulation et cause une augmentation du flot sanguin périphérique, du "flushing", de la transpiration et une stimulation directe du grêle qui se manifeste par des coliques et de la diarrhée. La dilution intestinale se poursuivant il s'ensuit une réduction du volume sanguin. Comme la sérotonine est vaso-dilatatrice, la vasoconstriction subséquente à une diminution du volume sanguin ne se produit pas et le malade, s'il est en position debout, accuse de l'hypotension, de la faiblesse et une recrudescence de ces symptômes. L'absorption de grande quantité de glucose ci-haut décrit produit une hyperglycémie qui, elle, stimule le pancréas à libérer de l'insuline qui, à son tour, est suivie d'hypoglycémie se manifestant par de la transpiration, de la nervosité, une sensation de faim et même des convulsions.

Il est à noter qu'immédiatement après une crise de "dumping", le patient peut manger sans trouble parce que ses réserves de sérotonine sont nulles. Cependant ces réserves se refont rapidement et expliquent que le malade ressentira les mêmes troubles au repas suivant.

Il se fait actuellement beaucoup d'expérimentation tendant à prouver le rôle de la sérotonine dans l'apparition du syndrome de dumping. Il existe à date certains médicaments "anti-sérotonine" qui, en plus de la diète, ont un effet bien-faisant dans les cas de "dumping": a) la cyproheptadine (Periactin) qui inhibe la réponse des tissus et des organes vis-à-vis la sérotonine (4-6 mgms 2 hres A.C.) et b) l'alpha-methyldopa (Aldomet) qui bloque la formation de sérotonine; ce dernier médicament a comme désavantage de produire secondairement des effets sédatifs.

2 — Ulcère récidivant

Nous ne parlerons pas ici de l'ulcère dit hormonal du syndrome de Zollinger Ellison, mais de la récurrence ulcéreuse banale. Les symptômes et les complications sont connus; nous n'y reviendrons pas.

Les causes se retrouvent dans une résection gastrique insuffisante (moins de 70%), une persistance de l'antra, une vagotomie incomplète, une anse afférente trop longue. Si on se rapporte aux travaux de Smithwick, on trouve que cet ulcère récidivant se produit dans 6.1% des cas de gastrectomie sub-totale et dans 1.5% des cas traités par hémigastrectomie et vagotomie; l'antrectomie associée à la vagotomie serait responsable de 0.4% d'ulcères récidivants alors que la pyloroplastie et la vagotomie seraient responsables de 2.5%.

Un principe est à retenir: tous les patients présentant un ulcère récidivant ont de l'acide chlorhydrique libre dans l'estomac: i.e. tous ont un pH inférieur à 3.5. Le contraire est aussi vrai: aucun patient achlorhydrique au test à l'insuline n'a présenté d'ulcus récidivant. Si on accepte ce principe, on peut apprécier la valeur des diverses interventions gastriques quant au pourcentage possible d'ulcus récidivant, en effet:

83% des patients qui ont une hémigastrectomie et une vagotomie présentent de l'achlorhydrie; 66% des patients qui ont une gastrectomie sub-totale présentent de l'achlorhydrie; 59% des patients qui ont une gastroentérostomie et une vagotomie présentent de l'achlorhydrie; 35% des patients qui ont une pyloroplastie et une vagotomie présentent de l'achlorhydrie; ce qui revient à dire que l'hémigastrectomie (ou antrectomie) accompagnée d'une vagotomie serait la meilleure intervention, surtout si on la complète par un Billroth I.

Un mot du traitement. La plupart du temps, la vagotomie, si elle n'a pas été faite, devrait donner de bons résultats pourvu que la résection gastrique soit suffisante. Si, malgré une vagotomie complète et une hémigastrectomie l'ulcère se répète, il faut alors penser à la possibilité d'un syndrome de Zollinger Ellison.

3 — Troubles de l'absorption

Ces troubles d'absorption qui se manifestent surtout par de la diarrhée et une perte de poids sont dus à plusieurs causes dont les principales sont:

a) perte des fonctions gastriques de trituration des aliments et libération rapide de ceux-ci dans le duodénum ou le grêle par suite de l'absence de pylore;

b) raccourcissement du tube digestif efficace dans le Billroth II occasionnant ainsi un transit accéléré et un temps d'absorption raccourci;

c) exclusion du duodénum dans les gastrectomies type Billroth II; ceci a pour effet de produire une moins grande libération de bile et de suc pancréatique de sorte que les aliments ingérés manquent des ferments nécessaires à la digestion; il

s'ensuit alors une perte de lipides et de protides ayant comme conséquence la diarrhée et une perte de poids.

Ces trois facteurs ayant moins d'importance dans une gastrectomie type Billroth I, expliquent en même temps pourquoi les patients qui ont subi cette intervention perdent moins de poids que ceux qui ont eu un Billroth II. Lundh a en effet prouvé que:

a) l'estomac se vide plus vite après un Billroth II qu'un Billroth I;

b) les aliments voyagent plus rapidement dans le grêle après un Billroth II qu'un Billroth I;

c) la concentration intestinale de trypsine est plus élevée après un Billroth I qu'un Billroth II;

d) à cause de l'incoordination que présente la vidange gastrique, le mélange des sécrétions biliaires et pancréatiques se fait moins bien après un Billroth II qu'un Billroth I;

e) l'absorption intestinale des graisses et des protéines est modifiée dans les deux types de reconstruction.

Disons enfin que la vagotomie a un rôle à jouer dans la diarrhée post-opératoire et c'est pourquoi il faut préférer la vagotomie sélective.

CONCLUSION

Il est maintenant facile de saisir toute l'importance qu'a joué une meilleure connaissance de la physiologie dans la chirurgie gastrique. Cette chirurgie n'est donc pas restée à un point mort et ne se résume pas tout simplement par: "Gastrectomie".

Nous avons essayé de dégager l'essentiel des modifications physiopathologiques survenant après la chirurgie gastrique pour tâcher de trouver l'intervention idéale, du moins dans l'ulcère duodénal. Cette intervention paraît bien être l'antrectomie ou l'hémigastrectomie associée à une vagotomie sélective, où la reconstruction se fait selon un Billroth I pour l'individu d'âge moyen présentant une acidité élevée, alors que le patient âgé, à acidité basse, devrait bénéficier d'une vagotomie sélective associée à une pyloroplastie.

Résumé

Les interventions sur l'estomac ne se résument pas tout simplement par le mot "Gastrectomie". Il faut essayer d'accomplir une intervention qui modifie le moins possible l'anatomie et la physiologie. Les avantages et les inconvénients de certaines interventions gastriques dans le traitement de l'ulcère duodénal ont été discutés et nous avons tenté d'en tirer les conclusions appropriées.

Summary

Gastric operations should not be summarized by the word "Gastrectomy". One must try to perform an operation without altering too much gastric anatomy and physiology. Pros and cons of some popular gastric operations in the treatment of duodenal ulcer have been discussed and the author tried to draw some appropriate conclusions.

BIBLIOGRAPHIE

1. FERGUSON, Donald J.: The Physiology of Gastric Secretion as it applies to the peptic ulcer problem. *S. Clin. North America*, **42**: 185, 1962.
2. DREILING, D. A.: Physiologic Derangements following Gastric Resection. *Am. J. Digestive Disease*, **7**: 209, 1962.
3. NEWTON III, ST. ELMO, JUDD, E. S.: Long term follow-up proves Billroth 1 Gastric Resection inadequate for permanent control of duodenal ulcer. *Surg. Gyn. Obst.*, **116**: 170, 1963.
4. FARMER, D. A.; HARROWER, H. W. et SMITH-WICK, R. H.: Hemigastrectomy-Vagotomy for Duodenal Ulcer: an evaluation. *Am. J. Digestive Disease*, **7**: 195, 1962.
5. HERRINGTON, J. L.; CLASSEN, K. L. et EDWARDS, L. W.: Experiences with a Billroth 1 Reconstruction following Vagotomy and Antrectomy for Duodenal Ulcer. *Ann. Surg.*, **153**: 575, 1961.
6. FEGGETTER, G. Y. et PRINGLE, R.: The Long Term Results of Bilateral Vagotomy and Gastrojejunostomy for Chronic Duodenal Ulcer. *Surg. Gyn. Obst.*, **116**: 175, 1963.
7. HENDRY, W. G.: The Finney Pyloroplasty in Gastro-duodenal Surgery. *Surg. Gyn. Obst.*, **116**: 657, 1963.
8. HARKINS, H. N. et Coll.: Selective Gastric Vagotomy. *Ann. Surg.*, **158**: 448, 1963.
9. WANGENSTEEN, O. H. et Coll.: Can Physiological Gastrectomy be achieved by Gastric Cooling? *Ann. Surg.*, **156**: 579, 1962.
10. DRAPANAS, T.; McDONALD, J. C. et STEWART, J. D.: Serotonin Release Following Instillation of Hypertonic Glucose Into the Proximal Intestine. *Annals of Surgery*, **156**: 528, 1962.
11. WAUGH, J. M. et Coll.: Fat assimilating capacity of the Gastrointestinal Tract after partial Gastrectomy with Gastroduodenostomy. *Gastroenterology*, **44**: 25, 1963.
12. HARKINS, H. N. et NYHUS, L. M.: Surgery of the Stomach and Duodenum. Little, Brown & Co., édit., Boston, 1962.
13. JOHNSON, L. P.; SLOOP, R. D.; JESSEPH, J. E. et HARKINS, N. H.: Serotonin Antagonists in Experimental and Clinical Dumping. *Annals of Surgery*, **156**: 537, 1962.
14. THOMPSON, J. C.; TRAMONTANA, J. A.; LERNER, H. J. et STALLINGS, J. O.: Physiologic Scope of the Antral Inhibitory Hormone. *Annals of Surgery*, **156**: 550, 1962.
15. ZOLLINGER, R. M., ELLIOTT, D. W.; ENDAHL, G. L.; GRANT, G. N.; GOSWITZ, J. T. et TAFT, D. A.: Origin of the Ulcerogenic Hormone in Endocrine Induced Ulcer. *Annals of Surgery*, **156**: 570, 1962.

ÉTUDE DU SODIUM EN REGARD DE LA TENSION ARTÉRIELLE ET DE LA RÉACTIVITÉ VASCULAIRE CHEZ LE NORMOTENDU

Léon TÉTREAU¹, Pierre GOUGER² et Alain PANISSET³

Département de pharmacologie, Faculté de Médecine, Université de Montréal
et Service de Médecine, Hôpital Saint-Luc, Montréal.

Il existe une certaine relation entre l'ingestion de chlorure de sodium et l'hypertension essentielle. Cette opinion semble fondée si l'on considère l'efficacité antihypertensive des diètes désodées et des natriurétiques, la possibilité de produire certaines hypertensions expérimentales à l'aide de chlorure de sodium et la rareté relative d'hypertension chez les peuplades qui ont une diète pauvre en sel.

Green et coll. suggèrent en 1954 que les hypertendus ont un appétit augmenté pour le sel (1). Dahl et Love (2) en poursuivant cette hypothèse, étudient 1346 sujets et démontrent que l'hypertension essentielle est significativement plus fréquente chez ceux qui consomment le plus de sel de table. Ils concluent qu'une forte ingestion de chlorure de sodium prédispose à l'hypertension et proposent cette erreur diététique comme un facteur étiologique possible de la maladie. Dans le même ordre d'idée, Fallis et coll. (3) évaluent le seuil gustatif au chlorure de sodium des hypertendus. Ils constatent que, comparés à des témoins sains appariés, ces malades souffrent d'une inaptitude très significative à goûter le sel.

Nous avons voulu dans ce travail étudier les deux facteurs, seuil gustatif au chlorure de sodium et ingestion de sel de table, dans une population d'étudiants normotendus. Nous avons recherché une corrélation entre d'une part ces deux paramètres et d'autre part la tension artérielle (T.A.) de base ainsi que la réaction tensionnelle à l'émotion et au "Cold pressor test" (C.P.T.).

MÉTHODES

Notre étude porte sur 100 sujets mâles volontaires. Ils furent choisis au hasard parmi les étudiants d'été des diverses facultés de l'Université de Montréal. Leur âge variait de 17 à 30 ans. Pour chacun, nous déterminions dans l'ordre, la tension artérielle de base, la réaction vasopressive à l'émotion et au "Cold pressor test", le seuil du goût au chlorure de sodium et enfin l'ingestion habituelle de sel de table.

¹ Pharmacologue, M.D., M.Sc., Assistant professeur, Faculté de Médecine, Université de Montréal; Consultant honoraire, Hôpital Saint-Luc, Montréal.

² Boursier du Ministère de la Santé.

³ Boursier de la Fondation Joseph Rhéaume.

Tension artérielle

Toutes les tensions artérielles furent déterminées au bras droit à l'aide d'un sphygmomanomètre à mercure. L'arrêt des bruits auscultatoires servait d'index de tension diastolique. Pour chaque détermination de tension artérielle nous faisons trois lectures consécutives, la plus basse étant retenue comme donnée. La tension artérielle était prise à l'arrivée du patient à deux reprises: en position debout et couché. Après 30 minutes de repos en décubitus, dans une pièce calme et demi-obscurie la tension artérielle, que nous appelons tension artérielle de base, était évaluée.

Réponse vasopressive à l'émotion et au "Cold pressor test"

On faisait ensuite lever le sujet qui devait se tenir immobile pendant 5 minutes. Une autre tension artérielle était prise. Le patient faisait ensuite trois pas pour aller s'asseoir sur un tabouret devant un aquarium rempli d'eau maintenue à 5° C et agitée mécaniquement de façon continue. On lui annonçait alors qu'il allait subir le "Cold pressor test" et on lui expliquait l'épreuve. Une autre évaluation de sa tension artérielle était alors faite et 60 secondes plus tard le sujet plongeait sa main gauche dans l'eau jusqu'au niveau du poignet. La main était ainsi immergée une minute au cours de laquelle deux déterminations de tension artérielle étaient effectuées, l'une 30 secondes après le début du test, l'autre après 60 secondes. La réponse vasopressive à l'émotion était la différence entre la tension artérielle enregistrée avant l'annonce du test et celle enregistrée 60 secondes avant le test. La réponse au "Cold pressor test" était la différence entre la plus forte tension artérielle enregistrée pendant l'immersion de la main gauche et la tension artérielle prise 60 secondes avant l'immersion. Comme il existe une corrélation inverse (7) entre la réponse à l'émotion et la réponse au froid nous n'avons tenu compte dans ce travail que de la différence entre la plus forte tension artérielle enregistrée pendant l'immersion et la tension artérielle prise avant l'annonce du "Cold pressor test", i.e. nous avons retenu la réponse vasopressive résultant des réponses intégrées à l'émotion et au froid.

Seuil du goût au chlorure de sodium

Pour évaluer le seuil gustatif au chlorure de sodium nous avons procédé selon une modification (3) de la technique de Richter et McLean (8). Le sujet était mis en présence de 9 rangées de 4 verres. L'un des 4 verres de chaque rangée contenait une solution de chlorure de sodium, les autres verres, de l'eau distillée. De la première à la 9e rangée, les solutions salées étaient d'une concentration croissante selon une progression logarithmique: 0.125, 0.25, 0.5, 1, 2, 4, 8, 16, 32 et 64 mg/ml. A chaque rangée, le verre qui contenait la solution salée était distribué au hasard parmi les autres verres. Les verres étaient rigoureusement identiques. Le sujet devait goûter au contenu de chacun des verres, rejeter le liquide et se rincer la bouche à l'eau distillée entre chaque dégustation. Il pouvait goûter aux solutions autant de fois qu'il le désirait. Il devait procéder de la 1ère à la 9e rangée et indiquer à chaque rangée lequel des liquides se distinguait des autres par son goût et identifier la nature de ce goût. Le seuil du goût au chlorure de sodium est la solution la plus diluée que le sujet peut identifier comme salée à la condition qu'il reconnaisse toutes les solutions plus concentrées et qu'il fournisse la même performance dans une deuxième détermination.

Ingestion de sel

Le volontaire était enfin soumis à un questionnaire visant à évaluer approximativement sa con-

sommation habituelle en sodium. A cette fin nous avons employé la méthode de Dahl et Love (2) qui consiste à classer les sujets en 3 catégories: ceux qui n'ajoutent jamais de sel eux-mêmes à leurs aliments (ingestion modérée), ceux qui salent au besoin leurs aliments (ingestion moyenne) et ceux qui salent toujours leur nourriture avant même d'y goûter (ingestion forte).

RÉSULTATS

Au tableau I sont consignés les moyennes et les erreurs-types des tensions artérielles de base et des réactions vasopressives à l'émotion et au froid en regard des seuils gustatifs au chlorure de sodium. Les moyennes de tension artérielle de base et de réactivité vasculaire des patients répartis en groupes selon leur seuil gustatif ont tendance à s'élever avec le seuil. Cette tendance n'est pas cependant significative. Sur le plan statistique, il n'y a pas de corrélation établie entre, d'une part la tension artérielle et la réactivité vasculaire et d'autre part le seuil du goût au chlorure de sodium. Les données vasculaires doivent être considérées par rapport au seuil gustatif comme distribuées au hasard.

Selon que leur ingestion habituelle de sel est modérée, moyenne ou forte, nos 100 sujets se répartissent en 3 groupes respectivement de 12, 48 ou 40 individus. Les réponses vasopressives moyennes des sujets de chaque groupe sont représentées au tableau II accompagnées de leur erreur-

TABLEAU I

TENSION ARTÉRIELLE ET RÉACTIVITÉ TENSIONNELLE EN FONCTION DU SEUIL DU GOÛT AU CHLORURE DE SODIUM (N = 100)

Seuils du goût au NaCl en mg/ml		.125 à .25	0.5	1	2	4 à 64
Nombre de sujets		11	27	34	19	9
Tension systolique de base (mmHg)	\bar{X}	113.5	119.4	116.5	118.4	122.2
	S _x	3.3	2.0	2.1	2.8	2.6
Tension diastolique de base	\bar{X}	61.8	64.5	63.6	68.0	69.5
	S _x	2.6	2.6	2.3	2.3	3.1
Réaction systolique à l'émotion et au C.P.T.	\bar{X}	28.0	33.5	29.8	31.5	38.9
	S _x	3.5	2.1	2.2	3.1	3.6
Réaction diastolique à l'émotion et au C.P.T.	\bar{X}	33.8	33.4	27.2	29.9	36.7
	S _x	3.9	2.9	2.4	2.4	3.6

TABLEAU II
RÉACTION TENSIONNELLE À L'ÉMOTION ET AU C.P.T. EN FONCTION DE L'INGESTION
DE CHLORURE DE SODIUM (N = 100)

Ingestion de NaCl		Modérée (1)	Moyenne (2)	Forte (3)
Nombre de sujets		12	48	40
Réaction systolique (mmHg)	\bar{X}	35.7	30.2	31.5
	S_x	3.7	2.1	1.8
Réaction diastolique	\bar{X}	31.8	26.4	34.4
	S_x	3.4	2.2	2.9

TABLEAU III
TENSION ARTÉRIELLE DE BASE EN FONCTION DE L'INGESTION DE CHLORURE DE SODIUM
(N = 100)

Ingestion de chlorure de sodium		Modérée (1)	Moyenne (2)	Forte (3)
Nombre de sujets		12	48	40
Tension systolique moyenne (mmHg)	\bar{X}	116.3	117.1	119.1
	S_x	2.3	1.9	1.5
Tension diastolique moyenne	\bar{X}	60.8	69.5	69.7
	S_x	3.8	1.6	1.7

type. Ces moyennes d'un groupe à l'autre ne sont pas distribuées de façon systématique. Il n'y a pas de corrélation entre l'ingestion de sel telle que nous l'avons mesurée et la réaction de la tension artérielle à l'émotion et au "Cold pressor test".

Les moyennes de tension artérielle de base dans chacun des groupes sont d'autant plus fortes que l'ingestion de sel est plus importante (tableau III). Cette corrélation positive est cependant peu marquée pour les tensions systoliques; elle est sans signification statistique. Par contre, la progression des tensions diastoliques en regard de l'ingestion de sel est plus marquée. Les 12 sujets qui ne salent jamais leurs aliments ont une diastolique moyenne de 60.8; ils se distinguent nettement des 2 autres groupes qui présentent des valeurs de 69.5 et 69.7. A l'analyse de variance, on trouve une différence significative entre les 3 groupes à un seuil de probabilité de .05 (tableau IV). Si on pousse plus loin l'analyse par des tests de "t" on constate qu'il n'y a pas de distinction statistique entre les 2 derniers groupes de patients qui présentent une

TABLEAU IV
TENSION DIASTOLIQUE DE BASE EN FONCTION DE
L'INGESTION DE CHLORURE DE SODIUM (N = 100)
Analyse de variances

Source de variation	Somme des carrés	D.L.	Carré moyen	F	p
Intergroupe	819.7	2	409.9	3.2	< .05
Intragroupe	12,503.1	97	128.9	—	—
Total	13,322.8	99	—	—	—

"t" de Student (D.L. = 97)

Comparaisons	"t"	p
(1) vs (2)	— 2.376	< .02
(1) vs (3)	— 2.386	< .02
(2) vs (3)	— 0.042	n.s.

(1) Ingestion de NaCl modérée
(2) Ingestion de NaCl moyenne
(3) Ingestion de NaCl forte

ingestion moyenne ou forte de sel mais que ces 2 groupes diffèrent statistiquement du premier groupe de patients qui n'utilise jamais la salière.

DISCUSSION

Nous n'avons démontré aucune corrélation statistiquement significative entre le seuil gustatif au chlorure de sodium et la tension artérielle de base ou la réaction vasopressive à l'émotion et au froid. Si ce seuil est anormalement élevé chez l'hypertendu (3), il ne semble, chez le jeune étudiant sain, en relation ni avec le tonus ni avec la réactivité vasculaire. Une relation existe peut-être entre les fonctions gustatives et cardio-vasculaires, mais elle n'est pas assez importante pour que nous ayons pu la démontrer par nos méthodes appliquées à un échantillon de 100 individus. A ce stade de nos recherches il nous paraît vraisemblable que l'anomalie gustative de l'hypertendu n'apparaisse qu'après l'établissement de la maladie en étant un effet de celle-ci. Pour confirmer cette hypothèse, il reste cependant à comparer les sujets normotendus sans antécédent et à suivre l'évolution de leur seuil gustatif en regard de leur état cardio-vasculaire.

Dans leur étude, Dahl et Love n'ont évalué l'ingestion de sodium de leurs patients qu'en se fondant sur l'usage que ceux-ci faisaient de la salière. Par cette méthode grossière ils ont démontré qu'il y avait significativement moins d'hypertendus chez ceux qui ne salaient jamais eux-mêmes leurs aliments. L'usage du sel de table contribue à augmenter la probabilité de faire de l'hypertension artérielle. Chez l'étudiant normotendu l'usage du sel de table à un effet certain sur la tension artérielle diastolique de base. Ceux qui n'en utilisent jamais ont, en effet, une tension diastolique moyenne significativement inférieure à celle de leurs confrères qui salent leurs aliments avant ou après les avoir goûtés. Notre étude nous permet d'affirmer que chez l'étudiant sain et normotendu l'ingestion de sel de table varie avec le tonus vasculaire. Nous confirmons ainsi les travaux de Dahl et Love ainsi que l'hypothèse du rôle étiopathogénique du sel dans l'hypertension artérielle.

Résumé

Notre enquête porte sur 100 étudiants universitaires normotendus. Dans cette population, le seuil du goût au chlorure de sodium ne varie ni

avec la tension artérielle de base, ni avec la réaction vasopressive à l'émotion et au "Cold pressor test". De même nous n'avons retrouvé aucune relation significative entre l'ingestion de chlorure de sodium et la réaction tensionnelle à l'émotion et au "Cold pressor test". Il existe, par contre, une corrélation entre l'ingestion de sel et la tension diastolique. Les sujets qui n'utilisent jamais de sel de table ont une diastolique significativement inférieure à ceux qui salent leurs aliments.

Summary

In a survey studying 100 normotensive volunteers, the salt taste threshold was found to be unrelated to both basic blood pressure and to blood pressure response to emotion and to the cold pressor test. Moreover, we found no significant correlation between the amount of ingested salt and blood pressure reaction to emotion and to cold. There was, however, a relationship between the amount of ingested salt and the diastolic blood pressure: those subjects who do not customarily add salt to their food had a significantly lower diastolic blood pressure than those who did.

REMERCIEMENTS

Ce travail a été réalisé grâce à une subvention du Ministère de la Santé.

BIBLIOGRAPHIE

1. GREEN, D. M.; JOHNSON, A. D.; BRIDGES, W. C. et LEHMAN, J. H.: Stages of salt exchange in essential hypertension. *Circulation*, **9**: 416, 1954.
2. DAHL, L. K. et LOVE, R. A.: Etiological role of sodium chloride intake essential hypertension in humans. *J.A.M.A.*, **164**: 397, 1957.
3. FALLIS, N.; LASAGNA, L. et TÉTREAULT, L.: Gustatory thresholds in patients with hypertension. *Nature*, **196**: 74, 1962.
4. HINES, B. A., jr. et BROWN, G. E.: A standard stimulus for measuring vasomotor reactions: its application in the study of hypertension. *Proc. Staff Meet. Mayo Clin.*, **7**: 332, 1932.
5. HINES, E. A., jr. et BROWN, G. E.: The cold pressor test for measuring the reactivity of the blood pressure: data concerning 571 normal and hypertensive subjects. *Am. Heart J.*, **11**: 1, 1936.
6. BARNETT, P. H.; HINES, E. A., jr.; SCHERGER, A. et PAGE, R. P.: Blood pressure and vascular reactivity to the cold pressor test. *J.A.M.A.*, **183**: 845, 1963.
7. TÉTREAULT, L.; PANISSET, A. et GOUGER, P.: Études des facteurs, émotion et douleur dans la réponse tensionnelle au "Cold Pressor Test". *Union Médicale du Canada*, (sous presse).
8. RICHTER, C. P. et McLEAN, A.: Salt taste threshold for humans. *Am. J. Physiol.*, **126**: 1, 1939.

RECUEIL DE FAITS

LA NÉVRITE DE COMPRESSION DU NERF FÉMORO-CUTANÉ OU MÉRALGIE PARESTHÉSIQUE

Claude DUPONT, Jacques DORAY, Yves PRÉVOST, Georges-E. CLOUTIER

Nous avons eu l'occasion de traiter dernièrement trois cas de névrite par compression chronique du nerf fémoro-cutané. Ce syndrome étant peu connu, nous avons pensé qu'il serait opportun d'en faire la revue et d'y ajouter nos trois cas récents. Ce syndrome est aussi connu sous le nom de méralgie paresthésique, du grec "méros" cuisse et "algos" douleur.

HISTORIQUE

Bernhardt publie en 1895 un article sur la névrite de compression du nerf fémoro-cutané. Indépendamment, la même année, Roth la nomme méralgie paresthésique. Il faut aussi reconnaître les travaux de Hager en 1885 discutant la pathologie et le traitement. En 1900, Musser et Sailor trouvent 89 cas dans la littérature et y ajoutent 10 cas personnels. Goldstein, en 1921, estime que 135 cas ont déjà été rapportés dans la littérature. Ecker, en 1938, publie le résumé des 150 cas de la clinique Mayo. En 1959 et 1961, W. R. Ghent reprend un travail sur l'étiologie du syndrome et publie des rapports préliminaires très intéressants.

SYMPTOMATOLOGIE

Purement sensitif, ce syndrome est caractérisé par des douleurs et des paresthésies et parfois de l'hypoesthésie ou de l'anesthésie, dans le territoire sensitif du nerf fémoro-cutané, c'est-à-dire à la face antéro-externe de la cuisse. La douleur est sourde ou aiguë, intermittente ou constante et s'accompagne de sensation de brûlure ou de froid, d'engourdissement ou de picotement ou de choc électrique à la face antéro-externe d'une ou des deux cuisses. L'effort ou l'extension de la cuisse sur le bassin augmente la douleur et c'est la position de flexion de la cuisse sur le bassin, lorsque assis ou couché en chien de fusil, qui est la plus confortable.

FRÉQUENCE

Sur 659 cas de névrite quelconque hospitalisés à l'hôpital Notre-Dame de 1953 à 1962 inclusivement, sept cas de méralgie paresthésique ont été relevés. De ces sept cas, trois cas ont été traités par nous et l'un d'eux a été opéré à gauche et à droite. Les hommes sont le plus souvent atteints et l'âge varie surtout entre 20 et 60 ans, l'âge moyen étant de 40 ans.

ÉTIOLOGIE

Après avoir quitté les racines nerveuses postérieures de L2-L3, traversé par le muscle psoas, longé la face interne du muscle iliaque, le nerf sensitif fémoro-cutané sort de la cavité abdominale en passant sous le ligament inguinal et sur le fascia iliaque (schéma no 1). C'est à cet exit que des modifications de position anatomique du nerf fémoro-cutané peuvent amener des troubles de compression chronique.

En effet, Ghent a très bien décrit ces modifications qui peuvent favoriser une névrite de compression (schéma no 2). Premièrement, le nerf passe à travers le ligament inguinal dédoublé qui l'étrangle. Deuxièmement, le nerf passe au-dessus d'un bord tranchant de fascia iliaque qui tend le nerf en corde d'arc, lorsque la cuisse est en extension sur le bassin (cf. photo per-op.). Troisièmement, le nerf sort de la cavité abdominale en traversant la masse du muscle couturier où il peut être comprimé. Et quatrièmement, le nerf sort de la cavité abdominale en passant au-dessus de la crête iliaque, en dehors et en arrière de l'épine iliaque antéro-supérieure où il peut être facilement soumis à des pressions extrinsèques vestimentaires.

Parmi les causes déclenchantes, notons l'augmentation de la pression abdominale, secondaire le plus souvent à l'obésité et à la grossesse, parfois à de l'ascite ou à une tumeur intra-abdominale.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Avant de poser le diagnostic de méralgie paresthésique, il faut éliminer les maladies systémiques compliquées de névrites, les maladies du système nerveux central, les lésions du rachis ou encore une tumeur intra-abdominale envahissant le nerf fémoro-cutané ou un abcès intra-abdominal contigu au nerf avec névrite secondaire.

TRAITEMENT

Le traitement conservateur est justifié lors de la grossesse ou lors d'une longue maladie retenant le malade au lit en décubitus dorsal. Si le syndrome apparaît chez des individus menant une vie normalement active ou s'il ne régresse pas après la grossesse, le traitement est chirurgical. Le traitement consiste à faire, selon le cas, une neurolyse par résection du ligament inguinal bifide ou par résec-

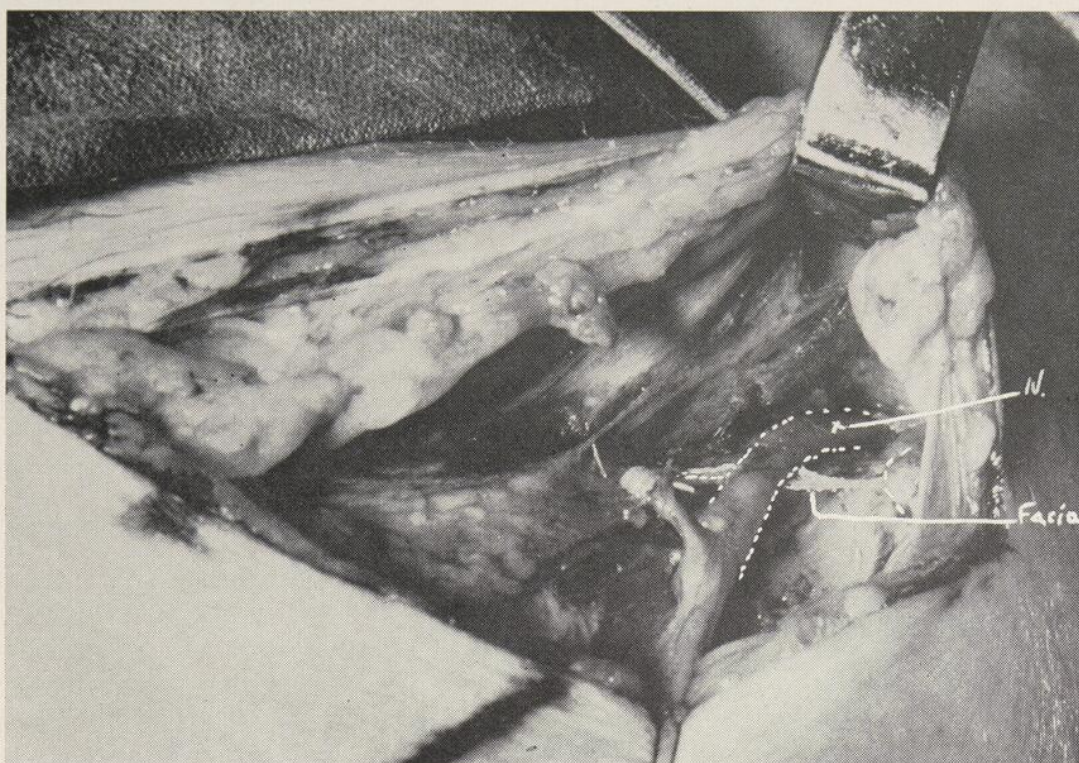


Fig. 1 — 1er cas — Photo per-opératoire — Nerf fémoro-cutané soulevé par le fascia iliaque sous-jacent, saillant.

tion du fascia iliaque saillant sous-jacent. Si par hasard le nerf fémoro-cutané passe sur la crête iliaque ou dans le muscle couturier, il semble d'après Ghent que le meilleur traitement soit de réséquer le nerf à proximité du ligament inguinal.

Observation 1

Mme E.B., âgée de 46 ans et obèse, se plaignait de douleur, d'engourdissement, de paresthésies variées à la face antéro-externe de la cuisse droite depuis 6 mois environ. La douleur était exagérée par la marche et le travail quotidien. À l'opération, on trouve le nerf fémoro-cutané droit soulevé par un bord tranchant de fascia iliaque saillant (cf. photo per-op.). La malade fut complètement soulagée après la résection du fascia iliaque saillant.

Observation 2

Mme C.D., âgée de 27 ans, se plaignait de douleur et d'anesthésie complète à la face antéro-externe de la cuisse gauche. Ces symptômes étaient apparus 5 ans auparavant lors de sa première grossesse. Chaque grossesse successive aggravait sa meralgie. Lorsqu'elle consulta finalement, la douleur était atroce en position debout ou couchée. À l'opération, le nerf fémoro-cutané gauche passait à travers un ligament inguinal bifide. La neurolyse n'amena aucune rémission. Deux mois plus tard, elle fut réopérée pour faire cette fois une résection du nerf fémoro-cutané à 2cms au-dessus

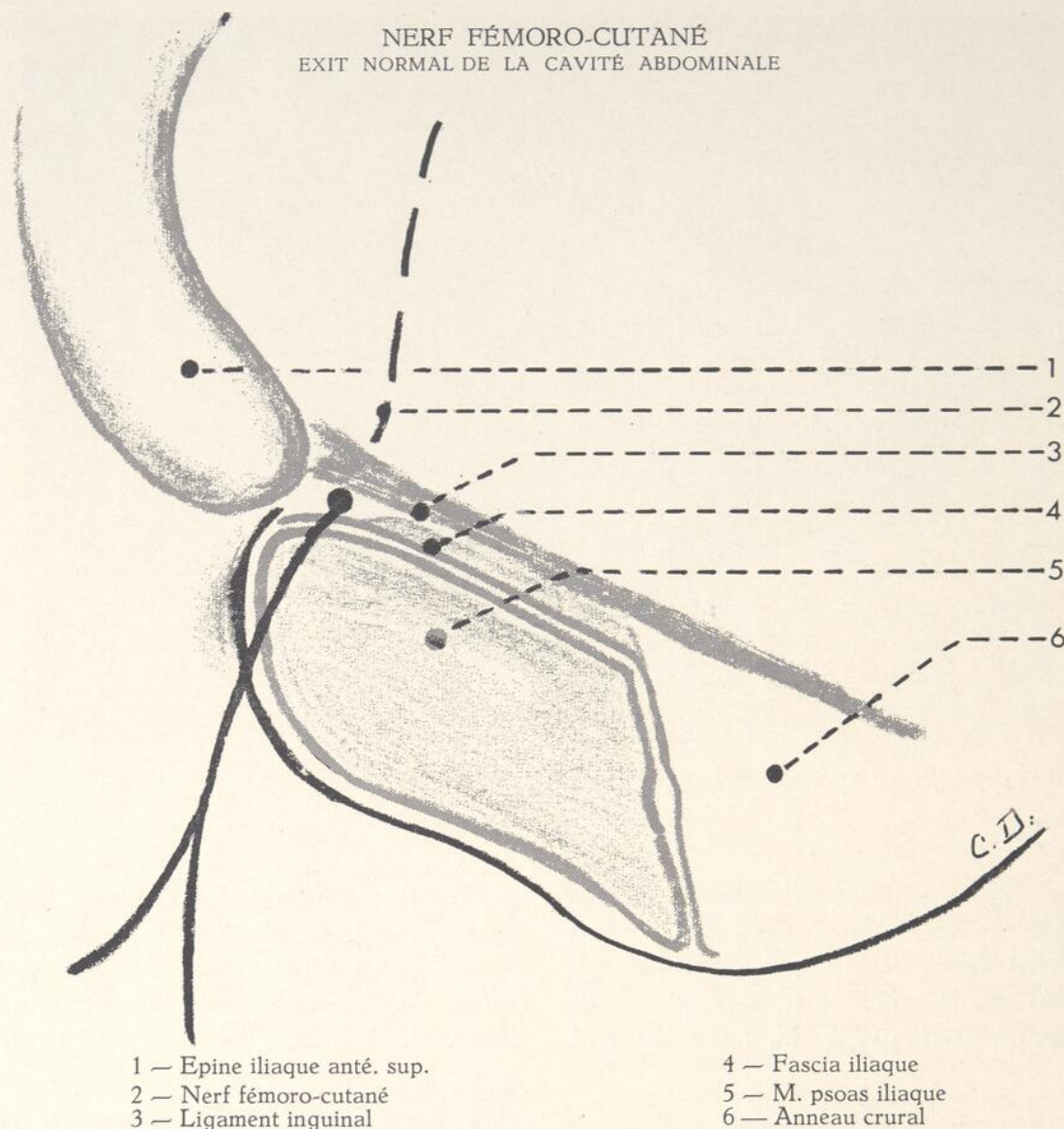
du ligament inguinal. La douleur disparut lentement après l'intervention. En effet, dans ce cas, le nerf ayant souffert pendant 5 ans, les lésions étaient définitives et seule la résection fut bénéficiaire.

Observation 3

M. R.B., un laitier âgé de 49 ans, se plaignait de douleur, de sensations d'écrasement et d'engourdissement à la face antéro-externe des deux cuisses depuis environ 12 mois. La douleur avait de telles exacerbations que le patient avait dû quitter son travail à cause de l'augmentation de la douleur que la marche lui occasionnait. Il avait même subi des traitements psychiatriques sans succès. On intervient d'abord sur le côté droit. Le nerf fémoro-cutané est soulevé par un bord tranchant de fascia iliaque. Le fascia est réséqué et la douleur disparaît immédiatement après l'opération. Deux semaines plus tard, la même intervention est pratiquée sur le côté gauche avec le même résultat. Trois semaines plus tard, le malade guéri était de retour à son travail.

CONCLUSION

Après une revue de la littérature et la présentation de trois cas, il semble bien que le syndrome de névrite de compression du fémoro-cutané ou meralgie paresthésique soit un syndrome sensitif,



rare et très incapacitant. Il est dû à des modifications anatomiques de position du nerf fémoro-cutané à sa sortie de la cavité abdominale. Le traitement est le plus souvent chirurgical et il consiste à libérer le nerf du ligament inguinal ou du fascia iliaque ou à réséquer le nerf fémoro-cutané avant sa sortie de la cavité abdominale.

Résumé

Trois cas de meralgie paresthésique ont été présentés et le syndrome discuté. Les malpositions anatomiques du nerf fémoro-cutané à la région inguinale en sont la cause la plus fréquente. Le traitement, rarement conservateur, est le plus souvent chirurgical. On pratique la neurolyse ou la neurectomie selon la malformation anatomique en cause.

Summary

Meralgia Paresthetica has been discussed. Malpositions of the lateral cutaneous nerve of the thigh at its exit from the abdominal cavity have been stressed as main etiologic factors. The treatment is said to be usually surgical:

neurolysis at the exit from the abdominal cavity or a neurotomy proximal to the inguinal ligament, accordingly. Three cases have been presented.

BIBLIOGRAPHIE

1. BAKER, A.D.: *Clinical Neurology*, 2e éd., vol. IV, p. 1850. A. Hoeber Harper Book, édit., New York, 1962.
2. ECKER, A. D. et WOLTHAN, H.: *Meralgia Paresthetica*. *J.A.M.A.*, **110**: 1650, 1938.
3. GHENT, W. R.: *Meralgia Paresthetica*. *Can. M.J.A.*, **81**: 631, 1959.
4. GHENT, W. R.: *Further Studies of Meralgia Paresthetica*. *Can. M.J.A.*, **85**: 871, 1961.
5. MERRITT, H. et HOUSTON: *Textbook of Neurology*, 2e éd., p. 379. Lea & Febiger, édit., Philadelphie, 1959.
6. SCHNECK, Jerome: *Vol. of Neuro. & Ment. Diseases*, **105**: 77, 1947.
7. STEVENS, Harold: *Arch. Neurol. & Psych.*, **77**: 557, 1957.
8. WILSON, Kinnier: *Neurology*, p. 341-343. Edward Arnold & Co., édit., Londres, 1940.
9. KEEGAN, J. J. et HOLYOKE, E. A.: *Meralgia Paresthetica. An Anatomical and Surgical Study*. *J. Neurol. Surg.*, **19**: 341 (avril) 1962.

MÉNINGITE À SALMONELLA

Pierre LANGEVIN¹

La rareté de la méningite à *Salmonella* nous a incités à présenter un cas que nous avons eu à traiter récemment. Son allure clinique et son évolution particulière, la lenteur de sa réponse au traitement antibiotique et l'appoint important de l'ampicilline vers une évolution favorable nous semblent en faire tout l'intérêt. Nous nous bornons à vous exposer l'histoire clinique telle qu'elle s'est déroulée sous nos yeux, et à formuler ensuite quelques brefs commentaires.

Observation

Michèle R., née le 2 janvier 1962, est hospitalisée le 27 mars 1962, à douze semaines de vie. La semaine précédente, elle semble avoir fait une infection banale des voies respiratoires supérieures dont elle paraît suffisamment guérie en fin de semaine pour pouvoir sortir en voiture avec sa famille.

Le lundi, veille de son hospitalisation, la température du bébé s'élève à 103°, elle pleure facilement et geint. La nuit est mauvaise, la petite crie et pleure, et quand elle s'assoupit, elle geint dans son sommeil. Je vois le bébé vers midi. Il n'y a pas eu de vomissements en jet, seulement quelques régurgitations et, chose étonnante, l'appétit est conservé. Pas de diarrhée, pas de toux, ni de rhinorrhée.

A l'examen, c'est un beau nourrisson bien développé, mais grisâtre, fiévreux, craintif et souffreteux. Couché sur la table, il cesse de pleurer dès qu'on a fini de le dévêtir; seuls ses yeux bougent. A l'examen, le moindre mouvement, la palpation la plus légère provoquent ses pleurs. La fontanelle antérieure est pleine, tendue, mais non bombée. Il existe une petite résistance de la nuque à la flexion, sans qu'on puisse parler de raideur franche. La présence des signes de Lasègue et de Kernig est douteuse. Les antécédents personnels et l'histoire familiale ne contribuent en rien à éclaircir le problème.

La température élevée, le comportement du bébé, son air de souffrance au moindre mouvement et son apparence toxique, de même que sa légère raideur de la nuque nous laissent soupçonner une méningite et nous décidons de l'hospitaliser. La ponction lombaire, faite peu après l'admission, ramène un liquide purulent, très épais et qui s'écoule

difficilement. Nous instituons immédiatement un traitement de la méningite purulente, d'étiologie inconnue, en l'absence de rapports d'analyses. En fin d'après-midi, nous apprenons que le liquide contient plus de 5,000 leucocytes par mm³, dont 95% de polynucléaires et 5% de lymphocytes, que le Pandy est fortement positif, que les chlorures sont à 717 mgs et les protéines à 1320 (chiffre contrôlé). Le glucose ne peut être fait, faute de liquide suffisant. Le pus est très abondant et on a retrouvé des bacilles gram-négatifs qui, après culture, seront identifiés comme des *Salmonellas* du groupe B (le 30 mars) sensibles entre autres à la chloromycétine, à la tétracycline et aux triples sulfas. A l'arrivée, la formule sanguine se lit comme suit: hémocrite 33 vol.%, hémoglobine 10.1 gm, 14,300 leucocytes dont 73% polys, 5% monos et 22% lymphos. L'urine montre des traces d'albumine, 11.2 gm% de sucre, de très nombreux cylindres hyalogrammeux, hyalins, cellulaires et granuleux. On note aussi la présence de pus.

A 1 heure a.m., le 28, le bébé fait des convulsions (ses premières). Le résident de garde lui injecte de l'amytal sodique qui arrête la crise convulsive, mais provoque un apnée dont le resuscitateur vient à bout. Par la suite, l'enfant repose assez bien, mais son sommeil est entrecoupé de cris typiquement méningés.

A ce moment, l'enfant reçoit: pénicilline G, 1,000,000 unités dans 300 cc de sérum glucosé; sulfadiazine 125 mgs q. 8 h., succinate de chloromycétine 250 mgs q 8 h. et 1 cc de pénicilline-dihydrostreptomycine b.i.d. Cette médication fut continuée jusqu'au 31, en plus des sédatifs et d'une médication de support; c'est alors que nous prenons connaissance de l'identification microbienne et de l'antibiogramme. A ce moment, nous cessons la pénicilline et la fortimycine et nous continuons la chloromycétine et la sulfadiazine.

Le 31 mars, une nouvelle ponction lombaire ramène encore (le 5 avril) une poussée de *Salmonellas*, des chlorures à 647 mgs, un glucose à 26 et des protéines descendues à 506. Une culture des selles montre elle aussi, le 6 avril, des *Salmonellas* du groupe B.

Le 3 avril, la température qui jusque-là se tenait à environ 99°, commença une ascension qui dans les jours suivants atteignit 102°, 103°. L'examen des poumons, du cœur, de l'abdomen, des tympans,

¹Service de Pédiatrie de l'hôpital Notre-Dame (Montréal).

de la gorge, ne révéla rien de nouveau, sauf que l'enfant paraissait plus souffrante quand on la remuait, comme au tout début. La fontanelle n'était pas bombée et il n'y a pas eu de convulsion. Par ailleurs, l'état général était satisfaisant et le bébé buvait bien.

Devant cette poussée thermique et après consultation avec les bactériologistes (les docteurs A. Leduc et J. Fontaine), nous continuons la chloromycétine mais per os et les sulfas que nous complétons par l'ampicilline à la dose de 125 mgs, 5 f.p.j. Après deux ou trois jours, nous avons eu nettement l'impression clinique d'une amélioration de l'état général; le bébé bougeait mieux, souriait, était plus vivant.

Une nouvelle ponction lombaire, pratiquée le 6 avril, donna les résultats suivants; Pandy⁺, éléments: 1,700 dont 88 polys et 12 lymphos et une culture encore positive. Le 12 avril, l'amélioration clinique persistait, mais devant le nombre encore impressionnant d'éléments (P.L. du 9 avril, 300, dont 50% polys et 50% lymphos) et malgré une culture cette fois négative (et qui le restera maintenant jusqu'à la fin) nous cessons la chloromycétine, nous continuons les sulfas et l'ampicilline et nous injectons 50 mgs de Reverin i.v., 1 f.p.j.

Ce jour-là, le cas fut présenté aux collègues à la réunion hebdomadaire du Service. Leurs suggestions thérapeutiques furent d'ajouter du Parenzymol dans l'espoir de prévenir des cloisonnements fibrineux dans les espaces sous-arachnoïdiens et de la vitamine C à forte dose qui semblait — avant l'ère des antibiotiques — aider sensiblement les malades atteints de Salmonellose.

Des ponctions lombaires furent faites les 11, 16 et 23 avril et le 4 mai; toutes montrèrent un liquide clair, une culture négative, mais un Pandy positif et des éléments qui s'abaissèrent progressivement jusqu'à environ 100 à la dernière.

Le 13 avril, une ponction sous-durale bilatérale était négative. Le bébé allait bien, prenait du poids. Le sérodiagnostic de Widal revint négatif le 14 avril et le laboratoire du Ministère de la Santé confirma, dans un rapport préliminaire, qu'il s'agissait bien d'une Salmonella du groupe B, et dans le liquide céphalo-rachidien et dans les selles.

Le 16 avril, le bébé fit une petite infection respiratoire qui ne porta pas à conséquence. Il reçut toujours de l'ampicilline et du Reverin jusqu'au 27, mais nous avons cessé la sulfadiazine. Bien que l'enfant n'ait que 3½ mois, nous lui injectons 2 cc de gamma-globuline à cause d'un contact de rou-

geole. Du 17 au 29 avril, le bébé ne reçut plus que de l'ampicilline comme antibiotique. Le 26 avril, la coproculture était négative. Une radiographie du crâne et de la colonne dorso-lombaire était négative.

Un électro-encéphalogramme, fait en date du 1 avril et interprété par le docteur Claude Gauthier, neurologue, se lit comme suit: "Cet EEG objective la présence d'une souffrance cérébrale extrêmement intense et diffuse. Il existe par ailleurs de l'activité épileptogène sur les régions postérieures et temporales. Ceci implique un processus encéphalitique. Certains signes électriques laissent croire à un maximum de souffrance sur l'hémisphère gauche". Et un contrôle le 15 mai: "Cet EEG objective la présence d'une souffrance irritative des deux régions postérieures, mais plus marquée à droite".

Le 9 mai, le laboratoire du Ministère de la Santé nous faisait parvenir son rapport final: "Il s'agit de Salmonella Heidelberg, et dans les selles, et dans le liquide céphalo-rachidien".

Malgré un liquide qui contient encore quelque 100 mgs de protéines et une centaine d'éléments, devant son excellent état général, le bébé reçoit son congé de l'hôpital le 16 mai, guéri, après cinquante jours d'hospitalisation.

Nous avons revu cette petite à quelques reprises depuis cette date, dont la dernière fois en juillet 1963. Elle se porte très bien, se développe tout à fait normalement tant physiquement qu'au point de vue psychologique et ne semble avoir conservé aucune séquelle de sa maladie.

COMMENTAIRES

Cette méningite à Salmonella était la première rencontrée en onze années de pratique pédiatrique. Dans la littérature récente, les auteurs consultés sont unanimes à la classer dans les raretés. Chicoine et Masson, dans une étude récente de 188 cas de méningites purulentes en quatre années à Sainte-Justine n'en rapportent qu'un seul cas. R. Debré et P. Mozziconacci la rapportent comme peu fréquente dans leur série publiée en 1954. De même, Villemain-Clog la cite comme très rare à l'occasion d'une étude de deux cas de méningites à bacilles d'Eberth. Enfin Rosenthal dans son étude d'un cas de méningite à Salmonella, au "Buffalo Children's Hospital" en 1960, rapporte qu'à cet hôpital dans les six années de 1952 à 1957, sur 318 méningites purulentes, trois cas seulement sont à Salmonella.

Presque tous les cas rapportés surviennent chez des nouveau-nés ou de très jeunes nourrissons. C'est une donnée classique d'ailleurs que les méningites à entéro-bactéries ont une prédilection particulière pour les trois ou quatre premiers mois de la vie et notre cas ne fait pas exception à cette règle.

Les études, presque toutes de cas isolés, que nous avons pu faire, concordent aussi par un autre aspect, avec notre propre observation. C'est la lenteur avec laquelle on parvient à stériliser le liquide céphalo-rachidien de ces malades, et le temps plus long encore qu'il faut pour ramener ce liquide, ses éléments et ses protéines en particulier, à des valeurs normales. Tandis, en effet, que pour une méningite à pneumocoques ou à hémophilus, on obtient une stérilisation du liquide céphalo-rachidien dans les heures ou tout au plus les premiers jours qui suivent le début du traitement, il a fallu une douzaine de jours pour obtenir ce résultat ici et cinquante jours après le début du traitement, les protéines du liquide et les éléments étaient encore élevés. Et ceci malgré une thérapeutique intense avec des antibiotiques, qui in vitro paraissent les plus actifs.

Il nous a semblé ici, bien que nous n'ayons pas eu pour elle d'antibiogramme, que l'ampicilline ait été le facteur déclenchant de l'amélioration clinique, au moment où de nouveau les choses semblaient se gêner. Nous ne pouvons cependant pas l'affirmer, ceci n'est qu'une impression clinique, car le bébé recevait à ce moment-là de la chloromycétine, de la sulfadiazine depuis plusieurs jours et par la suite du Reverin.

Notre cas unique de méningite à Salmonella a eu une évolution longue, mais très favorable. Bien que les statistiques ne soient pas faciles à établir, en raison du petit nombre de cas rapportés, il

semble qu'en général le pronostic ne soit pas très bon. La résistance particulière des bacilles gram-négatifs, l'âge très jeune de ces nourrissons et la lenteur de la maladie à se montrer sous son vrai jour, voilà autant de facteurs qui sont responsables de sa gravité et qui en font un redoutable ennemi à combattre.

Résumé

Il s'agit d'un cas de méningite à Salmonelle Heidelberg, présenté à cause de sa rareté, de son évolution particulière et de sa résistance au traitement.

Summary

One case of Heidelberg Salmonella Meningitis is presented at length, because of its rare occurrence and the interest of its singular evolution and followed by a brief commentary.

BIBLIOGRAPHIE

1. CHICOINE, L. et MASSON, P.: Méningites purulentes chez l'enfant. *L'Union Méd. du Can.*, **91**: 1079 (oct.) 1962.
2. SMITH, E. S.: Salmonella Meningitis in Infancy. *A.M.A.J., Dis. Chil.*, **88**: 732, 1954.
3. DEBRÉ, R. et BERKMANN, M.: Étude clinique de 100 cas de méningites purulentes du nourrisson. *Sem. des Hôpitaux, Paris*, **30**: 4492-4503, 1954.
4. GOULET, M. et SOLE, P.: Deux cas de méningites purulentes à bacilles d'Eberth du nourrisson: Évolutions atypiques. *Arch F. Péd.*, **18**: 918, 1961.
5. ROSENTHAL, Ammon; NETER, Erwin et WEPPNER, David F.: Recovery from Salmonella Meningitis after treatment with Furaltadone (ALTAFUR). *Journal of Pediatrics*, **58**: 377-380 (mars) 1961.
6. ROY, Claude C. et LABERGE, Claude: Méningites du nouveau-né. *Union Méd. du Can.*, **91**: 398 (avril) 1962.
7. KOCH, R.; KOGUT, M. et ASAY, L.: Management of Bacterial Meningitis in Children. *Ped. Cl. of N. America*, **8**: 1177-97 (nov.) 1961.

PSEUDO-TUMEUR DE KILLIAN

Paul L. GUERTIN

I — INTRODUCTION

La pseudo-tumeur de Killian est ainsi nommée parce qu'en réalité c'est un polype et non pas une tumeur au vrai sens du mot.

Parmi les proliférations polypoïdes de la cavité nasale et des sinus accessoires, le polype antro-choanal semble être une entité clinique bien différenciée du polype nasal qui se rencontre fréquemment, bien qu'histologiquement il présente une image similaire.

Killian, en 1906, fut le premier à reconnaître l'origine du polype antro-choanal, mentionnant que ce genre de polype originait au niveau du sinus maxillaire pour ensuite faire saillie dans la cavité nasale par l'ouverture naturelle et il en rapporta vingt-et-un cas.

Morwitz reconnaît qu'Ino Kubo est le premier à avoir traité cette lésion pathologique par la trépanation du sinus maxillaire.

Williams énuméra les raisons suivantes pour considérer cette entité clinique comme telle: a) un grand nombre de polypes origine sur la paroi postérieure du sinus maxillaire; b) souvent le polype antro-choanal est le seul exemple d'un changement polypoïde de toute la muqueuse nasale et à l'ouverture du sinus maxillaire seule la muqueuse, à l'endroit d'origine du polype, est altérée; c) si après exérèse par traction au niveau de la cavité nasale il y a récurrence, le polype conserve son caractère solitaire; d) contrairement au polype antro-choanal, le polype nasal semble être associé à un état allergique.

II — FRÉQUENCE

Le polype antro-choanal semble être une entité clinique rencontrée peu fréquemment.

Sur 876 patients présentant une pathologie sinusale, Syme en rapporta 26 cas, donc un pourcentage d'environ 3%.

Myers en observa trois cas après 25,000 examens oto-rhino-laryngologiques faits au cours de la guerre 1939-45, dans l'armée américaine, sur une période de trois ans.

Heck, Walter, Hallberg et Williams, de la Clinique Mayo à Rochester, É.-U., en mentionnent 64 cas sur une étude de 1,700 patients souffrant de polyposé nasale, donc un pourcentage d'environ 3.7%.

III — PHYSIOPATHOLOGIE

Une revue de la littérature révèle que la pathogénie de la polyposé nasale est encore une énigme, bien que de multiples théories soient mises de l'avant. On admet universellement que les polypes prennent naissance au niveau de la muqueuse des cavités nasales et sinusales. Selon la notion la plus répandue, la formation polypoïde varie selon la cause. Sur une étude de 75 patients, Walsh et Lindsay ont démontré clairement la possibilité d'une origine infectieuse ou allergique du polype. Certains croient cependant à une cause allergique unique. Pour sa part, Williams avance que l'infection est secondaire à un état allergique, une infection secondaire pouvant produire une leucocytose neutrophile qui masque une éosinophilie pré-existante. Dans les cas où il y a présence d'une infection chronique, il se produirait d'abord une prolifération inflammatoire composée principalement d'histiocytes et de fibroblastes avec quelques lymphocytes et plasmocytes. Un tissu de granulation est formé, avec comme résultat la formation d'un polype. Dans les cas à étiologie allergique, l'image du début est celle d'une congestion intense. L'œdème qui caractérise un état allergique est le résultat d'une exsudation de sérum à travers des capillaires dilatés, ce qui permet une mobilisation d'un plus grand nombre d'anticorps pour combattre l'antigène offensif. L'œdème étant plus marqué dans les endroits où le tissu conjonctif est lâche, e.g. au niveau du méat moyen, cet œdème peut produire un prolapsus de la muqueuse et former un polype.

Histologiquement l'on remarque au niveau de l'épithélium une augmentation des cellules à *goblet* au détriment des cellules épithéliales ciliées. La membrane basale sous-jacente est épaissie et dans le stroma on remarque de l'œdème et une infiltration éosinophilique. L'étude histochimique par Weisskoff et Burn démontre une certaine similitude entre le polype d'origine allergique et celui d'origine infectieuse au point de vue de la réponse cellulaire, de la structure et de la présence d'acide mucopolysaccharide dans la substance basale. Ceci démontrerait que la réponse du tissu conjonctif est identique dans les deux cas. De plus, les auteurs mettent en évidence une augmentation de cet acide par rapport à une muqueuse normale, l'augmentation étant en relation directe de l'ampli-

tude de la réaction tissulaire telle que démontrée par la présence de cellules mésoenchymateuses et de fibroblastes jeunes. Le polype est donc considéré comme un accroissement progressif du tissu conjonctif plutôt que du facteur mécanique résultant d'une extravasation œdémateuse. La formation d'un polype antro-choanal semble être identique à celle du polype nasal et aucune hypothèse valable n'est présentée à date pour expliquer ce polype unique. Telle que démontrée dès 1882 par Zuckerkandl et corroborée par des publications plus récentes, l'origine du polype nasal contrairement à la croyance générale ne se produit pas au niveau des cellules ethmoïdales, mais plutôt à certains endroits exposés du méat moyen. Parmi les sites de prédilection se trouvent le rebord unciniforme, les rebords de l'ostium naturel du sinus maxillaire et la surface antérieure de la "bulla ethmoidalis" à formation histologique de la muqueuse nasale et sa disposition anatomique sont une cause prédisposante de cette localisation. Au point de vue histologique, l'on note une plus grande lâcheté du tissu sous-épithélial qui se gonfle plus facilement et produit une formation polypoïde par prolapsus de la muqueuse. Le facteur anatomique qui entre en ligne de compte est l'irritation chronique par drainage des sinus frontaux, maxillaires et du groupe antérieur des cellules ethmoïdales qui se fait au niveau du méat moyen.

IV — TABLEAU CLINIQUE

La symptomatologie d'un polype antro-choanal est analogue à celle de la polyposse nasale et elle est souvent accompagnée d'une histoire de sinusite. Suivant la dimension de la portion choanale du polype, il y a obstruction partielle ou complète d'une ou des deux fosses nasales. A cause d'un manque de ventilation et de drainage du nez et des sinus, une prédisposition à la rhinite et à la sinusite peut se manifester et cela a pour effet d'entraîner un certain degré d'infection secondaire chronique et parfois même d'allergie. L'examen clinique du naso-pharynx démontre la présence d'un polype d'apparence assez caractéristique. Ce polype a l'aspect d'un raisin sans sa pulpe; sa surface est uniforme et de coloration rose pâle ou jaune grisâtre et elle est recouverte d'une mince couche de sécrétion mucoïde. Au toucher, ce polype est de consistance molle, mobile, non sensible et plutôt exsangüe. L'examen radiologique est d'une grande utilité pour confirmer le diagnostic; en plus de démontrer une masse au

niveau du cavum, il révèle le sinus inclus dans la pathologie.

V — TRAITEMENT ET CONSIDÉRATIONS

Le traitement est double, chirurgical et médical. Le succès du traitement chirurgical repose sur l'exérèse totale de la portion nasale et de la portion sinusale du polype avec son attache d'origine sur la paroi du sinus, sinon il y aura récurrence dans un délai plus ou moins prolongé. La procédure chirurgicale se divise en deux temps: d'abord la résection chirurgicale de la portion nasale du polype, puis l'ouverture du sinus maxillaire, encore nommé antre de Highmore, par la méthode de Caldwell-Luc et la résection entière de la portion sinusale du polype avec son attache d'origine. Au point de vue médical, généralement, comme il y a présence d'infection et parfois même d'allergie, on doit prendre en considération cet aspect pathologique et agir en conséquence.

VI — OBSERVATIONS

Observation 1 (fig. 1-2-3)

Pierre C., âgé de 13 ans, consulte pour une impossibilité de respirer par le nez depuis plusieurs mois, accompagnée d'une rhinorrhée muco-

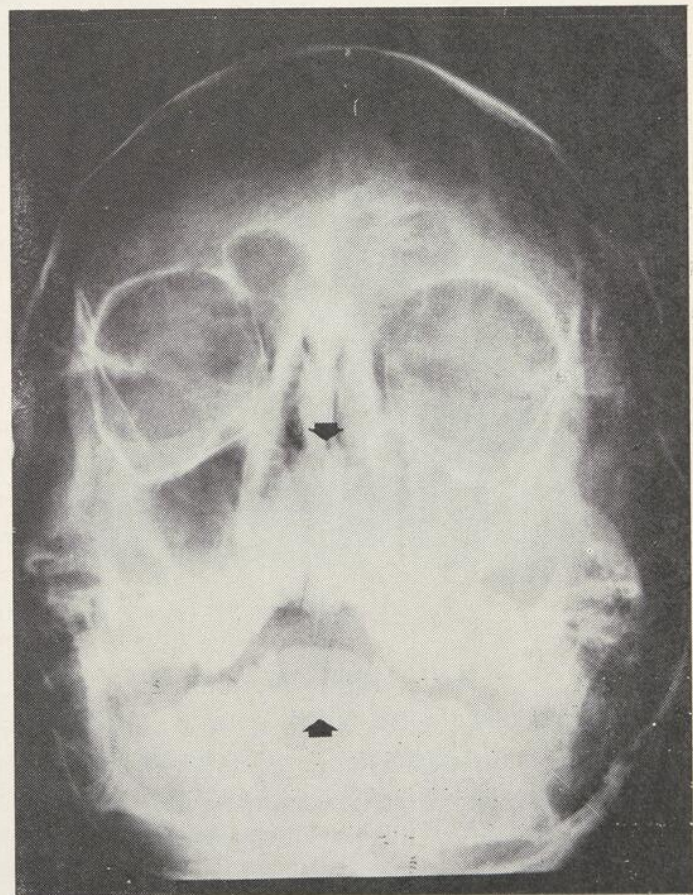


Fig. 1



Fig. 2

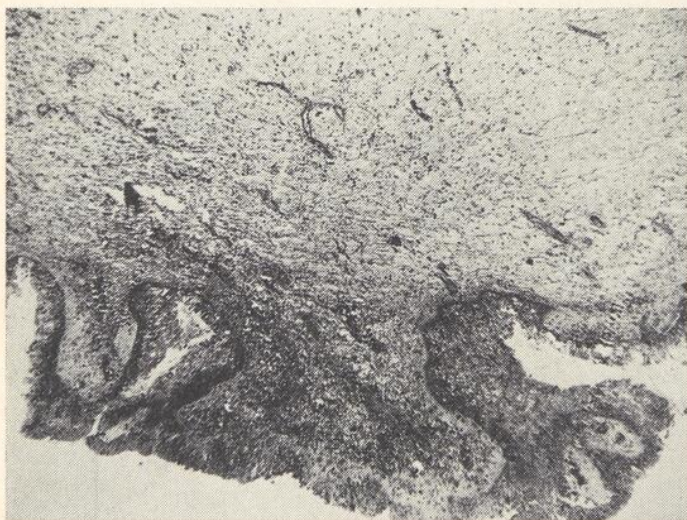


Fig. 3

purulente abondante. L'histoire antérieure révèle que l'enfant aurait été traité pour sinusite et à trois reprises différentes un polype nasal aurait été réséqué chirurgicalement. L'examen clinique démontre que le rhino-pharynx est totalement obstrué par une tumeur à aspect polypoïde. L'examen radiologique montre une opacité uniforme du sinus maxillaire gauche et du sinus frontal du même

côté; en plus l'espace du naso-pharynx est complètement oblitéré par une masse de densité uniforme. L'étude histologique démontre que la tumeur est constituée de tissu conjonctif très œdémateux, myxomateux, recouvert par une muqueuse tantôt de type respiratoire, tantôt de type malpighien avec de nombreux capillaires sanguins dilatés et de cellules inflammatoires avec une prédominance d'éosinophiles.

Observation 2 (fig. 4 et 5)

L.M., âgée de 7 ans, se présente à la clinique de l'hôpital pour une obstruction complète du nez

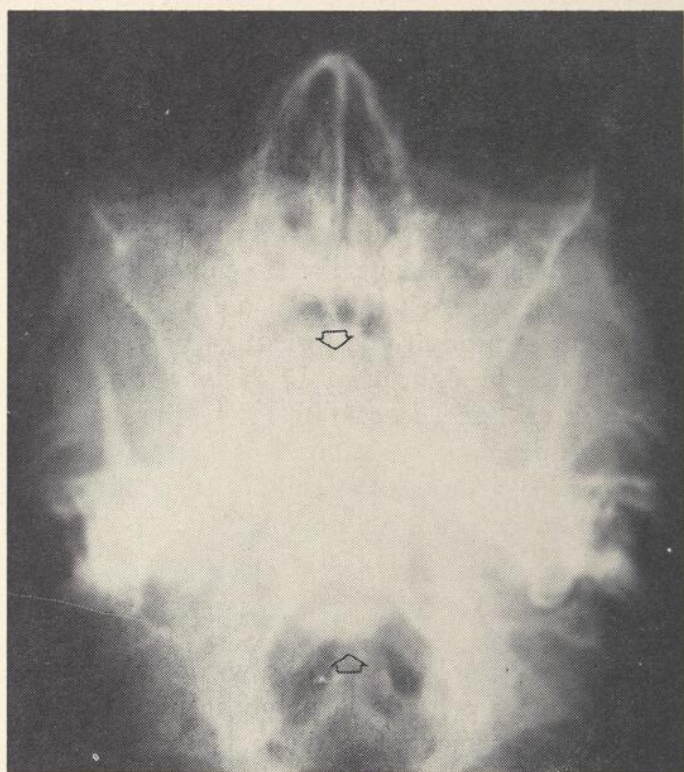


Fig. 4

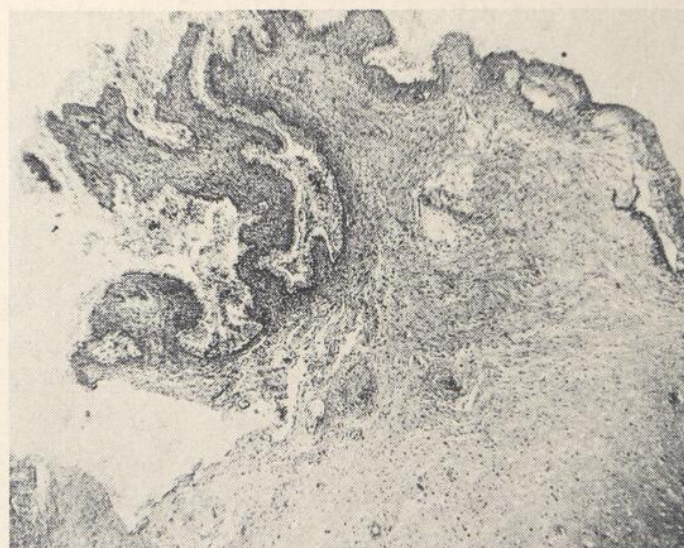


Fig. 5

qui dure depuis plusieurs mois. A deux intervalles, une polypectomie nasale aurait été pratiquée. L'examen clinique révèle que la narine droite de même que le rhino-pharynx sont complètement obstrués par une masse d'apparence polypoïde. Radiologiquement, le sinus maxillaire droit est voilé et le rhino-pharynx montre une masse ovaire refoulant la luette vers la langue. Histologiquement, la surface du polype est constituée d'un épithélium cylindrique stratifié et le centre très œdémateux est en réaction inflammatoire sub-aiguë prononcée et plusieurs vaisseaux sanguins dilatés sont visibles.

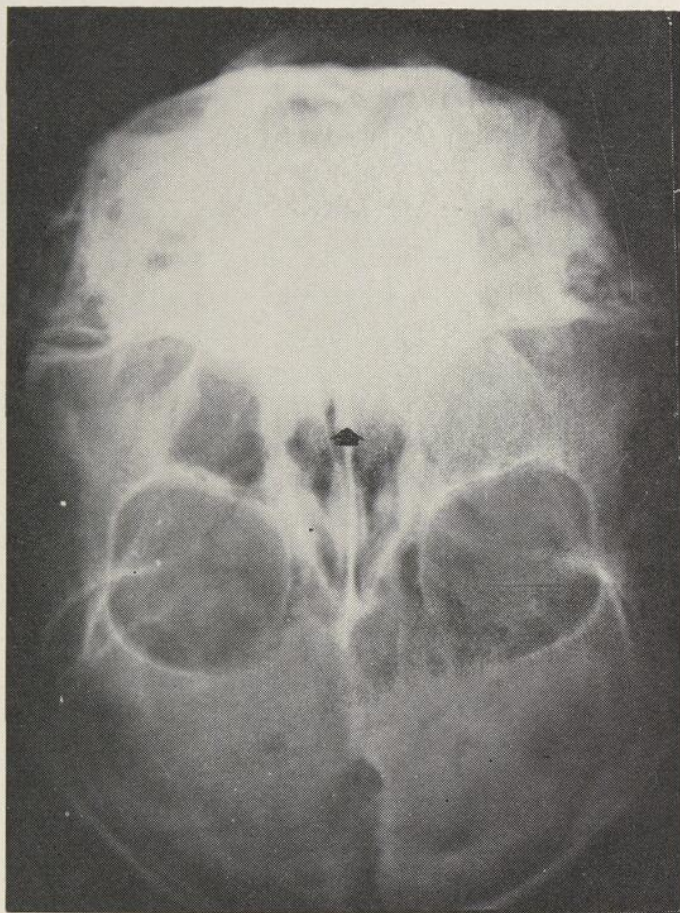


Fig. 6

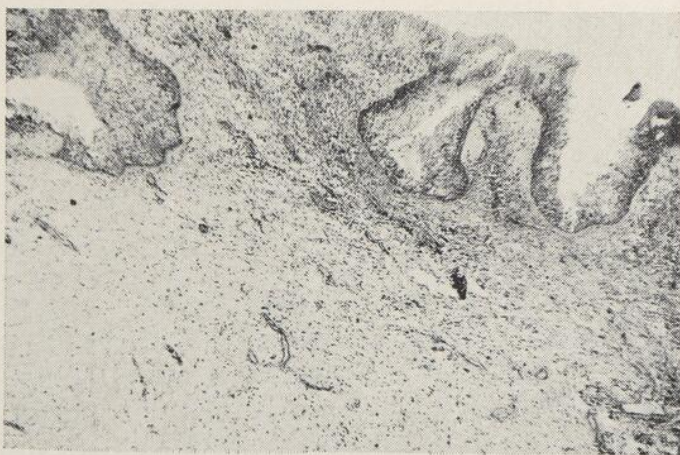


Fig. 8

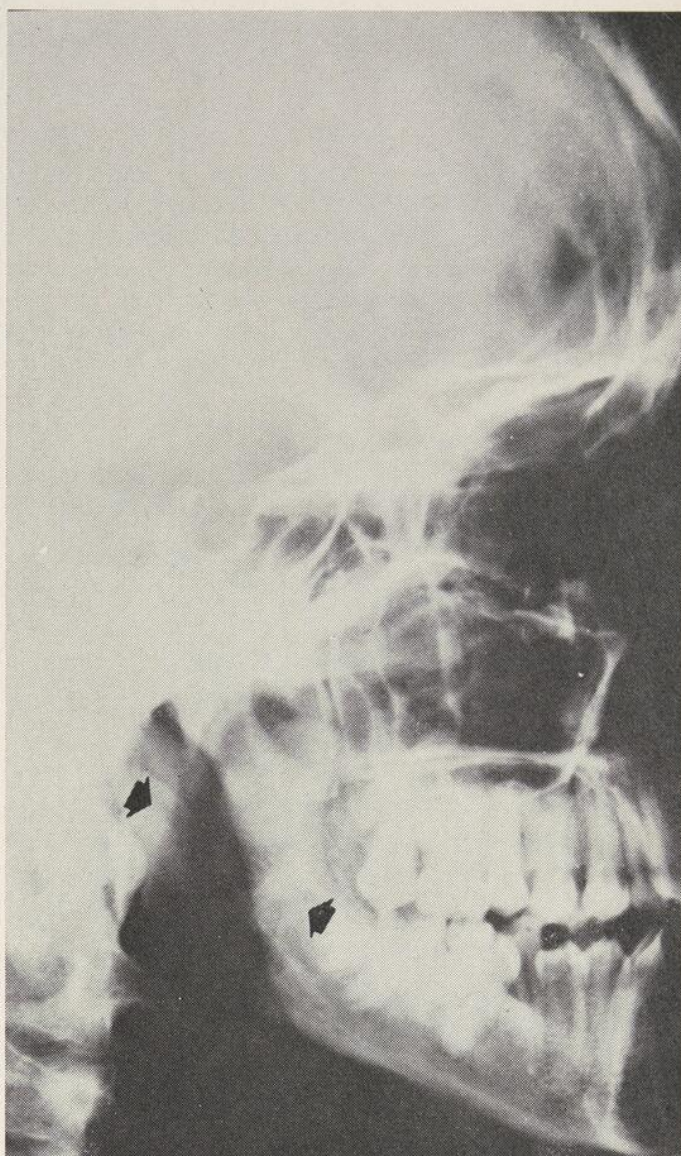


Fig. 7

Observation 3 (fig. 6-7 et 8)

Olivette D., âgée de 27 ans, ne respire pas par le nez depuis bientôt un an. La narine droite de même que le naso-pharynx sont complètement obstrués par une tumeur à aspect polypoïde. L'étude radiologique montre un sinus maxillaire droit voilé et une masse dans le rhino-pharynx. Au point de vue histologique, le polype possède un stroma conjonctif œdémateux qui est le siège d'infiltration inflammatoire mononuclée.

Résumé

Une étude sur la pseudo-tumeur de Killian ou encore nommée polype antro-choanal est présentée. C'est une lésion rare qui récidive, s'il y a un traitement inadéquat. L'étiologie est inconnue, malgré plusieurs théories mises de l'avant; la possibilité d'une cause infectieuse ou allergique aurait été démontrée. L'examen clinique aidé d'une étude

radiologique confirme le diagnostic. Trois cas cliniques sont rapportés.

Summary

A study of pseudo-tumor of Killian or antro-choanal polyp is presented. Far from being a common pathological condition, it recurs if proper handling is not done. The etiology is unknown, many theories have been advanced and the possibility of an infectious or allergic cause has been demonstrated. The clinical picture helped by a radiological study gives a proper diagnosis. Three cases are reported.

BIBLIOGRAPHIE

- KILLIAN, G.: The Origin of Choanal Polypi. *The Lancet*, **2**: 81 (juillet) 1906.
- MORWITZ, S. M.: The Solitary Choanal Polyp. *Ill. Med. J.*, **59**: 213-216 (mars) 1931.
- WILLIAMS, H. L.: Fundamental Changes of Concept in regards to Chronic Suppurative Sinusitis. *Arch. of O.R.L.*, **47**: 695-696 (mai) 1948.
- SYME, W. S.: Choanal Polyps. *J. of Lar. & Otol.*, **31**: 515-518 (déc.) 1916.
- MYERS, D.: Obstruction of Naso-pharynx Secondary to Choanal Polyp of Antral Origin. *Arch. of O.R.L.*, **44**: 328-333 (sept.) 1946.
- HECK, Walter E.; HALLBERG, E. et WILLIAMS, H. L.: Antro-choanal Polyp. *Arch. of O.R.L.*, **52**: 538-548 (oct.) 1950.
- HANSEL, F. K.: Allergy of the Nose and Paranasal Sinuses: A monograph on Allergy as related to O.T.L., Mosby Co., édit., St. Louis, Mo., 1936.
- WALSH, T. E. et LINDSAY, J. R.: Cytology of Nasal Polypi. *Arch. of O.R.L.*, **20**: 649-658 (nov.) 1934.
- WEISSKOFF, A. et BURN, H.: Histochemical Studies of the Pathogenesis of the Nasal Polypi. *Ann. of O.R.L.*, **68**: 600 (juin) 1959.
- MORRISON, W. W.: Diseases of the Ear, Nose and Throat. Appleton Century Crofts Inc., édit., New York, 1948.
- BARNHILL, J. F. et MELLINGER, W.: The Williams & Wilkins Co., édit., Baltimore, 1940.

REVUE GÉNÉRALE

LE PÉDICULE HÉPATIQUE ET SES VARIATIONS

Armand CAUMARTIN

Hôpital Ste-Justine

DÉFINITION

D'après Rouvière, le *pédicule hépatique* comprend l'ensemble des organes réunis en faisceau qui vont au foie ou qui en proviennent, en passant par le sillon transverse ou hile. Il est composé :

- 1) de la *veine porte*,
- 2) de l'*artère hépatique*,
- 3) des *canaux biliaires*,
- 4) de *lymphatiques*,
- 5) de *ganglions*,
- 6) de *nerfs*.

I — LES VOIES BILIAIRES

1 — Embryologie (schéma no: 1)

Le foie naît d'un bourgeon issu de l'endoderme intestinal du futur duodénum situé entre la cavité péricardique et la membrane vitelline. Par suite, dans ce bourgeon, apparaît une structure sacculaire appelée "*diverticule hépatique*" dont la partie supérieure se différencie en parenchyme hépatique et en canaux biliaires tandis que la partie inférieure donne naissance à la vésicule et au canal cystique. Les voies biliaires principales seront le résultat de l'élongation de la base du diverticule hépatique, due aux migrations du foie et du duodénum.

2 — Anatomie des voies biliaires.

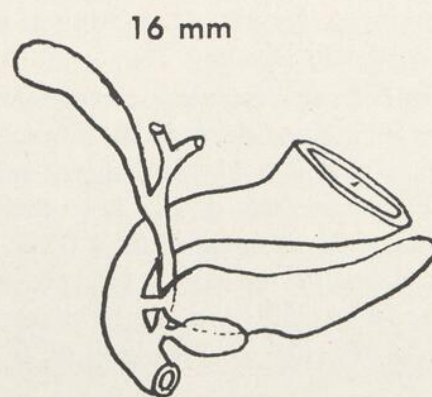
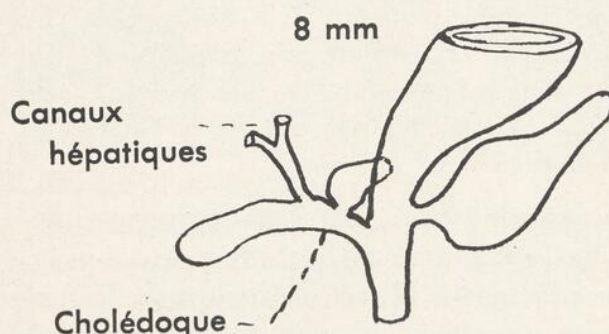
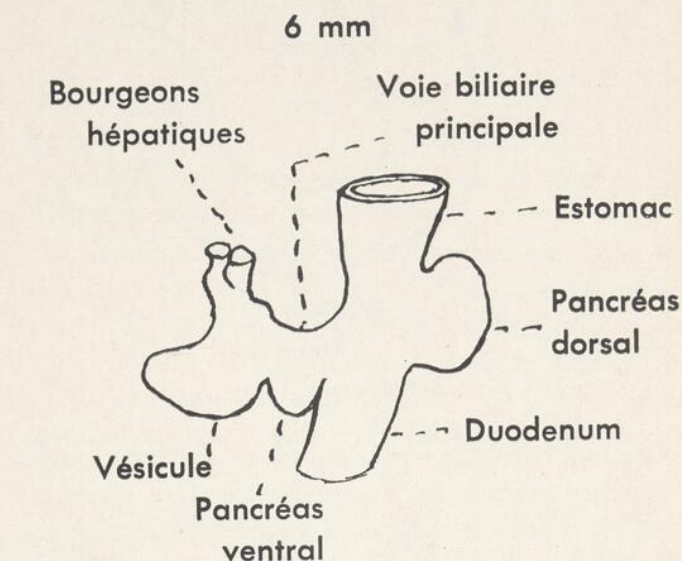
a) divisions (schéma no: 2)

La voie biliaire extra-hépatique ou canal hépato-cholédoque se divise en deux portions. Le segment juxta-hépatique porte le nom de canal hépatique tandis que plus bas on l'appelle le cholédoque. La frontière entre ces deux segments est formée par le point de jonction entre l'hépto-cholédoque et le canal cystique par où se déverse la bile contenue dans la vésicule. Celle-ci forme avec le cystique la voie biliaire secondaire.

b) le canal hépatique.

Ce canal naît de la réunion, à un niveau variable, des deux ou trois conduits biliaires dans la partie droite du sillon transverse du foie. Il a en moyenne 4 à 5 millimètres de diamètre et 3 à 4 centimètres de longueur. Celle-ci variera selon que les canaux biliaires feront leur jonction plus ou moins près du foie ou que le cystique se jettera dans l'hépto-cholédoque plus ou moins loin du foie. Le canal hépatique se dirige obliquement en bas et à gauche jusqu'au cholédoque qui le con-

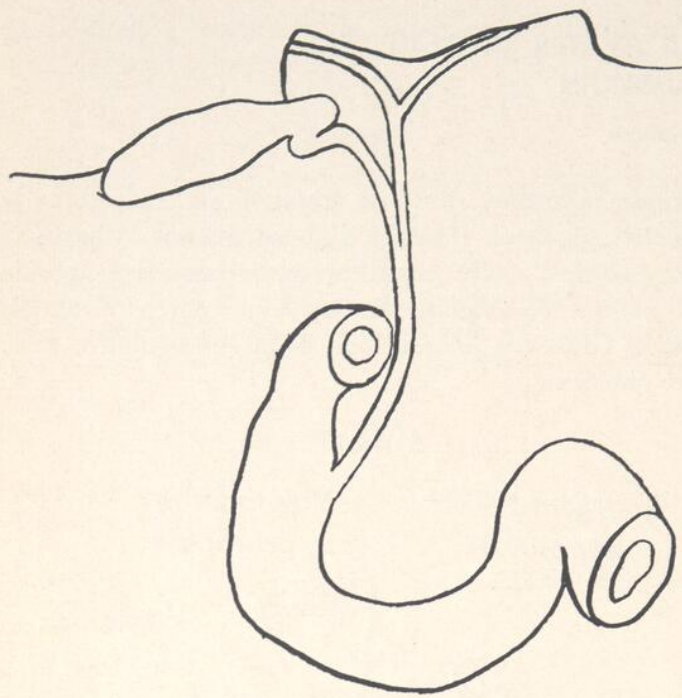
tinue. Pendant tout son trajet, il est inclu dans le petit épiploon. Il passe d'abord devant la branche droite de l'artère hépatique pour ensuite longer le côté antéro-externe de la veine porte, situation qu'il conserve jusqu'à son point de jonction avec le cholédoque.



Développement des voies biliaires

d'après Arey

Schéma no: 1



D'après
Rouvière

Schéma no: 2

Le canal hépatique se compose de deux tuniques: la *tunique externe* est composée de tissu conjonctif et de fibres musculaires longitudinales; quant à la *tunique interne*, c'est une muqueuse. Il est irrigué par des artérioles venant de l'artère hépatique dont le retour aboutit à la veine porte. Le canal hépatique est entouré de lymphatiques qui se jettent dans les ganglions du hile du foie et son innervation est fournie par des nerfs venant du plexus hépatique.

c) la vésicule biliaire et le canal cystique

1. — La *vésicule biliaire* est un réservoir membraneux adhérent à la face inférieure du foie où elle creuse une cavité appelée fossette cystique. Elle est maintenue en place par le péritoine hépatique qui la recouvre complètement. Il faudra donc obligatoirement inciser ce péritoine si on veut séparer la vésicule du foie.

La forme de la vésicule est comparable à celle d'une poire, longue de 8 à 10 centimètres, selon Rouvière, ou de 9 à 11 centimètres selon Testut, dont le diamètre varie de 3.5 à 4 centimètres. Sa capacité est normalement de 50 à 60 cc. mais, grâce à son élasticité, on peut y injecter, sans qu'elle se rompe, 150 à 250 cc. d'eau. On reconnaît trois parties à la vésicule: ce sont le *fond*, le *corps* et le *col*.

a) le *fond* ou partie inférieure se dirige en avant et en bas. Il correspond au bord inférieur

du foie où il creuse une échancrure appelée échancrure cystique. Le plus souvent, chez l'adulte, le fond de la vésicule déborde le foie de 1 à 1.5 centimètres, ce qui fait qu'il se trouve en rapport direct avec la paroi abdominale, au-dessus de la masse intestinale, au niveau de l'extrémité antérieure du dixième cartilage costal droit. En pratique, il est situé au point de jonction de la côte avec le bord externe du muscle grand droit. Notons cependant que ce point peut se déplacer en dedans ou en dehors, selon l'état d'hypertrophie ou d'atrophie du foie.

b) le *corps* de la vésicule se dirige obliquement en haut, en arrière et à gauche. On lui décrit deux faces: une face supérieure qui est adhérente au foie, au niveau de la loge cystique et une face inférieure entièrement recouverte de péritoine. Cette portion de la vésicule répond, en général, à la partie supérieure du deuxième duodénum ou au côlon transverse auquel il lui arrive d'être reliée par un repli péritonéal qui s'appelle "*ligament cystico-colique*". Il ne faut cependant pas oublier que la vésicule, le duodénum et le côlon transverse ne sont pas des organes absolument fixes et que leurs rapports peuvent varier chez un même sujet.

c) Quand au col ou bassinot, il fait suite au corps sur lequel il est coudé en "S" italique, d'abord en haut et à gauche, puis en arrière. Ces courbures sont dues au péritoine qui rattache le col au corps. Cette portion de la vésicule est longue de 2 centimètres; elle présente un renflement médian et se rétrécit aux deux extrémités. Cependant, le rétrécissement postérieur est moindre que le rétrécissement antérieur qui se continue par le canal cystique de façon insensible. Au niveau du renflement médian, le col décrit un angle. Cet angle est occupé par un ganglion lymphatique.

L'intérieur du col est assez variable. Dans certains cas, on y trouve deux valvules situées, l'une à l'entrée du col et l'autre à son abouchement avec le cystique. Dans d'autres cas, on trouve de nombreuses valvules disposées de façon divergentes, rendant parfois impossible de délimiter l'extrémité inférieure du col.

La vésicule, dans sa portion qui n'est pas en contact avec le foie, est recouverte de péritoine. Par ailleurs, sa paroi se compose d'une fibro-musculaire externe dont la musculature n'est pas complète; il existe en effet des lacunes entre les faisceaux musculaires dans lesquels on trouve du tissu conjonctif.

La fibro-musculaire est tapissée intérieurement par une muqueuse qui se continuera insensible-

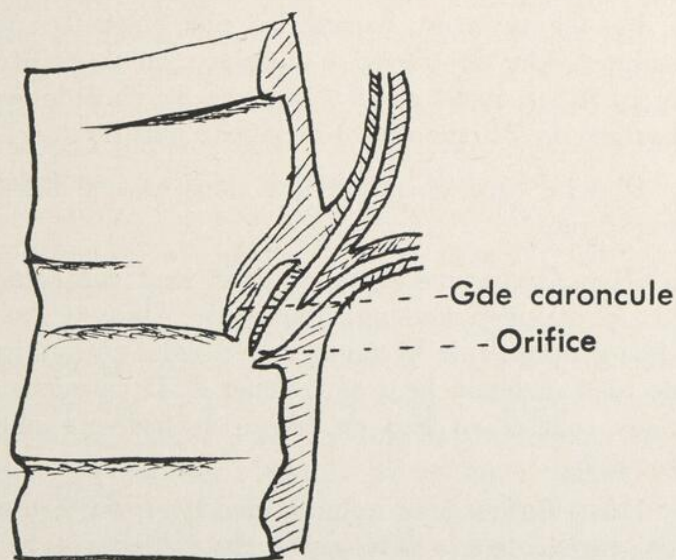
ment vers la cystique. La vésicule est irriguée par les deux branches terminales de l'artère cystique qui sont apparues au niveau du col. Ces deux branches, l'interne et l'externe, se ramifient à leur tour pour vasculariser tout l'organe avec souvent une prépondérance de l'une ou de l'autre. La circulation de retour se fait de deux façons. Il y a d'abord un groupe de veines superficielles qui vient se jeter dans la branche droite de la veine porte, tandis qu'un autre, profond celui-là, et situé au niveau du lit de la vésicule, pénètre directement dans le foie et y forme un système porte accessoire. Les lymphatiques de la vésicule se jettent soit dans les ganglions du sillon transverse du foie, soit dans le ganglion cystique.

La vésicule, enfin, est innervée par des rameaux périphériques du plexus solaire.

2. — Le canal cystique relie la vésicule biliaire à la voie biliaire principale. Il s'ouvre tantôt sur le fond du bassin, tantôt sur son côté gauche. Il se dirige ensuite obliquement en bas, à gauche et en arrière pour se terminer le plus souvent sur le côté droit du cholédoque. On le voit quelquefois s'aboucher sur la face postérieure de ce canal.

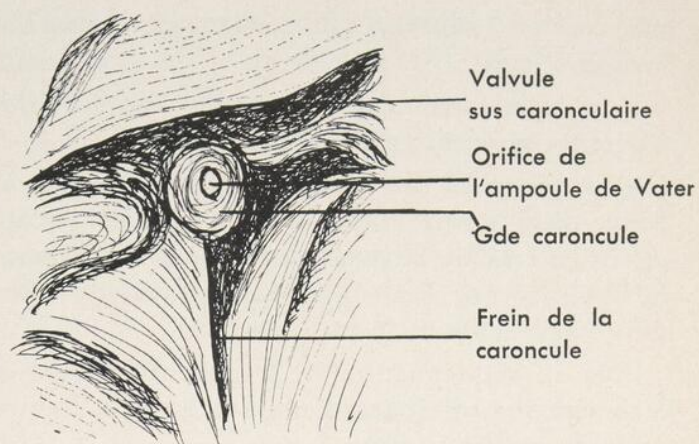
Le cystique mesure en moyenne 3.5 à 4.5 centimètres de longueur par 3 à 4 millimètres de diamètre. On doit remarquer cependant que ce canal n'est pas régulier. Il présente en effet des rétrécissements à sa partie moyenne, tandis qu'il se dilate au moment où il se jette dans le cholédoque.

Le trajet du cystique s'effectue dans le petit épiploon, en avant et à droite de la veine porte. Sur ses deux derniers centimètres, il longe le canal hépatique auquel il est souvent adhérent. Le canal



D'après Testut

Schéma no: 3



D'après Testut

Schéma no: 4

cystique est aussi en rapport avec l'artère qui le côtoie soit à gauche, soit à droite.

La lumière du canal cystique contient des valvules décrites par Heister en 1732. Ces valvules, en nombre variable, interdisent souvent le passage d'un cathétère ou d'une canule. La vascularisation du cystique qui est assurée par des branches de l'artère cystique et son innervation est identique à celle de la vésicule.

d) Le canal cholédoque naît au point d'union du cystique et de l'hépatocolédoque. Au début, il a la même direction que l'hépatique, il se dirige en bas et en dedans vers le premier duodénum dont il longe la face postérieure pour entrer ensuite en contact avec la tête du pancréas. A ce moment, il se dirige en dehors et en avant, passe sous le pancréas pour arriver à la face postéro-interne du deuxième duodénum.

Le cholédoque mesure de 6 à 8 centimètres de longueur et son diamètre varie de 4 à 5 millimètres avec une légère diminution de calibre à son extrémité inférieure.

On divise le cholédoque en quatre segments. La portion sus-duodénale mesurant 1 à 3 centimètres est suivie de la portion rétro-duodénale longue de 2 à 2.5 centimètres puis ensuite du segment pancréatique de longueur identique à la portion rétro-duodénale, soit 2 à 2.5 centimètres.

L'extrémité inférieure du cholédoque se situe en général à 25 millimètres à droite de la ligne médiane, au niveau du disque intervertébral situé entre les 3^{ème} et 4^{ème} vertèbres lombaires.

Quant à son extrémité supérieure, elle a une localisation plus variable à cause des différences de longueur entre chaque sujet. Elle se trouve en général à 3 centimètres de la ligne médiane, au niveau de la première vertèbre lombaire, en rapport

avec son bord supérieur, sa partie moyenne ou son bord inférieur.

Voyons maintenant les principaux rapports des différents segments du cholédoque.

a) Le *segment sus-duodénal*, quand il existe, se trouve dans le petit épiploon. Il repose sur le côté antéro-externe de la veine porte, à peu de distance du bord droit de l'artère hépatique qui repose sur la face antérieure de la veine porte.

Près du duodénum, on voit souvent la veine et le cholédoque se séparer l'une de l'autre et former un angle ouvert en bas.

b) Le *segment rétro duodénal*, comme son nom l'indique, se trouve en contact en avant avec la face postérieure du duodénum, puis avec la tête du pancréas où, dans certains cas, il s'incrusterait. En arrière, le cholédoque est en contact avec quelques ganglions lymphatiques, puis avec le fascia de Treitz qui le sépare de la veine cave inférieure dans toute sa longueur.

c) Quant au *segment pancréatique*, il est inclus dans la tête du pancréas et, en arrière, le tissu pancréatique sépare le cholédoque de la veine porte.

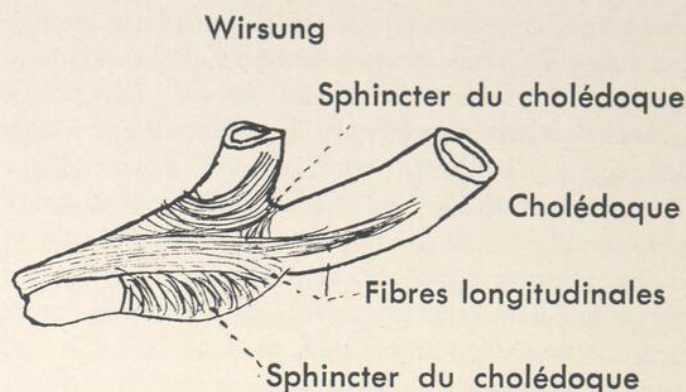
d) Voyons enfin le *segment intra pariétal* et l'*ampoule de Vater*. Le cholédoque traverse obliquement la paroi duodénale et se termine dans une cavité conique. Cette dernière cavité dont la base a une direction oblique en haut, reçoit le cholédoque et le canal de Wirsung. Le sommet s'ouvre dans la lumière duodénale. Cette cavité porte le nom d'*Ampoule de Vater*. Il faut noter cependant que seul le cholédoque s'ouvre constamment dans l'ampoule car le Wirsung peut avoir un orifice indépendant.

Le cholédoque dissocie plus ou moins les fibres musculaires du duodénum pendant son trajet, mais près de la muqueuse duodénale pendant cette traversée, on note un épaississement de fibres musculaires transversales auxquelles s'ajoutent des fibres longitudinales formant ainsi un véritable anneau contractile, un sphincter qu'Oddi a étudié en 1887 et auquel il lui a donné son nom. (Schéma no: 5)

Ce sphincter possède une physiologie particulière dont le dysfonctionnement donne encore bien des déboires aux chirurgiens et aux médecins.

L'*Ampoule de Vater* (Schémas nos: 3-4) mesure de 6 à 7 millimètres de long par 4 à 5 millimètres de large. Cette cavité conique s'ouvre dans le duodénum par son sommet percé d'un petit orifice, de forme arrondie ou elliptique.

Vue du versant duodénal, elle apparaît comme une petite saillie se dirigeant en bas et à droite.



D'après Hendrickson

Schéma no: 5

Cette saillie porte le nom de *Grande caroncule de Santorini*, ainsi nommée par comparaison avec la petite saillie donnant issue aux canaux accessoires du pancréas et qu'on nomme *petite caroncule*.

L'ampoule de Vater se situe sur la face interne du deuxième duodérum, plus près de sa face postérieure que de sa face antérieure, à un niveau variant du 1/3 supérieur au 1/3 moyen du segment duodénal. En général, on la trouve entre 8 et 12 centimètres du pylore.

La grande caroncule est presque toujours recouverte par un repli muqueux transversal appelé valvule connivente et sous la caroncule, on trouve souvent un autre repli longitudinal, qu'on nomme frein de la caroncule. L'*ampoule de Vater* présente un certain nombre de variations dont on a pu distinguer quatre types:

I — Ce type est caractérisé par l'absence de saillies. On ne trouve à la place qu'un orifice arrondi ou ovalaire où s'abouche le cholédoque seul car le Wirsung aura débouché plus haut.

II — Le type classique que nous avons décrit plus haut.

III — On trouve dans ce type, une caroncule peu développée mais pas d'ampoule. Dans ce cas, le cholédoque et le Wirsung sont accolés en canons de fusil et débouchent au sommet de la caroncule. Sous celle-ci au lieu de frein, on trouvera une fossette.

IV — Enfin, dans le quatrième type, on trouve une caroncule très développée, pas d'ampoule, pas de fossette sous-caronculaire. De plus, les deux canaux débouchant dans la caroncule, accolés en canons de fusil.

La voie biliaire, dans son ensemble, présente peu de variations. On trouve des différences au point de jonction entre les canaux biliaires et l'hépatique, et entre le cystique et le cholédoque. Cependant la direction générale de la voie biliaire est immuable, de même que sa situation. Tel n'est pas le cas de l'artère hépatique que nous allons maintenant étudier.

II — L'ARTÈRE HÉPATIQUE

1 — Embryologie

Pour comprendre les multiples variations de l'artère hépatique et de ses branches, il nous faut remonter à l'embryologie du tronc coeliaque. (Schéma no: 6)

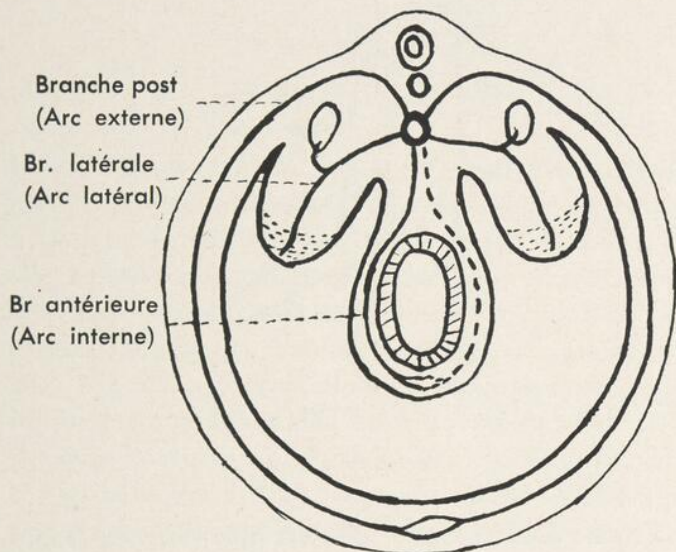


Schéma no: 6

Il semble que toutes les branches viscérales ou pariétales émises par l'aorte descendante présentent initialement une disposition métamérique.

L'aorte émettrait donc au début trois paires d'artères qui seraient les suivantes: une paire postérieure, une paire latérale et une paire antérieure ou intestinale. De cette dernière paire, seule la branche droite est appelée à subsister. Ces artères intestinales cheminent dans le mésentère primitif et passent de part et d'autre de l'intestin primitif.

Les branches latérales ont pour but d'irriguer la région du corps de Wolff et de l'éminence génitale tandis que la paire postérieure irrigue la paroi. Ces trois paires d'artères forment donc trois arcs qui peuvent être décrits comme arcs externe ou vertébro-pariétal, latéral ou génito-urinaire et interne ou intestinal et cela pour chaque métamère.

Les arcs internes donneront au-dessus du diaphragme les artères oesophagiennes, bronchiques, médiastinales tandis qu'au-dessous du diaphragme,

ils donnent naissance au tronc coeliaque, à l'artère mésentérique, à la mésentérique et aux deux ombilicales.

Nous nous intéresserons aux arcs internes que nous appellerons artères intestinales, et plus précisément aux artères sous-diaphragmatiques. Primitivement, il y a une paire d'artères intestinales par métamère mais, très tôt, celles-ci subissent deux grandes modifications, d'abord une réduction, puis une descente.

1. — Réduction. Cette réduction se fait de deux façons. D'abord, chaque paire d'artères se réduit à un seul vaisseau, soit par un phénomène de fusion, soit par oblitération de la branche gauche. Il est probable que les deux phénomènes se produisent conjointement comme c'est le cas chez l'embryon du chat.

Ensuite, la plus grande partie des artères segmentaires disparaîtront pour ne laisser subsister que celles qui participeront à la formation des branches intestinales définitives de l'aorte abdominale.

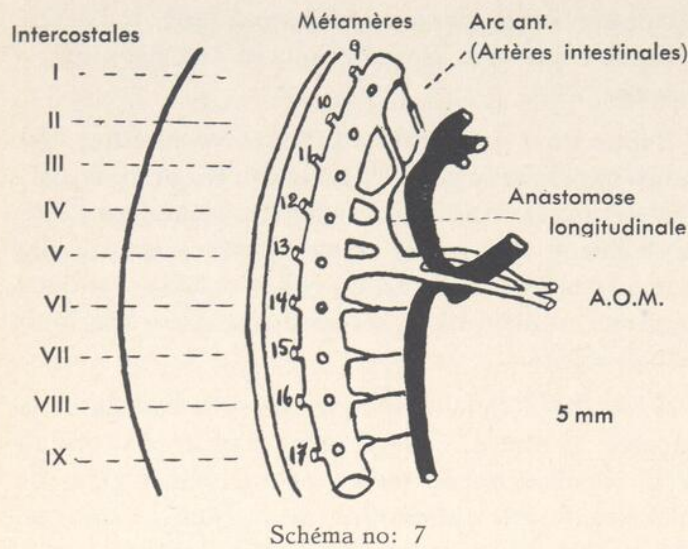
2. — Descente crânio-caudale. Ce phénomène fut remarqué par Mall et Tandler; il consiste en la tendance qu'ont les artères intestinales primitives à se déplacer dans le sens crânio-caudal. On observe ce phénomène sur les schémas nos: 7-8-9-10, puisque chez l'embryon de 5 millimètres, la branche inférieure de ce qui sera l'artère mésentérique supérieure correspond au 13^e métamère; chez l'embryon de 9 millimètres, elle est au niveau du 15^e métamère, tandis que chez l'embryon de 17 millimètres, on la trouve au niveau de 21^e métamère, ce qui sera sa situation définitive.

Pour expliquer cette migration, on a émis deux théories. Premièrement, les artères se déplaceraient grâce à la formation d'anastomoses longitudinales entre les différentes artères intestinales.

A mesure que ces anastomoses progressent vers le bas, les artères intestinales supérieures disparaissent à tout de rôle.

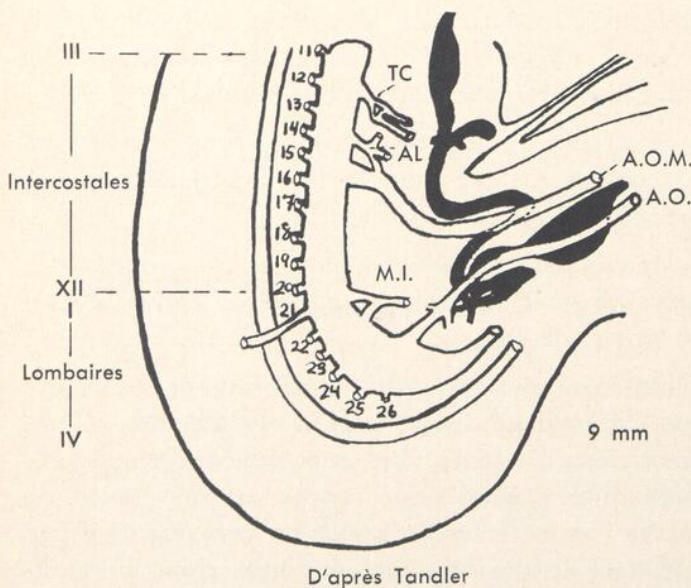
Deuxièmement, d'autres auteurs expliquent la descente artérielle par une migration active le long du tronc aortique.

On a aussi songé à un déplacement de l'aorte vers l'extrémité inférieure de l'embryon. Cette théorie est peu acceptable en ce qui concerne l'aorte abdominale puisque les autres artères issues de l'aorte comme les arcs pariétaux conservent à peu près leur disposition métamérique, donc horizontale.



Étudions maintenant le développement du tronc coeliaque. D'après Tandler, ce développement est intimement lié à celui de l'artère omphalomésentérique, future mésentérique supérieure et tout est terminé chez l'embryon de 17 millimètres.

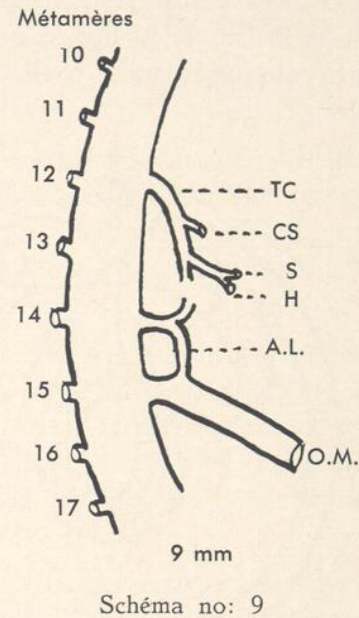
Chez l'embryon de 5 millimètres (schéma no: 7), l'artère omphalomésentérique naît de l'aorte par quatre ou cinq racines qui sont des artères intestinales primitives. La racine supérieure correspond à la 10e artère métamérique ou segmentaire du tronc et les autres correspondent à la 11e, 12e et 13e artères. A ce stade, la dixième artère segmentaire est située au niveau de la deuxième artère inter-costale. Ces quatre troncs primitifs sont réunis l'un à l'autre par une anastomose longitudinale, plus ou moins parallèle à l'aorte. On voit chez l'embryon de 5 millimètres naître l'artère omphalo-mésentérique au niveau du 13e segment. On peut remarquer aussi que déjà



D'après Tandler
Schéma no: 8

les autres artères intestinales sont déjà plus ou moins atrophiées sauf celle qui deviendra la mésentérique inférieure située vers le 20ième segment.

Passons maintenant à l'embryon de 9 millimètres (schémas nos: 8 - 9). Déjà ici on peut noter un changement important même si on reconnaît encore quelques racines des artères intestinales. Des quatre artères intestinales qui nous intéressaient dans le schéma précédent, la branche supérieure est maintenant individualisée et forme déjà le tronc coeliaque.



Quant à la seconde, elle est atrophiée et disparue. Les troisième et quatrième artères intestinales donnent naissance à l'artère omphalo-mésentérique et on retrouve toujours l'anastomose longitudinale déjà vue chez l'embryon de 5 millimètres. Notons en passant que ces racines se trouvent maintenant au niveau des quatrième et huitième artères inter-costales.

Chez l'embryon de 12 millimètres, le tronc coeliaque a déjà atteint sa conformation définitive mais n'a pas encore trouvé sa situation finale, puisqu'il naît maintenant au niveau de la 8ième artère intercostale correspondant au 16ième segment. L'artère omphalo-mésentérique, pour sa part, apparaît au niveau du 18 segment qui correspond à la 10ième intercostale.

Nous pouvons, de plus, voir que les deux racines intermédiaires ont maintenant disparu.

Étudions maintenant l'embryon de 17 millimètres (schéma no: 10).

On constate, en ce qui nous concerne, qu'il a atteint le stade adulte. Ce tronc coeliaque est complet de même que l'artère mésentérique supérieure.

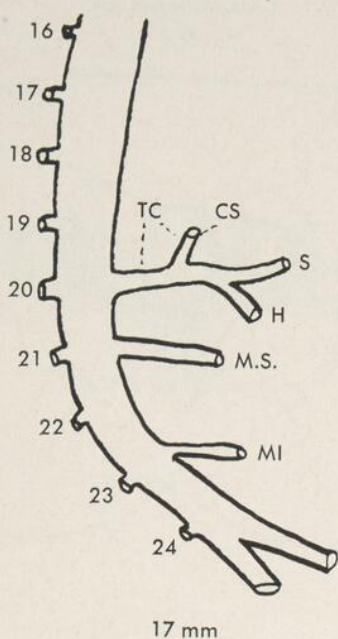


Schéma no: 10

Le premier a terminé sa migration caudale et naît maintenant du vingtième segment qui correspond à la douzième intercostale. Quant à la seconde, elle a perdu sa racine supérieure pour ne conserver que son origine inférieure située maintenant au niveau du vingt et unième segment qui correspond à la première artère lombaire et l'anastomose longitudinale est maintenant disparue (schéma no: 10).

Dans le schéma "A" du groupe suivant, on voit ce qui se passe ordinairement pendant le développement du tronc coeliaque et de l'artère mésentérique supérieure. De plus cette image nous permet de retrouver toutes les anomalies existant au niveau du tronc coeliaque et de la mésentérique supérieure.

Schéma "B". — Nous sommes ici en présence d'un cas où les trois artères intestinales supérieures se sont atrophiées ne laissant subsister que l'artère inférieure sur laquelle se greffe l'anastomose longitudinale qui au niveau de l'artère intestinale supérieure donne naissance aux trois artères du tronc coeliaque.

Dans ce cas, la branche horizontale porte le nom de tronc coeliacomésentérique et se bifurque en tronc coeliaque et mésentérique supérieure. Cette disposition est normale chez la taupe.

Sur le schéma "C", nous voyons que l'artère hépatique a deux sources d'approvisionnement car l'anastomose ne s'est pas atrophiée. L'hépatique reçoit donc du sang des artères intestinales supérieure et inférieure en même temps.

Le schéma "D" représente une artère coronaire stomacique et une splénique d'origine normale mais nous voyons une hépatique naissant du tronc

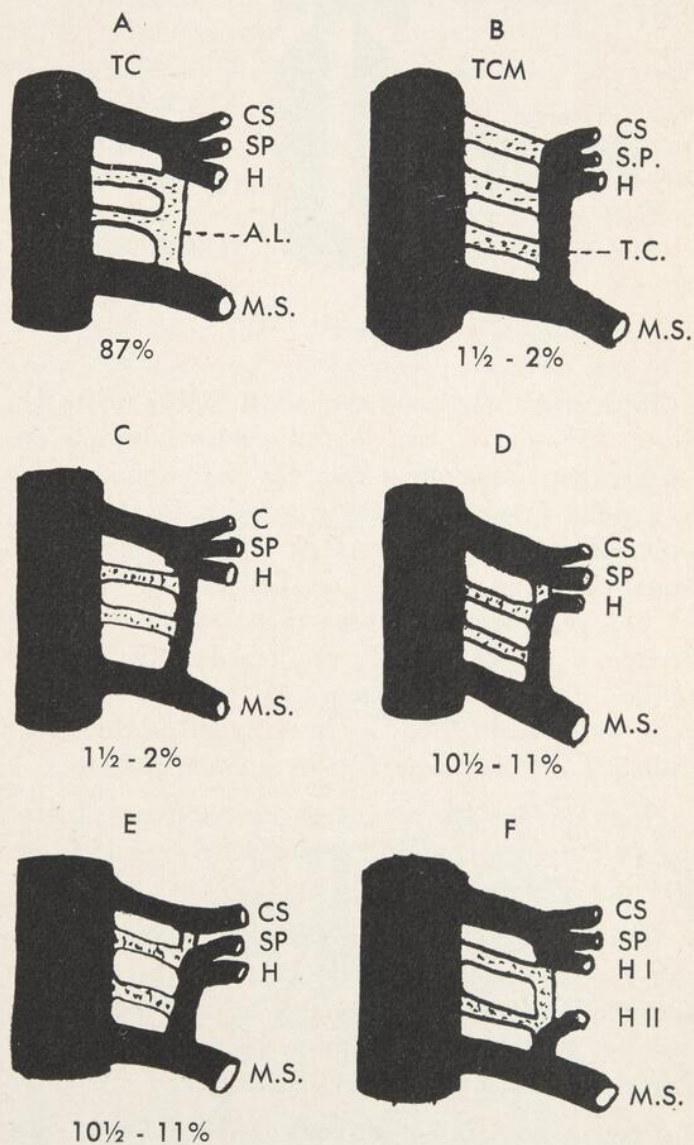
coeliaco-mésentérique par l'intermédiaire de l'anastomose longitudinale.

Quant au schéma "E", il n'est qu'une variante du précédent. Cette fois, seule la coronaire stomacique a une origine normale tandis que la splénique et l'hépatique naissent du tronc coeliaco-mésentérique.

Le schéma "F" représente un tronc coeliaque normal mais, au niveau de la mésentérique supérieure naît une importante hépatique accessoire.

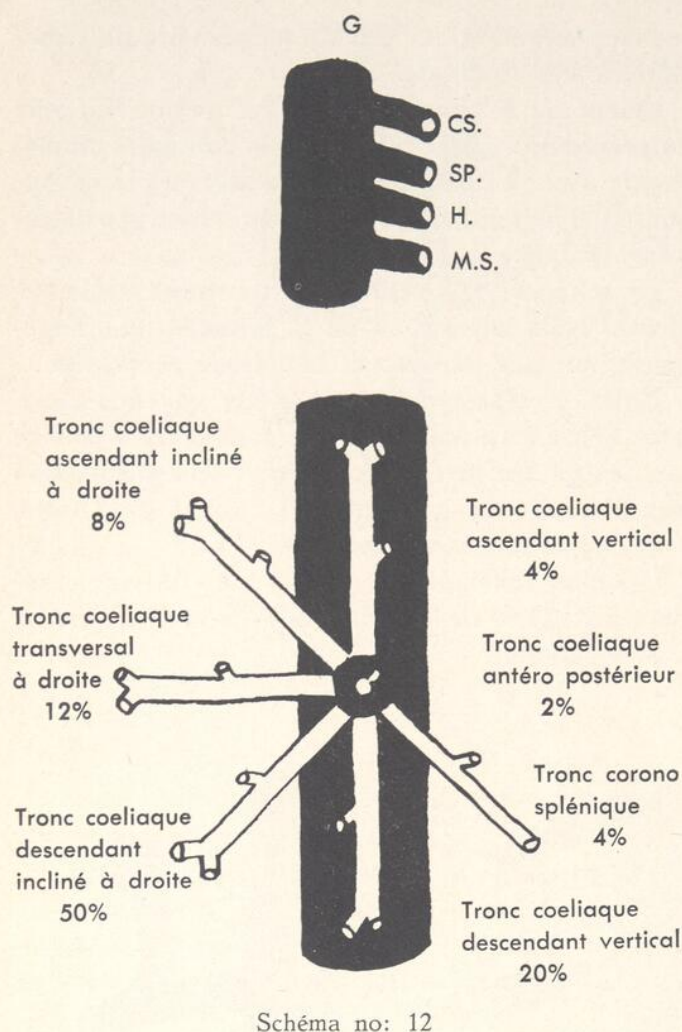
Enfin, exceptionnellement, nous pouvons constater l'absence totale de tronc coeliaque. Dans ce cas, les quatre artères conservent leur disposition embryonnaire et naissent directement de l'aorte, c'est ce que représente le schéma "G".

Les cinq schémas que vous venez de voir résument la théorie de Tandler qui n'a pas encore été prise en défaut.



D'après Tandler

Schéma no: 11



Maintenant que nous avons vu l'embryologie du tronc cœliaque et par le fait même l'origine de l'artère hépatique ainsi que ses variations possibles, nous devons considérer un autre facteur pouvant influencer cette artère, c'est la direction du tronc cœliaque à partir de l'aorte. Le schéma no: 12 représente les sept dispositions que Rio Branco a relevé d'après ses travaux personnels et ceux de ses prédécesseurs. Il existe une constante dans tous les cas — la terminaison du tronc cœliaque est plus superficielle que son origine.

Nous devons les premières descriptions sérieuses de l'artère hépatique à Eustache vers 1540 et à André Vésale vers 1547.

Nous devons attendre Winslow pour trouver une description détaillée de l'artère mésentérique normale tandis que Haller en 1756 reprend le travail de Winslow et y ajoute la description des différentes anomalies de cette artère.

Schéma no: 13 — Voyons d'abord l'anatomie habituelle de l'artère hépatique, pour ensuite étudier les principales anomalies qu'elle peut présenter.

Artère hépatique
Classique

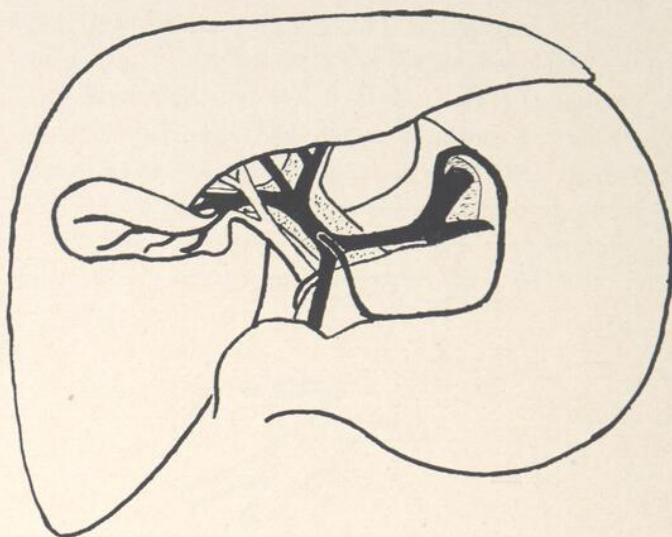


Schéma no: 13

L'artère hépatique naît donc du tronc cœliaque qui se bifurque en deux branches: l'artère splénique et l'artère hépatique. La coronaire stomacalique naît d'ordinaire comme collatérale du tronc. Cette bifurcation se produit en général au niveau du disque intervertébral séparant la douzième vertèbre dorsale de la première lombaire. Au niveau du bord supérieur du pancréas et un peu à droite de la ligne médiane.

L'hépatique mesure de 4 à 5 centimètres de longueur. Pendant les 2 ou 3 premiers centimètres, elle se dirige en dehors et en avant, puis au niveau de la veine porte, au devant de laquelle elle sera située, elle se redresse vers le hile du foie pendant 1.5 à 2 centimètres.

Artère hépatique
Origine mésentérique

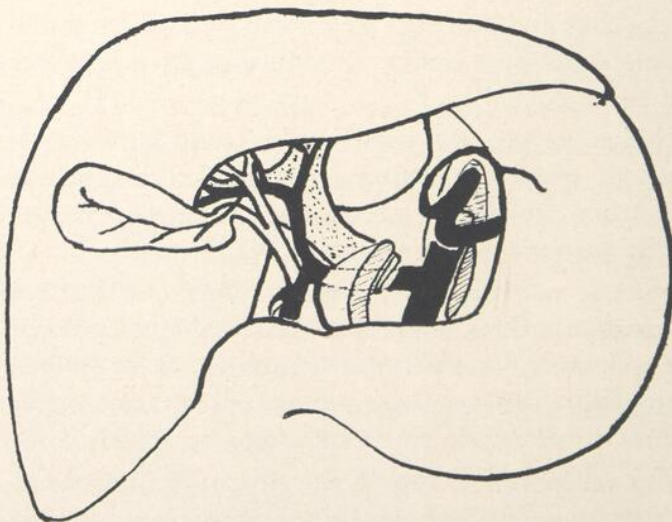


Schéma no: 14

Artère hépatique
en bouquet

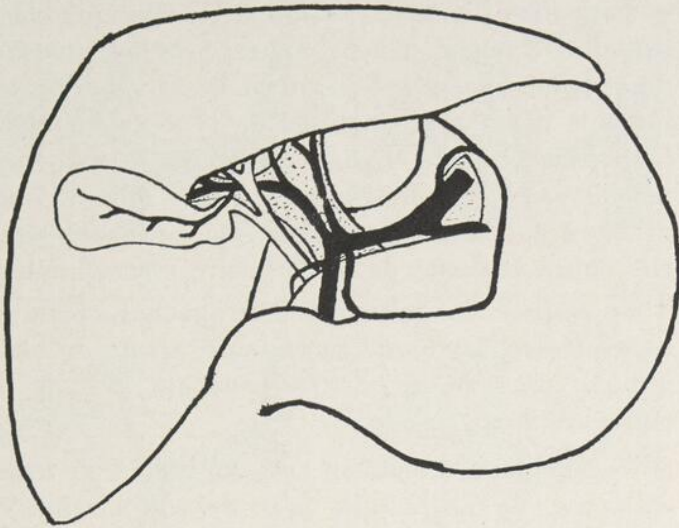


Schéma no: 15

Cette artère décrit donc, dans son ensemble, une courbe à concavité supéro-interne selon un plan se dirigeant de gauche à droite et d'arrière en avant, et se termine par une bifurcation en deux branches droite et gauche en avant de la veine porte et au-dessous de la réunion des deux canaux hépatiques.

L'hépatique donne deux collatérales d'importance variable, ce sont la gastro-duodénale et la pylorique.

La gastro-duodénale naît au point de jonction de la portion horizontale et de la portion ascendante de l'hépatique. Elle a un calibre tellement important que certains auteurs dont Rio-Branco font de son point d'origine un lieu de bifurcation de l'hépatique divisant celle-ci en "hépatique commune" en amont et en "hépatique vraie" en aval de cette bifurcation.

L'artère pylorique est un vaisseau de petit calibre, naissant en aval de la gastro-duodénale, qui se dirige rapidement vers le bord supérieur du pylore.

On a coutume de passer sous silence d'autres collatérales de très faible calibre, mais qui peuvent d'hypertrophier et provoquer des hémorragies importantes. Ce sont des collatérales pancréatiques dont fait partie la "Pancreatica magna de Haller" et des artéριοles ganglionnaires pancréatiques très courtes et très petites mais qui peuvent s'hypertrophier en même temps que les ganglions vers lesquels elles se rendent. Ces artéριοles peuvent causer des surprises désagréables lors d'une exérèse ganglionnaire à ce niveau si on n'est pas au courant de leur existence.

Voyons maintenant les anomalies de l'artère hépatique. Les chiffres que nous indiquerons sont le résultat de trois cent trente-huit cas compilés ou étudiés par Rio Branco.

On peut décrire quatre variations de cette artère, et cela dans des proportions variables. (Schéma no: 13). Le premier type, considéré comme classique et que nous avons décrit précédemment, se retrouve dans 50 à 55% des cas (schéma no: 14).

Deuxièmement, dans 4% des cas, nous sommes en présence d'une hépatique qui semble normale mais dont le lieu d'origine se trouve au niveau de la mésentérique supérieure. Ses rapports seront différents puisqu'elle passe derrière la veine porte, puis s'insinue entre le cholédoque à droite et la veine porte à gauche pour remonter jusqu'au hile du foie. C'est le type hépatomésentérique.

Schéma no: 15. La troisième variété d'hépatique se rencontre dans 20% des cas. Elle consiste en une artère normalement issue du tronc cœliaque mais qui est dépourvue de segment ascendant. En effet, au point d'origine de la gastroduodénale, nous voyons apparaître un bouquet artériel constitué par la gastroduodénale, la pylorique et les deux branches terminales de l'hépatique. C'est le type en bouquet.

Enfin, dans 20% des cas, nous sommes en présence d'une artère hépatique normale jusqu'à sa bifurcation terminale. A cet endroit deux éventualités sont possibles.

Schéma no: 16. D'une part, il n'y a qu'une branche droite, le lobe gauche du foie étant irrigué par une artère naissant de la coronaire stomacique et se rendant directement au foie.

Artère hépatique dédoublée

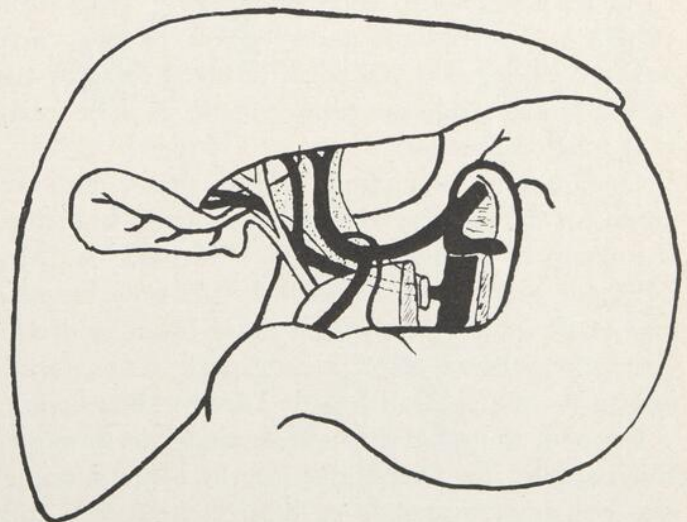


Schéma no: 16

Artère hépatique dédoublée

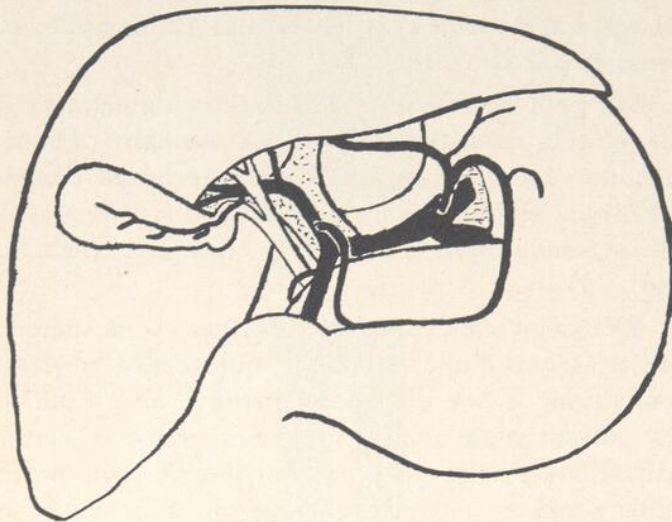


Schéma no: 17A

Schéma no: 17A. D'autre part, le lobe gauche est irrigué par une artère hépatique à trajet normal tandis que le lobe droit reçoit son apport sanguin d'une artère naissant de la mésentérique supérieure qui chemine derrière la veine porte et la voie biliaire principale pour ensuite venir en contact avec la branche droite de la veine porte du pont de jonction des canaux biliaires. Ces deux variétés forment ce qu'on peut appeler le type dédoublé.

Le Schéma 17B nous résume toutes les variétés d'origine de l'artère hépatique chez l'adulte. On retrouve facilement les schémas expliquant la théorie de Tandler.

Schémas nos: 18 et 19. Nous allons maintenant étudier les branches terminales de l'artère hépatique. Haller décrit deux terminales à cette artère: une branche droite et une branche gauche, la première étant plus volumineuse que la seconde.

Ces deux branches se terminent différemment, la droite, en général, se bifurque pour donner une branche nourrissant complètement le lobe droit et une autre irriguant partiellement le lobe carré de Spiegel. Quant à l'autre branche, elle se tri- et une autre irriguant partiellement le lobe carré et le lobe de Spiegel.

Quelquefois cependant, Haller note une terminaison de l'artère hépatique en trois branches. Il nomme la branche moyenne "Hepatic A. Media"; elle remplace le rameau du sillon de la veine ombilicale généralement issu de la branche droite. Exceptionnellement, cet auteur parle d'une terminaison en quatre branches de l'artère hépatique.

On peut toutefois dire que le mode de terminaison habituel de l'hépatique est la bifurcation, et que ces deux branches se bifurquent à leur tout avant de pénétrer dans le foie.

La branche hépatique terminale gauche a une origine différente selon le type d'hépatique auquel nous avons affaire. S'il s'agit de l'hépatique classique, la branche gauche naîtra à la terminaison du segment ascendant en avant de la veine porte. Dans le cas d'une hépatique du type en bouquet, la branche gauche naîtra du point d'émergence de la gastro-duodénale. Si enfin nous avons affaire à une hépatique dédoublée, la branche gauche naîtra toujours de la coronaire stomachique.

En résumé, sur cent branches gauches, soixante naissent de l'hépatique ascendante, trente de l'hépatique près de la gastro-duodénale, dix de la coronaire stomachique.

Exceptionnellement, on en a vu naître du tronc coéliquaie, de l'hépatique près de son origine et enfin du tronc de la gastroduodénale.

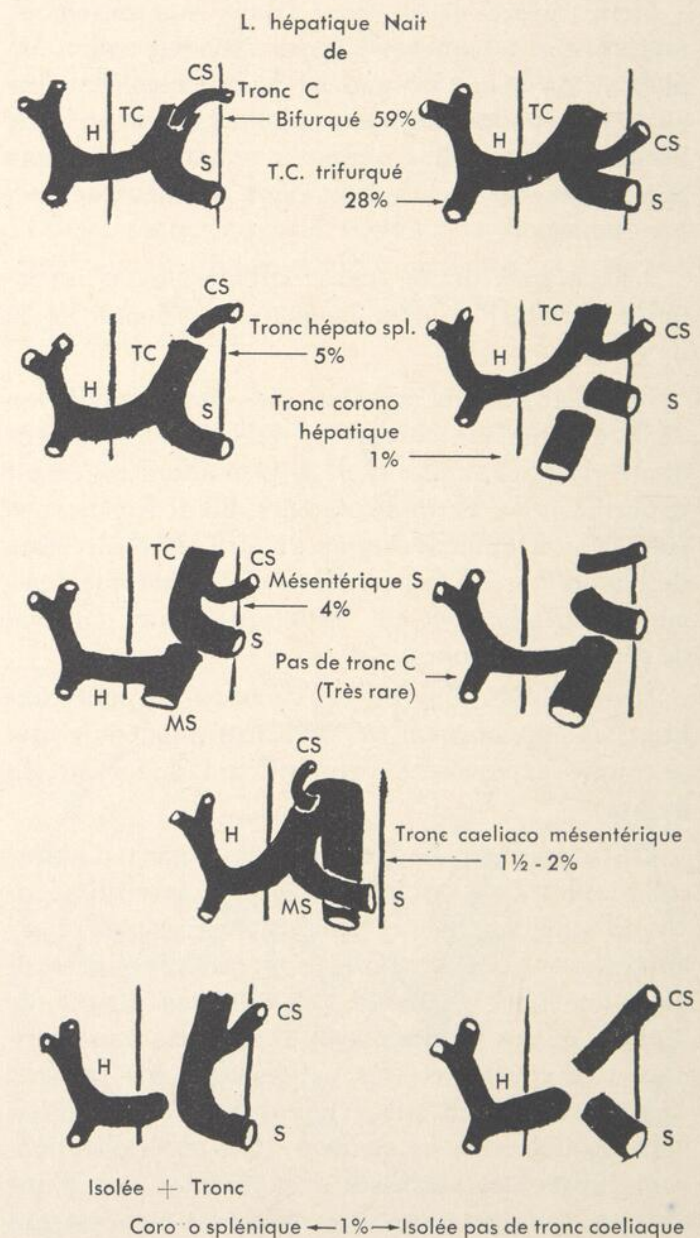


Schéma no: 17B

Terminaison de l'hépatique

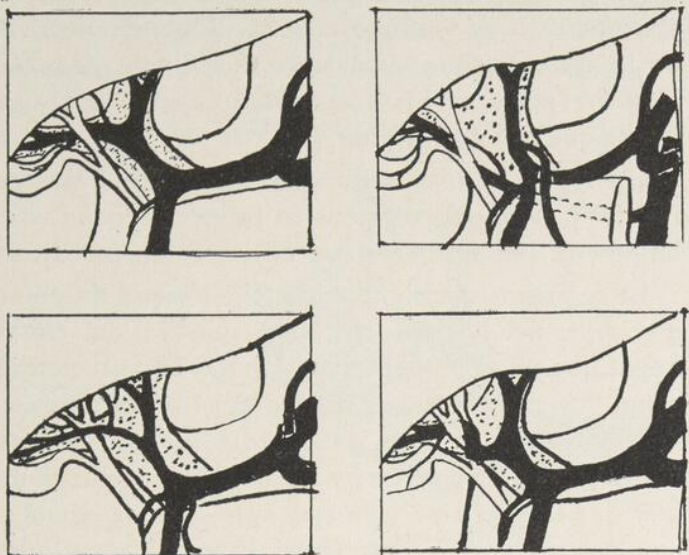


Schéma no: 18

La longueur de la branche gauche pourra varier de 1 à 6 centimètres selon son lieu d'origine et son calibre sera toujours inférieur à celui de la branche droite.

Quant à ses rapports, ils seront très variables avec la veine porte. Dans un cas classique, elle se situera en avant de la bifurcation portale et de la branche gauche de la veine porte. Plus la branche gauche naîtra loin du foie, sur l'hépatique, plus elle sera en contact avec la veine porte.

Enfin, dans le cas d'une branche gauche aberrante, celle-ci ne croisera la veine porte qu'au moment de pénétrer dans le foie, et il s'agira de la branche terminale de la veine porte.

Dans tous les cas, cette artère sera située à gauche des voies biliaires.

La branche hépatique gauche donnera comme collatérale, la pylorique dans 36% des cas, l'hépatique moyenne de Haller dans 28% des cas et exceptionnellement la cystique dans 1 à 2% des cas. Enfin, comme nous l'avons dit plus haut, cette branche se terminera par un division en deux ou trois rameaux avant de pénétrer dans le foie.

Parlons maintenant de la branche droite. Comme pour la branche gauche, nous pouvons être en présence de trois alternatives selon la conformation de l'artère hépatique. Dans le cas classique, c'est-à-dire lorsqu'il s'agit d'une hépatique possédant ses deux segments, la branche droite naît de la bifurcation de l'hépatique propre. Ce type est présent dans 60% des cas. Lorsqu'il s'agit d'une hépatique dépourvue de branche ascendante et se ramifiant en bouquet, ce qui se produit dans 20% des cas, la branche droite naît soit de la trifurcation de l'hépatique commune dans 14% des

cas soit d'un tronc commun avec la gastroduodénale dont elle semble être une collatérale dans 6% des cas.

Enfin, cette artère peut avoir une origine aberrante. Dans ce cas, elle naîtra de la mésentérique supérieure dans 10% des cas, et exceptionnellement soit 2% des cas, du tronc cœliaque. Descomps signale un cas où la branche droite de l'artère hépatique naît du tronc de la splénique. Comme pour la branche gauche, la longueur de la droite variera selon son point d'origine soit de 2 à 8 centimètres et son calibre est supérieur à celui de l'autre.

A ce niveau l'artère croise aussi la face antérieure de la branche droite de la veine porte avec laquelle elle a un contact intime quand il n'y a pas interposition par le canal hépatique.

Voyons maintenant le segment terminal de la branche droite ou segment latéro-hépatique droit. Après avoir croisé antérieurement ou postérieurement le canal hépatique, la branche hépatique apparaîtra dans une région limitée à gauche par le flanc droit du canal hépatique, en bas et à droite par le canal cystique et le col de la vésicule, en haut et à

Branche droite de l'hépatique

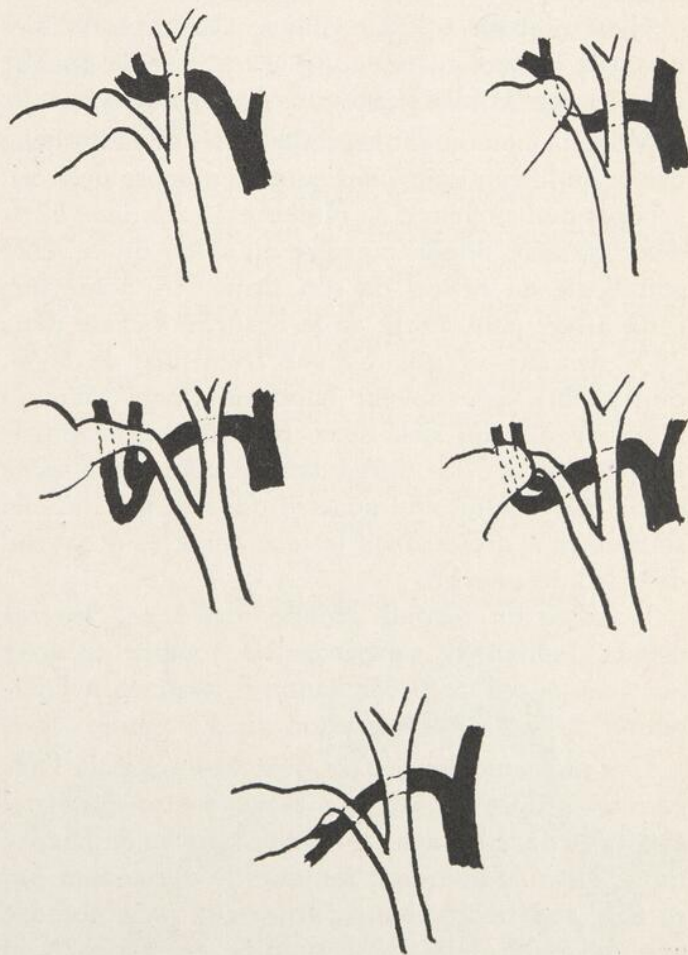


Schéma no: 19

gauche par la face inférieure du foie. Budde donne à cette région la nom de triangle des voies biliaires dont le sommet est formé par la réunion hépatocystique, la base par le foie et les côtés par les canaux hépatique et cystique. La forme de ce triangle est générale à cause des différentes directions que peut prendre le canal cystique. De plus, l'apparence de ce triangle est encore exagérée par la position opératoire en lordose qu'on fait prendre au sujet.

L'aire de ce triangle est traversé en profondeur par la branche terminale droite de la veine porte. A noter qu'il arrive dans 25% des cas que cette terminaison se fasse par une trifurcation donnant une branche gauche et deux branches droites. La terminale droite de l'artère hépatique se trouve en contact avec cette branche droite de la veine porte; elle est en général légèrement descendante par rapport à celle-ci, ce qui fait qu'au sommet du triangle, elle est en contact avec la face antérieure de la veine tandis qu'à sa base, elle ne touche qu'à son bord inférieur.

Cette artère se termine en donnant de deux à quatre rameaux secondaires qui pénètrent dans le foie tantôt tous en avant de la veine tantôt en émettant deux rameaux derrière elle, mais de toute façon, toujours en contact intime avec elle.

C'est presque toujours dans ce triangle biliaire que naît l'artère cystique qui le traverse de gauche à droite vers la face supérieure du col de la vésicule.

Voyons maintenant les collatérales de la branche droite de l'hépatique; elles sont au nombre de trois. L'hépatique moyenne de Haller existant dans 52% des cas, aussi nommée artère du sillon de la veine ombilicale en raison de son trajet. A noter que cette artère peut naître de la branche gauche dans 28% des cas, ce qui fait une fréquence de 80%. Son calibre est souvent important mais toujours inférieur à celui des deux branches principales, l'hépatique. Elle se dirige dans le sillon de la veine ombilicale par où elle pénètre dans le foie où elle se ramifie à droite dans le lobe carré et à gauche dans le lobe gauche.

Il existe un second groupe formé par les rameaux duodénaux supérieurs au nombre de deux ou trois, à peu près constants et destinés à l'irrigation de la première portion du duodénum.

Ces rameaux peuvent se détacher aussi de l'hépatique propre — soit du tronc gastro-duodéal soit aussi de la branche terminale gauche de l'hépatique, mais ils abordent toujours le duodénum par sa face supérieure et un d'entre eux peut prendre une déviation telle qu'il supplée en partie à la pylorique dans 25% des cas.

Contrairement à la branche gauche, la branche droite a un trajet plus ou moins sinueux formant souvent un "S" italique couché. Quand elle naît de la mésentérique supérieure, elle passe derrière la veine porte et les voies biliaires qu'elle croise quelle que soit son origine.

On lui décrit trois segments: un segment latérobiliaire gauche, un segment en rapport avec la voie biliaire et un dernier segment latérobiliaire droit.

Le segment latérobiliaire gauche s'étend du point d'origine de l'artère au bord gauche du canal hépatique. Sa longueur varie de 8 à 20 millimètres selon l'origine du vaisseau. En général, ce premier segment longe le bord gauche du canal hépatique auquel il peut même être accolé mais il arrive dans 8% des cas qu'il décrive une anse dont le sommet empiète sur la face antérieure du canal hépatique. En arrière, cette branche répond au versant gauche de la face antérieure de la veine porte et en dedans, elle répond à la branche gauche de l'artère hépatique dont elle s'éloigne en formant un angle droit. Il faut noter que plus la bifurcation est basse, plus l'angle entre ces deux artères se rétrécit.

Le segment biliaire répond au croisement entre la branche artérielle et les voies biliaires. Dans 88% des cas, l'artère croise la face postérieure du canal hépatique au niveau de son tiers supérieur ou moyen. Dans 12% des cas, c'est la face antérieure du canal hépatique que l'artère croisera.

Si on ajoute les 8% des cas où la branche gauche de l'hépatique croise la face antérieure des voies biliaires, nous avons une fréquence de 20% où une grosse artère passe devant les voies biliaires, fait non négligeable pendant une intervention.

La troisième collatérale est formée par la cystique que nous verrons plus loin.

La branche droite de l'hépatique se termine comme nous l'avons mentionné par deux, trois ou quatre rameaux avant de pénétrer dans le foie mais il arrive qu'elle ne se divise pas à l'extérieur de cet organe.

L'artère cystique comme l'hépatique est connue de longue date puisque Galien en fait déjà mention. Il faut cependant attendre Vésale pour en trouver une description quelque peu détaillée mais c'est encore Haller qui l'a décrite avec le plus de détails.

La majorité des auteurs disent que l'artère cystique est unique et qu'elle se détache presque toujours de la branche droite de l'hépatique. Certains laissent aussi penser qu'elle peut naître du tronc de l'hépatique. Il semble cependant exister une proportion assez importante de cas où il y a deux artères cystiques. En effet, l'addition des statis-

tiques de Rossi et Cova, Sousloff, Da Silva et Rio Branco portant sur l'étude de deux cent soixante-quatre cas, indique un pourcentage de 12% de cystique double donc 88% de cystique unique.

Origines de la cystique



Schéma no: 20

Schéma no 20. Étudions maintenant l'origine de l'artère cystique. D'après Testut, elle naît au niveau du sillon transverse du foie soit de l'hépatique soit de sa branche droite. Immédiatement après, elle se porte vers le col de la vésicule où elle se divise en deux branches: le rameau supérieur qui se dirige sur la face supérieure ou adhérente de la vésicule et le rameau inférieur qui se ramifie sur la face inférieure ou face libre de la vésicule.

Quelles sont les différentes origines possibles de l'artère cystique simple ?

Sur les 264 cas déjà cités, on l'a vue naître:

- a) de la branche droite de l'hépatique dans 213 cas,
- b) du tronc de l'hépatique dans 8 cas,
- c) de la gastro-duodénale dans 7 cas,
- d) de la branche gauche de l'hépatique dans 3 cas,
- e) d'une hépatique moyenne une fois,
- f) de la mésentérique supérieure une fois.

Comme la branche droite de l'hépatique qui naît dans 12% des cas de la mésentérique supérieure, on peut affirmer sans crainte que l'artère cystique naît dans la majorité des cas de l'artère qui irrigue le lobe droit, qu'elle soit aberrante ou non.

Parlons maintenant des cystiques doubles. On en a trouvé 31 sur 264, originant:

- a) toutes deux de la branche destinée au lobe droit: 21 fois;
- b) l'une de la branche destinée au lobe droit; l'autre de la gastro-duodénale: 6 fois;
- c) toutes deux de la terminale gauche: 3 fois;
- d) une de la terminale hépatique gauche; l'autre du tronc de l'hépatique: 1 fois.

Il existe d'autres possibilités rarissimes de combinaisons quand il y a deux artères cystiques, mais il est inutile d'en parler.

Par rapport au canal hépatique, Rio Branco, dans une étude de 56 sujets, a vu apparaître l'artère cystique à droite du canal quarante fois, soit au ras de l'hépatique soit à 10 ou 20 millimètres de celui-ci. Dans le premier cas, l'artère naissait de la branche droite de l'hépatique; dans le second, elle tirait son origine d'un rameau terminal de cette branche. Douze autres fois, il l'a vu naître à gauche du canal hépatique qu'elle croise par la suite.

Enfin, il l'a vu naître trois fois derrière le canal hépatique et une fois devant.

L'artère cystique se termine d'ordinaire par la bifurcation en deux branches comme nous l'avons dit plus haut, mais s'il s'agit de deux artères, chaque vaisseau correspondra à une branche de la bifurcation. Cette artère a en moyenne 2 millimètres de diamètre mais ce calibre peut augmenter s'il y a lésion inflammatoire. Sa longueur varie selon son origine et aussi selon son lieu de bifurcation.

En moyenne, la cystique est longue de 5 à 20 millimètres mais si elle naît à gauche du canal hépatique, elle peut varier de 20 à 40 millimètres.

Sa direction variera aussi selon son lieu d'origine. En général, elle se dirige de gauche à droite et d'arrière en avant. Voyons maintenant le trajet et les rapports de la cystique.

a) Artère naissant à droite de l'hépatique

Cette situation est la plus fréquente puisqu'on la rencontre dans 71% des cas environ.

Elle naît alors en général au niveau du flanc droit du canal hépatique et se dirige vers la vésicule qu'elle atteint au niveau du sillon séparant le col du corps de l'organe où elle donne ses deux terminales.

Pendant son trajet, la cystique a traversé l'angle formé par le canal cystique à droite et le canal

Le triangle de la cholécystectomie

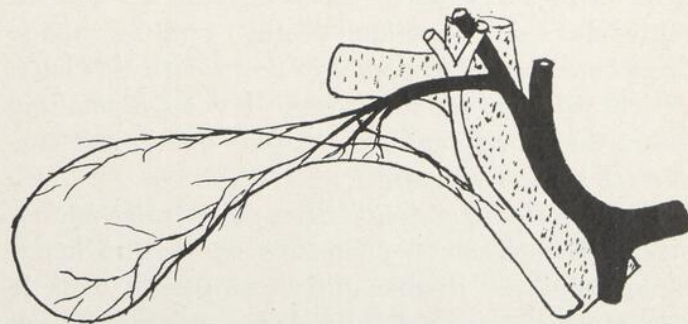


Schéma no: 21

hépatique à gauche; elle croise ensuite le flanc gauche de l'extrémité supérieure du canal cystique et le flanc gauche de la vésicule.

Derrière elle, on trouve la branche droite de la veine porte (schéma no: 21).

En pratique chirurgicale, cette description n'est plus exacte, si on a déjà disséqué la vésicule de son lit hépatique et qu'on exerce une légère traction sur elle.

Dans ce cas, le canal cystique perd sa courbure de même que l'artère. On aura donc un triangle plus ou moins équilatéral dont le côté gauche est vertical et formé par le tiers ou la moitié inférieure du canal hépatique. Celui-ci est en contact en haut avec la branche droite de la veine porte et en bas avec le flanc droit de cette veine. Le côté inférieur de ce triangle est formé par le canal cystique et la face supérieure du col de la vésicule. Ce côté se dirige presque transversalement à cause de la traction exercée sur la vésicule.

Quant au côté supérieur, oblique en bas et à droite, il est formé par le tronc de l'artère cystique et par un segment plus ou moins long de l'artère hépatique. Ce triangle forme la moitié inférieure du triangle biliaire de Budde et porte le nom de triangle de la cystique de Calot.

b) Étudions maintenant le cas de l'artère cystique naissant à gauche du canal hépatocolédoque

Dans ce cas, elle croisera forcément la voie biliaire pour atteindre le col de la vésicule. Ce croisement se produira à un niveau variable dépendant du point d'origine de l'artère qui pourra avoir une direction ascendante, transversale ou descendante pour la même raison.

Le plus souvent, c'est au niveau de l'hépatique que passe l'artère cystique et presque constamment devant lui — 98-99%. Il faut donc penser à cela lors d'une cholédochotomie pour drainage.

Si l'artère naît de la branche droite de l'hépatique, elle aura une direction transversale ou descendante mais si par contre, elle naît de l'hépatique ou plus bas elle longera le canal cystique.

c) Voyons enfin ce qui se passe quand il y a deux artères cystiques. Elles naissent en général toutes deux de l'hépatique droite, ce qui ne change pas grand'chose à l'apparence du triangle de Calot. Si leur origine est différente, il y en a une qui naîtra de la branche droite, tandis que l'autre traversera les voies biliaires.

L'artère cystique donne deux collatérales minuscules. Premièrement, on trouve un rameau hépatique simple ou double qui va se perdre dans le foie et deuxièmement, elle donne un rameau au carrefour biliaire qui longe le cystique pour s'anas-

tomoser avec des vaisseaux venant le long du cholédoque.

Les terminales de la cystique sont au nombre de deux: elles prennent naissance au niveau du col de la vésicule. Ce sont la branche droite ou supérieure qui se dirige vers la partie adhérente de la vésicule et la branche gauche ou inférieure qui se dirige vers sa face libre. Il semble que la branche droite puisse avoir une situation variable. On la trouve soit enfouie dans le lit de la vésicule soit dans l'angle formé entre la vésicule et le foie.

Ces branches terminales donnent deux variétés de rameaux. Un groupe plus nombreux et plus important destiné à la vésicule et un second à la destination hépatique.

Ces rameaux semblent participer à l'irrigation du lobe carré et du lobe droit ainsi que de la fossette biliaire.

Avec ces derniers vaisseaux, nous avons parcouru l'étude de la circulation artérielle à destination hépatique et nous espérons avoir souligné quelques détails qu'on ne trouve pas en général dans les manuels d'Anatomie que nous utilisons couramment.

Résumé

Ce travail débute par un rappel embryologique du foie et des voies biliaires puis de leur anatomie normale. Ensuite viennent l'embryologie du tronc cœliaque et de l'anatomie normale de l'artère hépatique et de ses collatérales. L'étude se termine par la description des différentes possibilités de situation et de division de l'artère hépatique et de l'artère cystique. Le but de ce travail est de souligner les anomalies qui peuvent être rencontrées dans la chirurgie des voies biliaires.

Summary

This work starts with an embryological recall of the liver and biliary tract with a study of their normal anatomy. A second part consist of the study of the celiac trunk and of the anatomy of the hepatic artery with its collaterals. The paper ends with the description of the situation and division variations of the hepatic and cystic arteries. The aim of this study is to emphasize the anomalies which can be encounter during biliary tract surgery.

BIBLIOGRAPHIE

- AREY: Developmental Anatomy. 5ième Édition. B. Saunders Co., édit. Philadelphie, 1947.
- GRÉGOIRE, R.: Anatomie médico-chirurgicale de l'abdomen. J. B. Baillièrre et Fils, édit., Paris, 1926.
- RIO BRANCO, P.: Essai sur l'anatomie et la médecine opératoire du tronc cœliaque et de ses branches. De l'artère hépatique en particulier. G. Steinheil, édit., Paris, 1912.
- ROUVIÈRE, H.: Anatomie Humaine. 5ième Édition. Masson et Cie, édit., Paris, 1943.
- TESTUT, L.: Traité d'anatomie Humaine. 6ième Édition. Octave Doin et Fils, édit., Paris, 1911.

MOUVEMENT MÉDICAL

RÉÉVALUATION D'UN INSTRUMENT DE MESURE DES ÉTATS DÉPRESSIFS : LE "BRITISH HOSPITAL PROGRESS TEST"¹

Gerald J. SARWER-FONER² et Sidney SANDERS³

Le "British Hospital Progress Test" (BHPT), (Kanter (1)) est un inventaire de jugements portés sur soi-même afin de mesurer la gravité des états dépressifs du patient au début de la maladie et d'évaluer les changements qui se produisent en cours de traitement (Kanter (1), p. 2, Abraham, Kanter et al. (2)).

Le BHPT se compose de 52 énoncés écrits chacun sur une petite carte (3" x 5"). Chaque énoncé est précédé des mots "pendant la semaine dernière" écrits en majuscules rouges. Les énoncés sont numérotés de 1 à 52 et sont toujours présentés dans le même ordre. Le patient doit les distribuer sous trois rubriques: *vrai, faux, ne sait pas*, inscrites sur un carton blanc.

De ces 52 énoncés, 2 servent à vérifier si le patient a pris ou non ses médicaments, 25 sont relatifs aux états et aux symptômes dépressifs, 7 à un état normal de satisfaction, 8 au niveau d'amélioration et 10 évaluent les tendances maniaques.

Chaque réponse dépressive vaut 1, 2 ou 3 points selon qu'elle est faiblement, modérément ou fortement caractéristique de l'état dépressif. La pondération varie pour les hommes et pour les femmes. Le score d'un sujet est la somme des valeurs des réponses dépressives (Kanter (1), p. 8).

Le test BHPT ayant été normalisé sur une population de patients externes, il a paru souhaitable d'en évaluer l'utilité auprès de patients internes du service psychiatrique d'un hôpital général.

A supposer que le BHPT mesure effectivement la dépression, on peut faire les trois hypothèses suivantes:

a) Il existe une différence entre les résultats des patients déprimés et ceux des patients non-déprimés;

b) Il est possible de diviser la distribution des résultats au test BHPT en quatre sous-groupes

correspondant chacun à un des quatre niveaux d'une échelle clinique de gravité de la dépression, (nulle, faible, moyenne, grave) chaque patient étant classé par le médecin traitant au cours du traitement;

c) Il existe des différences significatives dans les résultats du BHPT entre ces quatre catégories. Ces différences confirmeraient la validité du BHPT (Kanter (1)) et en étendraient son usage en fournissant des "scores" critiques aux quatre niveaux de l'échelle de gravité.

MÉTHODE ET CONTRÔLES

Le matériel employé comprend 52 cartes et un grand carton blanc sur lequel sont indiqués les trois choix possibles: *vrai, faux et ne sait pas*, inscrits dans autant de carrés. Le patient est confortablement assis devant une table et il dispose les cartes de façon à former trois piles. Les cartes sont présentées dans l'ordre fixe de 1 à 52.

Le test a été soumis à ceux des patients internes hospitalisés dans le service à la clinique de recherche du Département de psychiatrie du "Jewish General Hospital" dont le diagnostic correspondait à une des maladies du groupe des dépressions. La recherche s'est faite en deux temps.

a) D'octobre 1962 à mai 1963, 21 patients ont passé le test (7 hommes et 14 femmes).

b) Pendant les mois de juin, juillet et août 1963, le test a été appliqué à 17 autres patients, avec re-test tous les quinze jours (10 femmes déprimées, 7 autres patients psychiatriques non-déprimés). Dans chaque cas, le diagnostic du médecin résident quant à la gravité de la dépression sur une échelle de 4 points a été noté ainsi que le "score" obtenu au BHPT.

Pendant les deux semaines allant du 2 au 16 août, le test a été administré à 36 patients non déprimés (16 hommes et 20 femmes) hospitalisés dans d'autres services et servant de groupe témoin. La raison pour laquelle on a choisi un groupe de patients non déprimés plutôt qu'un groupe formé au hasard est la suivante: un échantillon choisi au hasard aurait renfermé un certain nombre de patients à la fois déprimés et souffrant de maladie somatique ainsi que des déprimés confiés au ser-

¹ Département de Psychiatrie, Université McGill et Département de Psychiatrie, Hôpital Général Juif, Montréal, P.Q. Communication au 31^e Congrès de l'ACFAS, 1 novembre 1963, à Québec.

² Assistant professeur de psychiatrie, Faculté de Médecine, Université McGill — Associate Psychiatrist — Directeur Clinic Investigation Unit, Jewish General Hospital.

³ Institut de Psychologie, Université de Montréal.

vice médical par le service psychiatrique. Dans ces conditions, il a semblé raisonnable de ne faire appel qu'aux patients jugés non déprimés par les infirmières et les médecins traitants afin d'obtenir un "score" au test BHPT pour les patients non déprimés, pouvant servir de "score" critique dans le "continuum".

RÉSULTATS

Nous avons choisi parmi les sujets du groupe expérimental (patients déprimés) un groupe d'hommes et un groupe de femmes, chaque groupe ayant la même multiplicité d'âges, soit de 26 à 65 ans chez les hommes et de 26 à 66 ans chez les femmes. Une distinction équivalente a été faite au sein du groupe contrôle (patients non déprimés), soit de 24 à 65 ans chez les hommes et de 26 à 68 ans chez les femmes.

La seconde phase de l'expérience avait fourni 43 évaluations cliniques globales concernant le degré de gravité de la dépression de 17 patients re-testés tous les quinze jours.

VÉRIFICATION DE L'HYPOTHÈSE

a) Pour tous les patients du sexe masculin, les résultats de l'analyse (3) au moyen du Test de Mann-Whitney montrent une différence significative au niveau de probabilité de .002 entre les patients déprimés et les patients non déprimés. Pour les patients du sexe masculin compris dans le groupe d'âges étudié, les résultats montrent une différence significative au niveau de probabilité de .02.

Pour les patientes, les deux résultats correspondants sont significatifs à un niveau inférieur à .00006; aussi bien pour l'ensemble des patientes que pour les patientes du groupe d'âge choisi.

Dans tous les cas, l'hypothèse prédisant des résultats différents pour les déprimés et les non-déprimés se trouve confirmée.

b) Dans l'échelle de gravité de la dépression comportant quatre niveaux, les "scores" critiques, ont été fixés arbitrairement à 35, 60, 75 et 90. Au niveau de 35, on trouve deux cas de non dépression et 2 cas de dépression peu grave qui constituent des erreurs de classement. Au niveau de 60, il y a cinq erreurs, soit 3 dépressions peu graves et 2 dépressions de gravité moyenne. Au niveau 75, on trouve deux erreurs, soit 1 dépression moyenne et 1 dépression grave. Chaque "score"

critique se trouve ainsi être un point médian situé entre les divers degrés de gravité.

L'utilité des "scores" critiques est surtout de permettre la distinction, pour des fins cliniques, entre des états de gravité de dépression, mais on doit retenir que ce sont des points choisis arbitrairement et non des lignes de démarcation précises.

c) L'analyse des résultats au moyen de la technique de Kruskal-Wallis a montré des différences significatives à un niveau inférieur à .001.

On voit que les "scores" au BHPT, dans la classification clinique (aucune gravité, peu grave, gravité moyenne et grave) diffèrent de façon significative. Les jugements portés par le médecin résident sont en corrélation significative avec les "scores" au BHPT.

CONCLUSIONS

Les "scores" obtenus au BHPT distinguent bien les patients déprimés des non déprimés. Le BHPT mesure également bien les progrès accomplis pendant la convalescence, si on les considère dans leur ensemble. Le test peut aussi servir comme instrument de travail pour habituer les médecins résidents à juger de la gravité d'un cas de dépression (Abraham (2), 1963, p. 286). Le BHPT est utilisé par un groupe de recherche britannique (2) et par nous-mêmes comme instrument de mesure utile dans des recherches psychopharmacologiques.

La répétition de l'expérience est envisagée avec, cette fois, une population hospitalière psychiatrique et non psychiatrique étudiée au cours d'une année normale. Il sera aussi nécessaire d'étudier davantage la question des re-tests.

Résumé

Le "British Hospital Progress Test" mesure l'intensité des dépressions affectives. Il se présente sous la forme d'un inventaire de jugements que le patient doit porter sur lui-même. La présente étude porte sur 31 patients déprimés et 36 patients non-déprimés, choisis parmi les malades hospitalisés à la clinique psychiatrique d'un hôpital général.

Les résultats ont montré une différence significative entre les sujets déprimés et les sujets non-déprimés. Les sujets sont ensuite répartis en quatre groupes suivant une échelle mesurant la gravité de la dépression. Il est alors possible, à partir des résultats obtenus avec le test, d'établir des points critiques correspondant aux quatre niveaux de l'échelle.

Summary

The British Hospital Progress Test is an easily administered test of the intensity of depressive affect. It was developed along the lines of a self-assessment inventory (Kanter, 1961) by having the patient sort 52 cards containing statements related to depression into three piles headed 'True', 'False' and 'Can't say'. The present research involved 31 depressed patients in a psychiatric ward of a general hospital and 36 non-depressed medically ill patients in a medical ward. The three-fold hypothesis was confirmed: a) A differentiation of scoring results between depressed and non-depressed patients significant beyond the .02 probability level (Mann-Whitney 2-tailed U Test); b) That cut-off points could be established along a four point rating scale for severity of depression) c) Differences were established between these four severity rating classifications statistically significant beyond the .001 probability level (Kruskal-Wallis One-Way Analysis of Variance Test).

BIBLIOGRAPHIE

1. KANTER, V. B. et SANDLER, J.: The British Hospital Progress Test. Cyclostyled Report, London, England, 1961, presented at American Psychological Assoc. Annual Meeting, New York (août-sept.) 1961.
2. ABRAHAM, H. C.; KANTER, V. B.; ROSEN, I. et STANDEN, J. L.: A controlled Clinical trial of Imipramine with out-patients. *Brit. J. Psychiat.*, **109**: 286, 1963.
3. SIEGEL, S.: Non-parametric statistics for the Behavioral Sciences. McGraw-Hill, édit., New York, 1956.

Adresse: G.-J. Sarwer-Foner — 613, Chemin de la Côte Saint-Antoine, Montréal 6, P.Q.

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 93, No 4 — Montréal, avril 1964

LA BIOPSIE RÉNALE PERCUTANÉE

A la lumière des résultats de plusieurs milliers de biopsies rénales percutanées qui ont été publiés dans la littérature (1-2-3-4-5), il semble opportun de faire le bilan de cette méthode d'exploration rénale.

La première publication sur la biopsie rénale semble être celle de Gwyn (6). En 1923, cet auteur rapportait un cas de glomérulonéphrite dont le diagnostic avait été posé au cours d'une intervention chirurgicale. Par la suite et jusque vers 1954, la grande majorité des biopsies rénales était faite au cours d'une intervention chirurgicale.

Après que Ball (7) eut rapporté un cas d'hypernéphrôme diagnostiqué par biopsie rénale percutanée, quelques médecins se servirent de cette voie. Mais à cause des techniques utilisées en ce temps, les complications étaient fréquentes (8) et cette manœuvre connut peu de faveur.

Ce n'est qu'en 1950, qu'une technique à la fois simple et relativement peu dangereuse fut publiée par Peraz (9) et en 1951, par Iversen (10).

Subséquentement, Kark et ses collaborateurs (1, 11, 12) modifièrent avantageusement cette technique et depuis 1954 la biopsie rénale percutanée est utilisée dans le monde entier.

Certains auteurs ont proposé depuis des modifications mineures à la technique Kark.

La popularité de la biopsie rénale réside dans le fait que c'est le seul moyen d'investigation qui permet, chez des sujets vivants, d'évaluer avec précision la morphologie des maladies rénales diffuses.

L'on préfère la voie transcutanée à la voie per-opératoire, à cause de sa simplicité. Il est vrai que la voie transcutanée est potentiellement plus dangereuse que la biopsie per-opératoire "de visu". Au début de l'histoire de la biopsie rénale percutanée, de rares décès ont été rapportés. Cependant l'analyse de ces décès révèle qu'ils étaient attribuables à une mauvaise technique et aujourd'hui, tous sont d'accord pour conclure que la manœuvre est peu dangereuse en autant que certaines conditions essentielles sont bien remplies au préalable.

Il est bien démontré que l'incidence des complications majeures ou mineures est inversement proportionnelle à l'expérience de l'opérateur. En conséquence, il est préférable que la technique soit réservée à ceux qui ont un intérêt particulier à la néphrologie.

1. KARK, R. M. et al.: Analysis of 500 percutaneous renal biopsies. *Arch. Int. Med.*, **101**: 439, 1958.
2. BRUN, C. et al.: The Results of 500 percutaneous renal biopsies. *Arch. Int. Med.* **102**: 716, 1958.
3. BRUN, C. et al.: Kidney Biopsies. *Amer. J. Med.*, **24**: 676, 1958.
4. SCHREINER, G. E.: The Nephrotic Syndrome. In Strauss, M. B. and Welt, L. G. (Ed). *Diseases of the Kidney*, p. 341, Little, Brown and Co. édit., Boston 1963.
5. HILDRETH, E. A.: Percutaneous Renal Biopsy. *M. Clin. North America*, **47**: 903, 1963.
6. GWYN, N. B.: Biopsies and the Completion of Certain Surgical Procedures. *Canad. M. A. J.*, **13**: 820, 1923.
7. BALL, R. P.: Needle (Aspiration Biopsy). *J. Tennessee M.A.*, **27**: 203, 1934.
8. ALWALL, N.: Aspiration Biopsy of the Kidney. *Acta Med. Scandinav.*, **143**: 430, 1952.
9. PERAZ, A. A.: La biopsia puntural del rinon no megálico. *Bol. Liga contra cancer, Habana* **25**: 121, 1950.
10. IVERSEN, P. et al.: Aspiration Biopsy of the Kidney. *Am. J. Med.*, **11**: 324, 1951.
11. KARK, R. M. et al.: Biopsy of Kidney in Prone Position. *Lancet*, **1**: 1047, 1954.
12. MUEHRCKE, R. C. et al.: Technique of Percutaneous Renal Biopsy in the Prone Position. *J. Urol.*, **74**: 267, 1955.

Cette manœuvre ne doit se pratiquer qu'en milieu hospitalier et seulement si la collaboration du patient est assurée.

Il est impérieux d'éliminer par les moyens appropriés une diathèse hémorragique, un rein unique, un abcès péri-rénal, une maladie terminale et une hypertension artérielle sévère ou maligne. A ce sujet, il faut souligner que l'incidence des complications est beaucoup plus élevée chez les hypertendus sévères que chez les normotendus ou hypertendus modérés.

Si toutes ces conditions sont remplies et si l'on a pris des soins attentifs avant et après la biopsie, l'incidence des complications est minime.

Dans une grande série (1) l'on note sur 500 biopsies rénales percutanées, 0% de décès, de néphrectomies et d'anurie; 0.6% d'hématome périrénal et 5.2% d'hématurie macroscopique dont 0.4% nécessitant des transfusions. Ce sont les complications majeures. Parmi les complications mineures l'on décrit 2.8% de colique rénale secondaire au passage de caillots sanguins, 0.2% d'infection, 0.4% d'iléus peu sévère, 4.4% de douleurs dorsales après ou pendant la biopsie. Les autres grandes séries ont des statistiques comparables. L'apparition des complications est précoce, de 6 à 12 heures après la biopsie.

L'on peut donc conclure que dans des mains expérimentées, la manœuvre est peu dangereuse si le patient a été bien choisi et bien suivi.

Règle générale il est indiqué de procéder à une biopsie rénale percutanée chez tout patient souffrant d'une maladie rénale diffuse, dont le diagnostic précis n'a pu être déterminé après avoir épuisé les méthodes habituelles de clinique et de laboratoire.

Par exemple, chez l'adulte, le syndrome néphrotique peut être secondaire à un grand nombre de maladies d'étiologies diverses et

de traitements variés. Comme toute bonne thérapeutique présuppose un diagnostic précis, une biopsie rénale est essentielle chez ces patients avant d'envisager le traitement.

Dans le diagnostic des collagénoses, cette technique a été d'une très grande utilité de même que dans l'investigation clinique des cas de "protéinurie orthostatique" où l'on a pu démontrer dans 50%, une maladie rénale bien définie (5).

Devant un cas d'oligurie d'origine inconnue, il est souvent difficile de déterminer s'il s'agit d'une oligurie aiguë ou d'un stade terminal d'une maladie chronique. Après avoir dialysé le patient pour le mettre en bonne condition, l'on peut procéder à une biopsie qui nous guidera dans la thérapeutique ultérieure. S'il s'agit d'une maladie potentiellement réversible, il sera indiqué de poursuivre le traitement aussi longtemps que nécessaire.

A part son utilité dans le diagnostic clinique, la biopsie rénale renseigne sur le pronostic, et lorsque faite en série, sur l'évolution d'une maladie et sur l'efficacité de son traitement.

Dans le domaine de la recherche, il n'y a aucun doute que la biopsie rénale percutanée a rendu des services inestimables. A elle seule, toutes les bases morphologiques de nos connaissances sur les maladies rénales ont été transformées.

Grâce à la biopsie rénale percutanée, qui fournit du tissu frais, de nombreux travaux

13. FARQUHAR, M. A. et al.: Studies on Familial Nephrosis. *Am. J. Path.*, **33**: 791, 1952.
14. BONTING, S. L. et al.: Quantitative Histochemistry of the Nephron. *Science*, **127**: 1342, 1958.
15. MUEHRCKE, R. C. et al: Lupus Nephritis. *Medicine*, **36**: 1, 1957.
16. GELLMAN, D. D. et al.: Diabetic Nephropathy. *Medicine*, **38**: 321, 1959.
17. JENNINGS, R. B. et al: Post-streptococcal Glomerulonephritis. *J. Clin. Invest.* **40**: 1525, 1961.
18. POLLAK, V. E. et al: The Kidney in Toxemia of Pregnancy. *Medicine*, **39**: 469, 1960.

en microscopie électronique ont été faits sur le rein normal et dans certaines maladies rénales (13).

Il en est de même dans le domaine de la cytologie rénale où l'apport de tissu rénal frais a donné l'occasion de poursuivre des études enzymatiques et ultra microbiochimiques (14).

A l'aide de biopsies en série, plusieurs corrélations clinicopathologiques et physiopathologiques nous ont mieux fait connaître

certaines entités morbides: la néphrite lupique (15), la néphropathie diabétique (16), la glomérulonéphrite post-streptococcique (17) et la toxémie de la grossesse (18), pour n'en signaler que quelques-unes.

En conclusion, il semble évident que les risques encourus lors d'une biopsie rénale percutanée sont pleinement justifiés par les renseignements précieux que cette technique nous fournit.

Louis LAPIERRE

VARIÉTÉS

L'ADMINISTRATION DES SERVICES DE RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

Claude FARIBAUT,
Radiologue, Hôpital Notre-Dame (Montréal).

HISTORIQUE

Depuis la découverte des Rayons-X, le monde médical a toujours exigé de plus en plus de la Radiologie, tant en nouvelles méthodes d'examen qu'en précision diagnostique. La quantité de travail qui se traduit en nombre d'examens par année, affiche une progression constante. Il n'a jamais été question de freiner cette demande car ce serait une menace à la santé publique. Comme nous le verrons plus loin, cette progression se fait selon une base géométrique aussi; si cela a paru lent au début, le rythme aujourd'hui en est devenu inquiétant.

Jusqu'à tout récemment, on avait pu s'accommoder d'organisations départementales assez simplistes qui suffisaient à la tâche vu le petit nombre d'examens.

Ingénieurs et architectes

La plupart du temps, le radiologue gérait sans difficulté le département de Radiologie et les administrateurs, ingénieurs et architectes lui demandaient conseil chaque fois que nécessaire. Aussi ne trouve-t-on aucun renseignement présentant quelque valeur sur la construction, l'aménagement et le fonctionnement d'un département hospitalier de Radiologie. Les architectes n'ont pas de norme de construction et les ingénieurs et spécialistes en organisation du travail n'ont aucune notion du problème. Les comptables d'hôpitaux et les administrateurs ont des idées quant aux lignes générales de l'aspect financier de la gérance. Les radiologues, qui ne sont, ni architectes, ni ingénieurs, ni comptables, sont de plus en plus talonnés par l'aspect médical et sont souvent bien heureux de pouvoir transmettre les problèmes dans d'autres mains.

But

Nous désirons vous présenter des normes quant à l'administration et à la gérance des Services hospitaliers de Radiologie. Ces notions ont été acquises par l'expérience au cours des dernières années. Les chiffres ont été tirés de Services Radiologiques que nous connaissons bien dans le milieu québécois et les normes ont été comparées dans de petits et de grands hôpitaux afin de tenter de tirer quelques lois générales. Nous avons pu en

comparer quelques-unes avec des hôpitaux étrangers et elles se sont avérées comparables.

Nous croyons nos chiffres valables. Il est possible que certains cas particuliers ne soient pas comparables par les personnes et par les lieux et que des chiffres soient très différents. Cependant il faudrait tenir compte qu'il s'agit chaque fois d'un cas particulier et de travail accompli en petite quantité par des personnes de grande expérience. Nos chiffres représentent des moyennes avec des employés de quotient intellectuel moyen.

Administrateurs et fonctionnaires

Il est important en ce moment-ci de bien établir le rôle du département de Radiologie dans l'hôpital. Ce rôle ne consiste pas à prendre des films de régions anatomiques sous différentes incidences et à fournir ces films au médecin traitant. Ceci n'est pas ce que le malade et le médecin traitant demandent du service de Radiologie. En fait, ceux-ci ne demandent rien au service de Radiologie; ils demandent au radiologue une opinion et une précision sur la localisation d'une lésion du malade. De même, le rôle du radiologue ne consiste pas à prendre ou à faire des films pour l'usage du médecin traitant. Nous insistons sur ce point parce que ce n'est pas évident à première vue à un observateur non averti. Cette erreur facile a donné lieu à des malentendus et à des récriminations d'administrateurs et de fonctionnaires tant auprès des radiologues que des collèges de médecins.

Radiologue

Le rôle du radiologue est d'un autre ordre; le radiologue est un médecin pleinement qualifié comme tel, mais plus spécialement compétent à donner des consultations d'ordre médical au médecin traitant sur le malade de celui-ci. Le radiologue de diagnostic limite sa pratique médicale à cette science de l'interprétation d'images obtenues sur films et sur écran fluoroscopique, par Rayons-X, pour le bénéfice du malade et du médecin traitant. Il est de mauvaise politique que le radiologue soit à la fois médecin traitant et consultant. Le radiologue est un tiers qui n'intervient que pour donner son opinion au médecin du malade.

Les Rayons-X sont le médium que le radiologue emploie pour donner sa consultation. Les films

AXIOMES A RETENIR

LE FICHER EST LE CENTRE DU DEPARTEMENT.

IL FAUT UN EMPLOYE PAR 900 EXAMENS.

UN TECHNICIEN FAIT 3 EXAMENS A L'HEURE.

UN TECHNICIEN FAIT 2 EXAMENS DU TUBE DIGESTIF/H.

UN TECHNICIEN FAIT 4 EXAMENS DU SQUELETTE/H.

UN TECHNICIEN FAIT 1 EXAMEN D'ANGIOGRAPHIE OU DE NEUROLOGIE/2 H.

UNE DACTYLO ECRIT 10,000 à 12,000 RAPPORTS PAR ANNEE.

UNE ARCHIVISTE MANIPULE 8,000 DOSSIERS D'EXAMENS PAR ANNEE.

IL FAUT UN APPAREIL PAR 100 LITS D'HOPITAL.

UN TECHNICIEN VOIT 25 MALADES DE TOUTES ESPECES PAR 8 HEURES.

UN MALADE HOSPITALISE SUBIT 2 EXAMENS DE R.X. DURANT SON SEJOUR.

LA MOYENNE D'EXAMEN PER CAPITA ET PAR ANNEE DANS LE QUEBEC EST DE 0.3.

UNE SALLE D'EXAMEN DOIT MESURER AU MOINS 150 PIEDS CARRES ET AU PLUS 250.

IL NE DOIT PAS Y AVOIR PLUS D'UN APPAREIL PAR SALLE DE R.X.

LE DEPARTEMENT DE R.X. DOIT AVOIR SA VENTILATION AUTONOME.

TROIS ETUDIANTS EN RADIOLOGIE FONT LE TRAVAIL D'UN RADIOLOGISTE CERTIFIE.

TROIS ETUDIANTS TECHNICIENS FONT LE TRAVAIL D'UN TECHNICIEN GRADUE.

IL NE FAUT PAS ACHETER SELON LA PLUS BASSE SOUMISSION PARCE QUE LES APPAREILS NE SE COMPARENT PAS D'UN FABRICANT A L'AUTRE.

sont les documents qui servent d'outils de travail au radiologue. Le radiologue est le seul juge du nombre de films à employer et des artifices techniques utilisés pour répondre à la consultation. Il doit exiger, et le personnel et l'appareillage requis, pour atteindre sa fin c'est-à-dire répondre spéci-

fiement à la question que lui pose le médecin traitant sur la santé de son malade.

En corollaire de ceci, l'on peut dire que:

1 — Les films et dossiers des malades n'appartiennent pas aux malades, mais à l'hôpital ou au radiologue. Le malade, en payant un examen ra-

diologique, n'achète pas des films, mais paye pour une opinion professionnelle.

2 — L'opinion professionnelle donnée par le radiologue est indépendante de la notion de temps. Une opinion de prime importance et même vitale peut être donnée en une seconde ou en trois jours et la valeur de l'opinion dépend non pas du temps mais de la compétence et de la responsabilité professionnelle.

3 — Le médecin radiologue peut exécuter lui-même tout le travail technique et de prise de films, nécessaire pour émettre son opinion médicale. Il peut prendre les films, les développer, les entrer dans l'index et les mettre dans les classeurs. Il peut également recevoir les malades, les laver, les consoler, etc. Il est évident cependant que s'il exécute tous ces menus travaux, il lui restera moins de temps pour exécuter son travail strictement médical de consultation et d'interprétation et pour prodiguer ses conseils au médecin traitant.

4 — Pour augmenter l'efficacité du médecin radiologue, on lui a adjoint des aides non médecins qui exécutent ces menus travaux nécessaires à la production des images; c'est un peu comme l'auteur d'un roman et son imprimeur. L'auteur peut imprimer le livre, mais l'imprimeur ne peut pas toujours écrire le roman.

En somme si nous nous attardons, c'est que ce n'est pas toujours évident. Ceci n'ayant pas été assez bien formulé, des administrateurs et plus récemment, des fonctionnaires ont pensé bien faire en organisant la production de films tout en écartant le radiologue. L'on a cristallisé la formule en disant: le Service de Radiologie n'est pas un service médical, mais un service hospitalier alors que c'était exactement le contraire.

Sans s'attarder davantage, il fallait bien définir la raison d'être du Service de Radiologie.

L'ORGANISATION

L'organisation du Service de Radiologie, que nous allons étudier, sera divisée en trois grands chapitres:

- 1) Les exigences en équipement matériel soit: appareillage et locaux;
- 2) Les structures et distributions du personnel;
- 3) La marche générale du département avec le mouvement des malades et des dossiers.

1) Organisation matérielle

L'organisation matérielle est ce qui paraît le plus aux visiteurs. C'est ce qui saute aux yeux et c'est également ce qui est le plus facilement acces-

sible à l'esprit; c'est ce qui est le plus simple à comprendre... et à administrer.

Nous diviserons cette partie en deux sections: a) l'appareillage et b) les locaux.

a) Appareillage

Choix d'appareils de Rayons-X. Cette partie de l'organisation matérielle est facile d'accès, puisqu'il suffit de parcourir un département pour ensuite lire les catalogues des maisons de commerce et avoir une assez bonne idée de la situation et du marché. Pour bien choisir l'appareillage radiologique, nous suggérons de se soumettre à deux règles: d'abord n'acheter que des appareils que recommandent et désirent le radiologue et son technicien. Il est de mauvaise politique d'imposer des appareils à ceux qui les feront fonctionner sans leur demander leur avis et leur approbation. Le deuxième point est de choisir un appareil dont l'entretien sera facile, efficace et économique. Le principe de la plus basse soumission n'est pas acceptable, car les appareils ne se comparent pas d'un fabricant à l'autre. L'appareil doit être de mécanique simple, légère, sans aucune servo-assistance si possible et vendu par un agent pouvant donner un service d'entretien prompt et efficace. Ces considérations étant faites, il suffit d'inclure ces achats dans des cadres et structures d'une saine comptabilité c'est-à-dire de faire les inscriptions des prix d'achat et de les amortir en 5 à 10 ans selon le type d'appareil et la bonne fortune de l'institution. Il ne faut pas acheter un appareil pour le seul plaisir de le posséder, non plus que de rechercher des prototypes d'appareils pour le seul plaisir d'en posséder le prototype.

A moins de disposer de surplus d'argent, ce qui est rarement le cas, il est préférable d'acheter des appareils qui sont sur le marché depuis déjà quelque temps et qui ont fait leur preuve quant aux fréquences de réparation, et à la qualité du service d'entretien.

Développeuse automatique. Les chambres noires sont pratiquement remplacées aujourd'hui par les appareils automatiques de développement. Ces appareils déjà nombreux sur le marché sont des chaînes sans fin où les films introduits à un bout sortent à l'autre bout développés, lavés et séchés, prêts à être interprétés et classés. Le temps de la technique au complet varie de 6 à 7 minutes et ces appareils possèdent un magasin où l'on empile les films exposés et qui attendent leur tour de passer automatiquement dans la machine sans autre surveillance. De tels appareils réduisent le nombre

des employés de chambre noire, puisque la technicienne peut très bien placer le film dans le magasin de l'appareil sans aucune perte de temps ou notion technique spéciale. Ces appareils de développement automatique sont justifiés dans toutes les institutions faisant plus de 30 examens par jour. Leur capacité maxima est de beaucoup plus grande que cela allant selon les types de 100 à 300 films à l'heure.

Trente examens par jour est un minimum économique.

Articles divers. A côté des appareils de Rayons-X et des appareils de chambre noire, il faudra, dans le département, utiliser une foule de menus articles qu'il serait trop long d'énumérer ici, mais allant d'une vadrouille à des bonbons clairs pour les enfants et passant par tout ce que vous pouvez imaginer; l'on consultera à l'occasion auprès des services déjà établis. Je ferais remarquer cependant que l'on choisira de préférence les menus articles que l'on jette après usage plutôt que ceux du type que l'on lave et conserve. Ceci s'applique aux canules de lavements en plastique, aux verres de carton, ou aux serviettes de papier etc. . . Tout ceci afin de réduire la main d'œuvre et le coût d'entretien.

Produits chimiques et pharmaceutiques. Un certain nombre de produits pharmaceutiques sont d'usage courant mais spécifique au service des Rayons-X. On devrait toujours garder ces produits en réserve suffisante pour faire face à la demande habituelle du service. Certains cabarets d'urgence devront être gardés continuellement à l'état d'alerte; il s'agit de médication contre les chocs anaphylactiques et autres accidents.

Communications. Les communications doivent être étudiées avec soin. Elles prennent de plus en plus d'importance à mesure qu'un service grossit. Les appareils téléphoniques doivent être disposés aux endroits stratégiques. Il est bon, si le département est étendu, d'avoir un service d'inter-communication dont les haut-parleurs sont placés à côté des postes téléphoniques et dont le poste-central (maître) est auprès de la centrale téléphonique. Ceci sert à repérer le personnel dans un minimum de temps. Il faut dans certains cas ajouter les appareils d'inter-communication en ligne directe et sans intermédiaire. On pourra ainsi relier par exemple le dispensaire d'urgence et les salles d'opérations avec le département central de Radiologie.

T.V. Il faut aussi penser au transport des images par télévision en direct. Ceci peut servir entre

différents points stratégiques de l'hôpital. Ainsi il est avantageux d'avoir un tel circuit entre les salles d'opérations et le Service de Radiologie. Le chirurgien peut alors consulter le radiologue au cours d'une opération sans obliger ce dernier à se changer de vêtement, à se brosser ou à se soumettre aux techniques d'asepsie.

Index. Aux archives du service il faudra avoir deux types de casiers, un pour les cartes de l'index alphabétique, l'autre pour les films.

Les cartes devraient être classées dans des tiroirs. De préférence, ce type de tiroir à intérieur amovible. Si l'index est volumineux, il est préférable d'avoir de nombreux tiroirs juxtaposés sans autre mécanique. Il faut avoir dans les grandes institutions un système qui permette la consultation simultanée de l'index par plusieurs personnes. D'autre part, il faudra des cases pour y placer les enveloppes de films de Rayon-X.

Filières actives. La classification des films se fait d'une part dans des filières actives et d'autre part dans des voûtes de remisage. Les filières actives seront des tablettes très faciles d'accès. Ces tablettes reçoivent des dossiers dans les mois qui suivent l'examen du malade. Lorsqu'un laps de temps s'est écoulé, qui peut varier de 1 à 2 ans, les films sont beaucoup moins consultés et peuvent être remisés dans des endroits moins commodes et plus éloignés et qu'on a l'habitude d'appeler voûtes.

Entrepôt. Il n'est pas pratique d'échafauder trop d'étages superposés, parce que l'accès des étages supérieurs devient difficile. Les escabeaux sont encombrant et nuisibles surtout avec les personnels nombreux. Six étages d'enveloppes de 14x17 pouces paraît le maximum et il est préférable de se borner à 5 étages.

Encombrement des films. Il ne faut pas exagérer quant au nombre de dossiers par verge carrée. Il est inutile de mesquiner sur l'espace et rendre les conditions de travail impossibles lorsque l'on peut faire autrement. L'on pourra calculer, un encombrement d'environ 1200 à 2000 dossiers radiologiques par verge carrée de surface de plancher selon l'agencement. Ceci inclut le calcul de l'accès aux cases et des allées. Dans les voûtes de remisage, l'accès peut être réduit et la quantité de dossiers par verge carrée peut être augmentée en conséquence.

Coût. Le coût du matériel et de l'équipement représente les 2/5 du budget annuel tandis que les salaires représentent les 3/5. Ces proportions

semblent vouloir se maintenir encore pour quelque temps, car si d'une part, le coût des appareils est plus élevé d'une année à l'autre, les nouvelles conventions de travail font appel à des augmentations de salaires qui tendent pour le moment à conserver ces mêmes proportions de 2 à 3.

Nombre d'appareils. L'on devra prévoir un appareil de radiographie par 100 lits d'hôpital; cependant la proportion d'appareils radiographiques tend à monter un peu plus vite que les lits et l'on devra compter trois appareils de Rayons-X pour un hôpital de 250 lits. Les hôpitaux de plus de 500 lits doivent posséder en plus de ce barème de base quelques postes additionnels de spécialité comme un appareil de tomographie, un crâniographe, etc . . .

Les développeuses automatiques peuvent révéler jusqu'à 300 films à l'heure et donc répondre aux débits de plusieurs appareils radiographiques.

Rares sont les cas où le travail nécessite plus d'une développeuse automatique. Des facteurs de distance peuvent justifier l'achat de plusieurs développeuses automatiques, en tenant compte du débit global de l'hôpital.

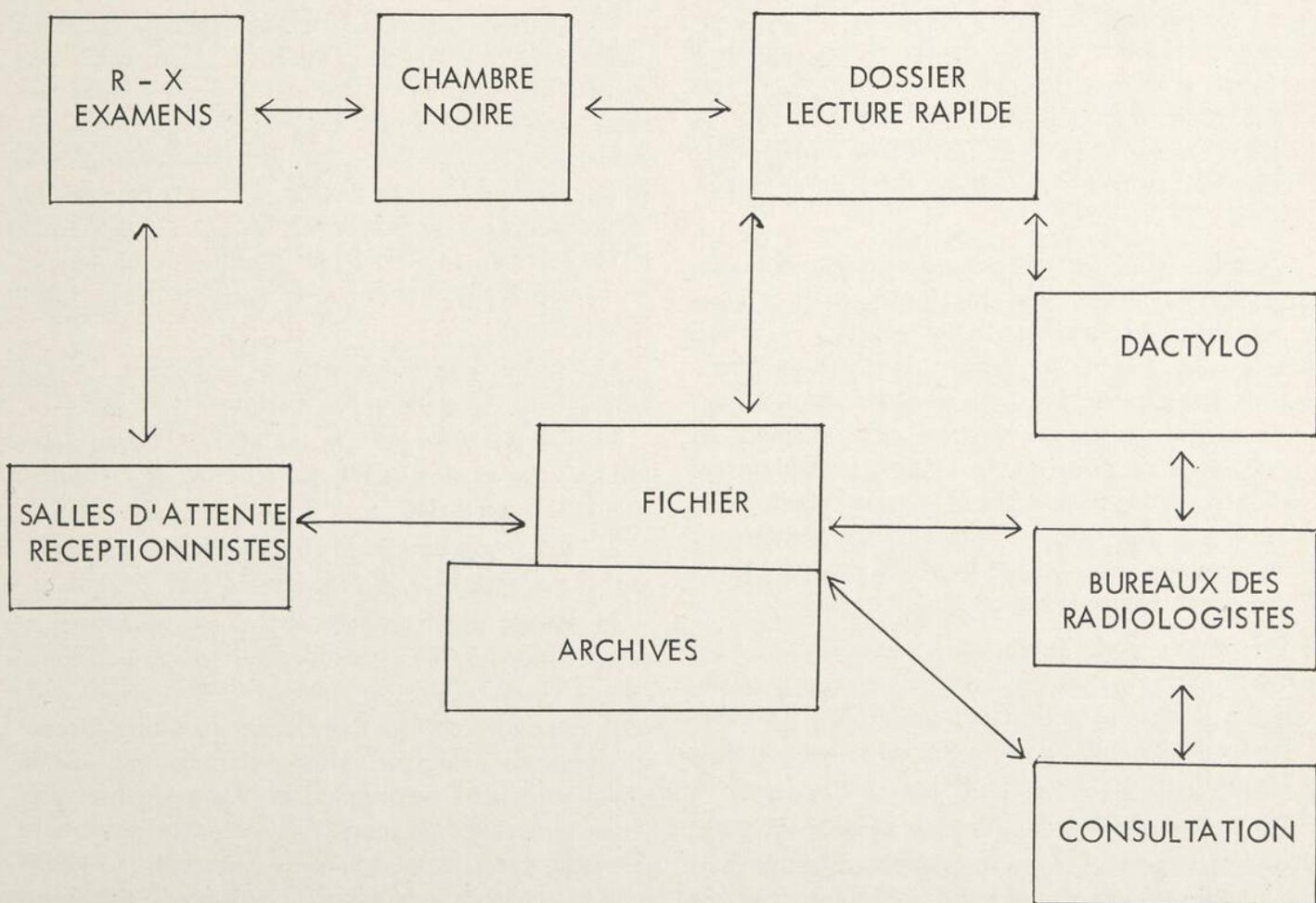
b) Locaux

Le local du département de Radiologie est certainement de première importance et son choix comme son aménagement résultent d'une étroite collaboration entre le personnel technique et l'administration de l'hôpital. Nous constatons cependant qu'il existe peu de normes quant au bon agencement des salles de radiologie et de leurs services ancillaires. Nous croyons donc devoir nous attarder davantage et donner quelques normes qui, sans être des solutions définitives, pourront servir dans l'avenir.

Strict minimum. Le département de Radiologie doit compter des salles de radiographies contenant

PLAN TYPE DES LOCAUX

LES FLECHES INDIQUENT LES COMMUNICATIONS NECESSAIRES ENTRE LES PIECES



les appareils radiologiques d'une part et d'autre part des chambres noires devant servir à finir les films et à les marquer. De plus, il faut des lieux pour fabriquer des dossiers et pour les classer. Il faut des lieux pour recevoir les malades et les faire attendre. Il faut des lieux pour recevoir les médecins et discuter des cas. Il faut des lieux pour accommoder le personnel professionnel du département et lui permettre de travailler.

Nous nous trouvons devant les pièces d'un casse-tête qu'il faut assembler de façon aussi parfaite que possible. Les départements de Radiologie ont grandi depuis la découverte des Rayons-X autour de l'appareil de Rayons-X.

Antécédents. Les premiers départements n'avaient qu'une salle pour l'appareil de Rayons-X, puis il a fallu isoler celui-ci afin de protéger le personnel; aussi l'on a eu un appareil de Rayons-X et un cabinet de consultation et les choses ont grandi ainsi durant les derniers 60 ans pour aboutir à une organisation presque monstrueuse par sa grosseur et sa complexité mais ayant toujours grandi à partir de l'appareil de Rayons-X. Or du point de vue efficacité et raison, le centre du département n'est plus le générateur de Rayons-X comme il ne l'a jamais été, mais le centre d'informations, c'est-à-dire le fichier d'index. Il faut que l'architecte bâtit son département de rayons-X de façon à ce que la salle où se trouve l'index alphabétique des malades avec les numéros de dossiers correspondants et les autres informations nécessaires, se trouve en plein centre de ce département.

L'étoile. Tous les services doivent y avoir théoriquement un accès physique direct en prévoyant un minimum de marches. L'on construit en forme d'étoile avec l'index au centre. Il n'y a pas d'objection, en utilisant des tapis roulants, monte-charge et autres artifices, à entourer complètement les six côtés de la chambre de l'index prenant accès également par le plafond et le plancher c'est-à-dire en utilisant les étages inférieurs et supérieurs. Nous croyons que ceci est le nœud des problèmes de tous les départements de Radiologie.

Voyons un peu ce que nous voulons dire: nous avons énuméré tantôt les différents éléments essentiels du département de Radiologie soit: les salles d'appareils, les salles d'archives, les salles d'attente et les bureaux professionnels.

Plan général. Si nous plaçons l'index au centre et que cette salle d'index est entourée, d'une part par la salle qui reçoit les films finis de la chambre

noire et communément appelée "triage", d'autre part par une salle des archives de filières actives, d'autre part par la salle de consultation des médecins, d'autre part par les salles de lecture des radiologistes et enfin par les bureaux des réceptionnistes qui servent de trait-d'union avec les salles d'attente où sont les malades, les personnes placées à l'index savent forcément tout ce qui se passe dans le département et où en est rendu chaque examen. Sachant ceci, ils peuvent répondre aux questions tant des réceptionnistes que des médecins traitants, que des radiologistes, que des techniciens ou que des archivistes et ceci sans avoir à se déplacer et sans avoir à perdre leur temps et celui des autres. Cette conception s'applique aux gros départements de Radiologie et il est évident que les petits services qui n'ont que deux ou trois employés n'ont pas les mêmes problèmes.

Des dimensions justes évitent des pas inutiles et un bon agencement aide à maintenir l'ordre.

Nous reverrons la question de l'agencement en étoile lorsque nous étudierons le fonctionnement du département.

Voisinage. Le département doit être d'accès facile et situé près de la salle d'urgence, des salles d'opérations, et de l'anatomie pathologique.

Ventilation. La ventilation et le refroidissement demandent une attention spéciale. Il ne suffit pas de dire que l'édifice a déjà son système global. Le département doit avoir son propre système de climatisation et non pas dépendre des déséquilibres et fluctuations de tout l'édifice. Il faut penser que les générateurs de Rayons-X et que les appareils à développer ont de grande quantité de chaleur et de vapeur d'eau à éliminer et que ceci déséquilibre les systèmes.

Les salles distribuées autour de l'index doivent elles-mêmes être groupées en blocs indivisibles.

1) Un premier groupe inclut les bureaux des radiologues et des résidents, la salle de consultation et le secrétariat.

2) Un second inclut la chambre noire, les archives et dossiers et la lecture immédiate.

3) Enfin un troisième inclut la réception et salles d'attente, les appareils de Rayons-X, le magasin.

Il vaut mieux avoir deux petites salles d'attente qu'une seule grande. Le bureau du chef technicien devra être près des appareils. Le personnel doit avoir une salle de repos dans le département et être située le plus loin possible du public. Les vendeuses automatiques de café sauvent de nombreu-

ses heures de travail et devraient être installées d'emblée.

Dimensions. Les salles doivent être suffisamment grandes sans l'être de façon exagérée. Il n'est guère mieux d'avoir des salles trop vastes que trop petites et encombrées, les deux entraînant des pertes de temps considérables qu'il faut éviter.

Les salles d'appareils radiologiques ne doivent pas dépasser 250 pieds carrés. Il ne doit pas y avoir plus d'un appareil par salle.

Les chambres noires doivent être plutôt petites. Les gestes à la noirceur deviennent automatiques et il est plus facile de prendre des réflexes automatiques dans des pièces où tout est à la portée de la main.

Les archives par contre doivent être suffisamment grandes pour recevoir les dossiers actifs de 1 an, de préférence 2 ans. Les voûtes doivent pouvoir accommoder les dossiers d'au moins 5 ans.

Agrandissement et avenir. Il faut rappeler encore une fois que le nombre d'examens par malade hospitalisé et par lit par année, augmente continuellement d'une année à l'autre, et donc, que pour un hôpital qui n'augmente pas son nombre de lits, le service de Radiologie augmente son nombre total d'examens et devient vite trop petit. Jusqu'à présent on a agrandi les hôpitaux en augmentant le nombre des lits et on a bâti de nouveaux locaux de Radiologie selon d'anciennes normes sans tenir compte de la progression. Il nous semble plus rationnel de diminuer le nombre de lits des hôpitaux actuels et de donner les pieds carrés de plancher ainsi gagnés aux services ancillaires dont les départements de Radiologie. Il faudra remplacer les lits ainsi retirés à plusieurs hôpitaux par un nouvel hôpital évitant ainsi de grossir les hôpitaux déjà existants au delà de leur possibilité administrative.

2) Le personnel

Comme nous l'avons dit au début, le département de Radiologie existe pour permettre aux médecins radiologues de donner leur opinion aux médecins traitants sur l'état des malades. Il y a donc dans le département de Radiologie, des médecins radiologues souvent assistés, dans les plus grands services, de physiciens. À côté de ces médecins et physiciens, l'on trouvera un personnel plus ou moins spécialisé que nous appellerons personnel ancillaire et qui se trouve au service des radiologues et des malades.

Gérant du personnel. Lorsque le personnel devient nombreux, la direction de ce personnel ancillaire qui incombe au radiologue en chef devient trop accaparante et lui enlève du temps qu'il devrait consacrer à ses activités médicales. Un gérant de personnel, dans ces cas, nous semble une solution heureuse qui permet une administration beaucoup plus immédiate et augmente ainsi l'efficacité médicale et technique du radiologue.

Il reste entendu cependant qu'un gérant du personnel devra être sous la juridiction immédiate du radiologue en chef et non pas servir d'intermédiaire entre l'administration et le département de Radiologie comme agent de liaison pour ne pas dire surveillant.

L'on doit calculer un employé par 900 examens par année; ceci est une norme pour tous les employés d'un département, techniciens et non techniciens. Le tableau ci-joint montre qu'à côté du personnel professionnel l'on trouve un personnel technique et un personnel ancillaire. À la tête de ce personnel on devrait trouver un gérant. Dans les petits départements, le radiologue devrait être le gérant du personnel.

Chef technicien. Le personnel technique devrait être sous la direction d'un chef technicien qui dirigera d'une part la qualité des examens et le bon fonctionnement des appareils.

Chef de bureau. D'autre part le personnel ancillaire qui inclut les réceptionnistes, les commis d'archives, les sténo-dactylos, le personnel du triage, les infirmiers, les messagers, le tout sous la direction d'un chef de bureau expérimenté. Il va s'en dire que dans les petits départements le même personnel peut remplir toutes les fonctions tandis que dans les grands services ces fonctions devront nécessairement être compartimentées et exécutées par des personnes qui ignorent ce que font leurs voisins. Le gérant devrait cependant veiller à ce que chacun sache ce que font au moins quelques-uns de ses voisins afin d'avoir un travail un peu plus intéressant et rationnel et d'autre part pouvoir disposer de remplaçants en cas de maladie.

Normes de travail et techniciens. Il faut compter un technicien par 35 lits d'hôpital. Un tel technicien peut faire dans sa journée de travail, les examens de 25 malades qui subissent jusqu'à 35 examens. Le travail se fait au rythme de 3 examens à l'heure par technicien. Ceci vaut pour des examens venant à la suite et sans ordre.

Si le technicien ne fait que des examens de tube digestif, il faudra compter 2 examens à l'heure

tandis que s'il s'agit d'ostéologie ou de films pulmonaires on pourra compter jusqu'à 4 examens à l'heure. Dans certains postes spécialisés comme en neurologie ou en angiographie il faudra compter un examen par deux heures. La moyenne de travail des techniciens est de 24 examens par journée de 8 hres. Ces chiffres sont valables pour un technicien et un appareil; cependant deux techniciens sur un appareil pourront faire deux fois plus d'examens à l'heure, et trois techniciens trois fois plus, toujours sur le même appareil. Dans les grands services où le travail de chambre noire est centralisé, où quelqu'un ne fait que marquer les films à mesure qu'ils sont pris, il faudra compter tout ce personnel pour établir les possibilités d'un poste; ainsi si deux techniciens travaillant avec un appareil pour prendre les films, qu'un autre les marque dans la chambre noire et qu'un quatrième les développe, nous avons quatre techniciens sur l'appareil et ceci tenant compte qu'il y a suffisamment de déshabillloirs pourra faire jusqu'à 12 examens à l'heure. Ceci vaut pour des conditions idéales, et certains malades infirmes ou certaines saisons comme l'hiver où les malades sont habillés davantage, retardent le travail et ne permettent plus d'appliquer ces normes de façon aussi exacte.

Dactylo. Les secrétaires écrivent les rapports radiologiques sur des clavigraphes. Chacune peut écrire assez facilement avec le truchement d'appareils à dicter environ 12,000 rapports par année chacune. Ici comme ailleurs on peut trouver des personnes exceptionnelles qui feront beaucoup plus que cela sans erreur, mais ce n'est pas dans la moyenne.

Commis d'archives. Les commis d'archives ne devraient pas dépasser la manipulation de 10,000 nouveaux dossiers par année par commis. L'expé-

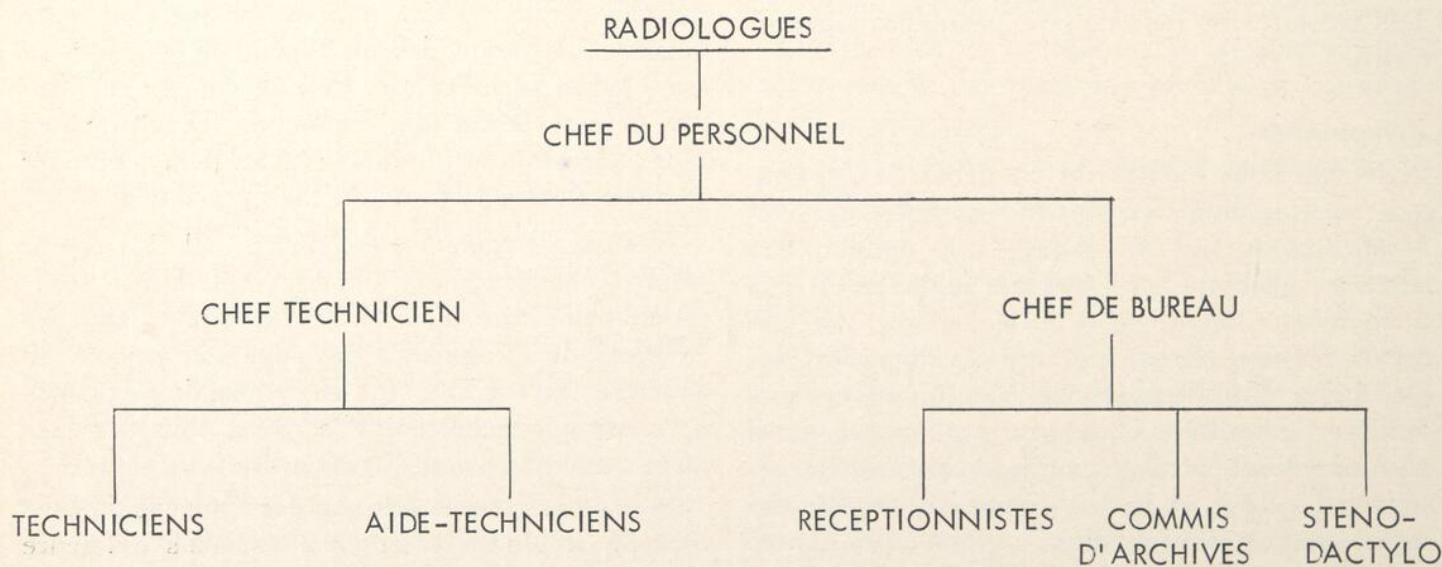
rience nous montre que si ces chiffres sont dépassés, les erreurs se multiplient au point de déranger sérieusement la bonne marche d'un service. Il faut se souvenir qu'un dossier mal classé est un dossier perdu et qu'un dossier perdu veut dire des examens à refaire et parfois la vie d'un malade mise en danger; ceci sans compter les retards que l'on occasionne au médecin traitant, au radiologiste comme au malade et à sa famille. Nous croyons que 10,000 examens est un peu plus que la moyenne possible, et à date nous n'avons pas vu ces chiffres mis en expérience sans observer parallèlement un indice d'erreurs augmenté de façon presque désastreuse.

8,000 dossiers par année par commis serait un nombre idéal d'après notre expérience.

Encore ici un employé exceptionnel pourrait après plusieurs années d'expérience faire mieux que ceci sans trop d'erreurs, mais nous croyons qu'il s'agit d'un cas anormal et qu'il est rare de trouver au même endroit plusieurs employés exceptionnels.

3) Fonctionnement et circulation du département

L'examen et le tirage des films. Suivons maintenant un malade, sa requête et son dossier dans notre département. Il se présente à une réceptionniste qui le dirige à la salle d'attente où immédiatement à la salle d'examen radiologique. Une fois les films faits de qualité adéquate pour répondre aux questions posées par le médecin traitant, le malade retourne à la salle d'attente, tandis que les films qui viennent d'être faits sont marqués au nom et au numéro du malade et dirigés à la chambre noire pour le développement. Aussitôt les films sortis de la chambre noire, ils sont vérifiés au point de vue qualité de la technique et position du malade.



Fichier. Si les films sont adéquats, le malade est renvoyé hors du département. Les films avec la feuille de requête sont dirigés vers le premier stage des archives. Là, ou bien une carte d'index alphabétique est faite, s'il s'agit d'un malade qui vient pour la première fois ou bien cet examen est ajouté sur la carte d'index nous avons déjà de ce malade.

Dossier. Les films sont placés dans une enveloppe laquelle est marquée, du numéro de dossier, du nom du malade, de la date et du type d'examen. Il est de beaucoup préférable que chaque examen radiologique soit placé dans une enveloppe séparée et que ces enveloppes de chaque examen d'un même malade soient placées dans une enveloppe principale portant sur l'une de ses faces, la liste des examens contenus dans les enveloppes individuelles et les dates de ces examens.

Rapport immédiat. Le dossier ainsi reconstitué est dirigé au radiologue qui l'examine et répond à la consultation par écrit. Afin d'augmenter l'efficacité et d'éliminer le plus de retard possible, les radiologues ont tendance à examiner et à faire les rapports du plus grand nombre d'examens possibles dès la sortie des films de la chambre noire. L'on peut ainsi disposer d'un grand nombre de cas qui n'offrent pas de grand problème pour des yeux avertis. Tous les examens d'éliminations, tous les examens normaux ou toutes les lésions évidentes sont lus immédiatement et le rapport peut ainsi être envoyé quelques minutes après la prise des films; les radiologues ont ainsi plus de temps pour étudier les cas problèmes et faire les examens spéciaux qui consomment de longues heures de la journée. Nous appelons cette partie: la lecture immédiate.

Rapport. Le dossier lu est marqué par les initiales du radiologue; il est renvoyé aux archives pour être classé, tandis que les feuilles de requêtes s'en vont avec les bandes d'appareil à dicter chez les sténo-dactylos qui écrivent les rapports. Sitôt les rapports terminés et signés, une copie est envoyée au lit ou au médecin traitant selon le cas, tandis que l'autre copie est placée dans l'enveloppe de films. A ce moment, le dossier des films peut être classé de façon définitive dans les cases de filières actives. Les médecins traitants, les consultants, les radiologistes pourront facilement et rapidement retrouver un dossier qui est placé immédiatement dans la bonne case dans les fichiers.

Retards, causes et conséquences. Il est très important que tous les dossiers soient classés rapidement dans leur case et que les lectures et interprétations ne traînent pas à moins de retards pleinement justifiés. Si la lecture est en retard, le rapport de l'examen ne parvient pas au lit du malade et le médecin traitant doit venir constater par lui-même le résultat de l'examen, il demande un rapport verbal d'un radiologue. Le fait de faire sortir un dossier des archives et de prendre le temps du radiologue pour constater qu'il s'agit d'un examen normal ou sans intérêt est une perte de temps tant pour le personnel professionnel que pour le personnel ancillaire. Si le rapport d'un examen négatif était parvenu à temps au dossier, le médecin traitant n'aurait pas consulté le radiologiste et n'aurait pas fait appel aux archives pour retrouver le dossier. D'autre part le dossier placé dans la bonne case selon son numéro est facile à retrouver, car il est là où il doit être; par contre si le dossier n'est pas à sa place pour toute raison, à ce moment il n'est pas nécessairement à un seul autre endroit mais il peut être à vingt autres endroits. Ceci taxe le personnel en recherches inutiles et en perte de temps.

Importance du classement. Le problème de l'heure est de faire face aux grands nombres d'examens faits dans un but de santé publique et de classer tous ces examens de façon à ce que tous soient facilement et rapidement accessibles. Tous les moyens employés par les bibliothèques, l'industrie, les grands magasins pour classer, classifier et retrouver les choses, doivent être étudiés et si possible adaptés aux archives médicales et radiologiques.

Fichier. Ainsi les fiches d'index devront être classées dans un ordre alphabétique selon la consonnance et non pas selon l'orthographe, ainsi les noms Décary écrits avec un y, avec ie, avec ies etc. seront classés à la suite sans tenir compte des variations d'orthographe, afin d'éliminer les doubles fiches, les erreurs et les pertes de temps en recherches inutiles. Les dames devraient être classées selon leur prénom personnel et non celui de leur mari, afin de pouvoir suivre le patient plus facilement. En cas de changement de nom lors d'un mariage, on devra faire une double fiche aux noms de célibataire et de marié.

Système de classement. Les dossiers radiologiques dans leur case, devraient être classés selon le "Terminal digit system", c'est-à-dire ce système

où les casiers sont numérotés selon les derniers chiffres et non pas selon l'ordre numérique de l'ouverture des dossiers. Tous les dossiers dont le numéro se termine par le chiffre 23 comme 723, 11,823, 207,023 vont dans les mêmes cases. Ceci distribue la suite des numéros dans des cases différentes et évite, lorsque le personnel est nombreux que tout le monde se précipite dans la même case pour retrouver les examens faits le même jour.

Le numéro unique. Les administrations doivent, au plus tôt, adopter un système de classification de dossiers à numéro unique dans un même hôpital. Un malade qui se présente dans un hôpital se voit donner un numéro qu'il gardera durant toute sa vie qu'il vienne comme malade externe, interne, au laboratoire, au R.X ou dans tout dispensaire, ainsi les renseignements accumulés seront complétés dans un seul dossier. Ceci du point de vue économique est évidemment avantageux évitant la multiplicité des classifications et des archivistes en plusieurs lieux, et du point de vue sécurité et santé publique, protégera le malade. Car un seul dossier évite les erreurs et surtout les oublis. Tout retard augmente la grandeur du problème et les difficultés de la transformation des archives. Les archives des Rayons-X seraient grandement aidées si elles fonctionnaient selon le même système numérique que le reste des archives de l'hôpital et beaucoup de gestes inutiles seraient éliminés.

Le numéro idéal. Dans le même ordre d'idée, il est avantageux de trouver un numéro correspondant au patient, qui signifie plus qu'un choix arbitraire d'un numéro à la suite. Nous avons tenté une expérience qui s'avère des plus avantageuses. Au lieu de donner à chaque malade un numéro pris à la suite dans l'arbitraire, l'on peut donner comme numéro de dossier au malade, les chiffres composant sa date de naissance. Si les dossiers sont nombreux on peut faire suivre le chiffre des initiales du nom du malade. Au fond, le numéro ne sert qu'à classer les dossiers dans un certain ordre pour pouvoir les retrouver par la suite. Si le numéro du dossier correspond à la date de naissance, le malade, sa vie durant, connaît son numéro de dossier, ce qui évite des recherches inutiles dans les fichiers lorsque le malade se présente. L'âge du malade est connu du même coup en consultant le numéro de dossier. Le numéro unique est facile à étendre à tout l'hôpital, car les dossiers sont déjà numérotés puisqu'ils portent tous déjà la date de naissance du malade en question.

Toutes les archives sont automatiquement disposées selon le "Terminal digit system" ou son équivalent, car les dossiers ne sont plus placés selon l'ordre d'arrivée des malades, mais selon leur date de naissance et donc tous les gens nés le 12 de n'importe quel mois de n'importe quelle année se trouveront dans le même groupe de cases. La distribution se fera donc avec les mêmes avantages que dans notre classification par le "Terminal digit". Enfin toutes les archives des hôpitaux du Québec seraient numérotées selon le même système. Nous nous permettons de lancer l'idée à l'occasion quoique ceci sorte un peu du sujet de cet exposé.

RÉPARTITION NORMALE DES EXAMENS DANS UN HÔPITAL GÉNÉRAL

Os	23%
Colonnes	15.6
Crânes	11.
Poumons	19.5
Abdomens	0.7
Pyelographies	5.
Repas barytes	9.
Lavements barytes	5.
Vésicules	5.
Autres (systèmes vasculaires et nerveux)	6.2
	<hr/> 100%

PRÉVISIONS ET STATISTIQUES

Indice par capita. Nous avons comme données que: dans le monde occidental, il se fait 0.27 examens radiologiques per capita et par année, ceci est une moyenne pour le monde occidental et il est beaucoup plus élevé et approche de 0.4 aux États-Unis d'Amérique. Ici dans la province de Québec l'indice est au dessus de 0.3 par individu et par année. Si l'on tient compte de la population de la Province de Québec, l'on se rend compte qu'il se fait plus de 1,500,000 examens radiologiques par année dans cette seule province.

Progression. L'expérience nous montre, en relevant les chiffres jusqu'à 40 ans en arrière, que la moyenne d'augmentation dans une même institution, est aux environs de 10% par année. Les courbes ci-jointes montrent la tendance dans ces dernières années. Une progression de 10% par année veut dire en progression composée que le chiffre total des examens annuels double à tous les huit

ans, et donc après huit ans il faut deux fois plus de radiologues, deux fois plus de personnel auxiliaire, deux fois plus d'appareils et deux fois plus de surface de plancher. Nous avons cru, pour un temps, que cette progression n'était que temporaire et que la courbe s'acheminait vers un palier. Les résultats des dernières années nous montrent que le palier ne s'est pas présenté et ne s'annonce pas dans un avenir prochain.

Rendement. Il a donc fallu tenter d'améliorer la production et le rendement du personnel et des appareils, afin de tenter de produire et de classer plus de films dans le même laps de temps et ainsi retarder l'échéance de l'achat de nouveaux appareils et la construction de nouveaux édifices pour les loger, il fallait aussi se laisser suffisamment de temps pour entraîner du personnel professionnel et spécialisé.

Ici, il faut insister sur le fait que ces améliorations portent sur la production des films et non sur la qualité des consultations professionnelles faites par le radiologue au médecin traitant.

Besoins de la Société. La Société nous demande d'augmenter le nombre d'examen faits par jour avec le même appareillage et le même personnel afin de pouvoir traiter plus de malades tout en retardant une plus grande capitalisation en matériel et en équipement. Nous disons retarder, car ce n'est qu'une question d'échéance et il faudra nécessairement changer les conditions matérielles de nos hôpitaux.

Petits départements. Les petits départements c'est-à-dire ceux qui ne font qu'un petit nombre d'examens par année ne voient pas tous ces problèmes. Il est facile de retrouver un dossier mal classé si ceux-ci sont peu nombreux. Les appareils ne sont pas surmenés et brisent beaucoup moins souvent. Le personnel comprend plus facilement son rôle et son importance aussi il prend spontanément son travail à cœur. La production peut alors atteindre une certaine perfection et les erreurs sont réduites au minimum.

Grands départements. Par contre les grands départements, c'est-à-dire ceux faisant plusieurs dizaines de milliers d'examens par année, doivent tenir leurs archives rigoureusement à date et continuer ainsi en ordre parfait s'ils ne veulent pas voir leurs départements paralysés en quelques heures par la moindre erreur ou le moindre retard. Il est facile de retrouver un dossier parmi 30 examens

de la journée, mais il devient beaucoup plus difficile de retrouver un dossier parmi 300 examens faits en ce même jour.

Pour réussir il faut du personnel entraîné et non surmené.

Indice par malade. De 1955 à 60, le nombre d'examens par malade à l'hôpital est resté assez constant à 1.3 examen par malade. Ce chiffre est celui de notre hôpital et se compare exactement avec celui de certains grands hôpitaux des États-Unis. Il est celui fourni par L'American College of Radiology. A la fin de 1961, le nombre d'examens par malade admis à l'hôpital avait passé à 1.7 ce qui correspond à une augmentation du nombre d'examens radiologiques de 30% pour un même malade.

Aujourd'hui à la fin de 1963, l'indice est passé à 2 ce qui correspond à une augmentation en pourcentage de 50% par comparaison avec 1960.

La gratuité. Le facteur principal, qui a changé, a été la gratuité de l'examen pour le malade. Il faut signaler que tous ces examens sont prescrits par un tiers (médecin traitant) et jamais par les médecins radiologues. Ceux-ci ne font que recevoir les demandes de consultation et restent libres d'en refuser un certain nombre s'ils le jugent à propos.

La gratuité entraîne une augmentation du nombre d'examens radiologiques, parce qu'aucun médecin n'est justifié de refuser un examen dès qu'il existe une indication éloignée.

Aucun médecin ne veut se voir reprocher de n'avoir pas fait le nécessaire. Aussi l'on fait souvent le superflu.

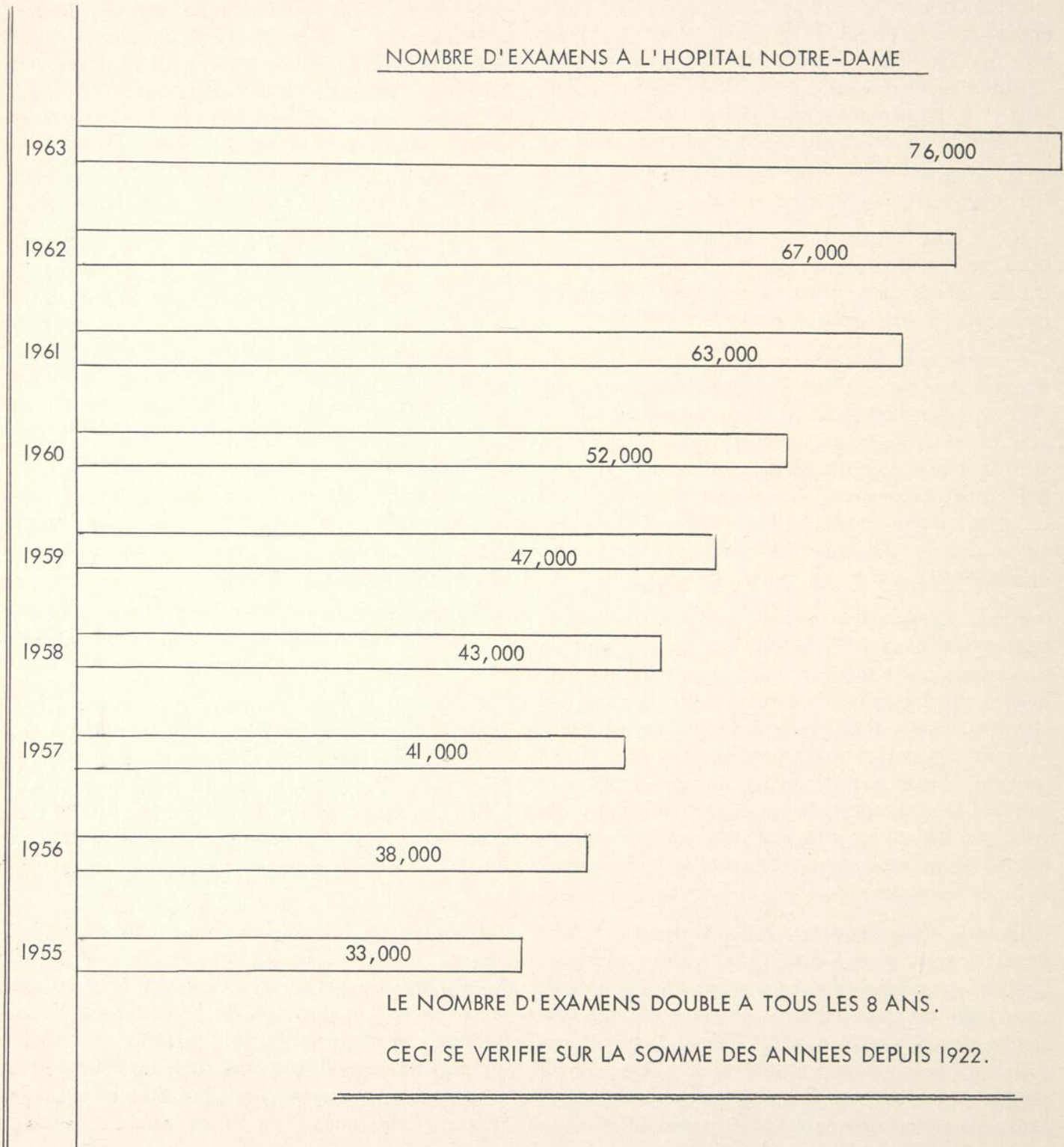
Avant 1960, l'on demandait un examen de la colonne dorsale, aujourd'hui l'on demande un examen radiologique de la colonne entière. Pour un mot changé l'on prendra huit films au lieu de deux. Cette augmentation provoquée par la gratuité vient accélérer le taux d'augmentation normale déjà cité de 10% par année lequel passe à 15 et même à 20%.

Les pointes. S'il est bon de connaître les périodes de pointes d'un service de Radiologie afin de disposer du personnel nécessaire à ce moment et de prévoir à l'avance du bon état de l'appareillage. Il se produit une période de pointes au mois de novembre et une autre au mois de mai, et ceci chaque année. De plus chaque jour, l'on rencontre des heures de pointe vers 11 heures le

matin et 3 heures l'après-midi. Dans les Services d'Urgence ouverts 24 heures par jour, l'on note un plus grand achalandage l'été que l'hiver et les soirs de payes que les jours de mauvais temps.

Protection vis-à-vis les R.-X. Le département de Radiologie a certaines responsabilités tant vis-à-vis le public que vis-à-vis son personnel. A côté des responsabilités générales qu'a chaque hôpital vis-à-vis le public, il faut signaler que le départe-

ment de Radiologie porte une responsabilité additionnelle quant aux dommages possibles produits par les Rayons-X, et ici l'Administration doit s'assurer que les radiologues de la maison ont pris des précautions suffisantes pour protéger le public. Nous renvoyons le lecteur à des travaux techniques sur le sujet mais nous devons mentionner du point de vue médico-légal que l'action des Rayons-X sur la matière vivante est cumulative. L'on doit veiller



à ce que les examens ne soient pas faits en grand nombre sur un même malade. Les appareils doivent être calibrés et rester sans défaut. Le personnel technique doit avoir des vacances suffisantes et au moins conformes aux données de la Commission de l'Énergie Atomique.

Collaboration des autres Services. Les Services de Radiologie sont en droit de demander aux autres Services de l'hôpital, une coopération suffisante et efficace pour opérer en vue du bien général. L'Administration doit savoir que pour obtenir un bon service et ne pas allonger les moyennes d'hospitalisation, il faut que le service de Radiologie ait un personnel suffisant et des appareils adéquats.

Les autres départements de l'hôpital et spécialement le Nursing doivent coopérer pleinement avec le service de Radiologie. Les malades à jeun doivent rester à jeun, les malades inconscients doivent rester sous surveillance même quant ils sont menés en Radiologie. Les malades qui doivent recevoir certains soins préparatoires aux examens doivent les avoir reçus dans le temps prescrit etc... On n'en finira pas d'énumérer la foule de détails. L'important est d'obtenir une coopération complète entre les services.

Enseignement. Les grands services doivent enseigner. Ceci est un échange qui enrichit l'élève comme le professeur. Le service de Radiologie enseigne aux médecins qui apprennent la spécialité, aux étudiants en Médecine, aux membres des autres services de l'hôpital et aux techniciens en Radiologie. Cet enseignement consomme beaucoup

de temps et diminue légèrement le rendement quantitatif pour en améliorer la qualité. Il est essentiel, dans le contexte social, que certains centres visent à améliorer la qualité afin de semer le savoir et d'en faire profiter les autres.

Résidents. D'aucun croit que la présence de résidents en Radiologie ou dans un Service procure un bon temps aux seniors, alors que si l'on fait le calcul, l'on se rend compte qu'il se fait moins d'examen par radiologue dans les hôpitaux disposant d'un grand nombre de résidents, que dans ceux où les radiologistes travaillent seul: ces derniers n'ont pas à faire d'enseignement.

CONCLUSION

Les Services de Radiologie des hôpitaux doivent être repensés, si l'on veut être en mesure de prendre soin de la santé publique et de ne pas nuire aux besoins de la médecine.

Il n'est pas possible ni raisonnable de freiner la demande, ce serait faire un pas en arrière.

On expose des moyens d'améliorer la qualité et la quantité de la production des films.

Des normes précises sur le personnel, les locaux, les appareils sont présentées de même que de suggestions quant à l'administration des départements.

REMERCIEMENTS

Nos remerciements à Mademoiselle Simone Rouleau et à Madame Lise Hamelin pour leur assistance dans la réalisation technique de ce travail.

PRÉSENTATION DES PRIX DE "L'UNION MÉDICALE DU CANADA" POUR 1963¹

Ce soir se tient le septième rendez-vous depuis que le journal décerne ses prix annuels. S'il ne provoque pas la même vibrance émotionnelle qui marquait les rencontres amoureuses de nos insoucieuses années de jeunesse, il ne démérite pas moins par le réconfort qu'il procure au soma et à l'esprit. Nous faisons bonne chair en famille tout en reconnaissant collectivement les mérites de quelques-uns de nos collègues.

Quels sont-ils ces lauréats 1963 de "L'Union Médicale du Canada", choisis par notre jury ?

Le premier prix a été attribué à l'auteur d'une vaste étude sur un sujet chirurgical aux multiples facettes biologiques, endocriniennes et de technique chirurgicale. Les données découlent de constats et de conceptions personnels et de l'exploration chirurgicale par l'auteur. Le titre en est "*La chirurgie des surrénales*". Le travail parut dans le numéro de janvier sur "les surrénales". L'auteur est GEORGES-ÉTIENNE CARTIER de l'Hôtel-Dieu de Montréal que je félicite chaleureusement.

Le second prix a été accordé à un travail publié dans cette même livraison de janvier. Cette contribution avait été subventionnée par le Conseil médical des recherches du Canada et par la section d'hygiène maternelle et infantile du Ministère de la Santé. Comme l'auteur l'explique lui-même, son article aborde les aspects bio-chimiques et physiopathologiques du syndrome étudié afin qu'on puisse mieux le comprendre, le diagnostiquer et le traiter. L'exposé est clair et rendu plus accessible grâce à des schémas et à des figures explicites. Le sujet était "*Le syndrome adrénogénital*". Le docteur JACQUES-R. DUCHARME de l'Hôpital Sainte-Justine en fut l'auteur. Nos félicitations.

Deux autres auteurs furent choisis.

Un premier contribua à notre numéro spécial de novembre sur "le diabète", numéro apprécié très favorablement par l'enseignement qu'il apporte sur cette maladie aux multiples manifestations pathologiques. Le travail dont il s'agit est une revue générale exhaustive du sujet étudié, rehaussée de réflexions et de considérations personnelles autorisées. Le sujet: "*Le diabète juvénile*". L'auteur: ALBERT ROYER de l'Hôpital Sainte-Justine.

Je félicite Sainte-Justine et, bien entendu, Albert Royer qui en est un des principaux agents de progrès et de qualité scientifique.

L'autre auteur s'est mérité l'attention du jury par la qualité de trois travaux publiés avec collaborateurs en 1963. Travaux d'une application et d'un mérite incontestables, bâtis sur des données clinico-chirurgicales et des explorations diagnostiques très précises. En fait, cet auteur parle maintenant d'autorité en malformations cardiaques. Les titres des trois articles étaient: "*Diagnostic et traitement de l'atrésie tricuspideenne*", "*La communication inter-ventriculaire*", "*Cœur biloculaire avec dextrorotation*". L'auteur est de l'Institut de Cardiologie de Montréal. Je la nomme, puisque vous l'avez déjà repérée. Je félicite GHISLAINE GILBERT. Ses travaux démontrent une fidélité et une constance exemplaires dans l'exercice de sa spécialité.

* * *

Après cette brassée de félicitations bien méritées aux lauréats, je m'empresse de remercier, au nom de "L'Union Médicale du Canada", ceux qui, après avoir étudié attentivement chacune des livraisons du journal, ont opéré un choix réfléchi. La tâche n'a pas été facile. Ils eurent à exercer leur jugement, selon leur propre témoignage, sur de nombreux travaux de première qualité. Ce qui a double signification: leur collaboration difficile n'en fut que plus précieuse; leur témoignage confirme l'opinion de ceux qui sont proches du journal et qui suivent son évolution; sa qualité sur tous les aspects s'affirme et grandit. Consolante constatation s'il en est une, puisqu'elle découle d'un fait qui reflète, en quelque sorte, la tenue et la valeur de notre médecine.

Nous voudrions que toute la richesse clinique qui se trouve dans nos hôpitaux serve encore plus abondamment à illustrer les aptitudes réelles de ceux qui y travaillent; qu'elle serve aussi avec plus d'ampleur à l'enseignement post-scolaire.

On insiste avec raison sur cet enseignement continu qui permet aux médecins de suivre la marche rapide de la médecine dans toutes les disciplines. De tous les moyens qui peuvent diffuser cet enseignement: conférences, colloques, réunions de sociétés, cours organisés, processus audio-visuels de toute catégorie, le journal périodique est incontes-

¹ Au cours d'un dîner réunissant les directeurs et collaborateurs du journal, les lauréats et les membres du jury, le 25 janvier 1964.

tablement le plus utile. On peut en assimiler le contenu avec attention soutenue et dans le calme de la réflexion, on peut en faire la révision et le consulter à volonté; il est sans cesse en disponibilité et il a cet avantage de se présenter régulièrement avec sa charge d'informations renouvelées et variées selon les circonstances.

Le profit retiré sera ce que sera le temps consacré à la lecture du journal. Ici survient une première difficulté découlant directement du temps que l'on pourra consacrer à cette lecture. Le profit obtenu sera également en rapport direct avec la facture du journal et la vigilance de sa direction. Pour procurer aux lecteurs un enseignement vivant et d'actualité, on doit susciter des contributions et des travaux qui puissent, en plus des articles de base ou de fondements solidifiés par l'expérience scientifique, être des moyens d'information et de

diffusion sur les nouvelles récentes ou courantes, d'étiopathogénie, de diagnostic et de traitement.

En fait, le journal sera lu s'il est intéressant et instructif, sans être ennuyeux et de facture trop lourde; il sera instructif si sa composition est surveillée et dirigée et si la contribution dont il doit vivre s'effectue avec une collaboration éclairée et spontanément abondante.

Cela est un programme dont je ne trace que les traits principaux. Nous devons espérer que progressivement "L'Union Médicale du Canada" pourra, avec une contribution et une intentionnalité unanime réaliser au moins les grandes lignes de ce programme.

En tout cas, je vous y invite comme témoignage à un passé riche de tenacité et à un avenir rempli d'espoir autorisé.

ROMA AMYOT

ANALYSES

MÉDECINE

Rosemary MURPHY et Karl SHIPMAN: **Hyperuricémie au cours du jeûne complet.** (Hyperuricemia during total fasting.) Arch. of Int. Med., 112: 954 (6 décembre) 1963.

Stimulés par la méthode ayant comme base les cures d'amaigrissement par le jeûne complet, très en vogue ces derniers temps, les deux auteurs consacrent ce travail à l'étude du métabolisme de l'acide urique. En effet, le protagoniste principal, Duncan, semble avoir laissé de côté cette question.

Leurs malades sont divisés en deux lots: un groupe témoin de 8 femmes obèses, suivies comme patientes externes sans les soumettre aux restrictions d'apport calorique et un groupe de 5 femmes, également obèses, mais hospitalisées. Toutes les malades sont porteuses d'obésité de longue date n'ayant pas obéi aux traitements habituels. Aucune n'est entachée de cardiopathies, d'affections hématologiques ou de maladies rénales. Le groupe No 2 est soumis au jeûne complet pendant une période assez courte allant de trois à dix jours, mais pouvant user à volonté de l'eau, du café ou du thé. Afin d'éviter les hypovitaminoses, chacun de ces malades reçoit quotidiennement un comprimé d'une polyvitamine.

Sont ainsi étudiées les clearances de la créatinine endogène et de l'acide urique. La première substance leur sert également comme index de mesure du taux de filtration glomérulaire (T.F.G.). La rétention tubulaire de l'acide urique est calculée en se servant de la quantité de l'acide urique filtré au niveau du glomérule et de celle excrétée dans les urines en milligramme à la minute. Tous les calculs sont basés en fonction des urines de 24 heures.

Trois notions découlent de cette étude: a) diminution de la clearance rénale de l'acide urique; b) réduction du taux de filtration glomérulaire; c) perturbation du transport tubulaire rénal de l'acide urique.

Commentaires. La clearance normale de l'acide urique varie entre 4.1 et 15 cc à la minute avec une moyenne de 8.7. Du fait qu'il est filtré, disons librement, au niveau du glomérule, il s'ensuit qu'environ 90% est assujéti au processus de réabsorption tubulaire. Donc, la constatation d'une clearance basse chez un sujet maintenu à l'état de jeûne, contribue peu à l'explication du mécanisme spécifique qui entre en jeu. En effet, cette responsabilité peut être assumée aussi bien par l'altération

du T.F.G. que par le processus de transport tubulaire ou même par les deux.

Le T.F.G. est diminué chez tous les malades soumis au jeûne à court terme et ceci, dans certains cas, dès le début. Cela tient à l'hypovolémie puisque l'hémoconcentration accompagnée d'une perte excessive de Na et d'urine, semblent le confirmer.

L'étude des mécanismes entrant en jeu dans le transport de l'acide urique au niveau des tubes, indique que ce dernier est sécrété et réabsorbé dans ces mêmes parages. Malheureusement, il n'est pas aisé de déterminer ce mécanisme. Les deux auteurs constatent simplement que la rétention tubulaire de l'acide urique chez les sujets soumis à l'expérience, est plus élevée que chez ceux du groupe témoin. Ceci ne peut s'expliquer que par la réduction calorique imposée et par la restriction physique à laquelle les malades sont voués, puisque hospitalisés. Le facteur stimulant la réduction et la réabsorption, demeure entièrement inconnu. Lennox pense que la cétose, découlant de l'état du jeûne, peut expliquer ces modifications; mais plus tard, il est obligé d'abandonner cette hypothèse car il n'a observé aucune hyperuricémie pendant les cétooses diabétiques. Cependant, ces derniers temps, des preuves ont été apportées comme quoi, certaines formes de diabète et d'acido-cétose, peuvent s'accompagner d'hyperuricémie. Quick et Ellenberg, en administrant de l'acide acéto-acétique à quelques malades, arrivent à provoquer une réduction de l'excrétion de l'acide urique urinaire, mais ils pensent, en guise de conclusion, que la cétose n'est nullement essentielle dans le déclenchement de l'hyperuricémie. Leur conclusion provient du fait qu'ils n'ont pas décelé de l'acétone dans les urines. Seulement, ils ont négligé les mesures plasmatiques de l'acétone et de la concentration des bicarbonates. Ceci est capital. De plus, les clearances de l'acide acéto-acétique et de l'acide hydroxybutinique sont inférieures à 10 cc/minute; ceci laisse prévoir que la cétonémie peut être présente avant que la cétonurie apparaisse dans les urines. Peut-être, faudrait-il penser qu'il existe une accumulation intracellulaire d'acide acétique au début, agissant ainsi sur l'énergie requise et sur les systèmes enzymatiques hâtant, par conséquent, la sécrétion tubulaire, d'une manière active. D'autres preuves viennent à l'appui de cette façon de voir: l'hyperuricémie de l'intoxication oxycarbonée, du myxœdème, des injections de solutions de lactate à

l'acidose diabétique. Il y a mieux: l'oxydase cytochrome est réduite pendant les périodes de jeûne, ce qui fait croire à une diminution de la phosphorylation oxydative qui, comme on le sait, est indispensable au maintien du processus sécrétoire tubulaire.

En résumé, chez les malades soumis au jeûne, trois faits sont établis: a) le taux de filtration glomérulaire est réduit; b) la clearance de l'acide urique diminue; c) il existe une altération tubulaire rénale portant atteinte au transport de l'acide urique. Par conséquent, l'hyperuricémie observée pendant les périodes de jeûne trouve son explication, partiellement, dans la sphère rénale.

M. KALUDI

Robert J. HOAGLAND: Réapparition des anticorps hétérophiles après guérison de la mononucléose infectieuse. (Resurgent Heterophil Antibody Reaction after Mononucleosis.) *The New Eng. J. of Med.*, 269: 1307 (12 déc.) 1963.

En 1958 Bender présente le premier cas de réapparition des anticorps hétérophiles chez un malade atteint et guéri de mononucléose infectieuse. Cette observation semble n'avoir jamais été confirmée. Dans le cas de Bender, le malade qui avait contracté la mononucléose, trois mois avant, est atteint d'une pneumonie atypique. Six jours avant l'éclosion de celle-ci, le taux des anticorps, qui était à I:896, tomba à I:28. Neufs jours après l'affection pneumonique il remonta à I:224. Le leucogramme mit en évidence 67% de neutrophiles.

L'auteur rapporte trois cas où les constatations de Bender semblent se confirmer. Comme on le sait, cette réaction composant la triade diagnostique de la mononucléose infectieuse, n'a aucun caractère spécifique. Toutefois, son apparition au cours d'une autre affection, sans augmentation des lymphocytes, constitue un fait nouveau.

De cette courte rubrique l'auteur tire certaines conclusions devant être prises en considération: a) poser le diagnostic de mononucléose infectieuse rien qu'avec cette réaction est une erreur; b) ces connaissances peuvent prévenir les diagnostics si souvent posés de "mononucléoses subcliniques"; c) ce phénomène peut servir à détecter les porteurs; d) des réactions de Paul-Bunell positives peuvent réapparaître trois années après l'atteinte initiale; e) presque tous les cas rapportés ont été constatés après, chez des malades ayant contracté des affections des voies respiratoires, variées; f) ce diagnostic exige le critère clinique, hématologique et immunologique.

M. KALUDI

Darab K. DASTUR, Rajeswari SESHADRI et V. R. TALAGERI. **Rapports entre le foie et le cerveau dans le coma hépatique.** *Arch. of Int. Med.*, 112: 6 Déc. 1963.

Depuis la description clinique des modifications neurologiques et mentales de l'insuffisance hépatique décrite par Frerichs; depuis les travaux de Pavlov sur les chiens porteurs de fistules d'Eck et surtout depuis la constatation de Kirk ayant trait à l'ammoniémie, le NH_3 , les acides aminés et les métabolites ont continué à occuper le centre du terrain d'investigation de la pathogénie du coma hépatique.

Le but poursuivi par les auteurs est de confirmer ou d'infirmer le rôle joué par le NH_3 , les acides aminés, certains céto-acides et les glucides dans le mécanisme de production de cet ensemble clinique désigné sous le nom de coma hépatique.

Après avoir exposé en détail la méthode poursuivie, le matériel utilisé, les trouvailles clinico-pathologiques, les données biochimiques, les trois auteurs arrivent aux conclusions que nous résumons:

a) bilan clinique et neurologique; gradients des taux sanguin et cérébral artério-veineux de NH_3 , d'acide glutamique, de glutamine, d'acides aminés, de céto-glutarate, de pyruvate, de glucose et de lactate chez: 1) des patients porteurs d'affections hépatiques, mais en état satisfaisant; 2) chez des patients en coma hépatique avec nécrose ou avec cirrhose hépatique;

b) cliniquement on trouve le groupe des sujets atteints de cirrhose plus âgé que celui des malades porteurs de nécrose. Aucun de ces derniers ne présente d'anamnèse éthylique. L'ascite accompagne plus souvent la cirrhose, tandis que l'ictère semble l'apanage de la nécrose. L'atteinte du système moteur forme la trouvaille la plus fréquente chez le malade comateux hépatique et se présente sous forme de modification du tonus, des réflexes ostéo-tendineux et cutané plantaire;

c) Le NH_3 du sang veineux et artériel est élevé chez les malades en état de coma. Il n'y a pas une augmentation notable dans la captation cérébrale du NH_3 ;

d) aucun acide aminé ne montre une montée particulière dans le sang, mais il existe une aminoacidurie générale dans le groupe des malades porteurs de nécrose. Absence de libération de glutamine par le cerveau au cours du coma;

e) il en résulte que l'élévation du taux de NH_3 dans le sang et au niveau du système nerveux représente encore le facteur pathogénique le plus

impressionnant pouvant expliquer le coma hépatique. Il semble que, d'après ces constatations, la réaction de conjugaison de l'ammonium, soit supprimée. Cette insuffisance de détoxification peut ainsi assumer une responsabilité, partielle et biologique, dans la genèse du coma hépatique;

f) il se peut que le NH_3 exerce une action sur les enzymes cellulaires provoquant ainsi un métabolisme oxydatif cérébral réduit.

M. KALUDI

J.-B. BOUVIER, A. THENOT et R. MOLINARD: **Quelques interférences médicamenteuses dangereuses.** Rev. du Prat., 13: 4017 (21 déc.) 1963.

Les auteurs profitent du Congrès de la Société française de Thérapeutique et de Pharmacodynamie tenu au cours de 1963 pour nous entretenir des accidents dus à des interférences médicamenteuses.

Il y a un an, M. Perrault écrivait dans la même revue: "Les associations thérapeutiques seront réduites à l'indispensable. En effet, il arrive que certaines associations soient heureuses par potentialisation ou synergie, par correction de certaines actions secondaires. Bien souvent on accroît fortement les chances d'accidents sans pour autant augmenter beaucoup l'efficacité".

En recevant des médications multiples, il arrive assez souvent que le malade ne peut en bénéficier, parce qu'il y a des synergies médicamenteuses et des antagonismes trop souvent néfastes. Attention aux cocktails médicamenteux. Il faut faire une étude sérieuse de toute la médication prescrite pour prévenir des accidents. "L'efficacité va de pair avec la toxicité; la synergie des effets favorables peut entraîner par potentialisation des réactions indésirables".

Il y a des accidents dus à des interférences médicamenteuses avec les digitaliques. Par exemple, associer l'emploi d'une préparation digitalique d'abord lente suivie d'une autre à action rapide. L'emploi du calcium intra-veineux au cours d'un traitement digitalique potentialise l'action de la digitaline.

La chlorotiazide, au cours d'une insuffisance cardiaque traitée par la digitale, peut occasionner des accidents, par une hypokaliémie favorisant l'intolérance aux toxicardiques. Quant aux accidents secondaires à des interférences médicamenteuses avec les sulfamidés, ils peuvent être occasionnés par un phénomène de sensibilité ou par une action toxique sur la moelle osseuse (agranulocytose).

Les opiacés, la quinine, l'aspirine, les barbituriques ont une action potentialisatrice avec les sulfamidés.

En rhumatologie, les urico-éliminateurs et la chrysothérapie offrent certains dangers qu'il faut connaître.

Dans la lutte contre l'hypertension, contre les maladies cardio-vasculaires et les troubles psychiatriques, il est très utile de savoir que l'association des mono-amino-oxydases peut provoquer des accidents.

A noter que les injections intra-musculaires chez les malades traités aux anticoagulants présentent un certain danger (hématomes, etc.)

La prudence exige que des auteurs pensent à de tels rappels à la prudence. Nous sommes tellement portés à négliger ces interférences médicamenteuses. Elles peuvent provoquer des accidents parfois mortels. Nous devons être constamment sur nos gardes.

Paul-René ARCHAMBAULT

CHIRURGIE

R. FONTAINE, G. HIEBEL, G. LANG et G. BARTH: **L'aspiration continue, à la manière de Taylor, pour ulcère gastro-intestinal perforé en péritoine libre.** Lyon Chir., 59: 682-695 (septembre) 1963.

La perforation de l'ulcère gastro-duodéal se traite par l'aspiration simple, la suture simple, la résection primitive ou la combinaison de ces techniques.

Les dernières statistiques de la clinique chirurgicale de Strasbourg, sous la direction du professeur R. Fontaine et de ses collègues, et de l'Hôpital des Mines de Freyming, où opère M. G. Barth, font état de 291 cas de perforation, de 1953 à 1963 exclusivement, traités par aspiration.

Elles démontrent, selon les auteurs, la supériorité nette de cette méthode sur les autres quand elle est employée à bon escient; c'est-à-dire pour la perforation a) vue précocement, b) à siège duodéal, c) au passé ulcéreux absent ou récent. L'importance de ces facteurs favorables est apparue en comparant les résultats de la clinique de Strasbourg et ceux de l'Hôpital des Mines. Dans cette dernière institution, ils ont été longtemps meilleurs parce que les sujets sont en moyenne plus jeunes et ils arrivent en général plus tôt après leur perforation. Depuis cinq ans, les résultats sont aussi bons à Strasbourg.

Plus de 80% de ces malades ont ainsi été guéris. L'aspiration ne doit pas se prolonger plus de cinq heures, et le succès est indiqué par la disparition de

la douleur et de la contracture abdominale. Après ce délai, si l'état général du malade ne s'est pas amélioré, ou si l'aspiration fonctionne mal, il faut suturer ou gastrectomiser. Ces chirurgiens n'ont pas trouvé que l'opération s'en était trouvée aggravée, ni la mortalité opératoire augmentée, même si quelques erreurs de diagnostic ont dû être redressées. L'aspiration d'ailleurs est une excellente préparation à l'opération.

Sauf dans les cas vus très tardivement en pleine péritonite généralisée, un essai d'aspiration est donc justifié pendant cinq heures, surtout que patient et chirurgien n'ont rien à perdre.

Au surplus, de 10 à 35% des ulcères jeunes, ou dont la perforation était la première manifestation, restent guéris après l'aspiration simple.

Pour les autres qui continuent à souffrir de leur ulcère, on pourra procéder, à froid, à une résection large ou à une vagotomie avec gastro-entérostomie.

Antonio LECOURS

NEUROLOGIE

R. T. ROSS: **Myopathie oculaire sensible au curare.** (Ocular myopathy sensitive to curare.) *Brain*, 86: 67-74, 1963.

Après avoir révisé 8 travaux sur le syndrome de myopathie oculaire l'auteur commence par nous donner les faits principaux rapportés dans ceux-ci sans égard au diagnostic de dystrophie musculaire ou de myasthénie. Tous les patients présentent:

- 1 — une longue histoire, débutant dans l'enfance;
- 2 — une ptose et une perte presque complète des mouvements extra-oculaires sans diplopie;
- 3 — plus tardivement une faiblesse proximale des membres supérieurs et inférieurs;
- 4 — aucune dysarthrie, ni dysphagie de même qu'aucune crise aiguë;
- 5 — Un auteur, soit Rowland en 1953, rapporte un cas très sensible au curare mais non sensible à la prostigmine.

L'auteur nous rappelle alors que le test à la prostigmine n'est pas spécifique à la myasthénie grave ayant été positif chez des cas de polymyosite et de sclérose latérale amyotrophique. De plus la réponse est variable selon le stage de la maladie.

L'auteur nous présente alors 5 cas de myopathie oculaire et suggère qu'ils ont une dystrophie musculaire sensible au curare.

La première patiente s'est présentée à l'âge de 40 ans pour ptose des 2 paupières qu'elle avait

depuis toujours, mais qui était augmentée depuis 5 ans. Elle ne se plaignait pas de diplopie. A l'examen on notait une ptose bilatérale et une diminution importante des mouvements oculaires dans toutes les directions. Elle fut alors traitée avec de la néostigmine.

12 ans plus tard, elle revint à cause d'une aggravation de la ptose. La néostigmine n'avait aucun effet sur les mouvements oculaires et de plus lui causait des troubles gastro-intestinaux. Elle ne se plaignait d'aucune faiblesse aux membres. A l'examen, en plus de la ptose, on notait une absence de réflexes ostéo-tendineux, sauf les rotuliens qui étaient faibles.

Un test au d-tubocurare avec 1/10 de la dose curanisante fut alors pratiquée et causa une ptose complète des paupières, une chute de la tête par en avant avec ouverture de la mâchoire. La patiente reçut son congé sans médication.

Sept ans plus tard la patiente se présente de nouveau à l'hôpital à cause de faiblesse progressive des membres inférieurs et supérieurs depuis 2 ans. La patiente mourut peu de temps après, d'une embolie pulmonaire et l'étude pathologique prouva que la patiente présentait une dystrophie musculaire.

Les trois cas suivants sont des enfants d'une même famille, soit 2 sœurs: 11 ans et 16 mois et un frère de 8 ans. Les trois présentaient une ptose palpébrale et une limitation du regard conjugué et vertical depuis la naissance selon la mère.

Les deux plus âgés ne s'étaient jamais plaints de diplopie et avaient commencé à marcher normalement, mais depuis deux ans ils présentaient une faiblesse surtout proximale aux 4 membres confirmée à l'examen clinique. Le plus jeune avait commencé à marcher à 1 an et ne présentait pas encore de difficulté à la marche.

Un test au d-tubocurare avec 1/10 de la dose curarisante fut pratiquée chez les 2 plus âgés et fut très positif. La prostigmine fut sans effet chez les 3 enfants.

Le 5ème cas est un homme de 22 ans qui se présente pour ptose palpébrale depuis 5 ans. A l'examen, on note une ptose palpébrale bilatérale, une diminution des mouvements oculaires en direction latérale, une paralysie du regard vertical, une faiblesse de ses muscles faciaux et les réflexes ostéo-tendineux étaient difficilement mis en évidence.

Un test à la prostigmine fut sans effet, mais un test au d-tubocurare fut positif.

En discussion, l'auteur insiste:

1 — sur l'apparition précoce des symptômes oculaires par rapport à l'atteinte musculaire périphérique, l'intervalle étant de 17 ans chez le premier malade;

2 — l'absence de diplopie chez tous ces malades;

3 — la sensibilité des malades au curare, sensibilité d'autant plus marquée que le processus est plus envahissant. L'auteur discute cependant de la non spécificité du test, celui-ci pouvant être positif dans les maladies du neurone moteur, et même dans un cas de carcinome bronchogénique;

4 — l'échec du traitement à la prostigmine.

Fernand DUPLANTIS

GASTRO-ENTÉROLOGIE

L. LÉGER et Coll.: **La pancréatite chronique, étape ultime de la pancréatite aiguë en faveur de l'unicité de la pancréatite.** Presse méd., 70: 2095 (no 45) 1962.

La classification des pancréatites chroniques demeure obscure. Deux tendances s'opposent. Une théorie dualiste pour laquelle il existe un hiatus entre pancréatite aiguë et pancréatite chronique. Une théorie uniciste est admise par d'autres qui pensent que la suite est ininterrompue entre ces deux affections.

Plusieurs observations, tout à fait démonstratives, illustrent cette dernière théorie. Trois d'entre elles établissent de façon nette la liaison entre pancréatite aiguë hémorragique, vérifiée opératoirement, et pancréatite chronique. L'une d'elle d'origine traumatique présente sur les multiples coupes histologiques d'une pièce de pancréatectomie gauche la succession des différentes lésions.

Trois autres observations établissent, de façon tout aussi nette, la liaison entre un stade initial aigu et l'apparition secondaire d'une lithiase pancréatique indiscutable.

Pareilles observations prouvent qu'un lien peut exister entre les divers aspects des maladies pancréatiques non tumorales et plaident en faveur de l'unicité de la pancréatite.

Guy ALBOT

Charles DEBRAY, François BESANÇON et Bernard JANIN: **Le diagnostic de "l'hypertonie essentielle du cardia".** Syndrome électromanographique similaire dans 4 cas de cancer. Sem. Hôp. Paris, 38: 565 (8 mai) 1962.

Après la récente individualisation par Vantrappen d'une maladie nouvelle, "l'hypertonie essentielle du cardia", les auteurs signalent qu'un tracé électromanographique similaire est obtenu chez 4 malades atteints de cancer du cardia ou de l'esto-

mac à proximité du cardia. Incapable de dire si l'hypertonie est essentielle ou lésionnelle, l'électromanographie ne doit pas être employée seule: elle doit être confrontée avec les autres méthodes de diagnostic, notamment l'examen radiotélévisé et radiocinématographique.

Guy ALBOT

O. FODOR, G. ALDEA, D. DUMITRASCO et S. POPESCO: **Contributions à la connaissance de la phase pré-ulcéreuse de la maladie ulcéreuse.** Recherches relatives à l'effort sécrétoire maximum à l'histamine de l'estomac dans la maladie ulcéreuse. Arch. Mal. Appar. dig., 51: 1497 (déc.) 1962.

Les auteurs étudient l'effort sécrétoire maximum à l'histamine de l'estomac sur 120 personnes, comprenant 53 cas d'ulcère duodéal, 20 cas de maladie ulcéreuse en phase pré-ulcéreuse, 20 personnes appartenant à des familles ayant des antécédents héréditaires ulcéreux, 20 témoins et 7 achlorhydriques. Les valeurs des données qualitatives et quantitatives de suc gastrique et d'acide chlorhydrique libre apparaissent dans l'ordre décroissant chez les différentes catégories susmentionnées.

Les résultats fournis par l'effort sécréteur maximum de l'estomac à l'histamine sont exprimés par des valeurs proches dans l'ulcère duodéal et dans la phase pré-ulcéreuse de la maladie ulcéreuse. Cette constatation est un élément de plus, à côté du comportement de la dynamique sécrétoire de l'estomac durant 24 heures, pour la détermination clinique et fonctionnelle de cette phase au cours de l'évolution de la maladie ulcéreuse.

Les valeurs de l'effort sécrétoire maximum à l'histamine, obtenues chez les personnes appartenant à des familles d'ulcéreux, sont proches de celles de la maladie ulcéreuse manifeste, ce qui permet d'envisager l'existence d'une masse cellulaire sécrétrice accrue dans les deux catégories.

La masse cellulaire sécrétrice accrue, présente dans la phase pré-ulcéreuse de la maladie ulcéreuse, existant même chez les membres de familles d'ulcéreux, peut constituer un facteur favorisant pour l'apparition et l'évolution de l'ulcus. L'augmentation des cellules pourrait être l'expression d'une réaction morphologique envers la sollicitation fonctionnelle propre au dérèglement cortico-végétativo-viscéral existant dans la maladie ulcéreuse.

Guy ALBOT

ANGÉIOLOGIE

David J. ABRAMSON et coll.: **Thrombo-angéite oblitérante. Entité clinique authentique.** (Thrombo-angiitis obliterant: A true clinical entity.) Am. J. Card., 12: 107 (juillet) 1963.

Il s'agit dans cet article d'une discussion pour savoir si la maladie de Buerger est une entité clinique en soi, différente de l'athérosclérose des extrémités.

Certains auteurs sont d'avis que ces deux maladies peuvent être confondues, tandis que d'autres y voient deux entités bien différentes.

Il fut donc fait une étude de 182 cas de thrombo-angéite oblitérante (T.A.O.) comparée à 199 cas d'athérosclérose oblitérante (A.O.).

Les conclusions tirées sont les suivantes selon les critères de l'âge: apparition plus précoce (29.3 ans) dans T.A.O.; tardive (58.9 ans) dans A.O.

Tous les patients atteints de T.A.O. étaient des fumeurs; l'apparition d'ulcérations fut fréquente chez les fumeurs et non fréquente chez ceux qui cessèrent. Dans l'A.O., seul un petit nombre de fumeurs développèrent des troubles trophiques, alors qu'un grand nombre de non fumeurs en développèrent.

Dans un tiers des cas de T.A.O., on note des attaques répétées de thrombo-phlébites superficielles migratrices des extrémités. Dans l'A.O., aucun cas ne fut rapporté.

Des changements circulatoires aux membres supérieurs furent constatés dans la moitié des cas de T.A.O., dans un sixième des cas de A.O.

Quinze pour-cent (15%) des cas de T.A.O. montrèrent des ulcérations avec ou sans gangrène des mains ou des doigts nécessitant des amputations; aucun cas dans A.O.

Le pouls fémoral était absent dans 4% de T.A.O.; dans 20% des cas de A.O.

L'examen artériographique décèle, dans le T.A.O., des lésions des petites artères distales, rarement à la fémorale; dans l'A.O., des lésions à la mésentérique, ainsi que dans les artères distales.

On serait donc en présence de deux maladies bien distinctes et le terme de thrombo-angéite oblitérante devrait être employé pour désigner à la fois une artérite et une phlébite segmentaire chronique et récidivante, atteignant les vaisseaux des quatre membres, surtout chez le jeune homme.

Francine FONTAINE

HÉMATOLOGIE

O. EGEBERG: **L'influence de la thyroïde sur le système de coagulation du sang.** (Influence of thyroid function on the blood clotting system.) *The Scand. J. Clin. & Lab. Invest.*, 15: 1 (janvier) 1963.

Dans des publications antérieures, l'auteur avait mis en évidence une augmentation dans le sang du taux du facteur antihémophilique A, du fibrinogène et de la pro-accéléline ou facteur V chez des personnes normales rendues fébriles. Ces observations avaient incité à rechercher des modifications identiques en rapport avec les variations du métabolisme tissulaire, non associées à un état fébrile. Les recherches de l'auteur ont porté sur le système de coagulation sanguine chez certains patients atteints d'une dysfonction thyroïdienne. Les résultats indiquent que la glande thyroïde exerce une influence marquée sur le système de coagulation intrinsèque. Les modifications les plus frappantes portent sur les variations du facteur antihémophilique A en rapport avec la fonction thyroïdienne.

Les plasmas de sept patients adultes atteints d'hyperthyroïdie ont montré une diminution des temps de céphaline et une augmentation nette de l'activité du facteur antihémophilique A. Chez une patiente atteinte d'hypothyroïdie accompagnée d'une tendance hémorragique, le temps de saignement était allongé et le temps de céphaline était nettement prolongé. Enfin l'activité du facteur antihémophilique A était anormalement abaissée. Les résultats de ces épreuves hémostatiques étaient donc identiques à ceux que l'on observe dans la maladie de Von Willebrand. Un traitement à l'aide de la thyroxine produisit une normalisation de ces épreuves de coagulation et l'on observait en même temps un retour à la normale du taux de métabolisme basal et une disparition des symptômes de myxœdème. L'auteur conclut que l'activité sanguine du facteur antihémophilique A est étroitement liée à la fonction thyroïdienne en rapport avec le taux du métabolisme tissulaire.

Jean-Guy LAURIN

A. GAJDOS, R. JOSEPH, M. GAJDOS-TORÖK, J. C. JOB et J. L. CORBIN: **Porphyrie cutanée. Manifestations hématologiques** (lymphocytose, purpura thrombopénique, anémie hémolytique) **et infections répétées chez un jeune enfant.** *Rev. Franç. études clin. et biol.*, 8: 386-392 (avril) 1963.

Les auteurs présentent le cas d'un enfant ayant exhibé une longue série d'infections débutant à l'âge de deux mois: une hyperleucocytose avec hyperlymphocytose, un purpura thrombocytopénique à rechutes, apparu à 5 ans, récidivant à 8 ans. motivant une splénectomie, une anémie hémolytique qui persiste depuis l'âge de 10 ans. Une porphyrie cutanée, dite tardive, sous forme de bulles,

apparut à l'âge de 7 ans. La photosensibilité est manifeste et les bulles sont localisées aux parties découvertes de la peau. Une hypertrichose faciale a commencé à être visible à l'âge de 6 ans. Les urines sont rouges et contiennent de grandes quantités d'uroporphyrine, également identifiée dans le sérum sanguin. La chromatographie sur papier a montré que ce pigment appartient à l'isomère III.

Une première poussée d'anémie hémolytique s'est produite à l'âge de 10 ans. La résistance osmotique des globules rouges est normale. L'activité de la glucose-6-phosphate déshydrogénase des hématies est normale. L'administration d'acide adénosine-5-monophosphorique n'a aucune action sur l'anémie. L'enquête génétique est négative. La fréquence et la sévérité des infections sont tout à fait inhabituelles dans les porphyries. Aucune anomalie biologique ne paraît les expliquer. De même l'hyperlymphocytose paraît singulière et inexplicable.

Ce cas diffère de la porphyrie congénitale de Günther par la coloration normale des dents et l'absence de fluorescence rouge à la lumière de Wood (érythrodonie) et l'absence de l'isomère I des uroporphyrines. Il s'agissait donc d'une porphyrie hépatique désignée sous le terme de porphyrie cutanée tardive. Il serait logique d'envisager qu'une même cause, peut-être congénitale en raison du début très précoce, tient sous sa dépendance l'ensemble des troubles cliniques, hématologiques et biochimiques, y compris la porphyrie. L'accumulation des porphyrines et de leurs précurseurs n'explique nullement la symptomatologie clinique, puisque ces substances sont dépourvues d'action toxique.

Jean-Guy LAURIN

J. SALMON et J. LECOMPTE: **Kininogènes plasmatiques et fibrinolyse thérapeutique.** Rev. Franç. études clin. et biol., 8/5: 473-476 (mai) 1963.

Il est actuellement reconnu que la plasmine humaine est capable de libérer, "in vitro", à partir de globulines plasmatiques, des substances vaso-actives. Celles-ci ne peuvent être distinguées de la bradykinine. D'autre part, l'effet vaso-dilatateur particulièrement intense de ce polypeptide a été démontré, chez l'homme, par plusieurs auteurs. Au cours des traitements fibrinolytiques effectués au moyen de streptokinase chez des patients atteints de thromboses ou d'embolies artérielles au niveau des membres, les auteurs ont tenté de mettre en évidence une libération des kinines plasmatiques parallèle à l'activation de la fibrinolyse, afin d'expliquer l'effet vaso-dilatateur observé.

La protéolyse déclenchée par la streptokinase reconnaît les mécanismes suivants: l'enzyme bactérien transforme un proactivateur plasmatique en activateur de la fibrinolyse; ce dernier active la profibrinolyse (plasminogène) en fibrinolyse; cet enzyme protéolytique ne limite pas ses effets à la seule fibrine, constituant essentiel de l'embolus et du caillot thrombotique, mais elle dégrade également le fibrinogène, certains facteurs de coagulation, diverses hormones (ACTH, glucagon, etc.) La fibrinolyse lyse aussi "in vivo" les kininogènes plasmatiques. Comme ces derniers libèrent des polypeptides vasodilatateurs, une amélioration du débit sanguin périphérique pourra alors contribuer à réduire les conséquences néfastes d'un arrêt circulatoire éventuel. Le mécanisme de cette vasodilatation serait donc identique à celui que déclenche la kallikréine.

Jean-Guy LAURIN

NÉCROLOGIE

LE DOCTEUR J.-EUDORE DUMAS

Le docteur J.-Eudore Dumas est décédé accidentellement le 20 février 1964 à sa demeure de Saint-Romuald, comté de Lévis, à l'âge de 78 ans. Le docteur J.-Eudore Dumas avait obtenu son doctorat en médecine à l'Université Laval de Montréal en 1910. Le docteur J.-Eudore Dumas avait toujours exercé sa profession à Saint-Romuald.

LE DOCTEUR GABRIEL LEROUX

Le docteur Gabriel Leroux est décédé à Montréal le 20 février 1964 à l'âge de 52 ans.

Le docteur Gabriel Leroux avait obtenu son doctorat en médecine en 1941, de l'Université de Montréal.

Le docteur Gabriel Leroux a été attaché pendant un certain temps à l'Hôpital Saint-Luc de Montréal.

LE DOCTEUR ÉLOI TROTTIER

Le docteur Éloi Trottier est décédé à l'Hôpital Notre-Dame de Montréal le 26 février 1964 à l'âge de 45 ans.

Le docteur Éloi Trottier était originaire de Dupuy en Abitibi; il commença ses études médicales à l'Université Laval et les termina en 1945 à l'Université de Montréal.

Le docteur Éloi Trottier fit ensuite son internat et sa résidence en chirurgie à l'Hôtel-Dieu de Montréal.

Son entraînement chirurgical terminé, il obtint son certificat de spécialiste en chirurgie générale du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec.

Le docteur Éloi Trottier exerça sa profession à Amos, où il occupa les postes de directeur médical et de chirurgien de l'Hôtel-Dieu de cette ville. Il était membre de l'Association des Chirurgiens de la Province de Québec.

LE DOCTEUR JULES MERCIER

Le docteur Jules Mercier est décédé à Montréal le 8 février 1964 à l'âge de 66 ans.

Le docteur Jules Mercier avait fait ses études de médecine à l'Université Laval de Québec et obtenu son doctorat en 1922.

Le docteur Jules Mercier était, au moment de sa mort, directeur médical de l'Hôpital St. Mary's de Montréal.

Dès le début de la guerre de 1939, le docteur Jules Mercier avait été nommé officier médical en charge du district militaire no 5 avec bureau à Québec. A la fin des hostilités, le docteur Jules Mercier a été nommé: *Senior treatment medical officer* d'abord à Québec, puis à Montréal.

Le docteur Jules Mercier a été nommé en 1951, surintendant médical de l'Hôpital des Vétérans du Chemin de la Reine Marie et de l'Hôpital de Sainte-Anne de Bellevue.

En 1963, il quitta son poste de conseiller médical des départements de la défense et des affaires des Anciens Combattants pour faire partie du personnel administratif médical de l'Hôpital Saint-Mary's.

Le docteur Jules Mercier était le père du docteur Claude Mercier de Montréal à qui s'adressent nos sincères sympathies.

LE DOCTEUR GABRIEL ADÉODAT SÉGUIN

Le docteur Gabriel Adéodat Séguin d'Outremont est décédé le 12 mars 1964 à l'hôpital Royal Victoria à la suite d'une longue maladie. Le docteur Gabriel A. Séguin, qui était âgé de 63 ans, avait fait ses études médicales à l'Université Laval de Québec, où il obtint son doctorat en 1926.

Après son internat à l'Hôpital Notre-Dame de Montréal, le docteur Gabriel A. Séguin poursuivit des études post-scolaires à Paris. De retour à Montréal, le docteur Gabriel A. Séguin s'intéressa à l'hygiène. Il fut attaché au Ministère Provincial de la Santé et s'occupa tout particulièrement de la rédaction du Bulletin édité par celui-ci. Le docteur Gabriel A. Séguin a été pendant plusieurs années secrétaire général de la Société Médicale de Montréal.

Le docteur Gabriel A. Séguin a consacré la majeure partie de ses efforts à la littérature médicale. Il a écrit un volume de vulgarisation médicale, intitulé *l'Armoire aux remèdes*.

LE DOCTEUR AURÉLIEN THOUIN

Le docteur Aurélien Thouin est décédé à Sainte-Martine de Châteauguay le 9 mars 1964 à l'âge de 67 ans.

Le docteur Aurélien Thouin avait fait ses études à l'Université de Montréal. Il obtint son doctorat en médecine en 1922.

Le docteur Aurélien Thouin a exercé sa profession presque continuellement depuis cette date à Sainte-Martine.

NOUVELLES

LE DOCTEUR ROGER DUFRESNE, DIRECTEUR DES RELATIONS PROFESSIONNELLES AU COLLÈGE DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

Le docteur Roger R. Dufresne, ancien vice-doyen de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal, a été récemment nommé par le Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec, directeur de son service des relations professionnelles.

Le docteur Roger R. Dufresne dirigera les relations entre le Collège, ses membres et les autres groupes professionnels, et il sera responsable des questions touchant l'éducation médicale des étudiants.

Avant sa nomination au Collège, le docteur Roger R. Dufresne était directeur du Département de Médecine de l'Université de Montréal.

UN INSTITUT DE MÉDECINE PASTORALE À L'UNIVERSITÉ D'OTTAWA

L'Université d'Ottawa a décidé de fonder un Institut de Médecine Pastorale.

Le 7 mars 1964, une entente a été signée à cette effet entre l'Université et l'Association Canadienne des Chevaliers de Malte.

L'Institut de Médecine Pastorale, qui aura pour but l'étude des problèmes de la médecine et de la théologie morale, sera installé au Centre Sædes Sapientiae d'Ottawa. Il sera dirigé par un conseil de quatre membres, composé de représentants de l'Ordre, du conseil d'administration de l'Université, de la Faculté de Médecine et des facultés ecclésiastiques. Il organisera des journées d'études et dispensera un enseignement à l'intérieur du curriculum régulier des facultés existantes. Le programme des études de l'Institut visera surtout à aider les théologiens et les médecins dans la solution des problèmes communs qu'ils rencontrent dans leur sphère d'action respective. L'Institut se propose de centrer son enseignement sur des cas de médecine et les rapports de ces derniers avec la dignité de l'être humain, les droits de l'homme et les obligations qui découlent de la nature même de l'homme.

L'annonce publique de la fondation de l'Institut de Médecine Pastorale a été faite lors d'une séance solennelle de l'Ordre des Chevaliers de Malte, au cours de laquelle l'ordre du mérite et la croix du mérite ont été conférés l'un au recteur de l'Université d'Ottawa, le Révérend Père Henri F. Légaré, O.M.I., et l'autre au doyen de la Faculté de Médecine, le docteur Jean-Jacques Lussier.

LE DOCTEUR LOUIS POIRIER À PARIS ET À CLERMONT-FERRAND

Le docteur Louis Poirier, professeur de neuro-anatomie à la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal, a accepté l'invitation du professeur André Soullairac, directeur du Laboratoire de Psychophysologie de la Faculté des Sciences de Paris. Il y enseignera et participera aux activités de recherches de son laboratoire à titre de professeur d'échange de psychophysologie, pour une période de trois mois.

Il participera également, en mai, à Clermont-Ferrand, au Congrès de l'Association des Physiologistes de Langue Française où il présentera des communications sur ses travaux sur la maladie de Parkinson, effectués en collaboration avec le professeur Sourkes, biochimiste du Allan Memorial.

LE DOCTEUR JEAN-MARIE LEMIEUX, PROFESSEUR TITULAIRE DE CHIRURGIE À LAVAL

Le recteur de l'Université Laval de Québec, Mgr Louis-Albert Vachon, fait connaître la nomination du docteur Jean-Marie Lemieux, chirurgien de l'Hôpital du Saint-Sacrement, à la chaire de chirurgie de l'Université Laval.

LE DOCTEUR LUCIEN PANACCIO, SURINTENDANT DE ST-JEAN-DE-DIEU

Le ministre de la Santé a annoncé la nomination du docteur Lucien Panaccio, au poste de surintendant médical de l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu de Montréal. Il remplace le docteur Gaston Loignon, qui a remis sa démission récemment.

Le docteur Panaccio était surintendant médical à l'Hôpital psychiatrique de Bordeaux. Il a travaillé à l'Institut Albert-Prévost, de 1952 à 1959.

LE DOCTEUR JEAN-JACQUES LUSSIER, ADMINISTRATEUR DU FONDS DU ROI GEORGE V

Le président du Fonds du jubilé d'argent du roi George V pour la prévention du cancer au Canada, l'honorable Robert Taschereau, C.P., juge en chef du Canada, annonce qu'il a l'intention de proposer le docteur J.-J. Lussier, doyen de la Faculté de Médecine de l'Université d'Ottawa pour le poste d'administrateur du Fonds.

Établi en 1935, sous l'égide de Lady Bessborough, pour commémorer le 25^e anniversaire d'accession au trône de Sa Majesté le roi George V, le Fonds sert à la lutte contre le cancer au Canada. Il est administré par le juge en chef du Canada, le Premier ministre, le chef de l'Opposition à la Chambre des communes, le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, des représentants de certaines institutions, médicales et autres, ainsi que par un représentant de la faculté d'une des écoles de médecine canadiennes-françaises. C'est pour remplir ce dernier poste, vacant depuis le décès du docteur Edmond Dubé, doyen de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal, que le nom du docteur Lussier est proposé.

Une réunion des administrateurs fut tenue dans le bureau du Premier ministre du Canada, à la Chambre des communes, le vendredi 13 mars 1964, à 9 h. 30 du matin.

LE PROFESSEUR HANS SELYE S'INQUIÈTE DE L'EXODE DES CHERCHEURS

Le professeur Hans Selye, directeur du département de médecine et de chirurgie expérimentales de l'Université de Montréal a prononcé une conférence le 4 mars 1964 devant les membres du *Central Lions Club of Montreal*. Il y a

développé le thème de l'urgence à consolider les fonds de recherche clinique au Canada et à pourvoir à la survie des centres spécialisés à cet effet.

Il a longuement insisté sur l'exode vers les États-Unis des chercheurs canadiens, attirés là-bas par de meilleures conditions de travail et en vue d'un avenir meilleur.

BOURSE OCTROYÉE À UN PROFESSEUR DE L'UNIVERSITÉ D'OTTAWA

Le docteur Margaret Beznak, directrice du département de physiologie à la faculté de médecine de l'Université d'Ottawa, est la première gagnante de la bourse de conférences, appelée bourse Brasserie Dow-Université d'Ottawa.

Cette bourse de \$500, qui sera octroyée chaque année à un professeur, est un projet conjoint entrepris par la brasserie de Montréal, l'Association des professeurs de l'Université d'Ottawa et l'Université d'Ottawa, afin de récompenser une recherche remarquable dans l'un ou l'autre des domaines du savoir à l'Université.

Le docteur Beznak a poursuivi des recherches sur le fonctionnement du cœur.

À la suite du décès de son mari, le docteur Aladar B. L. Beznak, elle l'a remplacé au poste de directeur du département de physiologie. Du vivant de son mari, elle formait avec lui une équipe de chercheurs très actifs qui ont fait beaucoup pour l'avancement de la physiologie.

La gagnante a été choisie par un comité composé de représentants de l'Association des professeurs de l'Université d'Ottawa et du conseil d'administration de l'Université. Le docteur Edward Dodson, professeur au département de biologie et président de l'Association des professeurs, est président de ce comité.

Le docteur Pierre R. Gendron, membre du comité consultatif de la faculté des sciences pures et appliquées à l'Université d'Ottawa et ancien doyen de la faculté, est vice-président et membre du bureau de direction à la Brasserie Dow.

COMMUNICATION AU CONGRÈS DE DIÉTÉTIQUE PAR LE DOCTEUR PAUL LETENDRE SUR LA CONGÉLATION DE L'ESTOMAC

Le docteur Paul Letendre, chef du service de médecine de l'Hôtel-Dieu de Montréal, a donné une conférence sur la congélation de l'estomac dans le traitement de l'ulcère gastro-duodénal, jeudi, le 27 février 1964 au Congrès de l'association de diététique de la Province de Québec qui s'est tenu à l'Hôtel Reine Elizabeth.

LE DOCTEUR JEAN BOUCHARD, RAPPORTEUR EN CALIFORNIE ET À KANSAS CITY

Le docteur Jean Bouchard, chef du service de radiothérapie du Royal Victoria Hospital de Montréal a été invité à donner devant la Faculté de Médecine de l'University of Southern California une conférence sur les cancers graves du sein traités d'abord par les radiations.

Le docteur Jean Bouchard a été également invité par les diplômés du Kansas Medical Center de Kansas City à donner des cours sur la radiologie et les isotopes.

LE DOCTEUR JEAN DAVIGNON, MEMBRE-ASSOCIÉ DU COLLÈGE ROYAL DES MÉDECINS DU CANADA

Le nom du docteur Jean Davignon, associé en recherches à l'Institut Rockefeller de New-York, a été omis par erreur de la liste des nouveaux élus au titre de "fellow" du Collège Royal des Médecins et chirurgiens du Canada, parue dans le numéro de février 1964 de l'Union Médicale du Canada.

Le docteur Jean Davignon a aussi obtenu en 1963, après examens également, le titre de spécialiste certifié en médecine interne du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec.

Le docteur Jean Davignon est diplômé en médecine de l'Université de Montréal, promotion 1958, et M.Sc. de l'Université McGill, promotion 1960.

LE DOCTEUR EDMOND SYNNOTT, DIRECTEUR MÉDICAL DE L'HÔPITAL DE LA MISÉRICORDE

Le docteur Edmond Synnott a été récemment nommé directeur médical de l'Hôpital de la Miséricorde de Montréal. Il assumait auparavant la direction médicale et administrative des cliniques externe et d'urgence de l'Hôpital Notre-Dame.

Il y a trois ans, le docteur Synnott s'inscrivait à l'Institut supérieur d'administration de l'Université de Montréal où il se méritait le Prix Canadian Liquid Air. Il fit une année de résidence en administration à l'Hôpital Royal Victoria, puis présenta une thèse requise pour l'obtention de la Maîtrise en Administration Hospitalière.

Lors du banquet annuel de l'Association des Hôpitaux du Québec, le docteur Synnott s'est vu attribuer le Prix Robert Wood Johnson, décerné à celui qui, "au terme de son cours semble le plus apte à contribuer au progrès de l'administration hospitalière".

CONFÉRENCE DU DOCTEUR PAUL LETONDAL SUR L'ALIMENTATION INFANTILE

Le docteur Paul Letondal, pédiatre consultant à l'Hôpital Ste-Justine de Montréal et membre d'honneur à la direction scientifique de l'Union Médicale du Canada, était le conférencier invité, lors de la dernière réunion des Compagnons de Maisonneuve, à l'Hôtel Windsor, le 31 janvier 1964.

À cette occasion, le docteur Letondal, après avoir exposé les besoins de la nutrition infantile aux différents âges, insista sur l'importance du facteur psychologique, sur la nécessité d'un minimum de "diplomatie" dans l'alimentation des enfants, en particulier au moment du sevrage ou de l'ablactation.

Le pédiatre à cet égard, dit-il, peut jouer un rôle très utile vis-à-vis de certaines familles, en aidant les parents à savoir faire accepter de leurs enfants une alimentation rationnelle, variée, et cela dès les premiers mois de la vie.

Faire prendre de bonnes habitudes alimentaires à nos enfants, dit le docteur Letondal en terminant, doit être considéré comme une partie essentielle de leur éducation. Et c'est le moyen par excellence d'augmenter leur vitalité, leur rendement scolaire, leur joie de vivre et leur résistance aux infections.

LE DOCTEUR JEAN-PANET FAUTEUX PARLE DES RELATIONS ENTRE LE CANCER DU POU MON ET LA CIGARETTE

Le docteur Jean-Panet Fauteux, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Montréal, a prononcé une conférence au Club Canada, le mardi 25 février 1964, à l'issue d'un déjeuner du Club des Optimistes.

Le docteur Jean-Panet Fauteux a parlé d'un sujet de grande actualité: le cancer du poumon et la cigarette.

INAUGURATION DU NOUVEAU LABORATOIRE D'HÉMODYNAMIQUE DE L'HÔPITAL SAINTE-JUSTINE

Le laboratoire d'hémodynamique de l'Hôpital Ste-Justine de Montréal a dévoilé récemment, de nouvelles facilités diagnostiques par l'achat et l'installation de nouveaux appareils des plus modernes.

Le laboratoire, l'un des plus anciens centres de cathétérisme de la Province de Québec, se consacre uniquement à l'investigation des malformations du cœur des enfants.

Une équipe spécialisée y est affectée. Elle comprend des chirurgiens, des cardiologues, un physiologiste cardio-pulmonaire, un radiologiste et un biochimiste.

L'addition des nouvelles facilités au laboratoire d'hémodynamique met à la disposition d'un nombre croissant d'enfants, souffrant de maladies du cœur, des moyens de diagnostic de plus en plus précis.

Le docteur André Davignon est le directeur du laboratoire. Le docteur Pierre Marion est le directeur du Service de Cardiologie infantile à l'Hôpital Ste-Justine. Fondé en 1955 par le docteur Émilien Labelle, ce département est l'un des plus anciens centres de cathétérisme dans notre province.

LE DOCTEUR ROMA AMYOT, INVITÉ DE L'HÔPITAL DU SACRÉ-CŒUR DE CARTIERVILLE

Le docteur Roma Amyot, professeur titulaire de clinique neurologique à l'Hôpital Notre-Dame et rédacteur en chef de l'Union Médicale du Canada, était le 11 février 1964 le conférencier d'honneur à une réunion du bureau médical de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Cartierville.

Le docteur Roma Amyot a parlé de "l'art de publier".

CAUSERIE SUR L'HYPNOTISME PAR LE DOCTEUR GÉRARD GAGNÉ

Le docteur Gérard Gagné de Hull était le 27 février 1964 conférencier invité de la Société des Conférences de Hull.

La réunion a eu lieu à l'École du Lac des Fées.

Le docteur Gagné a parlé de l'hypnotisme, discipline à laquelle il s'intéresse depuis 1960.

Depuis une vingtaine d'années cependant, l'hypnotisme a gagné la faveur du monde médical qui l'utilise avec beaucoup de bonheur dans le traitement des maladies, dans la chirurgie, en obstétrique et en art dentaire. Grâce à l'hypnotisme, le seuil de la douleur peut être élevé de 40 à 50 pourcent et, dans bien des cas, une anesthésie complète peut être obtenue grâce à elle sans l'usage d'aucun anesthésique.

Selon le docteur Gagné, l'hypnotisme a des possibilités illimitées qui sont loin d'être encore toutes connues. Pour

terminer, il a illustré sa causerie en donnant une démonstration convaincante avec ses deux filles comme sujets.

Le conférencier a été présenté par M. Elzéar Sarrazin, directeur des études à la Commission scolaire de Hull et vice-président de la Société des Conférences. Il a été remercié par le docteur Luc Laroche.

LE DOCTEUR EUGÈNE BRAUNWALD À LA SOCIÉTÉ DE CARDIOLOGIE DE MONTRÉAL

Le docteur Eugène Braunwald, du *National Heart Institute* de Bethesda au Maryland, a donné une conférence au Montreal General Hospital, jeudi le 13 février 1964.

Cette conférence, tenue sous les auspices de la Société de Cardiologie de Montréal avait pour titre: "*Recent clinical, pharmacological and surgical experiences with hypertrophic subaortic stenosis*".

LE DOCTEUR FRANÇOIS TELMOSSE ET LA CHIRURGIE DU CŒUR

Le docteur François Telmosse, assistant du Service de Chirurgie cardiovasculaire de l'Hôpital Notre-Dame, a prononcé le 20 mars 1964 une conférence devant le Kiwanis Saint-Laurent.

Il a fait un historique de la chirurgie du cœur au Canada français.

En 1950, le docteur Édouard Gagnon, actuellement chef du Service cardio-vasculaire de l'Hôpital Notre-Dame, fut le premier au Canada à agrandir une valve du cœur rétrécie par une maladie d'enfance.

On a fait beaucoup de chemin depuis une quinzaine d'années. Chez les Canadiens français, la chirurgie cardiaque se pratique couramment dans quatre grands hôpitaux de Montréal, dans un à Québec et à l'Hôtel-Dieu de Chicoutimi.

Le docteur Telmosse a signalé que la majeure partie des lésions congénitales sont opérables et, selon leur nature ou leur intensité, les risques de mortalité opératoire varient encore entre zéro et 30 pour 100. Quant aux maladies cardiaques acquises au cours de l'existence, beaucoup sont opérables avec un risque acceptable, mais plusieurs comportent encore un taux élevé de mortalité.

Le conférencier fut remercié par le docteur Albert Jutras, chef du Service de Radiologie à l'Hôtel-Dieu de Montréal.

LE DOCTEUR ROSARIO ROBILLARD TRAITE DU DIABÈTE ET OBÉSITÉ

Le docteur Rosario Robillard, chef du Service de Nutrition de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Cartierville, était le conférencier invité au dîner du Club Kiwanis Maisonneuve qui a eu lieu le 4 mars 1964.

Le docteur Rosario Robillard a parlé du diabète et de ses relations avec l'obésité.

Le docteur Rosario Robillard a présenté des statistiques qui démontrent qu'un adulte sur cinq est obèse et il a souligné que l'obésité peut donner naissance à de nombreuses complications dont, par exemple, l'arthrite, l'hypertension artérielle, l'insuffisance cardiaque, sans compter la diminution de la résistance à l'infection et à l'agression chirurgicale. Quant au diabète, il est pénible de constater que la mortalité à laquelle il conduit augmente constamment, au point que, en 1963, le diabète vient au sixième rang parmi les causes de mortalité.

LE PROFESSEUR WILFRID G. BIGELOW
À LA SOCIÉTÉ MÉDICALE
DES HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE QUÉBEC

A l'occasion de la réunion de la Société Médicale de Québec, les membres ont entendu, fin février 1964, une conférence sur l'hypothérapie prononcée par le docteur Wilfrid G. Bigelow, professeur associé de chirurgie à la Faculté de Médecine de l'Université de Toronto.

LE PROFESSEUR THOMAS HUNT, INVITÉ DE
LA SOCIÉTÉ DE GASTRO-ENTÉROLOGIE

Le professeur Thomas Hunt de Londres, président de l'Organisation mondiale de Gastro-entérologie, a donné une conférence sous les auspices de la Société de Gastro-entérologie de Montréal, mardi le 24 février 1964.

Cette conférence, donnée à l'Hôpital des Vétérans du chemin de la Reine Marie, avait pour titre: l'ulcère peptique.

Le lendemain matin, soit mercredi le 25 février 1964, le professeur Thomas Hunt a été le conférencier invité du Service de Médecine de l'Hôtel-Dieu de Montréal et il a parlé des cancers gastro-intestinaux.

LE DOCTEUR PAUL JOYAL AU HONDURAS

Le docteur Paul Joyal de Haileybury a passé un mois dans la République du Honduras, à Minas de Oro.

Dans une clinique primitive de ce pays, il passa un mois à collaborer au programme "Holidays for Humanity", initiative d'un groupe de médecins américains. En vertu de ce plan, les médecins joignent l'utile à l'agréable en travaillant, pendant leurs vacances, au bien-être de régions insuffisamment développées. Un certain nombre de cliniques semblables ont été établies au Guatemala avec l'assistance de l'Allemagne de l'Ouest.

C'est au cours d'un voyage qu'il faisait dans les Caraïbes l'an dernier que le docteur Joyal entendit parler de "Holidays for Humanity". Depuis, il s'est tellement intéressé au projet qu'il se propose, dès son retour à Haileybury, de se faire agent recruteur auprès des médecins et infirmières de son pays.

LE DOCTEUR PIERRE POTVIN,
ASSISTANT UNIVERSITAIRE EN PHYSIOLOGIE

Mgr Louis-Albert Vachon, recteur de l'Université Laval de Québec, annonce la nomination du docteur Pierre Potvin au poste d'assistant universitaire au Département de Physiologie de la Faculté de Médecine.

RÉUNION CONJOINTE
DE L'ASSOCIATION DES NEUROCHIRURGIENS
DE LA PROVINCE DE QUÉBEC ET
THE NEW ENGLAND NEUROLOGIST SOCIETY

L'Association des Neurochirurgiens de la Province de Québec et *The New England Neurological Society* ont tenu conjointement une séance clinique à l'Hôpital Notre-Dame de Montréal vendredi le 28 février 1964.

Les neurochirurgiens de la Province de Québec et de la Nouvelle-Angleterre ont assisté à la transmission en direct

de trois opérations intra-crâniennes, dont deux pour le traitement de la maladie de Parkinson.

Le docteur Claude Bertrand, chef du Service de Neurochirurgie, a mis au point une technique opératoire pour la maladie de Parkinson, et une méthode de localisation, procédés largement utilisés aujourd'hui en Amérique du Nord.

Le docteur Jules Hardy a réalisé un procédé que l'on considère comme le plus sûr pour l'ablation de l'hypophyse, glande située à la base du cerveau et qui commande l'action des glandes à sécrétion interne.

Le docteur Hardy a pratiqué à l'intention de ses collègues une opération de ce genre. Au lieu d'une trépanation, il introduit des instruments spéciaux par la voie nasale, méthode réalisée d'abord par le neurochirurgien français Gérard Guiot.

Le mérite du docteur Hardy et de son équipe, c'est d'avoir ajouté à cela la téléradiographie, c'est-à-dire la transmission sur un écran de télévision de l'image radiographique, de sorte que le chirurgien et ses assistants peuvent suivre constamment la progression de l'intervention.

ÉLECTION DES DIRIGEANTS
DE L'ASSOCIATION DES RADIOLOGISTES
DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

L'Association des Radiologistes de la Province de Québec vient de tenir ses élections annuelles lors de sa dernière réunion à l'Hôpital Montreal Children. Voici la liste des membres du nouvel Exécutif de même que celle des autres membres qui font partie de son bureau de direction.

Membres de l'Exécutif: les docteurs Jean-Louis Léger, Hôpital Notre-Dame, Montréal, président; Odilon Raymond, Hôpital du Sacré-Cœur, Montréal, vice-président; René Robillard, Hôpital Notre-Dame, Montréal, secrétaire, et David J. Sieniewicz, Hôpital Général de Montréal, trésorier.

Les autres directeurs sont: les docteurs G. Rodrigue, Hôpital Sainte-Croix, Drummondville; J. S. Dunbar, Montreal Children's Hospital, Montréal; H. Charette, Hôpital du Sacré-Cœur, Hull; R. Lessard, Hôpital Hôtel-Dieu, Québec, et H. Lapointe, Hôpital de l'Enfant-Jésus, Québec.

Le secrétaire des séances est le docteur Roger Maltais de l'Hôpital Notre-Dame de Montréal.

SOCIÉTÉ CANADIENNE D'ÉTUDES
ET DE RECHERCHES PSYCHIATRIQUES

La 13e séance scientifique de la Société Canadienne d'Études et de recherches psychiatriques a eu lieu le 17 mars 1964 à l'Hôpital Notre-Dame.

Le docteur Jacques Leboeuf a présenté alors une communication intitulée: "Étude d'un cas de nécrophilie et de nécrosadisme". Le docteur Paul Lefebvre a ouvert la discussion.

La Société tiendra également une séance le 10 avril 1964 à l'Hôpital Saint-Charles de Joliette et le docteur Paul Rajotte parlera de "l'action d'un nouveau médicament sur les troubles caractériels".

Le 22 mai 1964, l'assemblée annuelle de la Société Canadienne d'Études et de recherches psychiatriques aura lieu à l'Hôtel Reine Elisabeth.

LE DOCTEUR ROGER PAULIN PARLE SUR LE CANCER ET LA CIGARETTE

Le docteur Roger Paulin, chirurgien en chef de l'Hôpital Saint-Joseph de Rosemont, a donné le 4 mars 1964 une conférence intitulée "Cancer et cigarette". Cette conférence s'est tenue au Mont Saint-Louis et elle a été donnée devant les membres de la Chambre de Commerce des Jeunes du district de Montréal.

LE DOCTEUR ROGER DUFRESNE, INVITÉ DES SEMAINES MÉDICALES

Le docteur Roger Dufresne, choisi récemment comme directeur des relations extérieures du Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec, sera le prochain conférencier des Semaines médicales à l'Université de Montréal (salle M. 415): Il parlera du Collège des médecins, face aux problèmes actuels de la médecine.

Au cours du forum qui suivra, le docteur J.-Baptiste Jobin, président du Collège des médecins, sera interrogé par les étudiants, de même que M. Thomas Boudreau, économiste du Collège des médecins.

ÉLECTIONS AU BUREAU MÉDICAL DE L'HÔTEL-DIEU D'ALMA

Les élections des officiers du bureau médical de l'Hôtel-Dieu d'Alma ont eu lieu récemment. Elles ont donné les résultats suivants: président, le docteur Lauréat Jean; vice-président: le docteur Jean-Marie Boivin; secrétaire: le docteur Marcel Perron.

LE DOCTEUR STUART SLATER, DE L'HÔPITAL DU SACRÉ-CŒUR DE HULL, TRAITE DE L'ORGANISATION MÉDICALE

Le docteur Stuart Slater, chef du département d'urologie de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Hull a donné une conférence, jeudi le 20 février 1964 devant les membres du Club Rotary de Hull.

Le docteur Slater a parlé de l'organisation médicale d'un hôpital.

LE PROFESSEUR VICTORIEN FREDETTE À NEW YORK

Le professeur Victorien Fredette, professeur agrégé à la Faculté de médecine et directeur-adjoint de l'Institut de microbiologie et d'hygiène de l'Université de Montréal, représenta le Canada à la conférence sur l'oxygène hyperbare à New York, les 13 et 15 février.

Les récents travaux de recherche effectués par le docteur Fredette sur le traitement de la gangrène gazeuse et du tétanos au moyen de l'oxygène pur sous pression, lui ont valu cette invitation officielle à participer à ces importantes assises organisées sous les auspices de l'Académie des sciences de New York.

ASSEMBLÉE ANNUELLE DE L'ASSOCIATION CANADIENNE POUR LA SANTÉ MENTALE (section de Québec)

L'assemblée annuelle de l'Association Canadienne pour la Santé mentale (section de Québec) a eu lieu le 2 mars 1964.

Cette assemblée a fourni l'occasion au docteur Jules Lambert et au docteur René Pion d'apporter leurs témoignages d'appréciation du rôle que l'Association joue auprès des malades mentaux.

Le docteur Jules Lambert est directeur clinique de l'Hôpital St-Michel Archange et le docteur René Pion, psychiatre, est conseiller de l'Association Canadienne pour la Santé mentale.

MICRO-HEBDO-ACTUALITÉS DE L'INSTITUT DE MICROBIOLOGIE ET D'HYGIÈNE DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Des conférences sous la formule des "Micro-Hebdo-Actualités" ont eu lieu les 12 et 19 février 1964, dans l'Immeuble de la direction, à Laval des Rapides.

La conférence du 12 février 1964 avait pour sujet: "Le problème du Botulisme en Amérique du Nord" et elle a été donnée par M. Guy Vinet, Chef de Laboratoire.

La conférence du 19 février 1964 portait sur le sujet suivant: "Étude de la transformation cellulaire 'in-vivo' et 'in-vitro' par le S.V. 40" et il a été traité par M. Robert Dubreuil, Chef de laboratoire et M. Gilles Lussier, Assistant de recherche.

Mercredi le 26 février 1964, à 5 heures P.M., un "Seminar sur l'histoplasmose" a eu lieu. Il comportait: I — Une enquête étiologique portant sur 20 nodules fibro-caséux du poumon faite par les docteurs Simon Lauzé et Valmore Fontaine, du Laboratoire d'Anatomie pathologique de l'Hôpital Notre-Dame et II — une communication à propos d'un cas d'histoplasmose avec diagnostic bactériologique par les docteurs André Leduc, Jean Fontaine et Jules Gosselin, du Laboratoire d'Anatomie pathologique de l'Hôpital Notre-Dame.

Mercredi le 4 mars 1964, à 5 heures P.M., dans l'Immeuble de la direction, au no 560, 3ième Rue (Rue Cartier), Laval des Rapides, un colloque était tenu sur le sujet suivant: "Cocktail viral: Panacée contre les maladies respiratoires virales?" L'animateur était M. Armand Boudreault, assistant de recherches.

L'ACADÉMIE DE MÉDECINE D'OTTAWA HONORE LE DOCTEUR DAMIEN SAINT-PIERRE

L'Académie de Médecine d'Ottawa a décerné, le 19 février 1964, un parchemin d'honneur au docteur Damien Saint-Pierre d'Ottawa à l'occasion de son cinquantenaire de pratique médicale. La présentation, qui a été faite également aux docteurs Convery et E. H. Wood, a eu lieu à l'Ottawa Hunt and Golf Club au cours d'une séance régulière de l'Académie de Médecine d'Ottawa, à laquelle assistaient trois cents médecins de la capitale et de la région. Le docteur Damien Saint-Pierre obtint en 1913 son doctorat en médecine de l'Université Laval de Montréal.

SÉANCE À L'HÔTEL-DIEU DE LA
MONTREAL MEDICO-CHIRURGICAL SOCIETY
SECTION DES MALADIES NÉOPLASIQUES

La section des maladies néoplasiques de *The Montreal Medico-Chirurgical Society* a tenu une réunion clinique à l'Hôtel-Dieu de Montréal, le 16 mars 1964. Le programme se lisait ainsi:

"70 cas de leucémie aiguë chez l'adulte" par les docteurs Gilles Gosselin et Philippe Bricout; "Hypoglycémie et tumeur intrathoracique" par les docteurs Jean Panet Fauteux et Maurice Verdy; "le syndrome de Lambert (épithélioma anaplasique du poumon avec syndrome de pseudomyasthénie)", par le docteur Paul Letendre.

OFFICIERS DE L'HÔTEL-DIEU NOTRE-DAME
DE BEAUCE

Les autorités de l'Hôtel-Dieu Notre-Dame de Beauce à Saint-Georges Ouest font connaître les nominations récentes au sein de l'administration et du bureau médical.

Le Conseil d'Administration de l'hôpital est formé comme suit: Délégué du Bureau médical: le docteur Pierre Morisset; Président: le docteur Philippe Limoges, directeur médical de l'Hôtel-Dieu de Québec; Secrétaire: Mère Marie-Auxiliatrice; Membres: Mère Saint-Adolphe, Mère Saint-François-d'Assise, économiste; Mère Saint-Paule de l'Hôtel-Dieu de Québec; M. Louis-Philippe Gilbert, industriel de St-Georges, Beauce; Directrice générale: Mère Saint-Adolphe, supérieure.

Les officiers du Bureau médical: Président: docteur Marcel Robitaille; vice-président: docteur Claude Vachon; secrétaire: docteur Gérard Poirier.

CAUSERIE À L'HÔTEL-DIEU
PAR LE DOCTEUR SHEILA SHERLOCK

Le docteur Sheila Sherlock, professeur de médecine à *The Royal Free Hospital* de Londres, Angleterre, était l'invitée du service de médecine de l'hôtel-Dieu de Montréal, jeudi le 5 mars 1964.

Le docteur Paul Letendre, chef du service, a présenté la conférencière qui a parlé de l'insuffisance hépatique.

OFFICIERS DE L'HÔPITAL DE MANIWAKI

L'Hôpital Saint-Joseph de Maniwaki appartient entièrement au gouvernement provincial relevant du ministère de la Santé. L'administration en est confiée à une corporation laïque de citoyens de Maniwaki dont M. Dan Murphy est président, M. Jean-Paul Lemieux, vice-président; avec les directeurs suivants: docteur Jean L'Ecuyer, docteur Pierre Genest, MM. Gerald Nault, Joseph-E. Gendron, R. V. Bratton, W.-H. Merleau, et le docteur W.-W. Martin, de Québec. La R. S. Marie-Laurent est directrice générale, le directeur général est le docteur Philippe Poliquin et le secrétaire-trésorier, M. Eugène Lessard.

ÉLECTIONS À L'HÔPITAL D'HAILEYBURY

L'élection des officiers du bureau médical de l'Hôpital de la Miséricorde d'Haileybury a eu lieu récemment.

Au conseil médical de l'institution, le docteur A. Béland vient d'être élu président. Il sera assisté dans ses fonctions

par le docteur Paul Joyal, vice-président, et le docteur W. Arnold, secrétaire. Les autres responsabilités ont été réparties comme suit: comité d'admission et de congé, les docteurs Béland et Joyal; direction des infirmières, Sœur St-Ovide; administrateur adjoint, M. Clayton Dunn. Les docteurs H. A. Dunning et Joyal dirigent le département de chirurgie et de gynécologie; le docteur Joyal, celui de la médecine; le docteur Béland, celui d'obstétrique; le docteur Arnold, celui de pédiatrie; et les docteurs A. E. Bullen et Paul Grosse, celui d'anesthésie.

LE DOCTEUR JEAN-G. HÉBERT, DIRECTEUR
DU SERVICE DE SANTÉ
DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Le docteur Jean-G. Hébert vient d'être nommé directeur du Service de santé de l'Université de Montréal, en remplacement du docteur Julien Denhez qui devient professeur assistant à l'École d'hygiène tout en demeurant attaché, à titre de consultant, au Service de santé. Inauguré en septembre 1962, le Service de santé de l'Université de Montréal s'adresse aux étudiants de toutes les facultés et écoles de l'Université, y compris l'École polytechnique, ainsi qu'aux étudiants réguliers inscrits aux cours du soir. Il est administré par une commission consultative composée de dix membres dont trois sont des étudiants.

ASSOCIATION DES PSYCHOTHÉRAPEUTES
DU CANADA

L'Association des Psychothérapeutes du Canada a été formée officiellement et a obtenu, le 4 avril 1963, ses lettres patentes la constituant en corporation. Le nouvel organisme se propose de protéger, promouvoir et représenter les intérêts professionnels, sociaux et économiques de ses membres et maintenir la pratique de la psychothérapie à un niveau professionnel et scientifique.

Le président de la nouvelle association est le docteur Georges Gagnon, psychiatre de Montréal et monsieur Charles Gill, psychologue clinicien, en est le secrétaire. L'adresse du secrétariat actuel est: 126 avenue Victoria, Longueuil.

RÉUNIONS CONJOINTES D'ENDOCRINOLOGIE

Une série de réunions conjointes d'endocrinologie a été organisée à l'intention du corps médical. Les séances ont eu et auront lieu à l'Hôtel-Dieu de Montréal.

Le programme se lit ainsi: le 24 février 1964: détermination de l'activité de la rénine et de l'angiotensine plasmatiques (docteur Robert Boucher); le 9 mars 1964: formation des œstrogènes durant la grossesse (docteur Édouard Bolté); le 23 mars 1964: mode d'action de l'hormone antidiurétique (docteur Julien Marc-Aurèle); le 6 avril 1964: cortisone et cortisol urinaires (docteur Joffre Brouillet); le 20 avril 1964: excrétion des stéroïdes urinaires avant et après SU-4885 et OP'-DDD dans un cancer de la surrénale (docteur Jacques Raymond Ducharme); le 11 mai 1964: concept moderne sur la physiologie du tissu adipeux (docteur Bernard Leboeuf); le 18 mai 1964: sujet à préciser (docteur André Lanthier); le 1 juin 1964: Auto-immunité de la thyroïde (docteur Gilles Leboeuf); le 15 juin 1964: effets des hormones sur la mobilisation des lipides (docteur Maurice Verdy).

LEÇONS DONNÉES SOUS L'ÉGIDE DU COMITÉ DE RECHERCHES DE L'HÔPITAL SAINTE-JUSTINE

Le Comité de Recherches cliniques de l'Hôpital Sainte-Justine a organisé une série de conférences, sous les auspices du département de pédiatrie à l'intention des membres du corps médical.

La première conférence a été donnée mercredi le 19 février 1964 à l'amphithéâtre "A" de l'hôpital par le docteur Charles R. Sriver, du département de génétique biochimique du Montreal Children's Hospital qui a traité d'"aminoacidurie et rachitisme".

Mardi le 17 mars 1964, la conférence, donnée par le docteur Charles H. Hollenberg du Montreal General Hospital portait sur "les mécanismes régulateurs de la mobilisation des graisses."

Mardi, le 28 avril 1964 le docteur John W. Hope, radiologue de *The Children's Hospital* de Philadelphie parlera d'abord le matin des "masses abdominales et le soir des tumeurs médiastinales chez l'enfant."

Mardi, le 26 mai 1964, il y aura deux conférences par le docteur Jerold F. Lucey, pédiatre de l'Université du Vermont qui porteront l'une sur "la bilirubinémie du nouveau-né" et l'autre sur "le Kernictère".

Fin mai ou juin 1964, le docteur E. Rossi de l'Université de Berne en Suisse sera le conférencier invité.

COURS DE PERFECTIONNEMENT EN NEUROLOGIE ORGANISÉS PAR L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Le programme du cours de perfectionnement en neurologie comporte l'étude des sujets énumérés ci-dessous:

Le 6 février 1964: a) Céphalées (docteur Jean Saucier), b) données récentes sur les affections du nerf périphérique (docteur F. Anderman); le 10 février 1964: a) Complications neurologiques des carcinomes (docteur E. P. Richardson), b) les anévrysmes cérébraux (docteur Françoise Robert Robillard); le 17 février 1964: a) Physiopathologie de l'hypertension intra-crânienne (docteur Claude Bertrand), b) démences progressives de l'enfance (docteur Raymond Lafontaine); le 24 février 1964: a) maladies cérébro-vasculaires (docteur Raymond Robillard); b) physiopathologie de la moëlle (docteur J. Cartier Giroux); le 2 mars 1964: a) complications neurologiques des maladies systémiques (docteur Claude Gauthier), b) perturbations transitoires de l'état de conscience (docteur André Barbeau); le 9 mars 1964: a) applications neurologiques de la psychologie expérimentale (docteur Brenda Milnes), b) perturbations transitoires de l'état de conscience (docteur Guy Courtois).

COURS DE PERFECTIONNEMENT EN MALADIES MÉTABOLIQUES ORGANISÉS PAR L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Un cours de perfectionnement en maladies métaboliques a été organisé par la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal. Voici le programme: le 16 mars 1964: a) bases physico-chimiques du métabolisme de l'eau et des électrolytes (docteur Julien Marc-Aurèle), b) métabolisme de l'eau (docteur Julien Marc-Aurèle); le 23 mars 1964: le Ph et son contrôle (docteur Guy Lemieux); le 30 mars 1964: a) métabolisme du sodium (docteur Gilles Pigeon),

b) forum-discussion sur la physiopathologie et le traitement de l'acérose diabétique (docteurs Armand Gratton, Jean Prud'homme, Luc Chicoine et Yves-Marie Dagenais); le 6 avril 1964: a) métabolisme du potassium et du magnésium (docteur Louis Lapierre), b) modifications métaboliques chez l'opéré (docteur Jules Charron); le 13 avril 1964: a) métabolisme du calcium et du phosphore (docteur Martin Hoffman), b) perturbations électrolytiques particulières à l'enfant (docteur Luc Chicoine); le 20 avril 1964: a) obésité (docteur Bernard Leboeuf), b) perturbation électrolytiques en pathologie digestive (forum discussion avec les docteurs Eudore Savoie, Denis Charette, Jean Chagnon et Yves Piette); le 27 avril 1964: a) notions fondamentales sur l'enzymologie clinique (docteur Yvon Chartier), b) erreurs innées du métabolisme des glucides (docteur Roger Poirier); le 4 mai 1964: a) données récentes sur la structure cellulaire (M. Roger Daoust), b) erreurs innées du métabolisme des acides aminés (M. Robert Alain Ayotte).

L'HÔTEL-DIEU DE GASPÉ

L'Hôtel-Dieu de Gaspé doit bientôt s'agrandir et se rajeunir. Le projet de construction, annoncé depuis quinze ans, semblerait connaître une réalisation prochaine, si l'on en croit certaines déclarations des autorités, des citoyens et du gouvernement.

L'Hôtel-Dieu de Gaspé, fondé en 1926, est le pionnier des hôpitaux de la Gaspésie.

L'HÔPITAL DE LA RIVE SUD

Les travaux de construction de l'hôpital Charles Lemoyne vont bon train et les résidents de la rive sud pourront, selon toute vraisemblance, bénéficier des soins de cette institution vers le mois d'avril 1965.

L'immeuble, haut de huit étages, comprendra 475 chambres en plus de 12 salles d'opération pour les malades hospitalisés, de trois salles identiques pour les patients externes, des laboratoires et bureaux administratifs.

La direction médicale de la nouvelle institution a été confiée au docteur Édouard-Henri Letellier, de Longueuil.

Les membres du conseil d'administration, tous résidents de la rive sud, sont: M. Antoine Des Marais, président (St-Bruno); MM. Antoine Spickler (Longueuil) et Raymond Soucie (St-Lambert), respectivement premier et deuxième vice-présidents M. Roland Laporte (St-Lambert), secrétaire; M. Aimé Racicot (Boucherville), trésorier. Les docteurs Albert Gaudet (St-Lambert), Pierre Chalut (St-Lambert), André Pelletier (Greenfield Park), le notaire Eugène Handfield (St-Hilaire) et M. Gilbert La Tour (Préville) en sont les directeurs.

MALADIES VÉNÉRIENNES : RETOUR À L'INQUIÉTUDE DE L'APRÈS-GUERRE

L'augmentation de la fréquence de la syphilis primaire et de la blennorragie ne s'est pas ralentie. Dans certaines parties du monde, il y a au moins autant, sinon plus, de cas de syphilis primaire qu'au lendemain de la seconde guerre mondiale. La fréquence est particulièrement inquiétante chez les jeunes. Les enquêtes démontrent qu'il n'y a pas de relations de cause à effet entre cette recrudescence et le petit

nombre de sujets allergiques à la pénicilline et à d'autres antibiotiques, et que la sensibilité des tréponèmes à la pénicilline ne s'est pas modifiée. On se trouve en effet devant une situation paradoxale: le traitement individuel est parfaitement efficace, mais il semble qu'on ne soit pas encore parvenu par ce moyen à vaincre la maladie à l'échelle de la collectivité. L'OMS poursuit l'étude de ce problème.

POLIOMYÉLITE : LA MEILLEURE ARME, LE VACCIN

Des tendances évolutives aux différences toujours plus accusées ont été observées dans les pays où l'on pratique la vaccination de masse, et dans ceux où une telle action n'a pas été entreprise.

Là où la vaccination de masse a été pratiquée, le nombre des cas, mortels ou non, ne cesse de diminuer, et tend à devenir négligeable. Ailleurs, les chiffres demeurent élevés, quand ils ne sont pas en augmentation. La statistique mondiale révèle un fléchissement du nombre des cas qui passe de 30,795 en 1961 à 22,368 en 1962. De 1961 à 1962 et au cours du premier semestre 1963, on a enregistré, entre autres, une notable diminution du nombre de cas, au Canada, au Danemark, en Israël, en Nouvelle-Zélande, en Pologne, en Suisse, en Amérique et en Yougoslavie, entre autres pays. Il n'y a pas eu de cas de paralysie enregistrés en Tchécoslovaquie depuis la campagne de masse de 1901. Par ailleurs, nombreux sont les pays en voie de développement, où il n'y a eu qu'un faible pourcentage de vaccinations, qui accusent une augmentation du nombre des cas. (O.M.S.)

COMMUNIQUÉS

FILMS MÉDICAUX FRANÇAIS

L'Association des Médecins de Langue Française du Canada met à la disposition des sociétés médicales, des Universités et des hôpitaux un grand nombre de films médicaux français.

Veillez trouver ci-inclus la liste de ces films.

Pour l'obtenir, il suffit d'écrire au secrétariat de l'Association, 5064, avenue du Parc, Montréal 8, P.Q., indiquant un choix de 2 ou 3 sujets. Le transport des films est aux frais du demandeur.

ANATOMIE

1. *Le péritoine, anatomie et embryologie* — Prof. Duroux et Lacoste — Lyon — Kodachrome — 16 m/m — Son optique — 30'.
2. *Os temporal* — Delmas et Eyries — Paris — Noir et blanc — 16 m/m — Son optique — 50'.
3. *Anatomie de la hanche* — Docteur Lacoste — Kodachrome — 16 m/m — Son optique — 15'.
4. *Anatomie de l'épaule* — Docteur Lacoste — Kodachrome — 16 m/m — Son optique — 25'.
5. *Anatomie du genou* — Docteur Lacoste — Kodachrome — 16 m/m — Son optique — 30'.

BIOLOGIE

6. *Mort cellulaire* — M. Bessis — Paris — Directeur des recherches au Centre National de Transfusion sanguine — Noir et blanc — 16 m/m — Son optique — 15'.
7. *Cytophysiologie des phagocytes* — M. Robineaux — Paris — Noir et blanc — muet — 16 m/m — 15'.
8. *Globules blancs au microscope électronique* — M. Bessis — Paris — Noir et blanc — 16 m/m — Son optique — 18'.

CARDIOLOGIE ET CHIRURGIE CARDIOVASCULAIRE

9. *Traitement chirurgical du rétrécissement mitral* — Prof. Gaudard d'Allaines — Paris — Kodachrome — 16 m/m — Son optique — 30'.
10. *Nouveau cœur poumon à membrane pulmonaire artificielle* — Prof. J. A. Thomas — Gaudart d'Allaines — Paris — Kodachrome — 16 m/m — Son optique — 30'.
11. *Traitement chirurgical de la péricardite constrictive* — Prof. de Vernejoul — Henry — Marseille — Kodachrome — 16 m/m — Son optique 25'.

ENDOSCOPIE

Urologie

13. *Cystoscopie cinématographique* — M. Jaupitre — Paris — Kodachrome — 16 m/m — Son optique — 20'.
14. *Uréthrosopie à l'air par l'étude cinématographique* — M. Jaupitre — Paris — Kodachrome — 16 m/m — Son optique — 15'.
15. *Résection de la prostate sous contrôle endoscopique* — L. Michon — M. Jaupitre — A. Dufour — Kodachrome — 16 m/m — Son optique — 20'.

Bronchosopie

16. *Pathologie bronchique non tumorale* — R. Boucher — Paris — Kodachrome — 16 m/m — Son optique — 15'.

Gastroentérologie

17. *Oesophagoscopie cinématographique* — S. Segal, J. M. Dubois de Montreynaud, F. Pette — Kodachrome — 16 m/m — Son optique — 18'.
18. *Laparoscopie cinématographique* — F. Pergola — Paris — Kodachrome — 16 m/m — Son optique — 15'.

Médecine

19. *La polyarthrite chronique évolutive* — Prof. Serres — Montpellier — Don des laboratoires Latema — 50'.

NEUROLOGIE ET PSYCHIATRIE

20. Électrocoagulation du cerveau préfrontal — M. Bucaille — Paris — Kodachrome — 16 m/m — Son optique — 25'.

21. Rééducation fonctionnelle en psychiatrie — Docteur Sivadon — Ville Évrard — Paris — Kodachrome — 16 m/m — Son optique — 25'.

22. Les épilepsies — M. Gastaut — Marseille — Kodachrome — 16 m/m — Son optique — 30'.

OBSTÉTRIQUE

23. Accouchement sans crainte — Docteur Lepage — Langevin — Kodachrome — 16 m/m — Son optique — 25'.

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

24. Cancer du larynx — Leroux — Robert — Kodachrome — 16 m/m — Son optique — 45'.

PHYSIOLOGIE

25. Action des nerfs extrinsèques sur le cœur — Kodachrome — 16 m/m — 15'.

DIVERS

26. Cycle du fer — 16 m/m — Sonore.—

27. Chirurgie correctrice du syndrome gastrectomie — 16 m/m — Sonore.

28. Traitement du glaucome primitif chez l'enfant — 16 m/m — Sonore.

29. Réhydratation du nourrisson — 16 m/m — Sonore.

30. Coelioscope — 16 m/m — Sonore.

31. Chirurgie de la surdité — 16 m/m — Sonore.

32. Vertiges et leurs traitements — 16 m/m — Sonore.

33. Hystéro-salpingographie — 16 m/m — Sonore.

34. Discision du cristallin chez l'enfant — 16 m/m — Sonore.

35. Larynx normal et pathologique — 16 m/m — Sonore.

36. Cathétérisme du cœur — 16 m/m — Sonore.

37. Actualités médicales no 5 (en deux bobines) — Traitement de la syphilis — Nouveaux aspects du Delirium Tremens — La toxoplasmose — L'adénome de la prostate.

INVITATION À EXPOSER AU
"PHYSICIANS' ART SALON" 1964
DU 23 AU 26 JUIN

Les médecins et étudiants en médecine canadiens dont le passe-temps favori est la peinture ou la photographie, sont cordialement invités à participer au vingtième "Physicians' Art Salon" annuel qui aura lieu à l'Hôtel Vancouver, à Vancouver, du 23 au 26 juin. Encore une fois la compétition sera un événement intéressant lors du Congrès Annuel de l'Association Médicale Canadienne et la Compagnie Frank W. Horner Limited, de Montréal, en sera le commanditaire.

Inscription

Les œuvres seront acceptées dans trois catégories: 1° Beaux-Arts; 2° Photographie Monochrome; 3° Photographie Polychrome. La catégorie des Beaux-Arts est, de plus, subdivisée par les juges, comme suit: Art Traditionnel, Art Contemporain (Moderne) et Portrait. Il n'y a aucune restriction quant au moyen employé, les huiles, aquarelle, fusain, crayon, etc., seront tous acceptés.

Chaque exposant peut soumettre jusqu'à trois œuvres dans la catégorie des Beaux-Arts et de la Photographie Polychrome, et quatre dans la Photographie Monochrome. Les exposants peuvent présenter le maximum dans une catégorie ou plus. Il n'y a aucun frais d'inscription: le commanditaire assumera tous les frais, y compris ceux du transport aller et retour à Vancouver.

Juges et trophées

Toutes les œuvres acceptées seront exposées et des prix seront décernés pour chaque catégorie, selon la décision d'un jury compétent choisi par le Comité du "Art Salon".

Cartes d'inscription

Tout médecin ou étudiant en médecine peut obtenir une carte d'inscription et les détails du concours en s'adressant au commanditaire, Frank W. Horner Limited, B.P. 959, Montréal 3, P.Q. Les intéressés n'ont qu'à envoyer une note ou carte postale à l'adresse ci-dessus et ils recevront toutes les instructions concernant la façon de préparer et d'expédier leurs travaux.

Calendrier du Art Salon

Le joli calendrier de pupitre du Physicians' Art Salon, dans lequel sont reproduites la plupart des œuvres primées, sera de nouveau distribué à tous les médecins du Canada, avec les hommages de la Compagnie Frank W. Horner Limited.

INSTITUT DE PSYCHOLOGIE MÉDICALE

L'Institut de Psychologie Médicale de Montréal organise, samedi, le 11 avril 1964, une journée strictement et exclusivement scientifique sur la Psychologie Médicale: Section Hypnotisme.

Les médecins et autres professionnels intéressés à y assister peuvent s'inscrire immédiatement en s'adressant par la poste, à 315, avenue Stuart, Outremont.

Maximum d'Inscriptions: 300.

En réponse à votre demande d'inscription, vous recevrez une fiche ainsi que le programme scientifique exposé.

BOURSE GUIGOZ

DU CENTRE INTERNATIONAL DE L'ENFANCE

Une bourse de recherche de 12,000 francs est accordée chaque année par la Société Guigoz à un médecin désirant pendant une année universitaire se perfectionner dans le domaine de la nutrition.

La bourse 1964-1965 sera attribuée au cours du mois de juin 1964. Les candidats devront faire parvenir au Centre International de l'Enfance, Château de Longchamp, Bois de Boulogne, Paris XVIème, avant le 1er avril 1964:

a) *Un Curriculum Vitæ* faisant état de leurs travaux sur les problèmes biologiques et sociaux concernant l'alimentation ou la nutrition des nourrissons et des enfants;

b) *Une lettre de présentation* d'un de leurs maîtres;

c) *L'indication des études* qu'ils voudraient poursuivre grâce à la bourse Guigoz.

Les candidats devront avoir une connaissance suffisante de la langue française.

Le boursier devra, à l'expiration de la bourse, faire parvenir au Centre International de l'Enfance un travail scientifique sur le sujet qu'il aura étudié au cours de l'année.

**BOURSE NESTLÉ
DU CENTRE INTERNATIONAL DE L'ENFANCE**

Une bourse de recherches de 12,000 francs est accordée chaque année par la Société Nestlé française à un médecin désirant pendant une année universitaire se perfectionner dans le domaine de la nutrition.

La bourse 1964-1965 sera attribuée au cours du mois de juin 1964. Les candidats devront faire parvenir au Centre International de l'enfance, Château de Longchamp, Bois de Boulogne, Paris XVIème, avant le 1er avril 1964:

a) *Un Curriculum Vitæ*, faisant état de leurs travaux sur les problèmes biologiques et sociaux concernant l'alimentation ou la nutrition des nourrissons et des enfants;

b) *Une lettre de présentation* d'un de leurs maîtres;

c) *L'indication des études* qu'ils voudraient poursuivre grâce à la bourse.

Les candidats devront avoir une connaissance suffisante de la langue française.

Le boursier devra, à l'expiration de la bourse, faire parvenir au Centre International de l'Enfance un travail scientifique sur le sujet qu'il aura étudié au cours de l'année.

**IVe CONGRÈS MÉDICAL INTERNATIONAL
DE LA F.I.R.**

Bucarest, du 22 au 27 juin 1964

ÉTIO-PATHOGÉNIE ET THÉRAPEUTIQUE DE LA FATIGUE
ET DE LA SÉNESCENCE PRÉMATURÉE

Adresser le courrier à: Commission médicale de la F.I.R., Wien II, Castellezgasse 35, Autriche.

Informations aux participants

Le Congrès est organisé à l'initiative de la Commission Médicale de la F.I.R. en collaboration avec le Comité des anciens détenus antifascistes de Roumanie. Les organisations, institutions et personnes désirant y participer sont priées de s'inscrire dès maintenant en se servant du bulletin d'inscription.

Les inscriptions seront reçues jusqu'au 30 avril 1964 et devront être accompagnées du droit d'inscription fixé à \$5 payables par mandat international à l'adresse de la F.I.R., Castellezgasse 35, Vienne II, Autriche; ou au compte de la F.I.R.: Österreichische Länderbank No 2303430.

COURS DE PERFECTIONNEMENT

Hôpital Notre-Dame, 15-18 avril 1964

Mercredi, 15 avril 1964

8 h. 30 à 9 h. 15 — Inscription, Amphithéâtre Rousselot, rez-de-chaussée.

9 h. 15 — Mot de bienvenue: les docteurs Paul Bourgeois, administrateur délégué de l'Hôpital Notre-Dame, et Charles E. Grignon, chef du Service de médecine de l'Hôpital Notre-Dame.

N.B.: Stationnement aux abords de l'hôpital. Le vestiaire est attenant à l'amphithéâtre Rousselot.

PROGRAMME SCIENTIFIQUE

Le temps alloué aux séances d'étude sera rigoureusement observé.

Mercredi, 15 avril, matinée

Président: le docteur Roger Dufresne

9 h. 30 à 10 h. 30 — *Insuffisance hépatique:* Interprétation clinique des tests fonctionnels. *Conférencier:* le docteur Jacques Baillargeon.

10 h. 30 — Pause.

10 h. 45 à 11 h. 45 — *Tests de la fonction rénale:* Interprétation clinique. *Conférencier:* le docteur Louis Lapière.

11 h. 45 à 12 h. 30 — *Indications et résultats du rein artificiel.* *Conférencier:* le docteur Yves Piette.

12 h. 45 — *Déjeuner* (pavillon des infirmières).

Mercredi, 15 avril, après-midi

Président: le docteur Georges Hébert

2 h. à 2 h. 45 — *Troubles électrolytiques:* Syndromes cliniques. *Conférencier:* le docteur Louis Lapière.

2 h. 45 à 3 h. 30 — *Le concept des maladies courantes à caractère immunologique:* Spécifiquement les collagénoses. *Conférencier invité:* le docteur Bram Rose, directeur du Département d'Allergie et d'Immuno-chimie à l'Hôpital Royal Victoria.

3 h. 30 à 4 h. 15 — *Colloque:* Sur le diagnostic et l'application thérapeutique récente des problèmes courants en pathologie rhumatismale et arthritique. *Commentateurs:* les docteurs Guy Germain, Jacques Gascon, Louis J. Papineau et Constant Papageorges.

4 h. 15 — Pause.

4 h. 30 à 5 h. 30 — *Colloque:* Sur le diagnostic différentiel et les applications thérapeutiques récentes des leucémies et du groupe des lymphomes. *Commentateurs:* les docteurs Léopold Morissette, Yvan Méthot, Maurice Leclair et Yvan Chartier.

Mercredi, 15 avril, soirée

7 h. — Réception officielle offerte par la ville de Montréal au Restaurant Hélène de Champlain (Ile Ste-Hélène).

7 h. 30 — *Dîner-conférence*, sous la présidence du docteur Roger Dufresne, directeur des services professionnels du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec. *Invité d'honneur:* le docteur Georges Lachaine, 1er vice-président du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec.

Notions actuelles sur l'hypertension artérielle. *Conférencier invité:* le docteur Robert Veyrat, chef de clinique à l'Hôpital Universitaire de Genève (Suisse).

Projection d'un film sur la diurèse.

Judi, 16 avril, matinée

Président: le docteur Jules Prévost

9 h. 30 à 10 h. 30 — *Colloque:* Angor pectoris, thrombose coronarienne, infarctus du myocarde; Diagnostic différentiel et conduite thérapeutique. *Commentateurs:* les docteurs Réginald Johnson, Jean Gratton et Yvan Rouleau.

10 h. 30 — Pause.

10 h. 45 à 11 h. 30 — *Diagnostic et traitement des affections les plus fréquentes de la glande thyroïde.* *Conférencier:* le docteur Maurice Bélisle.

11 h. 30 à 12 h. 30 — *Colloque:* Sur la bronchite chronique, l'emphysème et l'asthme; Diagnostic différentiel et conduite thérapeutique. *Commentateurs:* les docteurs Jacques Léger, Gilles Lorange, François Léger et Gisèle Fournier.

12 h. 45 — *Déjeuner* (pavillon des infirmières).

Jeudi, 16 avril, après-midi

Président: le docteur François Archambault

2 h. à 2 h. 30 — *Colloque:* Sur l'insuffisance vasculaire périphérique. Tests de laboratoire, évaluation clinique, thérapeutique médicale et chirurgicale. *Commentateurs:* les docteurs Édouard Gagnon, Guy Quenneville, François Telmosse et Roger Plante.

3 h. 30 — Pause.

3 h. 45 à 4 h. 30 — *Maladie hiatale, hypertension portale, lithiase biliaire, dyskinésie biliaire:* Acquisitions récentes permettant de parfaire le diagnostic différentiel. *Conférencier:* le docteur Maurice Parent.

4 h. 30 à 5 h. 30 — *Colloque:* Sur les urgences abdominales. Diagnostic différentiel et conduite thérapeutique. *Commentateurs:* les docteurs Jean-Louis Léger (radiologiste), Jean-Paul Brault (urologue), Rolland Simard (gynécologue), Yves Chaput (interniste) et Laurent Archambault (chirurgien).

Jeudi, 16 avril, soirée

Dîner-conférence (Restaurant Hilton, Dorval). *Présidence* du docteur Guy Germain, président du Conseil consultatif médical de la Société Canadienne contre l'Arthrite, division du Québec. *Invité d'honneur:* le docteur Lucien Coutu, doyen de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal.

Notions actuelles sur la recherche en arthrite. *Conférencier invité:* le docteur Gaëtan Jasmin, directeur du Laboratoire de Pathologie expérimentale de l'Université de Montréal.

Projection d'un film sur l'arthrite.

Vendredi, 17 avril, matinée

Président: le docteur Roma Amyot

9 h. 30 à 11 h. 30 — *Colloque:* Sur les psychoses et les névroses. Diagnostic différentiel et conduite thérapeutique. *Commentateurs:* les docteurs J.-Noël Fortin, Paul Lefebvre, Paul Phoenix, Denis Doyon et Fernand Léonard.

11 h. 30 — Pause.

11 h. 45 à 12 h. 30 — *Colloque:* Sur les données différentielles des dermites. *Commentateurs:* les docteurs Georges Leclerc, Jean-Paul Foisy, Pierre Turgeon et Victor Panaccio.

12 h. 45 — *Déjeuner* (pavillon des infirmières).

Vendredi, 17 avril, après-midi

Président: le docteur Charles-Émile Grignon

2 h. à 3 h. — *Colloque:* Sur les troubles fonctionnels ovariens. Indications et dangers de l'hormonothérapie. *Commentateurs:* les docteurs Jean Grignon, André Lanthier et Roger Lapointe.

3 h. à 4 h. — *Colloque:* Sur le traitement du diabète. Insuline versus hypoglycémiant oraux. *Commentateurs:* les docteurs Armand Gratton, Angelo Kakos et Bernard Leboeuf.

4 h. — Pause.

4 h. 15 à 4 h. 45 — *Les incompatibilités du facteur Rh.* *Conférencier:* le docteur Gilles Amyot.

4 h. 45 à 5 h. 30 — *Colloque:* Sur les indications différentielles de la césarienne. *Commentateurs:* les docteurs Jacques Fortier, Rodolphe Hotte, Michel Bérard et André Cormier.

Vendredi, 17 avril, soirée

Dîner-conférence (Restaurant Holiday Inn). *Présidence* du docteur Jean-Noël Fortin, chef du Service de psychiatrie à l'Hôpital Notre-Dame. *Invités d'honneur:* les docteurs Guy Laporte, président de l'Association des Omnipraticiens de Montréal, et Georges Desrosiers, président du Comité des études de la Fédération des Médecins-chirurgiens de la Province de Québec.

Notions actuelles sur les psycholeptiques. *Conférencier invité:* le docteur Aurèle Beaulnes, directeur du Département de Pharmacologie de l'Université de Montréal.

Projection d'un film sur les états dépressifs.

Samedi, 18 avril, matinée

Président: le docteur Albert Guilbeault

9 h. 30 à 10 h. 30 — *Colloque:* Sur la pathologie du système cardio-vasculaire chez l'enfant. *Commentateurs:* les docteurs André David, Yvon Goulet et Guy Dumont.

10 h. 30 — Pause.

10 h. 45 à 11 h. 45 — *Maladies courantes du caractère antigénique chez l'enfant.* *Conférencier:* le docteur Guy St-Laurent.

11 h. 45 à 12 h. 30 — *Colloque:* Sur la conduite de la thérapeutique des infections des voies respiratoires supérieures chez l'enfant. Rhino-pharyngite, otite, amygdalite, sinusite. *Commentateurs:* les docteurs Albert Guilbeault, Fernand Montreuil et André Leduc.

1 h. — *Remise des certificats.*

Cocktail et rencontre entre les directeurs de l'Hôpital Notre-Dame et les participants du cours.

XIVe CONGRÈS FRANÇAIS D'ANESTHÉSIOLOGIE

Le XIVe Congrès français d'anesthésiologie, organisé par le Syndicat des anesthésiologistes français, la Société française d'anesthésie analgésique-réanimation et l'Association des anesthésiologistes français se tiendra à Nice du 15 au 18 mai 1964, sous la présidence de Mme le professeur agrégé N. du Bouchet.

Le programme scientifique qui se déroulera au palais des expositions de Nice, comportera:

1. Un rapport suivi de communications sur le thème: "Cœur et Anesthésie", rapporteur docteur P. Jaquenoud.

2. Des discussions planifiées sur: "Les halogénés", modérateur docteur R. Deleuze; "La surveillance électronique en anesthésiologie", modérateur docteur E. Echter; "L'enseignement post-universitaire de l'anesthésiologie", modérateur docteur P. Huguenard.

3. Des entretiens pratiques sur le thème: "Les thérapeutiques anesthésiologiques d'urgence".

4. Des communications libres.

— Le congrès sera précédé le 14 mai d'une réunion de l'Association des anesthésiologistes européens qui donnera lieu l'après-midi à la publication de deux rapports: "L'organisation des Centres de réanimation", par le professeur E. Ciocatto (Turin); "Les auxiliaires aides d'anesthésie", par le professeur agrégé J. du Cailar (Montpellier).

— Renseignements et inscriptions au secrétariat général: Docteur P. Maestracci, Centre de transfusion sanguine, rue Delille, Nice (A.-M.).

XIII^e CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ EUROPÉENNE DE CHIRURGIE CARDIO-VASCULAIRE

Le programme préliminaire du congrès qui se tiendra à l'Hôtel "Athen's Hilton" est le suivant:

1. Sténose isolée de l'artère pulmonaire (techniques et résultats éloignés).
2. Oblitérations veineuses, aiguës et chroniques.
3. Forum cardio-vasculaire.

Prière de soumettre titres et résumés des communications avant le 15 mars 1964 au Comité local.

Films. — Un programme des films, traitant des problèmes cardiovasculaires, sera organisé.

Festivités. — Une liste des festivités est en train d'être élaborée.

Inscription. — Les droits de participation pour les membres ont été fixés à \$30.00 et pour les personnes accompagnantes à \$15.00.

Pour tout renseignement concernant le congrès, prière de s'adresser au secrétariat du XIII^e Congrès de la Société européenne de chirurgie cardio-vasculaire, 8, rue de l'Académie, Athènes - 134 (Grèce).

LE 4^e CONGRÈS MÉDICAL INTERNATIONAL SUR LA PATHOLOGIE CONCENTRATIONNAIRE AURA LIEU DU 20 AU 28 JUIN 1964

Les médecins de la Fédération Internationale des Résistants ont défini en 4 points les thèmes des travaux du 4^e Congrès Médical International:

- 1° Tour d'horizon sur les recherches fondamentales ayant trait à la fatigue et au vieillissement ainsi qu'aux conséquences psychologiques, psychiatriques et somatiques de la vie clandestine et concentrationnaire.
- 2° Explorations fonctionnelles des asthéniques et des sénescents.
- 3° Thérapeutiques des causes et des symptômes de la fatigue et du vieillissement.
- 4° Mesures et thérapeutiques sociales, statistiques et bilans comparatifs.

Ils demandent aux médecins intéressés par ces questions de bien vouloir se mettre en rapport avec le docteur L. F. Fiches, secrétaire de la Commission Médicale de la Fir, Castellezgasse 35, Wien (Autriche).

BULLETIN ÉPIDÉMIOLOGIQUE

Janvier 1964

POLIOMYÉLITE PARALYTIQUE

Canada

D'après nos rapports provisoires, il y aurait eu 118 cas de poliomyélite paralytique au Canada en 1963. En 1962, 89 avaient été déclarés et, en 1961, 188 cas. Des cas signalés en 1963, 107, soit 90.7%, se sont déclarés dans la province de Québec, 7 au Nouveau-Brunswick, 2 en Alberta et un dans chacune des provinces de l'Ontario et de la Saskatchewan. La majorité des cas font partie de deux épidémies locales, l'une dans la région de Sherbrooke au Québec et

¹ Division de l'épidémiologie, Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Ottawa, Canada.

l'autre dans celle de Campbellton au Nouveau-Brunswick. Jusqu'ici, on rapporte 16 décès, dont 15 au Québec et l'autre en Alberta.

Les rapports individuels nous sont parvenus sur 97 des 118 cas de poliomyélite paralytique. D'après l'analyse de la répartition par groupe d'âge et stade de la vaccination, 78% des cas n'avaient reçu aucune immunisation et 13.5% avaient reçu trois doses de vaccin ou plus. La majeure partie des cas sont dans le groupe d'âge de 10 à 19 ans, mais ce groupe est suivi de près par celui de 5 à 9 ans qui compte 25.8% des cas, et celui des enfants de 0 à 4 ans (préscolaires) qui en compte 22.7%.

INFLUENZA

Territoires du Nord-Ouest

On signale une éclosion d'influenza parmi la population esquimaude de Spence-Bay aux Territoires du Nord-Ouest. Une quarantaine de personnes ont été malades et il a fallu fermer les écoles. Les antibiotiques furent administrés pour réduire le nombre des complications. On croit qu'il s'agit là d'une ramification des éclosions de Pelley-Bay et de Gjoa-Haven déjà signalées dans notre Bulletin de décembre 1963.

DIPHTÉRIE

Manitoba

On signale un cas de diphtérie chez une dame de 60 ans d'Onanole (Manitoba). La malade a été hospitalisée le Jour de Noël. Les prélèvements de gorge étaient positifs pour la diphtérie et la pathogénèse a été confirmée par inoculation au cobaye. La malade a été traitée par l'antitoxine et la pénicilline, et une trachéotomie a été pratiquée le 27 décembre.

Les cultures des prélèvements naso-pharyngiens des contacts au foyer et à l'hôpital ont été pratiquées et on possède les résultats d'une cinquantaine de personnes. Aucun *C. diphtheriae* n'a été isolé. Des mesures sont en œuvre pour améliorer l'immunisation de la population dans cette région.

Saskatchewan

Un cas suspect de diphtérie est signalé chez une femme indienne de la Réserve de Mistawasis à Leask (Saskatchewan). Cette femme avait été complètement immunisée à l'anatoxine en 1949 et avait reçu des doses de rappel en 1951 et 1953. On attend les résultats d'analyse des prélèvements de gorge et, dans l'intervalle, l'anatoxine est administrée à tous les contacts. Le stade d'immunisation est excellent chez la population de cette Réserve chez tous les enfants jusqu'à l'âge de quitter l'école.

VARICELLE

Territoires du Nord-Ouest

Une épidémie de varicelle, déclarée au début d'octobre à Fort-Franklin (T.N.-O.), dure encore. Dix cas étaient signalés en octobre et 26 en novembre. Les bébés sont plus malades que les grands enfants. Le cas le plus jeune est un bébé de 4 semaines, et un enfant de 5 ans, suspect d'encéphalite, a dû être évacué par ambulance aéroportée. L'affection n'a touché que 2 adultes jusqu'ici, mais il se déclare toujours de nouveaux cas.

RAPPORTS DE L'ÉTRANGER

Poliomyélite paralytique — États-Unis

Le "Communicable Disease Center" rapporte pour les États-Unis le total provisoire de 368 cas de poliomyélite

paralytique en 1963. C'est là le nombre le plus bas jamais rapporté dans une année depuis que l'on a commencé à déclarer cette maladie en 1912; il représente moins de la moitié des 762 cas signalés en 1962 qui avait été le plus bas auparavant.

Paludisme — États-Unis

On signale à Pittsburgh (Pennsylvanie) en cas de paludisme quarte chez une femme de 56 ans. Malgré les recherches les plus actives, on n'a pas encore découvert comment la dame aurait pu contracter cette affection.

En juillet 1963, elle a commencé à souffrir de frissons qui apparaissaient tous les quatre jours. À cette époque, on a constaté une infection des voies urinaires et c'est à quoi on a d'abord imputé les symptômes, mais ceux-ci ont persisté malgré l'antibiothérapie. À l'examen, on a constaté une hypertrophie de la rate qui dépassait le rebord costal de deux travers de doigt.

En novembre, un technicien de laboratoire remarquait des hématozoaires parasites du paludisme dans un frottis sanguin de contrôle, et déclarait cette lame positive pour le *Plasmodium malariae*. La patiente n'a ni fièvre ni autre symptôme depuis le début du traitement antipaludéen.

Bien que née en Tchécoslovaquie, cette dame est aux États-Unis depuis l'âge d'un an et demi, et elle n'a jamais voyagé à l'étranger. Elle n'a aucun antécédent connu de paludisme. Elle a déjà voyagé un peu dans la région nord-est des États-Unis, mais pas depuis 10 ans. Depuis 10 ans, elle affirme être restée dans son comté d'Allegheny ou avoir été dans le sud des États-Unis. Elle affirme en outre n'avoir aucun antécédent de toxicomanie et n'avoir jamais reçu de transfusion. Ce détail a été vérifié auprès de 33 banques de sang et hôpitaux régionaux et aucune transfusion n'a pu être retracée; d'autre part, les services de contrôle des stupéfiants de la localité, de l'État et de l'agence fédérale, qui ont tous les consultés, n'ont aucun dossier de cette personne.

Depuis trois ans, il y a eu 4 autres cas de paludisme dans le comté d'Allegheny, tous chez des militaires qui avaient contracté la maladie à l'étranger. Mais aucun d'eux, que l'on sache, n'a hébergé le *P. malariae*.

Influenza — Thaïlande

Une éclosion d'affection d'allure grippale s'est déclarée en Thaïlande entre les mois d'octobre et décembre 1963. Le Centre de lutte contre l'Influenza à Londres rapporte que le Laboratoire de recherche médicale SEATO a isolé pendant cette éclosion deux souches de virus grippal A2. Les deux ressemblent de près à la souche A2/1/57 Singapour.

Variole — Pérou

Le Pérou s'est déclaré exempt de variole à compter du 16 janvier 1964. En décembre 1963, il y a eu au Pérou 4 cas confirmés de variole. Ces cas étaient les premiers au pays depuis 1954.

Tous les 4 étaient des hommes du groupe d'âge de 24 à 40 ans. Deux avaient contracté la maladie dans des régions près de la frontière brésilienne et les deux autres sont des cas secondaires contractés dans un hôpital de Lima. Le diagnostic fut confirmé dans chaque cas par culture sur embryon de poulet.

Ces cas démontrent une fois de plus la part de l'hôpital dans la diffusion de la variole. Dans la plupart des éclosions

de variole importée dans des régions exemptes jusque-là, telles les épidémies en Grande-Bretagne (1961-1962), en Allemagne (1961-1962) et en Suède (1963), les cas contractés à l'hôpital ont représenté environ la moitié du total.

ANNOTATIONS

Évaluation du programme de lutte contre la tuberculose de l'OMS

À sa récente réunion, le Conseil d'administration de l'OMS a fait une étude assez approfondie du programme de lutte contre la tuberculose de cet organisme.

Cette étude a mis en évidence que, malgré les progrès techniques réalisés depuis 10 ans, notamment la découverte de médicaments très actifs contre la tuberculose, cette maladie représente encore un sérieux problème sanitaire dans presque tous les pays en voie de développement. Dans quelques-uns, plus de 70 p. 100 des enfants sont infectés avant l'âge de 14 ans, par comparaison à 2 p. 100 dans les pays favorisés. Une estimation discrète de l'étendue du problème porte à croire qu'il y aurait un réservoir de 10 à 20 millions de personnes infectées.

Parce que la très grande majorité des cas sont dans les pays en voie de développement, ce sont ceux-là surtout que l'OMS s'efforce d'aider. Il a fallu recourir à la recherche, principalement parce que les méthodes de lutte connues avaient été mises au point dans les pays riches et que ces méthodes sont très difficiles à appliquer dans d'autres parties du monde.

L'une de ces difficultés est due à la fragilité du vaccin BCG dans les pays exotiques, où la chaleur et la médiocrité des moyens de transport peuvent rendre le vaccin inactif et inutile avant qu'il parvienne à destination. L'OMS a donc favorisé la mise au point d'un vaccin lyophilisé et stable à la chaleur, pour parer à cet inconvénient. En outre, le coût prohibitif du traitement à l'hôpital représente une autre difficulté importante.

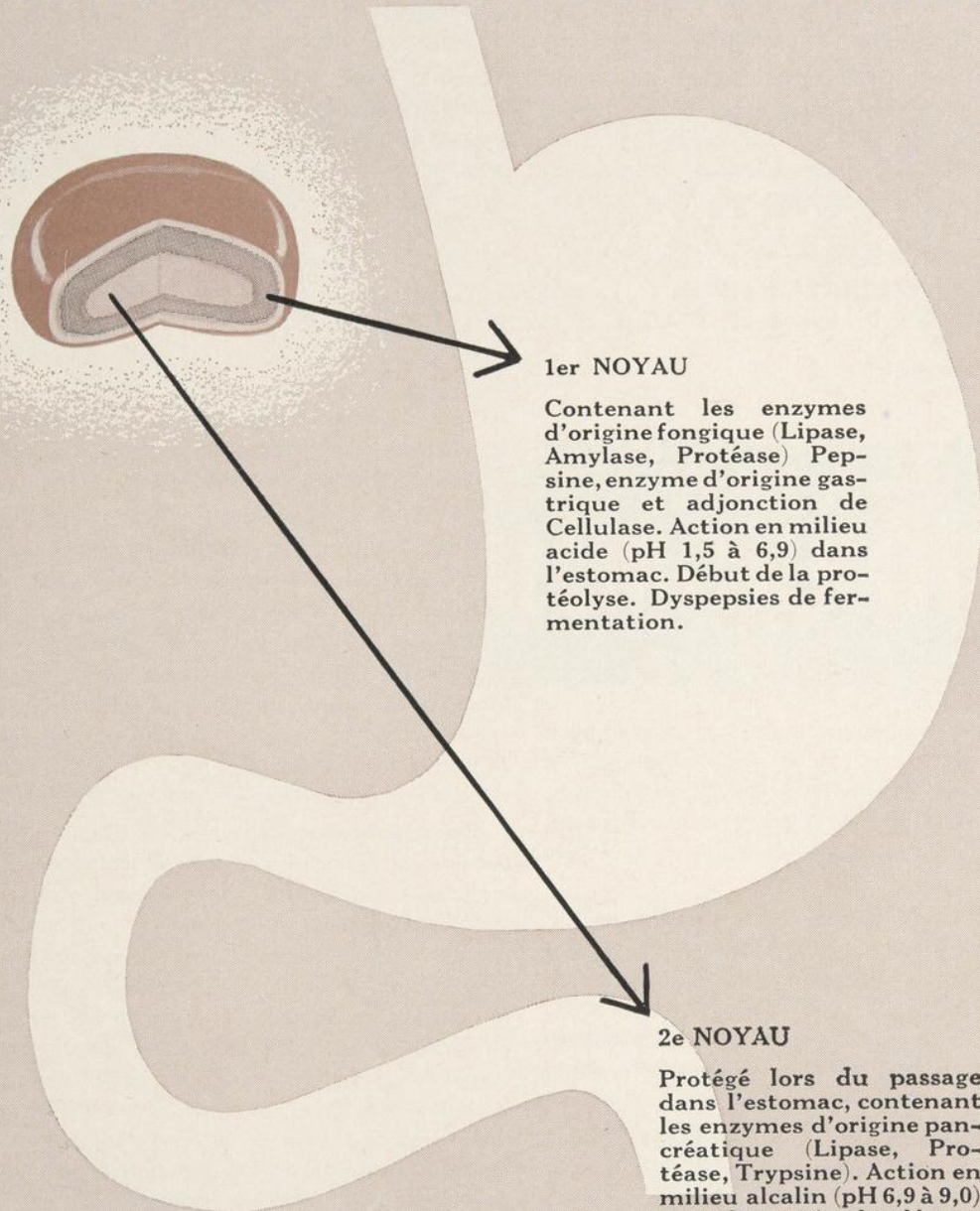
Le traitement à domicile a été mis à l'épreuve et on a constaté qu'un an de traitement bien suivi à domicile, avec l'administration de médicaments, est aussi efficace qu'un an de traitement hospitalier avec les mêmes drogues, et qu'il n'expose les contacts à aucun risque particulier. D'autres épreuves sont en cours aux fins de découvrir les modes de traitement les plus efficaces et sans danger, tout en étant les moins onéreux. Comment convaincre les gens de prendre leurs médicaments constitue en soi une autre difficulté et le danger que la bacille de la tuberculose devienne résistant aux médicaments est une menace constante.

Au cours des années qui ont suivi la guerre, le BCG a été le premier moyen de lutte employé contre la tuberculose. Aujourd'hui, dans 1 pays, un total de 430 millions de personnes ont subi l'épreuve de la tuberculose et 170 millions ont été vaccinées, grâce à diverses initiatives qui bénéficiaient de l'aide internationale, dans bien des cas celle de l'UNICEF.

L'OMS s'est efforcée surtout d'alerter les gouvernements à réduire la souffrance humaine qui est due à la tuberculose. Elle l'a fait par une série d'étapes soigneusement préparées, où des programmes nationaux de lutte contre la tuberculose ont été mis en œuvre en s'inspirant des problèmes particuliers à chaque pays. Les méthodes proposées sont constamment réévaluées et adaptées, jusqu'à ce que l'on parvienne à élaborer un système qui réponde aux besoins de tout le pays, dans chaque cas particulier.

ENZY-PEPSOL

ENZYMES DIGESTIFS POLYVALENTS



1er NOYAU

Contenant les enzymes d'origine fongique (Lipase, Amylase, Protéase) Pepsine, enzyme d'origine gastrique et adjonction de Cellulase. Action en milieu acide (pH 1,5 à 6,9) dans l'estomac. Début de la protéolyse. Dyspepsies de fermentation.

2e NOYAU

Protégé lors du passage dans l'estomac, contenant les enzymes d'origine pancréatique (Lipase, Protéase, Trypsine). Action en milieu alcalin (pH 6,9 à 9,0) dans l'intestin duodénum et jéjunum. Dyspepsies de putréfaction.

ASSURE UNE DIGESTION

GASTRO - DUODÉNO - JÉJUNALE PARFAITE

Posologie: 1 à 2 dragées aux repas.

Présentation: Flacons de 36, 100 et 500 dragées.

Herdt & Charton Inc.
Montréal

Il n'est guère à prévoir que le problème de la tuberculose dans le monde sera résolu à brève échéance, car de nouveaux cas tendent à réapparaître chez des personnes infectées plusieurs années auparavant. Aussi, même si la diffusion était réduite presque à zéro, faudrait-il quand même attendre au moins une génération avant de supposer raisonnablement qu'il ne surgira plus de nouveaux cas.

BULLETIN ÉPIDÉMIOLOGIQUE¹

Vaccin buccal de poliovirus vivants au Canada

1962 — Rapport no 1

1963 (au 17 septembre) — Rapport no 2

RAPPORTS SOUMIS PAR LE COMITÉ CONSULTATIF TECHNIQUE NATIONAL SUR LES VACCINS ANTIPOLIOMYELITIQUES À BASE DE VIRUS VIVANTS AU CONSEIL FÉDÉRAL D'HYGIÈNE

A. J. Rhodes, M.D., F.R.C.P. (Edin.), F.R.S.C., *président*; E. W. R. Best, M.D., D.P.H., *secrétaire*; J. K. W. Ferguson, M.B.E., M.A., M.D., F.R.S.C.; A. R. Foley, M.D., Dr P.H.; W. H. le Riche, B.Sc., M.D., M.P.H.; F. P. Nagler, M.D.; V. Pavilanis, M.D.; J. C. Wilt, M.D., F.A.C.P.; C. E. van Rooyen, M.D., D.Sc., M.R.C.P. (Londres), F.R.C.P. (C).

RAPPORT NO 1

Introduction

L'emploi du vaccin buccal à base de poliovirus vivants, mis au point par le docteur Albert B. Sabin de Cincinnati, a commencé au Canada en 1960 et 1961, et plusieurs milliers de personnes, en Nouvelle-Écosse, au Québec, au Manitoba et en Saskatchewan, ont absorbé le vaccin pendant cette période d'épreuves (1, 2, 3, 4).

L'épreuve la plus considérable fut en 1961, à Prince-Albert (Saskatchewan), où 24.000 personnes environ ont pris le vaccin trivalent des souches Sabin (5).

Le gouvernement du Canada accordait un permis pour les souches atténuées Sabin, le 2 mars 1962. Celui qui a été préparé pour l'usage général par les laboratoires de recherche médicale Connaught, à l'Université de Toronto, était le mélange trivalent des poliovirus types I, II et III (6, 7).

Le 30 avril 1962, les programmes d'immunisation par ce vaccin buccal trivalent étaient mis en œuvre dans trois provinces, Terre-Neuve, le Manitoba et la Saskatchewan. En mai, des programmes analogues commençaient en Nouvelle-Écosse, en Ontario et en Colombie-Britannique (8, 9) et, à la mi-juin, l'administration était complétée presque partout.

Le 18 juillet, un programme d'immunisation d'urgence était appliqué à Hull (P.Q.) pour lutter contre une épidémie de poliomyélite. Les deuxièmes doses étaient administrées pendant la dernière semaine d'août et la première quinzaine de septembre.

Pendant cette période de 1962, presque quatre millions de personnes ont reçu ce vaccin. La répartition par groupes d'âge pour 70% environ des vaccinés est de 14% dans le groupe d'âge de 0 à 4 ans, 38% dans celui de 5 à 19 ans et 48% dans celui de 20 ans ou plus. A Terre-Neuve, le vaccin ne fut offert qu'au groupe principal exposé, c'est-à-dire les enfants entre 3 mois et 10 ans. En Nouvelle-Écosse

et en Colombie-Britannique, les restrictions furent appliquées pour des raisons d'ordre géographique seulement. L'acceptation par le public a varié de 48% en Ontario à 85% au Manitoba (Tableau 1).

Lorsque le Comité consultatif national sur les vaccins de poliovirus vivants put étudier les rapports de quelques provinces, à une réunion tenue à Ottawa les 11 et 12 septembre 1962, il fut remarqué que 10 cas de maladie paralytique s'étaient déclarés dans des circonstances permettant de soupçonner le vaccin comme facteur causal, au moins dans quelques cas. Il y avait, dans quatre cas, des indices fortement suggestifs de rapport causal avec le vaccin buccal de poliovirus vivants.

Après avoir soigneusement pesé la question, le Comité recommandait de différer provisoirement au Canada, l'application des programmes de vaccination avec le vaccin de poliovirus vivants. Le Comité recommandait en outre une enquête approfondie, non seulement pour recueillir plus de détails sur ces cas, mais aussi pour découvrir, le cas échéant, les autres cas suspects.

Une lettre du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social a donc été adressée à tous les ministères provinciaux de la Santé, et à plusieurs virologues, demandant le détail complet de tous les cas de poliomyélite paralytique, de méningite à virus et d'encéphalite, déclarés dans les 60 jours après l'ingestion du vaccin de poliovirus vivants, ou l'exposition par contact.

Les 5 et 6 novembre 1962, le Comité tenait une autre réunion à Ottawa et étudiait plusieurs autres cas d'affection du système nerveux après ingestion du vaccin trivalent Sabin de poliovirus vivants, ou exposition par contact.

Comme il n'y a pas eu de cas mortel, il n'y a pas de diagnostic confirmé par les examens virologiques et pathologiques du système nerveux central. La décision de rapport causal possible avec le vaccin buccal fut prise d'après l'épreuve virologique des selles et celle des anticorps sériques, en plus des indices cliniques et épidémiologiques.

Les renseignements fournis au Comité comprennent, entre autres: *les caractères cliniques*, y compris la gravité de la maladie, et la présence de paralysie résiduelle; *les données épidémiologiques*, y compris la présence de poliomyélite spontanée dans le voisinage; la vaccination antérieure au vaccin Salk, et le délai entre l'exposition au vaccin vivant et le début de la maladie; *les données virologiques*, notamment les virus isolés des prélèvements pathologiques, les épreuves d'identité génétique (en particulier les tests McBride, rct/40, et ceux de neuro-virulence), et les titres des anticorps sériques à la phase aiguë et à celle de convalescence. Certains de ces renseignements ne furent obtenus qu'après la réunion de novembre.

Après une étude approfondie de chaque cas particulier, le Comité a pris une décision quant à la possibilité d'un rapport causal avec le vaccin. Certains cas furent mis de côté parce qu'une association avec le vaccin était peu vraisemblable; d'autres furent acceptés comme possiblement imputables, directement ou indirectement, à l'administration du vaccin.

Évaluation des cas par le Comité

Le Tableau 2 présente 16 cas de troubles neurologiques, apparus dans les 60 jours qui ont suivi l'ingestion du vaccin, et que le Comité accepte comme possiblement associés au

¹ Division de l'épidémiologie, Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Ottawa, Canada.

MARRO-DAUSSE

MAINTENANT PRÉSENTÉ SOUS FORME DE DRAGÉES



LA PRÉPARATION LA PLUS
RICHE EN VITAMINES

"P" NATIVE

11,000 γ

DE VITAMINE P PAR CC. DE
SOLUTION OU PAR DRAGÉE

4 FORMES



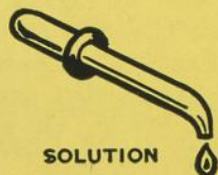
DRAGÉES



POMMADE



SUPPOSITOIRE



SOLUTION

HÉMORROÏDES

CRISES HÉMORROÏDAIRES AIGÜES
TRAITEMENT D'ENTRETIEN
VARICES • PHLÉBITES

ET TOUS LES TROUBLES CIRCULATOIRES VEINEUX
FRAGILITÉ CAPILLAIRE • ENGELURES

Posologie: 1 ou 2 dragées deux ou trois fois par jour, aux repas.

Présentation: Solution: Flacons de 1 oz. et 4 oz.

Pommade: Tubes de 40 grammes avec canule spéciale.

Suppositoires: Boîte de 10 suppositoires.

Dragées: Flacons de 50, 100 et 500 dragées.

Echantillon et documentation sur demande.

Préparé par les LABORATOIRES DAUSSE, Paris, France

Représentants exclusifs au Canada:

Herdt & Charton Inc.

2245, RUE VIAU • MONTRÉAL

vaccin. Cinq de ces malades sont atteints de paralysie avec invalidité résiduelle significative. Le cas no 5, à qui on a enlevé une tumeur au cerveau plusieurs semaines après la réunion du Comité en novembre, est maintenant exclus du groupe associé au vaccin. En outre, deux cas (cas 3 et 4) de paralysie résiduelle sont des bébés des Réserves indiennes, qui étaient déjà malades au moment où ils reçurent le vaccin.

Le cas no 4 offre un intérêt particulier parce que l'on a isolé des selles le poliovirus type III (vacciniforme) et un virus identifié plus tard comme réovirus. Ce réovirus a aussi été isolé du liquide céphalo-rachidien. Pour ce malade, le délai entre l'ingestion du vaccin et le début de la paralysie a été de 41 jours.

Le cas no 3 est aussi à signaler parce que deux poliovirus, types II et III, ont été isolés des selles. Un filtrat des selles injecté (1 ml par voie intracérébrale) à 5 singes, a déclenché la paralysie chez deux des animaux. Du système nerveux central de l'un d'eux, on n'a isolé que le virus type II mais ce virus avait augmenté de virulence. Il est impossible de se prononcer sur la virulence du type III car on n'a obtenu qu'un titre sérologique très bas pour ce second virus.

Deux autres cas furent atteints de paralysie mais sans paralysie résiduelle, et un autre fut jugé syndrome de Guillain-Barré probable. Il y eut aussi quatre cas de méningite non bactérienne, trois possiblement d'encéphalite et un autre de maladie fébrile.

Un des indices qui ait le plus frappé et inquiété le Comité, c'est que les quatre vaccinés souffrant de paralysie résiduelle excrétaient un virus type III qui, d'après le test de McBride, ressemblait au virus vaccinal. En outre, le virus type III a été isolé chez 9 des 11 autres cas. De ceux-ci, 8 ne furent pas complètement éprouvés par les indicateurs génétiques mais le 9e fut identifié comme vacciniforme.

À remarquer que, des six malades atteints de maladie paralytique (persistante ou transitoire), nos 1, 2, 3, 4, 6, 7, seul le cas no 6 avait reçu la série complète de vaccin Salk.

L'évolution des cas les plus importants est présentée à l'Annexe 1.

Le [Tableau 3] expose le détail des 10 vaccinés atteints de maladie du système nerveux jugée par le Comité non associée au vaccin. On croit que ces cas doivent être classés comme suit:

- poliomyélite spontanée (par virus ambiant) déclarée peu après l'ingestion du vaccin;
- méningite non bactérienne due aux virus ECHO ou Coxsackie, ou au virus ourlien, avec très nombreuses cellules dans le liquide céphalorachidien;
- syndrome de Guillain-Barré (selles négatives, ou pas d'études virales);
- sclérose en plaques;
- labyrinthite.

Le virus type III n'a été isolé chez aucun de ces malades.

Cas peut-être causés par contact

Le [Tableau 4] présente le détail de maladie paralytique déclarée chez 5 personnes qui n'avaient pas pris de vaccin, mais avaient été en contact avec des vaccinés dans des régions non épidémiques. Un cas fut exclu à cause d'un

diagnostic ultérieur d'abcès au cerveau. Trois des 4 derniers cas sont restés affectés de paralysie résiduelle. Un poliovirus type I, de caractère vacciniforme, a été isolé dans un de ces cas; un poliovirus type III, qui pourrait être d'une souche à l'état nature, l'a été dans un autre et, enfin, on a trouvé chez le 3e un titre sérologique très élevé au type III mais sans isoler de virus.

En résumé, dans 15 cas d'affection neurologique chez les vaccinés acceptés comme ayant quelque probabilité d'association avec le vaccin, et les 4 cas de contacts acceptés dans cette même catégorie, on a constaté que 12 excrétaient uniquement le virus type III, et deux autres le type III associé à un autre virus (dans un cas, le type II et, dans l'autre, un réovirus). Un seul malade excrétrait le type I.

Indicateurs génétiques utilisés pour identifier les poliovirus isolés chez des paralysés, et épreuve sérologiques

Dans tous les cas possibles, l'examen à l'aide des indicateurs génétiques a été effectué comme partie normale de l'étude des virus isolés chez les malades qui avaient ingéré le vaccin vivant et chez les contacts (11, 12).

Treize isolats, provenant de 11 malades atteints de maladie paralytique, furent choisis pour étude à l'aide des indicateurs génétiques. Huit de ces malades avaient reçu le vaccin buccal et trois étaient des contacts (Tableau 5).

Des échantillons-témoins furent également étudiés, notamment des souches vaccinales des types I et III, et des souches-nature connues des types I et III.

La plupart de ces souches furent soumises aux épreuves suivantes: température (rct/40); indicateur antigénique (McBride); neurovirulence pour le singe. Le test de température a été appliqué d'après la méthode de Lwoff (13) et le test antigénique a été essentiellement celui de McBride (14). Les données sérologiques furent envoyées par les laboratoires des hôpitaux ou les laboratoires provinciaux consultés pour certains cas. Tous ces résultats sont interprétés et résumés au Tableau 5.

Commentaires

Plusieurs communications (15, 16, 17) ont signalé que le virus vaccinal peut déloger le virus-nature du tube digestif. Un cas de ce genre, résumé ci-dessous, a été signalé au comité. Il est donc impossible de conclure que, dans n'importe quel cas particulier, le poliovirus vaccinal vivant est la cause de la maladie qui a suivi son administration. Il n'y a pas lieu de s'attarder sur ce sujet. On peut simplement déclarer que, même lorsque le virus isolé des selles a été nettement identifié comme vacciniforme, la maladie peut être due à un virus-nature, lequel n'a pas été dépisté parce qu'il avait été déplacé dans le tube digestif par le virus vaccinal.

Les cas déclarés après la vaccination qui pourraient être dus au vaccin nous permettent de calculer, par estimation, le maximum de risque possible dû au vaccin, à condition que tous les cas aient été rapportés. Cette expérience au Canada n'a pas été faite dans les conditions les meilleures pour évaluer un risque qui est évidemment très faible. Le nombre de doses données est également bien bas pour évaluer un très faible risque. De plus, d'une part, l'emploi du vaccin trivalent et, d'autre part, son administration juste avant la saison de poliomyélite, rendent encore plus difficile d'élucider la question. On espère qu'une expérience beaucoup plus considérable obtenue aux États-Unis en 1963

HYPER-PROSTAL



PROSTATISME

NOUVELLE FORMULE

AMÉLIORÉE

et plus CONCENTRÉE

EXTRAIT HYDRO-GLYCÉRINÉ ORCHITIQUE
(correspondant à 0 gr. 831 de g'ande fraîche) 1 cm³ 5

SÉRODAUSSE A
(Sérum de Taureau) 3 cm³ 5
pour un tube scellé de 5 cm³

INDICATIONS :

Toutes les phases du prostatisme, sénilité précoce, troubles dépressifs, etc.

POSOLOGIE :

AMPOULES :

1 à 2 ampoules par jour dans un peu d'eau sucrée, à jeun, une demi-heure avant le petit déjeuner.

SUPPOSITOIRES : un ou deux par jour.

Préparé par

LES LABORATOIRES DAUSSE, Paris, France

Représentants exclusifs
au Canada

AMPOULES BUVABLES, 5 c. c.

SUPPOSITOIRES

Documentation et échantillon à
Messieurs les médecins sur demande.

Herdt & Charton Inc.

2245, RUE VIAU — MONTRÉAL

avec les vaccins monovalents permettra une estimation beaucoup plus exacte du risque que peut présenter chaque type particulier.

La prédominance du type III, parmi les virus isolés dans les cas suspects signalés ici, porte à croire que ce type de vaccin représente un plus grand risque que les types I et II peut-être même de 12 à 14 fois plus élevé. Néanmoins, l'expérience aux États-Unis indique que ce risque ne serait que de trois fois environ plus élevé que pour le virus vaccinal de type I (16). L'expérience acquise dans une institution de la Saskatchewan où, en 1962, on a analysé les selles avant l'ingestion du vaccin trivalent et plusieurs semaines après, apporterait peut-être une explication partielle pour la fréquence inattendue du virus type III dans les isolats. Aucune des personnes qui ont pris le vaccin buccal dans cette institution n'a développé de maladie paralytique mais, après une dose de vaccin trivalent, le pourcentage de personnes qui excrétaient le type III dans les selles était beaucoup plus élevé que pour les deux autres types, et cette situation s'est maintenue pendant six semaines. Par contre, au Canada également, chez d'autres groupes ayant ingéré le vaccin trivalent cette excrétion plus prolongée du virus type III n'a pas été observée d'habitude. On peut donc croire que la variété de poliovirus nature auxquels les personnes de cette institution avaient été exposées auparavant auraient peut-être laissé leur tube digestif relativement plus sensible au virus vaccinal type III. Peut-être y aurait-il eu une situation analogue à d'autres endroits du pays où on a employé le vaccin buccal. L'analyse des selles prélevées avant l'administration du vaccin buccal chez les personnes de cette institution explique la cause probable de la situation. On a constaté que quatre personnes excrétaient un virus-nature type I le jour même où elles ont pris le vaccin. Il n'y avait, ni dans l'institution ni dans le voisinage, aucun cas permettant de supposer qu'un poliovirus nature était "en circulation", probablement à cause d'un usage massif du vaccin Salk quelque temps auparavant. Après l'ingestion du vaccin buccal, le poliovirus type III a été isolé dans les selles de ces quatre sujets, soit seul, soit accompagné du type II. Le type I n'a été isolé dans aucun cas.

Le risque plus marqué du vaccin à base de poliovirus vivants chez les personnes âgées, qui a été signalé aux États-Unis, n'a pas été mis en évidence dans l'expérience rapportée ci-dessus. Toutefois, tant donné le petit nombre de cas suspects atteints de paralysie résiduelle au Canada, il ne serait pas sage de ne pas tenir compte des observations faites aux États-Unis.

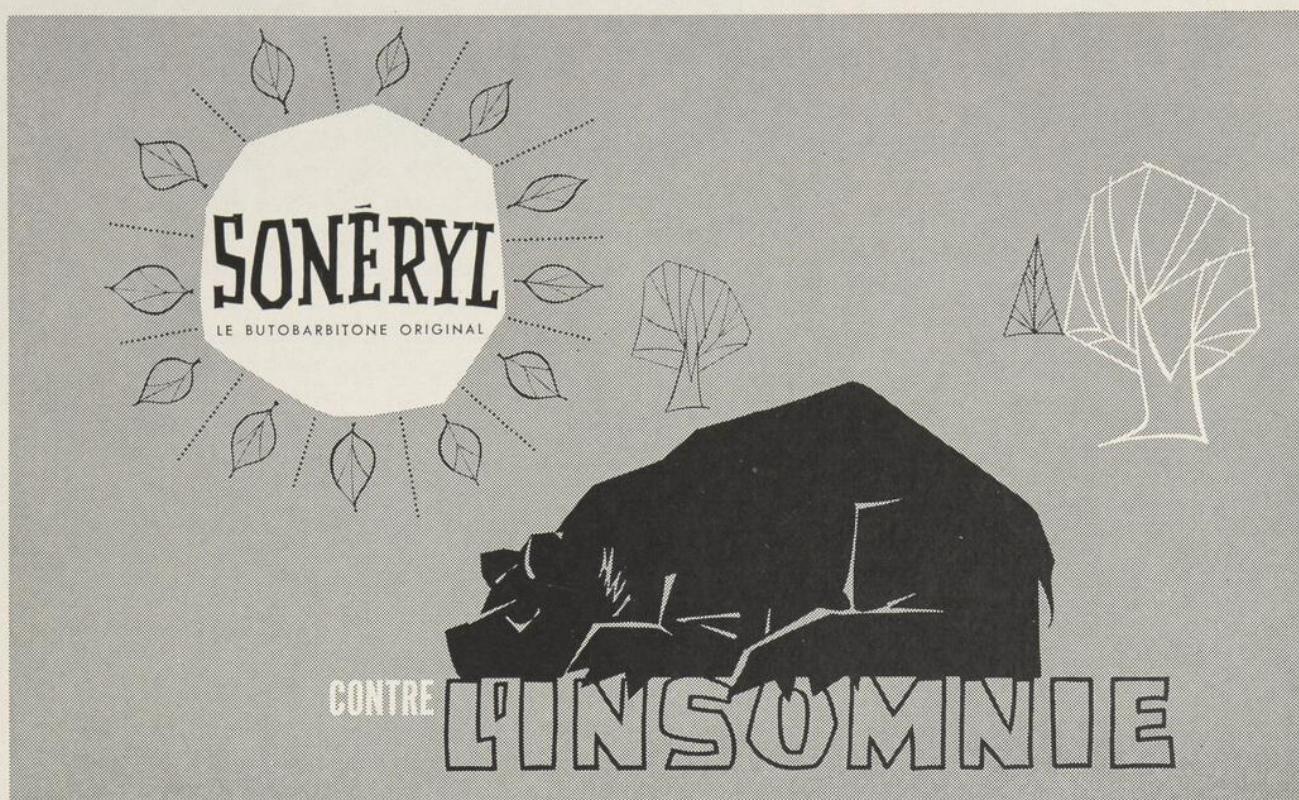
Résumé

1. Pendant la période d'avril à juillet 1962, presque quatre millions de personnes, réparties dans sept provinces du Canada, ont pris le vaccin buccal de poliovirus vivants.
2. Trente et un cas de maladie du système nerveux déclarés dans les 60 jours qui ont suivi soit l'ingestion du vaccin, soit l'exposition par contact au vaccin buccal Sabin des trois poliovirus vivants, ont été étudiés à fond.
3. Parmi les cas qui avaient ingéré le vaccin, il y avait quatre cas de maladie ou de reliquats paralytiques c'est-à-dire, un cas de paralysie résiduelle par million environ de personnes qui avaient pris ce vaccin. Deux étaient des bébés Indiens, et les deux autres, des adultes. Aucun n'avait reçu la série recommandée d'injections au vaccin Salk. Un poliovirus vacciforme de type III a été isolé dans chacun de ces cas. En outre, un poliovirus vacciforme type II a aussi été isolé dans l'un de ces quatre cas, et un réovirus dans un autre.
4. Onze autres personnes qui avaient pris le vaccin buccal ont développé des troubles neurologiques mais sans paralysie résiduelle. Dans ces cas, il y avait peut-être un rapport causal avec le vaccin.
5. Seulement cinq cas de maladie paralytique furent signalés chez des personnes qui n'avaient pas pris ce vaccin, mais avaient été en contact avec des vaccinés dans des régions non épidémiques. Chez quatre d'entre eux, on croit qu'il y a une probabilité de rapport causal avec le vaccin.
6. Le Comité conclut que l'administration du vaccin buccal trivalent (Sabin) à base de poliovirus vivants entraîne probablement un faible risque, lequel semble associé surtout au type III. D'autre part, il est admis que ce n'est pas possible d'évaluer le risque avec précision avant d'avoir accumulé une expérience beaucoup plus considérable avec ce vaccin, dans plusieurs régions et à un temps de l'année où les poliovirus sont au minimum dans la nature. On admet également que le vaccin buccal de poliovirus vivant est si efficace dans la lutte contre la poliomyélite que l'on est justifié de prendre le faible risque associé à son emploi.

En conséquence, en novembre 1962, le Comité recommandait de reprendre, avec certaines réserves, l'usage du vaccin buccal trivalent (Sabin) à base de poliovirus vivants. Il recommandait en outre de continuer à surveiller les programmes de vaccination mis en œuvre, afin de mieux évaluer l'efficacité et l'innocuité du vaccin.

BIBLIOGRAPHIE

1. VAN ROOYEN, C. E. et OZERE, R. L.: The Present Status of Oral Vaccination against Poliomyelitis and Future Problems. *Canad. Med. Ass. J.*, **82**: 759-766 (9 avril) 1960.
2. WILT, J. C.; PARKER, W. L.; STACKIOW, W. et HUTCHISON, P. A.: Live Oral Poliovirus Vaccine after DPT Polio Vaccine. *Canad. Med. Ass. J.*, **85**: 575-583, 1961.
3. PAVILANIS, V. et DUBREUIL, R.: Excrétion du Virus et Réponse Antigénique après Vaccination par le Virus Poliomyélite Atténué (Sabin) Type I. *Canad. J. Publ. Hlth.*, **53**: 259-302, 1962.
4. VAN ROOYEN, C. E.; RIDEOUT, V. K.; OZERE, R. L.; FAULKNER, Ruth S.; STEWART, C. B. et COLFORD, H. B.: Oral Vaccination Against Poliomyelitis Report of a field trial at Wedgeport, Nova Scotia. *Canad. Med. Ass. J.*, **86**: 1185-1191, 1962.
5. ROBERTSON, H. E.; ACKER, M. S.; DILLENBERG, H. O.; WOODROW, R.; WILSON, R. J.; ING, W. K. et MACLEOD, D. R. E.: Community Wide Use of a Balanced Trivalent Oral Poliovirus Vaccine (Sabin). A report of the 1961 trial at Prince Albert, Saskatchewan. *Canad. J. Publ. Hlth.*, **53**: 179-191, 1962.
6. RHODES, A. J.: Public Health Aspects of Live Poliovirus Vaccines with Particular Reference to Canada. *Canad. J. Publ. Hlth.*, **52**: 45-54, 1961.
7. FERGUSON, J. K. W.: Live Poliovirus Vaccine for Oral Use. *Canad. J. Publ. Hlth.*, **53**: 135-142, 1962.
8. BOYD, A. R. J. and MOSLEY, W.: The Use of Poliovirus Vaccine Live, Oral (Sabin), Trivalent, in Metropolitan Toronto, 1962. *Canad. J. Publ. Hlth.*, **53**: 326-329, 1962.
9. COLFORD, H. B.: A Mass Community Immunization Project in Nova Scotia. *N.S. Med. Bull.*, **41**: 264-265, 1962.
10. HINTON, G. G.; DUNCAN, I. B. R. et RATHBUN, J. C.: Paralysis after Oral Poliomyelitis Vaccine. *Canad. Med. Ass. J.*, **87**: 915-916, 1962.



le produit **ÉPROUVÉ** et sûr
qui provoque

**UN SOMMEIL NATUREL
AVEC RÉVEIL AGRÉABLE**

ACTION DOUCE, RAPIDE,
PROLONGÉE

PAS D'EFFETS SECONDAIRES

dans les

INSOMNIES DE TOUTES NATURES

1 ou 2 comprimés au coucher

poulenc LIMITÉE
8580 Esplanade, Montréal 11

11. MELNICK, J. L.: Population Genetics Applied to Live Poliovirus Vaccine. *Amer. J. Publ. Hlth.*, **52**: 472-483, 1962.
12. GELFAND, H. M.; NAKANO, J. H. et COLE, J. T.: Sero-differentiation of Poliovirus Strains for Studies of Oral Vaccine. *Publ. Hlth. Rep.*, **77**: 941-945, 1962.
13. LWOFF, A.: Factors Influencing the Evolution of Viral Diseases at the Cellular Level and in the Organism. *Bact. Rev.*, **23**: 109-124, 1959.
14. McBRIDE, W. D.: Antigenic Analysis by Kinetic Studies of Serum Neutralization. *Virology*, **7**: 45-58, 1959.
15. SABIN, A. B.: Is there an Exceedingly Small Risk Associated with Oral Poliovirus Vaccine? *J.A.M.A.*, **183**: 268-271 (26 janv.) 1963.
16. GELFAND, H. M.: Oral Vaccine: Associated Paralytic Poliomyelitis, 1962. *J.A.M.A.*, **184**: 948-956 (22 juin) 1963.
17. TERRY, L. L.: Public Statement and Report of Special Advisory Committee on Oral Poliomyelitis Vaccine: *Communicable Disease Center Poliomyelitis Surveillance, Rapport No 273 (Etats-Unis)*, 21 décembre 1962.

RAPPORT NO 2

*Vaccin buccal de poliovirus vivants — au Canada
1963 (au 17 septembre seulement)*

1. Introduction

Emploi du vaccin Sabin en 1963

Le Comité consultatif technique sur l'emploi du vaccin de poliovirus vivants s'est réuni à Ottawa les 16, 17 et 18 septembre 1963. Il a étudié les rapports intérimaires sur l'emploi du vaccin Sabin à base de poliovirus vivants à Terre-Neuve, au Québec, en Saskatchewan et en Alberta.

Le Comité a étudié de plus les expériences récentes en Nouvelle-Zélande, en Australie, en Angleterre et au Pays de Galles, en Allemagne de l'Est, et aux États-Unis. Quelques-uns de ses membres ont présenté des rapports sur les travaux du IX^e Colloque européen sur la poliomyélite et les maladies connexes, tenu à Stockholm du 1^{er} au 4 septembre 1963.

D'après les rapports des représentants provinciaux qui assistaient aux réunions d'Ottawa, on calcule que du 1^{er} janvier au 17 septembre 1963, plus de 900,000 personnes ont reçu le vaccin trivalent Sabin dans les régions non épidémiques. De ce nombre, plus de 400,000 ont reçu une deuxième dose en 1963. La grande majorité de ceux qui ont pris le vaccin buccal avaient déjà reçu du vaccin Salk ou du vaccin Sabin.

Le Comité a analysé plusieurs cas d'affection neurologique déclarée dans les 60 jours qui ont suivi l'ingestion du vaccin Sabin. Les conclusions sont résumées au tableau I ci-après.

Le Comité n'a trouvé aucune preuve qu'une maladie paralytique grave et persistante puisse être imputée aux programmes de vaccination Sabin en 1963. Un certain nombre de cas de troubles neurologiques présentaient de très grandes difficultés au point de vue diagnostic, ces cas sont également présentés au tableau I.

2. Conclusions générales sur l'innocuité, l'efficacité et l'utilité du vaccin Sabin

Innocuité

2.1 Il est maintenant bien établi que le vaccin Sabin offre une marge de sécurité considérable. Cette conclusion se fonde sur l'expérience acquise auprès de plus de 70 millions de vaccinés en Amérique du Nord, la plupart vaccinés avec les vaccins monovalents.

On est toutefois d'accord sur le fait qu'il existe un faible risque de développer, comme complication, une maladie paralytique. Ce risque existe surtout chez les adultes âgés de plus de 30 ans qui n'avaient jamais été immunisés, au vaccin Salk ou au vaccin Sabin.

2.2 Chez l'adulte, la principale source d'infection est le réservoir de poliovirus nature présente chez les enfants. Le vaccin Sabin fournit le moyen virtuel d'éliminer les poliovirus de ce réservoir.

Si les programmes d'immunisation collective pouvaient atteindre une proportion élevée des bébés, des enfants d'âge préscolaire et d'âge scolaire, l'immunisation des adultes serait moins nécessaire.

Efficacité

2.3 Au Canada et dans d'autres pays, le vaccin Sabin a enrayé les épidémies efficacement et promptement, diminuant de ce fait la circulation des poliovirus nature dans ces localités.

Utilité

2.4 Le Comité est convaincu de la grande valeur pratique du vaccin Sabin et recommande fortement que ce vaccin soit employé le plus tôt possible dans les programmes réguliers de vaccination électorale chez les enfants.

2.5 Le Comité est d'avis que le vaccin antipoliomyélite Sabin est le seul moyen de lutte pratique en temps d'épidémie. Il est si facile à administrer que l'on peut vacciner rapidement toute une population et atteindre sans retard un grand nombre de personnes sensibles.

3. Recommandations générales sur l'emploi du vaccin Sabin

3.1 Au Canada, on devrait continuer à employer le vaccin Sabin trivalent de préférence aux vaccins monovalents ou bivalents, non seulement en temps d'épidémie, mais aussi dans toute vaccination électorale.

3.2 Les programmes de vaccination destinés à toute une localité doivent être élaborés et leur mise en œuvre surveillée par les services de Santé.

3.3 A l'heure actuelle, le vaccin Sabin doit être distribué par l'entremise des Services de santé et ce pour trois raisons principales, à savoir:

— Premièrement, les Services de santé sont les mieux préparés pour organiser et coordonner les programmes locaux de vaccination, et les appliquer à une saison appropriée;

— Deuxièmement, on considère que les Services de santé sont les mieux outillés par rapport aux besoins particuliers de ce vaccin. Parce qu'il est instable, ce vaccin doit être conservé en congélateur à très basse température jusqu'au moment de l'utiliser;

— Troisièmement, enfin, les Services de santé sont également les mieux en mesure de veiller à ce que les épreuves nécessaires, périodiquement pour contrôler la concentration et la stabilité du vaccin, soient réellement pratiquées.

3.4 Le Comité juge fort souhaitable la tenue de fiches individuelles pour toute personne qui aura pris le vaccin Sabin.

3.5 Les mesures de surveillance usuelle dans le cas des autres agents immunisants devront être appliquées. On devrait déclarer tous les cas de complications et faire l'enquête appropriée. Désormais, aucune autre mesure spéciale de surveillance ne semble nécessaire, sauf dans les régions

LINODIL

Marque de Niacinate d'Inositol

VASO-DILATATEUR PÉRIPHÉRIQUE D'ACTION PROLONGÉE

Quand les extrémités du patient sont

ANORMALEMENT BLEUES

ANORMALEMENT BLANCHES

ANORMALEMENT FROIDES

Efficace et sans risque dans le traitement, peros, des troubles vasculaires périphériques de Linodil ne produit pas une vaso-dilatation générale et il est exempt d'effets secondaires usuellement associés avec ce genre de produit — à preuve 7079 patients traités par plus de 900 médecins.

INDICATIONS : Le Linodil est indiqué pour les malades présentant des troubles vaso-spastiques tels que le PHÉNOMÈNE DE RAYNAUD et la MALADIE DE RAYNAUD. Le Linodil est également indiqué dans les cas d'OBSTRUCTION ARTÉRIELLE ORGANIQUE y compris L'ATHÉROSCLÉROSE et L'ARTÉRIOSCLÉROSE PÉRIPHÉRIQUE, L'ARTÉRIOSCLÉROSE OBLITÉRANTE avec ou sans CLAUDICATION INTERMITTENTE, LA GANGRÈNE PRÉCOCE et LE SYNDROME DU BUERGER (thrombo-angéite oblitérante). De bons résultats cliniques ont aussi été observés dans les CRAMPES NOCTURNES et dans LE SYNDROME DES JAMBES SANS REPOS. Les études se poursuivent sur d'autres indications signalées dans la littérature.

EFFETS SECONDAIRES : la thérapie avec LINODIL produit peu d'effets secondaires, qui sont pour la plupart bénins.

POSOLOGIE : 1 à 2 comprimés deux à trois fois par jour, jusqu'à 6 à 8 comprimés par jour si nécessaire.

PRÉSENTATION : comprimés rainurés de 500 mg. en flacons de 50.



LINODIL
...pour le membre ischémique

Winthrop
LABORATORIES
AURORA ONTARIO

où il y a des problèmes spéciaux de diagnostic différentiel comme, par exemple, dans l'Ouest Canadien à l'époque d'une recrudescence saisonnière de l'encéphalite équine occidentale.

3.6 Dans certaines régions du Canada, il faudrait améliorer les installations nécessaires pour le diagnostic viral. Cette nécessité a été bien mise en évidence par l'expérience de 1963 où les résultats de laboratoire étaient incomplets dans la plupart des cas. Le nécessaire pour un diagnostic de laboratoire rapide devrait être à la portée de tous les Services de santé où on emploie le vaccin Sabin. Il importe encore davantage d'avoir le nécessaire pour que les échantillons convenables soient prélevés et expédiés au laboratoire.

3.7 Il y aurait lieu de favoriser les études virologiques spéciales dans les cas de maladies neurologiques qui ressemblent à la poliomyélite, surtout les affections désignées par le clinicien "névrite", syndrome de Guillain-Barré, ou encéphalomyélite.

3.8 Les personnes qui reçoivent le vaccin Sabin devraient être bien portantes, comme dans le cas de tout autre agent immunisant. On devrait éviter d'administrer délibérément en même temps un autre vaccin à base de virus vivant (par exemple, contre la variole ou la fièvre jaune).

4. Emploi du vaccin Sabin en temps d'épidémie

4.1 De nos jours, l'apparence même d'un ou deux cas de maladie paralytique dans n'importe quelle agglomération au Canada justifie la lutte la plus active pour prévenir la diffusion.

4.2 Tous les contacts épidémiques du ou des premiers cas de poliomyélite dans une agglomération devraient recevoir du vaccin Sabin sans retard afin d'empêcher l'infection de se propager.

4.3 D'après l'importance de l'agglomération et les autres aspects épidémiques dont il faut tenir compte, dans bien des cas, il vaudra mieux commencer la vaccination collective le plus tôt possible. Le vaccin Sabin devrait alors être offert à tous, peu importe l'âge des sujets et le stade de l'immunisation au vaccin Salk, et sans égard aux recommandations relatives à l'immunisation collective qui font l'objet du paragraphe 5 ci-dessous.

5. Emploi du vaccin Sabin dans les campagnes régulières d'immunisation élective

5.1 Le vaccin Sabin devrait être introduit rapidement dans les pratiques ordinaires d'immunisation élective des enfants. Au début, on devrait au Canada lancer des campagnes de vaccination collective dans tous les centres où il n'y en a pas eu encore. Il faudrait mettre ces programmes en œuvre pendant les mois non épidémiques, et chercher à atteindre surtout les bébés, les enfants d'âge préscolaire. Ces groupes constituent le principal réservoir de poliovirus à l'état nature.

Cette entreprise devrait être renouvelée au moins une fois, après un délai d'au moins six semaines.

Après cette double vaccination collective dans une localité, on devrait introduire le vaccin Sabin dans la technique usuelle d'immunisation, pour le moment à titre d'appoint du vaccin Salk. A ce stade, on devra peser l'opportunité de mettre le vaccin Sabin à la disposition des médecins de l'exercice privé. Éventuellement, le vaccin Salk sera probablement remplacé en grande partie par le vaccin Sabin.

5.2 Pour les adultes qui n'ont jamais été immunisés, le vaccin de choix est le vaccin Salk. Sauf dans les cas de risque particulier, le vaccin Sabin ne doit pas être utilisé pour la primovaccination des adultes. Tout adulte qui demande le vaccin Sabin pour une immunisation élective initiale, devrait être prévenu du risque qu'il encourt.

Les programmes d'immunisation élective des adultes sont d'importance secondaire et ne devraient aucunement nuire à la mise en œuvre des programmes d'immunisations visant à éliminer le virus chez les enfants, comme on le recommande ci-dessus à l'alinéa 5.1.

5.3 Tous ceux qui sont fortement exposés aux poliovirus nature, notamment les voyageurs en partance pour les pays où la poliomyélite est fréquente, devraient prendre du vaccin Sabin. S'il s'agit d'adultes, il vaut mieux qu'ils soient d'abord vaccinés au vaccin Salk si on a le temps voulu.

5.4 Les personnes plus sensibles que les autres aux poliovirus nature, notamment les femmes enceintes, devraient, quel que soit leur âge, être d'abord vaccinées au vaccin Salk de façon régulière et, plus tard, au vaccin Sabin.

5.5. Guide de l'utilisation régulière du vaccin Sabin.

Catégories	Vaccin Sabin recommandé	Vaccination préalable au vaccin Salk recommandée
Bébés (jusqu'à 1 an)	Oui	Oui ¹
Enfants d'âge préscolaire	Oui	Pas essentielle
Enfants d'âge scolaire	Oui	Pas essentielle
Adultes fortement exposés aux poliovirus nature	Oui ²	Pas essentielle
Femmes enceintes	Oui	Oui ³

¹ La vaccination préalable au vaccin Salk est recommandée à l'heure actuelle, dans le but de ne pas déranger les programmes actuels d'immunisation avec les antigènes combinés.

² Si le risque d'exposition aux poliovirus nature n'est pas élevé, l'immunisation préalable au vaccin Salk est recommandée.

³ La vaccination préalable au vaccin Salk est recommandée à titre de précaution générale.

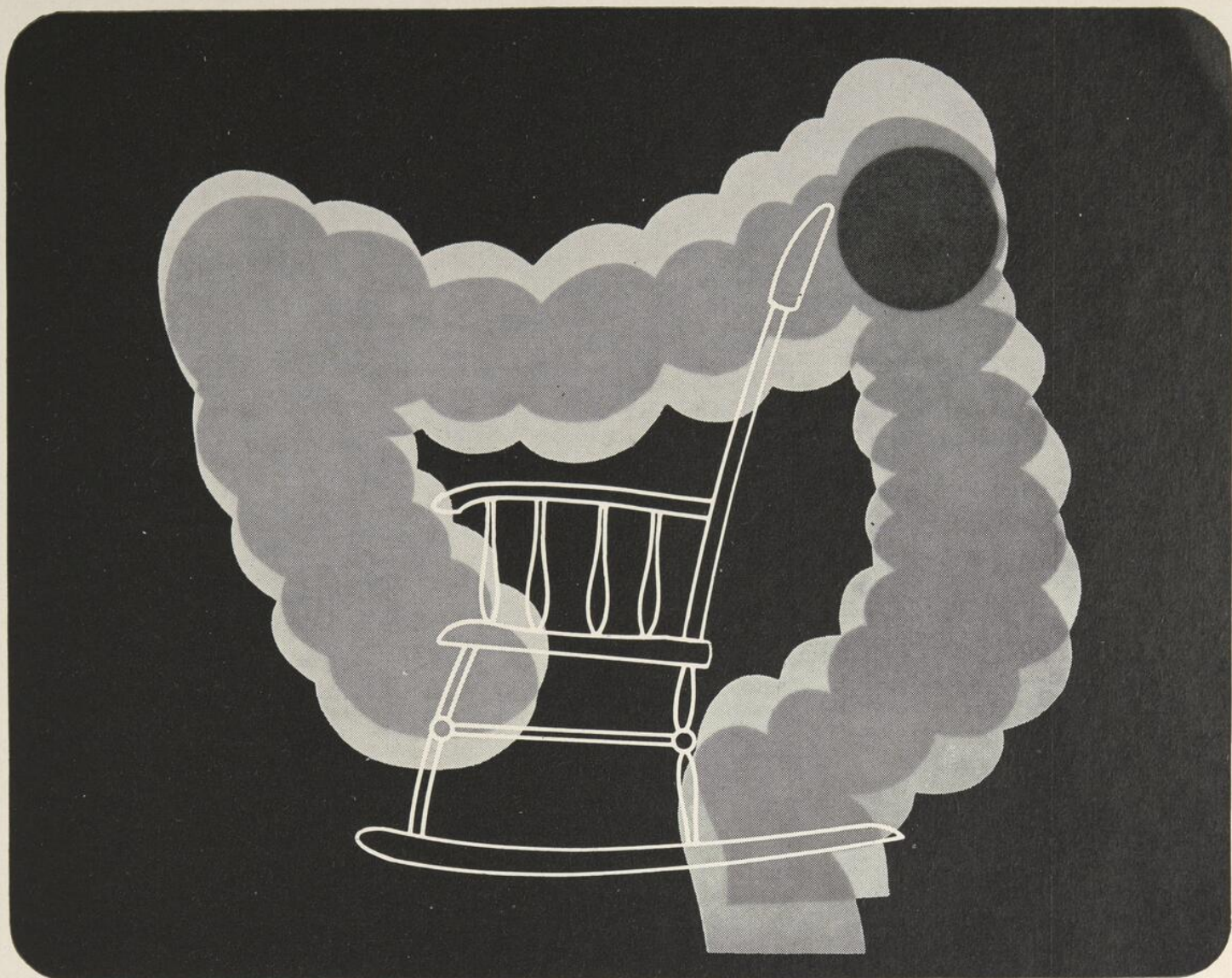
RÉUNION ANNUELLE DE L'"AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION" NEW YORK, 20-24 juin 1964

Cette réunion annuelle, qui est la plus considérable de toutes les réunions médicales américaines autant pour l'assistance que pour le nombre de communications et d'exhibits scientifiques et commerciaux, se tiendra à New-York à l'époque où sera ouverte l'exposition mondiale de New-York.

On s'attend à une assistance qui dépassera les 23,053 médecins qui se rendirent à la dernière réunion tenue à New-York en 1961.

LES ENFANTS ATTEINTS DE MALADIES MENTALES SONT TRAITÉS COMME DES ENFANTS ARRIÉRÉS

Les enfants atteints de maladies mentales souffrent des conditions inadéquates au Canada, déclare le Dr J. D. Grif-fin de l'Association Canadienne d'Hygiène Mentale.



L'INTESTIN DU VIEILLARD CONSTIPÉ MANQUE DE MASSE

METAMUCIL

(marque du mucilloïde hydrophile de psyllium)

- y crée une masse molle
- stimule le réflexe du côlon

Le Metamucil stimule naturellement et sans danger le péristaltisme, supprimant ainsi la cause la plus fréquente de la constipation chez le vieillard.

La masse gélatineuse complète le contenu intestinal, souvent déficient chez le vieillard, par suite de son régime pauvre en résidus. Le Metamucil renforce le stimulus naturel qui règle le péristaltisme, en permettant à la paroi intestinale de se distendre sous l'influence du bol alimentaire.

En créant dans le côlon une masse molle, facilement compressible et qui progresse aisément, le Metamucil normalise l'activité des réflexes, diminue l'effort de défécation et l'irritation rectale et tend finalement à rétablir la fonction rythmique naturelle de l'intestin.

Posologie habituelle pour adultes : une cuillerée à thé arrondie de Metamucil dans un verre de liquide frais. Le Metamucil est présenté en flacons de 5 et de 12 onces.

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

La recherche au service de la médecine

Plusieurs d'entre eux sont traités dans des cliniques destinées aux arriérés mentaux. Ils ne reçoivent donc pas les traitements qui dans certains cas pourraient être plus efficaces.

Le Dr Griffin fit ces remarques aux travailleurs participant à la campagne de l'association "Au Service de l'Esprit". Cette campagne est un mouvement destiné à renseigner le public et fut lancée par l'organisation laïque qui s'occupe des problèmes des patients mentaux depuis 40 ans.

Les psychiatres pour enfants reconnaissent ce problème de plus en plus, fit remarquer le Dr Griffin, et la documentation actuelle qui traite des arriérés mentaux et des enfants atteints de maladies mentales fait preuve de cet intérêt marqué.

Un des grands dangers selon le Dr Griffin réside dans le fait que si les enfants ne sont pas classés comme étant réellement malades mentalement plutôt qu'arriérés, il est possible qu'ils ne reçoivent pas les traitements qui dans quelques cas pourraient être très efficaces.

Une des grandes difficultés est de distinguer entre les enfants arriérés mentalement et les enfants atteints de maladies mentales.

La moitié des enfants admis dans les hôpitaux mentaux sont acceptés à cause d'un désordre mental — et non parce qu'ils souffrent de déficience mentale ni parce qu'ils sont arriérés, déclara-t-il. Après qu'ils ont été admis, ils s'amé-

liorent suffisamment et en plus grand nombre que les arriérés mentaux, pour enfin être congédiés de l'hôpital.

Les spécialistes déclarent qu'au moins dix pour-cent des enfants (âgés de 18 ans et moins) souffrent de désordres mentaux et émotifs assez sérieux pour nécessiter des soins professionnels, et un sur dix de ces patients nécessite un traitement à l'hôpital.

Le Dr Griffin déclare que la plupart des enfants requérant des soins hospitaliers à cause d'un désordre mental ou émotif sont maintenant admis dans des institutions destinées principalement aux adultes.

Au cours de 1961, 280 seulement furent admis dans des "hôpitaux spécialisés pour les enfants atteints de maladies mentales". Au Canada, il existe seulement six de ces hôpitaux et ils peuvent admettre environ 160 enfants. Ces hôpitaux pour enfants comprennent des sections psychiatriques.

Beaucoup d'enfants atteints de maladie mentale et souffrant de troubles émotifs assez gravement pour recevoir des soins et des traitements intenses sont admis dans des maisons de "traitement sur place". Ces maisons ne sont pas dirigées par des médecins et par conséquent ne sont pas considérées comme hôpitaux spécialisés.

Environ 300 enfants sont dans des maisons de ce genre. Il existe 14 de ces institutions au Canada qui peuvent offrir l'hospitalisation à un nombre d'enfants allant de 10 à 40.

LIVRES REÇUS

L'hypnose — Les problèmes théoriques et pratiques; la technique. Par le docteur L. CHERTOK. Troisième édition refondue. Préface du docteur Henri EY. — Un volume de 224 pages, avec 1 figure, 1 tableau (16 x 22). 30 F. Masson et Cie, édit., Paris, 1963.

Les deux premières éditions de ce livre ont été rapidement épuisées et ce succès témoigne du très vif intérêt porté aux questions dont il traite. L'hypnose est en effet actuellement l'objet d'études et d'applications nombreuses dans tous les domaines de la médecine. Cependant en France, à côté de travaux anciens, restés classiques, de Liébeault, Bernheim, Charcot, etc., il n'était pas possible, jusqu'ici, de trouver d'ouvrages tenant compte de ces données nouvelles.

L'étude de L. Chertok constitue la première tentative pour combler cette lacune. L'auteur est un des rares psychiatres qui s'intéressent actuellement à l'hypnose en France, et il poursuit depuis plusieurs années des travaux sur la question. C'est à la lumière de son expérience qu'il a entrepris d'exposer les problèmes physiologiques, psychologiques et médicaux soulevés par l'hypnose, et d'en décrire la technique. Dans la présente édition, la plupart des chapitres consacrés aux problèmes théoriques et pratiques ont été considérablement remaniés et ont fait l'objet d'une élaboration nouvelle. La mise à jour tient compte des travaux les plus intéressants parmi les très nombreux articles parus récemment. On y trouvera enfin une courte étude sur l'hypnose animale.

L'ouvrage comporte trois parties:

La première présente un bref aperçu historique, un exposé des principales théories, une étude des rapports de l'hypnose et du sommeil, de l'hypnose animale, de l'hypnotisabilité, les modes d'application, l'enseignement et les indications thérapeutiques, enfin un certain nombre d'observations cliniques.

La deuxième partie expose les moyens d'induction et d'approfondissement de l'hypnose par suggestion verbale, et traite ensuite de l'hypnose médicamenteuse, des techniques spécialisées, de l'auto-hypnose, etc.

La troisième partie est consacrée aux techniques dérivées de l'hypnose.

Cette étude intéressera les médecins, les psychologues, les psychothérapeutes, les physiologistes, ainsi que le grand public cultivé désireux de se tenir au courant des problèmes d'actualité psychologique.

Grandes divisions de l'ouvrage

I. Les problèmes. — Introduction. Quelques points d'histoire. Les théories. Théorie pavlovienne. Théories psychanalytiques. Rapports de l'hypnose et du sommeil. Hypnose animale. Hypnotisabilité. Applications thérapeutiques. Enseignement. Indications. Observations. — II. La technique. — Introduction. L'entretien préparatoire. Tests de suggestibilité. L'induction. Approfondissement de la transe. Le réveil. L'expérience vécue de la transe. L'hypnose médicamenteuse. Techniques spécialisées. L'auto-hypnose. L'hypnose de groupe. L'hypnodrame. — III. Techniques dérivées de l'hypnose. — Bibliographie. Index alphabétique.



les premiers cent ans



En 1863, quand Hoechst commença ses opérations, on ne savait que très peu de chose sur le diabète, ses causes et son traitement. En fait, ce n'est que cinquante ans plus tard que se produisit la première découverte majeure dans ce domaine, en 1921, alors que les canadiens Banting et Best parvinrent à isoler l'insuline. Depuis 1910 cependant, Hoechst travaillait à un procédé pour la préparation d'extraits pancréatiques et reçut, en reconnaissance de ses travaux, l'une des premières licences permettant de manufacturer l'insuline.

Il fallut attendre encore près de cinquante ans avant de franchir l'étape suivante. C'est une découverte de Hoechst — la découverte d'Orinase, le premier agent antidiabétique oral efficace — qui a permis à des millions de diabétiques de vivre une vie plus normale et plus utile.

A l'aube de ce second siècle, nous essayons d'entrevoir quels développements médicaux se réaliseront. Peut-être s'agira-t-il de la guérison du diabète. Peut-être s'agira-t-il de la prévention du diabète. Un fait certain, Hoechst poursuivra sa recherche pour des préparations sûres, efficaces, au champ d'action plus étendu. Car seule la recherche originale basée sur des années d'expérience rendra possible une nouvelle étape de la médecine. C'est cette expérience que Hoechst ont acquise comme pionniers et autorités dans le domaine de la diabéto-thérapie.



Traité de biochimie générale. Tome II: Les agents des synthèses et des dégradations biochimiques. Fascicule deux: LES ENZYMES. — Un volume de 754 pages, avec 83 figures, 51 tableaux (17.5 x 25.5). Broché: 140 F; Cartonné toile: 155 F. Masson et Cie, édit., Paris, 1963.

Le traité de Biochimie Générale est un ouvrage de référence destiné à la fois au biochimiste et au non-spécialiste. Il s'est donné pour but de rassembler l'essentiel des connaissances actuelles dans les divers domaines de cette science qui se développe très rapidement. A la suite du tome I, consacré à l'étude des constituants plastiques de la matière vivante, le tome II comporte celle des "biocatalyseurs" au sens large, c'est-à-dire l'étude des molécules biochimiques envisagées sur le plan fonctionnel.

Ce fascicule II est entièrement réservé aux enzymes.

Dans une première partie, les auteurs présentent la chimie générale des enzymes: nature protéinique des enzymes, moyens d'étude de leur structure et de leur mode d'action, propriétés de leur "site actif", influence des facteurs physiques et chimiques sur l'enzyme, cinétique et thermodynamique de la réaction enzymatique, influence des facteurs physiques sur la cinétique, inhibiteurs des réactions. Une étude de la cinétique hétérogène et de son rôle dans les réactions de la matière vivante complète ce tableau d'enzymologie générale.

La seconde partie est consacrée à l'étude des principaux enzymes connus, classés selon les réactions catalysées. Dans chaque chapitre on trouve l'étude générale de la classe d'enzymes considérée, et des monographies portant sur les principaux d'entre eux. Les auteurs ont évité l'écueil d'en faire un catalogue fastidieux, et le lecteur prendra intérêt à saisir la diversité des enzymes, de leurs caractéristiques et de leurs mécanismes d'action.

L'étude des enzymes et des réactions enzymatiques pourrait recouvrir pratiquement toute la biochimie dynamique, c'est-à-dire les métabolismes. Le lecteur peut donc, en utilisant l'index, parcourir la plupart des chaînes métaboliques. Mais l'objet principal de ce volume n'est pas là: il s'agit de la connaissance des enzymes en eux-mêmes; elle est susceptible d'intéresser tous ceux que passionne la biologie moléculaire.

Obstétricie pratique. Par Henri BÉDRINE, Paul HOULNÉ et Jean POITEAU. — Un volume de 640 pages (16 x 21). 44 F. Librairie Le François, édit., Paris, 1963.

Il s'agit ici d'une refonte du livre de Henri Paucot et Henri Bédrine, dont la première édition remonte à 1945 et dont la 5e édition est maintenant épuisée.

Il n'était plus possible d'offrir au lecteur une 6e édition, simplement retouchée; il fallait faire du neuf en s'efforçant de surpasser les cinq éditions précédentes.

L'évolution générale des sciences médicales, celle non moins parallèle de l'obstétrique, justifiaient que l'ouvrage fût repensé. Bien sûr, les grands syndromes anatomo-pathologiques, leur traduction clinique sont demeurés inchangés; mais, dans ce cadre traditionnel, bien des conceptions ont évolué. La thérapeutique en particulier, les techniques se sont modifiées au fil des années; moins d'interventions de voie basse, un recours plus fréquent à la chirurgie obstétricale, telle est l'évolution générale actuelle; il fallait en tenir compte. D'autre part, les progrès de la biologie ont enrichi nos moyens d'investigation et notre arsenal thérapeutique; une large place

devait être réservée à l'obstétrique médicale, chaque jour plus importante; nous n'y avons pas failli.

La majeure partie de l'iconographie, toujours d'actualité, a été conservée; néanmoins, quelques dessins et schémas ont été ajoutés.

Il faut savoir gré à l'éditeur, d'avoir tenu à donner à l'ouvrage une robe digne de lui; cette nouvelle présentation, solide et luxueuse, n'est pas son moindre attrait.

Puisse cette 6e édition, signée par les trois élèves du professeur Paucot, apporter aux générations qui montent la même aide qu'à leurs aînés.

Précis d'Anatomie et de Physiologie du Système nerveux central et végétatif. Par Hermann HOEPKE, professeur à l'Université d'Heidelberg, directeur à l'Institut d'Anatomie. Traduit de l'allemand par le docteur S. KLEIN et A. HENDRICKX. — Un volume de 154 pages, 16 x 24, 69 fig. en noir et en couleurs. 38 F. Librairie Maloine S.A., édit., Paris, 1963.

Table des matières

La position privilégiée de l'homme grâce à son cerveau. - Considérations comparatives. - Le développement du cerveau. - Structure et fonctions des cellules nerveuses. - La théorie des neurones. Le vieillissement des cellules nerveuses. - La névrologie. - Constitution et caractère.

Les différentes parties du cerveau: 1. La moelle épinière; 2. Le bulbe rachidien; 3. la protubérance annulaire; 4. Le cervelet; 5. Le séencéphale; 6. Le diencéphale, l'hypothalamus ou substance centrale grise; 7. Le tronc cérébral en tant qu'unité; 8. Le télencéphale: les noyaux, la structure de l'écorce, les aires du cortex cérébral, le cortex préfrontal; 9. Le système nerveux végétatif: généralités, le sympathique, la chaîne sympathique, la partie cervicale du sympathique, les parties lombaires et sacrée de la chaîne sympathique, les ganglions prévertébraux, le parasymphatique.

Les voies dans la moelle épinière et dans le cerveau: 1. Les lieux d'intégration; 2. Les voies d'association dans le télencéphale; 3. Les voies réflexes dans la moelle épinière; 4. Les voies réflexes dans le tronc cérébral.

Les longues voies sensibles: 1. Description du milieu externe; 2. Récepteurs ou corpuscules terminaux; 3. Le faisceau spino-thalamique; 4. Les faisceaux spino-cérébelleux.

Les grandes voies motrices: 1. La voie pyramidale; 2. Le système extra-pyramidal; 3. Les arcs de conduction; 4. La moelle épinière dans son ensemble.

Le centre du langage. - La voie optique, la bandelette longitudinale postérieure. - Odorat et goût. - La voie olfactive. - La voie gustative. - La voie auditive. - La voie d'équilibration. - Le cingulum.

Les voies du système végétatif: 1. Les arcs de réflexe et les zones de Head; 2. L'innervation des yeux; 3. L'innervation des glandes de la tête: le réflexe salivaire; 4. L'innervation du cœur; 5. L'innervation des vaisseaux; 6. La régulation de la pression sanguine; 7. L'innervation des poumons; 8. L'innervation des viscères abdominaux; 9. L'innervation des reins; 10. L'innervation végétative des organes du bassin; 11. L'innervation végétative de la peau; 12. Le centre supérieur: l'hypothalamus et ses connexions.

Les méninges. - L'irrigation sanguine du cerveau. - L'irrigation sanguine de la moelle épinière.

Orinase[®]

**L'art de
traiter le diabète
consiste à diriger
le patient diabétique
sur l'étroit sentier
entre l'hyperglycémie
et l'hypoglycémie**



Orinase est synonyme d'euglycémie pour plus de deux millions de diabétiques car il facilite la sécrétion d'insuline naturelle par des voies naturelles; il favorise de plus le rétablissement fonctionnel des cellules bêta. Il existe bien des sulfonylurées plus puissantes, mais il ne faut pas confondre puissance et efficacité. Orinase est efficace. Et, il est sûr. Il ne provoque pas d'hypoglycémie nocturne dangereuse qui peut très bien causer des lésions cérébrales irréparables.

Il n'est pas surprenant qu'Orinase soit reconnu comme le standard de sécurité et d'efficacité dans le traitement du diabète, si on prend en considération tous les facteurs en cause.



La maladie lupique en médecine interne. Symposium sous la direction du professeur Fred SIGUIER. — Un volume de 150 pages, 53 figures (21 x 27). 32 F; Franco: 33.50 F. L'Expansion, édit., Paris, 1963.

La maladie lupique doit à la vogue extraordinaire des maladies du collagène son intérêt d'actualité.

En effet, son étude ne se résume pas, comme il y a un demi-siècle, à la connaissance de ses aspects dermatologiques. Bien au contraire, les travaux qui, depuis quinze ans, et dans le monde entier, lui sont consacrés, soulignent unanimement son caractère ubiquitaire, et trop fréquemment déconcertant.

Sous la direction du professeur Fred Siguier qui s'est particulièrement attaché, en France, au problème de la maladie lupique en médecine interne, ce symposium démontre, sous ses apparences protéiformes, l'unicité de l'affection.

Les auteurs, faisant état d'une documentation exhaustive et d'une solide expérience personnelle, ne laissent dans l'ombre aucune des expressions cliniques de la maladie, et n'éluent pas les difficultés qu'elles suscitent:

Atypie ou absence des signes cutanés; allure rhumatoïde, quasi constante; richesse parfois prédominante des atteintes viscérales, cardiaques, neurologiques, hépatiques, hémato-poïétiques, rénales surtout du lupus; caprices d'une évolution toujours réservée, surtout chez l'enfant; étude critique serrée du phénomène L.E. et de sa signification; originalité des recherches concernant les anti-corps anti DNA, le rôle de troubles enzymatiques, la responsabilité éventuelle d'une altération biochimique; enquête à la recherche d'un dénominateur commun bio-chimique dans son étiologie; limites du concept de maladies par auto-anti-corps auto-entretenues; discussion des indications, des résultats et des incertitudes du traitement.

Tous ces chapitres permettent de mesurer les progrès accomplis par les cliniciens et les chercheurs durant ces toutes dernières années.

Écrit à la fois par des spécialistes pour des spécialistes et par un interniste soucieux de synthèse, ce livre documenté, clair et précis, ne perd jamais le fil conducteur de la clinique, tout en faisant une large place aux courants d'idées concernant la pathologie du collagène: il vient en son temps.

Conférences de gynécologie et d'obstétrique. Par Y.-M. Le Balc'h. Pour la préparation des certificats d'études spéciales et des concours hospitaliers. — A paraître en 18 fascicules de cinq questions. Prix de souscription aux 18 fascicules: 160 F; Prix d'un fascicule: 10 F (port en sus: 1 F). Librairie Maloine S.A., édit., Paris, 1963.

Les conférences de gynécologie et d'obstétrique ont pour but de fournir au lecteur une série d'exposés sur les grands problèmes classiques d'obstétrique et de gynécologie. L'étude de ces derniers est rendue ardue par la multiplicité des sources (traités, ouvrages et revues spécialisées, thèses), dont la diversité impose un important travail de documentation. Il nous a donc paru utile de rassembler en une série de mises au point les questions d'obstétrique et de gynécologie les plus indispensables.

Ces conférences s'adressent non seulement aux candidats aux certificats de spécialité d'obstétrique et de gynécologie, mais encore aux étudiants et aux médecins généralistes pra-

tiquant l'obstétrique et la gynécologie. Aussi bien ne faut-il pas oublier que l'immense majorité des accouchements en France est faite par des omnipraticiens soit à domicile, soit dans les maternités rurales.

Bien entendu, ces exposés ne peuvent dispenser de la lecture des excellents précis ou traités d'obstétrique et de gynécologie tant français qu'étrangers. Toutefois, ces mises au point éviteront de disperser les recherches en groupant le maximum d'informations tant théoriques que pratiques, dont tout praticien et étudiant préparant les certificats de spécialité peuvent avoir besoin.

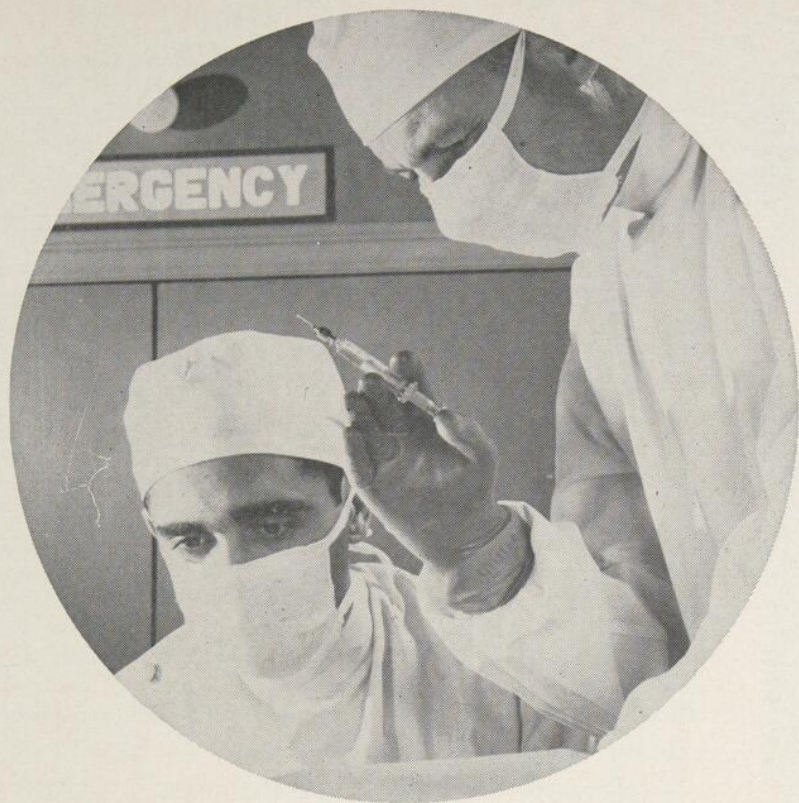
Pancréatites aiguës — Conceptions et thérapeutiques récentes. Par Henri SARLES, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Marseille, médecin des Hôpitaux, et Roger CAMATTE. — Un volume de 280 pages, avec 8 figures, 33 tableaux (16 x 22.5). 48 F. (Pour la France: taxe locale en plus.) Masson et Cie, édit., Paris, 1963.

De très nombreux travaux ont été dans le courant de ces dernières années consacrés aux pancréatites aiguës. La sémiologie clinique, radiologique et biologique a été fouillée dans l'espoir d'assurer un diagnostic précoce jusque-là réputé si difficile. La valeur de l'amylasémie, de la lipasémie, du dosage de l'antithrombine dans le sang ou des enzymes dans les épanchements des séreuses ont été simultanément prônés et critiqués. Le mécanisme de la maladie a pu paraître évident à certains: l'activation et la diffusion des ferments pancréatiques semblaient bien expliquer l'autodigestion de la glande et des tissus périphériques; mais on a pu trouver de la trypsine active sans lésions pancréatiques et des pancréatites aiguës sans trypsine active. Des statistiques étoffées ont permis de conclure que l'acte chirurgical systématique augmentait la mortalité et devait être évité. L'utilisation des antibiotiques, de la corticothérapie intraveineuse et surtout des antienzymes a paru diminuer la mortalité dans des proportions parfois considérables et a renforcé le prestige du traitement conservateur. Des statistiques moins nombreuses mais plus récentes mettant en doute ou minimisant l'action des antienzymes, condamnent parfois la corticothérapie.

Ces contradictions, l'impossibilité pour chacun de lire les quelques milliers de travaux récents consacrés à ce sujet nécessitent une mise au point. Les auteurs ont rassemblé une bibliographie très importante qu'ils ont exposée et critiquée, en séparant ce qui paraissait indiscutable de ce qui restait douteux. De plus, à la lumière d'une série de cas personnels, ils ont essayé de dégager un enseignement pratique. Ce livre, qui comprend une table analytique, permet à la fois de retrouver rapidement une référence bibliographique ou de rechercher une réponse clinique, radiologique, biologique ou thérapeutique à un problème posé par un cas précis.

Grandes divisions de l'ouvrage

I. Étude clinique et sémiologique. — II. Formes cliniques. — III. Étude radiologique. — IV. Étude biologique. — V. Étude diagnostique. — VI. Anatomie pathologique. — VII. Étiopathogénie des pancréatites aiguës. — VIII. Évolution générale des pancréatites aiguës. Transition de la pancréatite aiguë à la pancréatite chronique. Problème de la pancréatite récurrente. — Bibliographie par chapitres. — Index alphabétique des matières.



**L'antibiotique
hors pair
à large spectre
qui s'emploie
aussi bien
à l'hôpital
que dans la
pratique générale**

Reverin[®]

(pyrrolidino-méthyl-tétracycline)

l'antibiotique bactéricide semi-synthétique
à large spectre...
imité, mais jamais égalé.

Cophylac[®]

le traitement classique de la toux

Parmi les centaines de préparations destinées à combattre la toux, il en existe très peu possédant une véritable valeur thérapeutique. Cophylac en est une. Seulement 15 gouttes matin et soir contrôlent la toux durant 24 heures, décongestionnent les bronches et facilitent l'expectoration. Et, tout en étant trois fois aussi puissant que la codéine, il n'en a pas les effets secondaires défavorables. C'est peut-être la raison pour laquelle tant de médecins prescrivent Cophylac...le traitement classique de la toux.



L'Union Médicale du Canada en 1895

Avril 1895

Des images ! c'est ce que l'enfant demande avant d'être homme, et c'est ce qui reste à l'homme avant de mourir.

I. CLARETIE

* * *

On disait à un cuisinier encore jeune, mais déjà chauve: "C'est bien triste à votre âge d'avoir perdu tous vos cheveux !

— Perdus !... On les a tous mangés, monsieur !"

* * *

Au restaurant:

Un client trouve un cheveu énorme dans son potage.

Furieux, il fait appeler le restaurateur.

Le bonhomme arrive, mais ôtant sa casquette, il découvre le genou le plus parfait du monde.

Alors le client, désarmé:

— C'est donc votre dernier.

* * *

Examens de baccalauréat:

— Voulez-vous me dire, demande l'examineur, qu'elle fut la grande préoccupation de Charles-le-Chauve ?

— Dame ! reprend l'élève, ce devait être l'ennui de ne pas avoir de cheveux !

À TRAVERS LA THÉRAPEUTIQUE

M. le Dr Carenavé de la Roche dit que: "Ce qui suit m'est suggéré par le fait clinique suivant, dont l'authenticité m'est garantie par celui qui en fait le sujet lui-même.

"Un de mes anciens condisciples, praticien distingué, bien qu'exerçant à la campagne, m'écrivait naguère qu'après avoir été diabétique (gras) pendant plusieurs années, et avoir essayé toutes les médications préconisées, sans en obtenir que des améliorations passagères, il avait été radicalement guéri de sa maladie, par l'usage du phosphore, à des doses infinitésimales (0,001 milligramme) matin et soir, pendant plusieurs mois. Il ajoutait que le sucre n'avait pas reparu dans les urines depuis un an."

Toute isolée que soit cette observation, elle m'a paru présenter un double intérêt pratique; d'abord par l'importance du résultat de ce médicament non encore employé, du moins à la connaissance; et en second lieu par la lumière qu'elle jette sur la pathologie, jusqu'à ce jour, bien obscure, de la dystrophie diabétique. Or n'est-ce pas sur la cause réelle du diabète et sur le véritable mode de traitement que planent l'incertitude et le désaccord des pathologistes.

Il suffit de jeter un regard rétrospectif sur la liste, aussi longue qu'hétérogène, des médicaments tour à tour prônés par la pharmacopée indigène et étrangère, pour se faire une juste idée du désarroi. Du reste, sans critérium pathogénique, la thérapeutique est fatalement exposée à faire fausse route et à battre les buissons.

Par son action anti-diabétique, le phosphore me paraît, dans le cas actuel, devoir mettre sur la voie.



Diagnostic:

Anémie ferriprive.

Traitement de choix:

Intrafer . . . par voie buccale
1 comprimé t.i.d.

Logique:

Dans l'**Intrafer**, le fer agit par chélation pour Permettre de rehausser le niveau d'Hb en circulation et de rétablir les réserves de fer d'un manière physiologique. **L'Intrafer** étant parfaitement compatible avec les chélations systémiques du métabolisme normal chez l'humain, il permet une absorption et un emmagasinage maximum de fer.

Spectre:

Maintenir un degré de fer dans la circulation ainsi que des réserves, dans les cas de grossesse et autres conditions où il y a eu perte de sang.

Présentation thérapeutique:

Chaque comprimé **d'Intrafer** fournit 50 mg. de fer élémentaire avec action physiologique.



ETHICAL PHARMACEUTICALS

INTRA MEDICAL PRODUCTS

DIVISION DE PENICK CANADA LTD.

TORONTO

ONTARIO

En effet, Claude Bernard ne nous a-t-il pas expérimentalement démontré qu'en excitant le bout central du pneumogastrique, on pouvoit produire, à volonté, la glycosurie? En outre, Frerichs, Eckharde, Kulz ne nous citent-ils pas des cas de glycosurie, déterminés par une lésion du 4^e ventricule, ou par une méningite? Se fondant sur ces faits, on peut donc déjà établir en principe que le diabète, dans notre observation, procédait d'une lésion des nerfs vagues, et vu la profession du sujet, par double surmenage moral et musculaire. Du reste, la glycosurie nerveuse n'est-elle pas plus fréquente que la glycosurie hépatique? Pour ma part, le fait n'est pas douteux. De son côté le phosphore est un puissant modificateur du système nerveux. La matière médicale possède-t-elle un agent dynamique plus direct, dans le traitement des lésions du système cérébro-spinal? Or pourquoi ne pas attribuer la guérison du diabète de notre confrère à l'action thérapeutique du phosphore?

La toxicologie viendrait, à son tour, déposer en faveur de cette donnée thérapeutique: Frerichs et l'école Allemande ont constaté que dans l'empoisonnement aigu par le phosphore, la glycosurie n'avait jamais été mentionnée, du moins, très rarement. Le phosphore agirait-il, en ce cas, comme antiglycogénésique absolu ou comme modérateur de la sécrétion glycogénique arrêtée dans son cours? Autant de questions qu'il appartient à la physiologie expérimentale de résoudre et qui ne sauraient en aucune façon infirmer la portée de l'indication thérapeutique objet de cette note.

Dans une époque où les maladies par ralentissement des échanges nutritifs dominant, toute contribution à l'étude de leurs variétés morbides a quelque droit à être prise en considération.

NOUVELLES PHARMACEUTIQUES

HYGROTON-RÉSÉRPINE — HYPOTENSEUR ORAL

L'Hygroton-Réséripine est disponible sous forme de comprimés roses à simple rainure. Chaque comprimé contient 50 mg d'hygroton^R et 0.25 mg de réséripine.

Indications

L'Hygroton-Réséripine est indiqué pour le traitement de l'hypertension. Les pressions systolique et diastolique sont toutes deux abaissées et l'anxiété et la tension se dissipent.

Pour l'hypertension légère: l'Hygroton-Réséripine est le médicament de choix.

Pour l'hypertension modérée: l'Hygroton-Réséripine seul sera habituellement suffisant.

R **PRIPSEN** en GRANULES contre l'oxyurose

PAR UNE THÉRAPEUTIQUE UNIDOSE À L'AIDE D'UN NOUVEAU SEL DE PHOSPHATE DE PIPÉRAZINE, IL PARALYSE LES OXYURES FEMELLES FÉCONDÉS ET PROVOQUE EFFECTIVEMENT LEUR ÉVACUATION HORS DE L'INTESTIN GRÂCE À UNE STIMULATION DU PÉRISTALTISME. SANS UNE ÉVACUATION INTESTINALE, LES OXYURES PERSISTENT ET DEMEURENT ACTIFS APRÈS LA CESSATION DE L'ACTION DE LA PIPÉRAZINE.

AVANTAGES:

Une seule dose, q.s.

Haute efficacité: 91 à 97 p. 100 de guérisons, avec une seule dose.

Commodité: Administré selon l'âge en paquets prémesurés.

Ne souille ni les vêtements, ni la peau, ni la literie, ni les cabinets d'aisance, etc.

Economie: Le malade ne reçoit que la dose requise.

Acceptation: Bien toléré, facile à prendre, saveur agréable de fruits.

Aucun lavement requis.

POSOLOGIE

Rx Paquets de Pripsen (q.s.)... pour toute la famille.

de 1 à 3 ans..... 1 paquet de Pripsen

de 3 à 8 ans..... 2 paquets de Pripsen

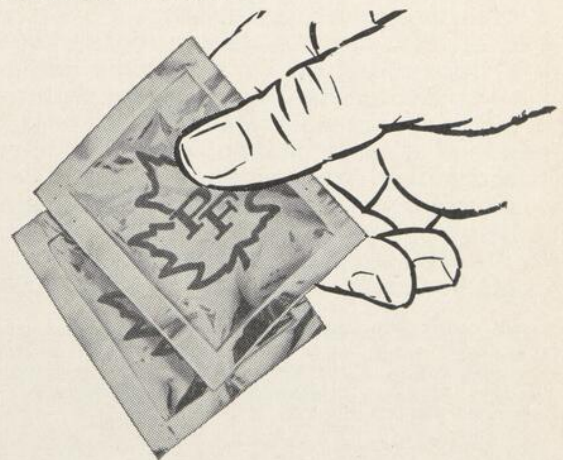
de 8 à 14 ans..... 3 paquets de Pripsen

14 ans et plus..... 4 paquets de Pripsen

Au-dessous d'1 an..... à la discrétion du médecin.

PRÉSENTATION: BOÎTES DE 12 PAQUETS

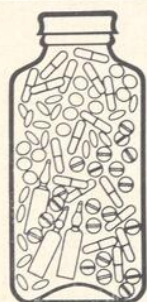
Des feuillets explicatifs pour les malades sont disponibles en blocs de 25; écrire au Service Médical.



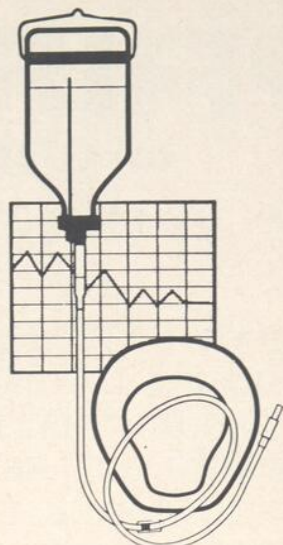
THE PURDUE FREDERICK COMPANY
(CANADA) LTD / TORONTO 16, ONTARIO

CONSTIPATION DANS LES MALADIES
CHRONIQUES

CONSTIPATION PUERPÉRALE



CONSTIPATION MÉDICAMENTEUSE

CONSTIPATION POST-
CHIRURGICALECONSTIPATION CAUSÉE PAR
UNE DIÈTE

CONSTIPATION CHRONIQUE



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 chroniques, médicamenteuses, post-chirurgicales, gériatriques, causées 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 neuro-péristaltisme 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 16, ONTARIO

Pour l'hypertension grave: l'hygroton-Réserpine est le médicament fondamental des régimes thérapeutiques qui incluent de puissants agents hypotensifs. Dans de tels traitements, l'hygroton-Réserpine intensifie l'efficacité de ces agents et permet une diminution significative de leur posologie; les effets secondaires en sont par conséquent grandement diminués.

L'Hygroton-Réserpine représente une aide particulièrement précieuse comme thérapie adjuvante dans les cas où l'hypertension et l'œdème coexistent, comme en présence d'insuffisance cardiaque et de toxémie gravidique.

Posologie

Traitement initial: Dans la plupart des cas, on recommande l'administration d'un comprimé par jour. Certains malades pourront exiger deux comprimés par jour. Il n'est pas nécessaire de fractionner les doses et l'on suggère de prendre une dose unique le matin avec des aliments.

Traitement d'entretien

La posologie d'entretien doit être adaptée à chaque malade. Pour les cas bénins, un comprimé tous les deux jours ou un comprimé trois fois par semaine pourra être suffisant. S'il est préférable, on pourra prescrire un demi-comprimé par jour. Une baisse optimale de l'hypertension pourra exiger trois semaines ou même plus chez quelques malades.

Association à d'autres médicaments

Dans les cas les plus graves, d'autres hypotenseurs puissants pourront être adjoints à des doses deux fois moindres que celles normalement utilisées, si la réponse à l'Hygroton-Réserpine est insuffisante. Ces malades devront demeurer sous surveillance médicale étroite. Une fois obtenu le niveau de pression artérielle désiré, on pourra revenir à la posologie d'entretien la plus faible qui est efficace.

Régime alimentaire

Une diète hyposodée pourra entraîner une chute rapide de la pression artérielle et une résolution des œdèmes. Cependant, au cours du traitement à l'hygroton-Réserpine, on ne recommande pas une limitation du sel alimentaire puisqu'elle tendrait à causer un déséquilibre électrolytique. Pour réduire les risques d'hypokaliémie, le régime alimentaire devra comprendre des aliments riches en potassium, tels les agrumes et les bananes, en plus des viandes et légumes.

(Geigy)

PRÉLUTAL®

Prélutal® est un nouveau produit spécifiquement conçu pour le traitement des malades obèses présentant des symptômes de "privation".

Prélutal contient 25 mg de Préludine, médicament anorexique réputé et efficace. Pour le traitement de la tension émotionnelle due à la privation, une dose très efficace de 25 mg de chlorhydrate de promazine est insérée dans chaque comprimé.

Ce produit procure pour la première fois un traitement convenable de l'obésité quand les bouleversements émotifs viennent compromettre le succès d'un régime amaigrissant.

(Geigy (Canada) Limited)

RÉCENT RAPPORT AU SUJET DE L'IMMUNISATION CONTRE LA ROUGEOLE

L'American Academy of Pediatrics, dans le rapport du Comité de prévention des maladies contagieuses (1964), recommande que les enfants âgés de neuf mois, s'ils n'ont pas encore souffert de la rougeole, soient immunisés le plus tôt possible après cet âge.

Le rapport déclare aussi qu'à l'heure actuelle, l'administration du vaccin vivant et atténué contre la rougeole accompagné d'une injection d'immuno-sérum-globuline est la méthode recommandée dans le cas d'enfants normaux non immuns en réservant l'emploi du vaccin mort à certains groupes spécifiques.

L'immunisation active contre la rougeole à dose unique s'obtient avec l'emploi de
LYOVAC* RUBÉOVAX* Virus vaccin vivant et atténué contre la rougeole
et l'administration conjointe de **GAMMAGEE***
Immuno-sérum-globuline



MERCK SHARP & DOHME
OF CANADA LIMITED MONTREAL

* Marque déposée

CHANGEMENT D'ADRESSE

Messieurs les médecins qui changent de domicile sont priés de donner leur nouvelle adresse sans retard au secrétariat: 5064, Avenue du Parc, Tél. 273-3065, afin de faciliter l'exactitude de la liste d'inscription.

**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 1964 jusqu'au 30 avril 1964.

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

R O F I L I N E**HYPOTENSEUR - SÉDATIF - TRANQUILLISANT**

Comprimé sécable à base de RESERPINE et DE * SOMENAL

* Somenal: Composé de Buthétal à effet rapide et peu prolongé, et de Phénobarbital à effet lent et plus durable.

CANADA DRUG LTÉE LTD., MONTRÉAL**B E T A G E N E****FACTEURS DE LA VITAMINE "B" AVEC ASSOCIATIONS DIVERSES***elixirs* : BETAGENE — BETAGENE FER ET FOIE — BETAGENE ET B¹²*comprimés* : BETAGENE ET FOIE — BETAGENE FER ET FOIE — BETAGENE SUPER*injectables* : BETAGENE (10cc.) — BETAGENE ET B¹² (10cc.)**CANADA DRUG LTÉE LTD., MONTRÉAL**

TABLE DES ANNONCEURS

Abbot, Laboratories Limitée (Erythrocline)	19-20	Lilly, Eli and Company (Canada) Ltd. (Darvon)	1
Ames Co. of Canada Ltd. (Hema-Combistix)	23	Merck, Sharp & Dohme of Canada Limited (Hydrodiuril)	11
Ames Co. of Canada Ltd. (Hema-Combistix)	34	Merck, Sharp & Dohme of Canada Limited (Aldoril)	23
Arlington-Funk Laboratories (DBI — DBI-TD)	16	Merck, Sharp & Dohme of Canada Limited (Lyovac Rubéovax)	80
Astra Pharmaceuticals (Canada) Ltd. (Jectofer)	27	Merrell Co., Wm. S. (Kolantyl — Bentytol)	30
Austin Laboratories Limited (Furoxone)	39	Millet, Roux et Cie Ltée (Centre d'équipement)	2
Ayerst, McKenna & Harrison Limitée (Thiosulfil — Prémarine)	9-10	Octo Laboratoire Limitée (Complamin)	42
Baxter Laboratories of Canada Ltd. (Cholestérol)	31	Parke-Davis & Co. Ltd. (Elaste)	47
Bayer Company Limited (Aspirin)	54	Pitman-Moore, Division of Dow Chemical of Canada Ltd. (Jefronic)	65
Becton, Dickinson & Co., Canada, Ltd. (Aiguilles stériles B-D Yale)	40	Poulenc Limitée (Flagyl)	3
Bristol Laboratories of Canada Limited (Ampiciline)	14-15	Poulenc Limitée (Nozinan)	7
Bristol Laboratories of Canada Limited (Prostaphiline)	33	Poulenc Limitée (Sonéryl)	63
British Drug Houses (PGA)	6	Purdue Frederic Company (Canada) Ltd. (Pripsen)	75
Calmic Limited (Polybactrin)	48	Purdue Frederic Company (Canada) Ltd. (Senokot)	76
Canada Drug Ltée (Rofiline)	78	Robins Co. (Canada) Ltd., A. H. (Donnazyme)	21
Canada Drug Ltée (Betagene)	78	Ross, P. S. et Associés (Offre d'emploi)	77
Canada Drug Ltée (Paveral)	79	Rougier Inc. (Prosedyl)	Première page de la couv.
Ciba Limitée (Doriden)	Deuxième page de la couv.	Sandoz Pharmaceuticals (Fiorinal-C)	45
Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada		Schering Corporation Ltd. (Celestone-S)	12
Crookes-Barnes Canada, Ltd. (Argyrol S.S.)	4	Schering Corporation Ltd. (Celestone)	22
Eddé, J., Limitée (Artichobyl)	36	Schering Corporation Ltd. (Chlor-Tripolon)	26
Endo Drugs (Canada) Ltd. (Percodan)	35	Schering Corporation Ltd. (Etrafon-D)	44
Fisons (Canada) Limited (Imferon)	29	Searle, G. D. & Co. of Canada Ltd. (Metamucil)	67
Frosst, Chas. E. & Co. (Tutamate)	5	Sherman Laboratories Ltd. (Protamide)	18
Frosst, Chas. E. & Co. (Danilone)	13	Smith Kline & French (Eskatrol)	41
Geigy Pharmaceuticals (Tandéaril)	17	Smith Nephew, Limited (L.P.L. Glypsona)	46
Geigy Pharmaceuticals (Précludine)	24	Squibb E. R. & Sons (Rautractyl)	51
Geigy Pharmaceuticals (Prelutal)	25	Upjohn Company of Canada (Medrol Medules — Kaopectale Kaomycin)	37-38
Geigy Pharmaceuticals (Tofranil)	32	Upjohn Company of Canada (Albamycin T — Veriderm Medrol — Veriderm Neo-Medrol)	55-56
Herdt & Charton Inc. (Enzy-Pepsol)	57	Warner-Chilcott Laboratories (Papase)	49
Herdt & Charton Inc. (Marro-Dause)	59	Warner-Chilcott Laboratories (Tédral)	53
Herdt & Charton Inc. (Hyper-Prostal)	61	Welcker Laboratories (Glumatag)	50
Hoechst Pharmaceuticals of Canada Ltd.	69	Winthrop Laboratories (Linodil)	43
Hoechst Pharmaceuticals of Canada Ltd. (Orinase — Reverin — Cophylac)	71-73	Wyeth & Bros. (Canada) Ltd., John (Sparine)	Troisième page de la couv.
Hoffmann-LoRoche Limitée (Valium Roche)	52		
Lederle Laboratories (Declomycin)	Quatrième page de la couv.		

PAVERAL

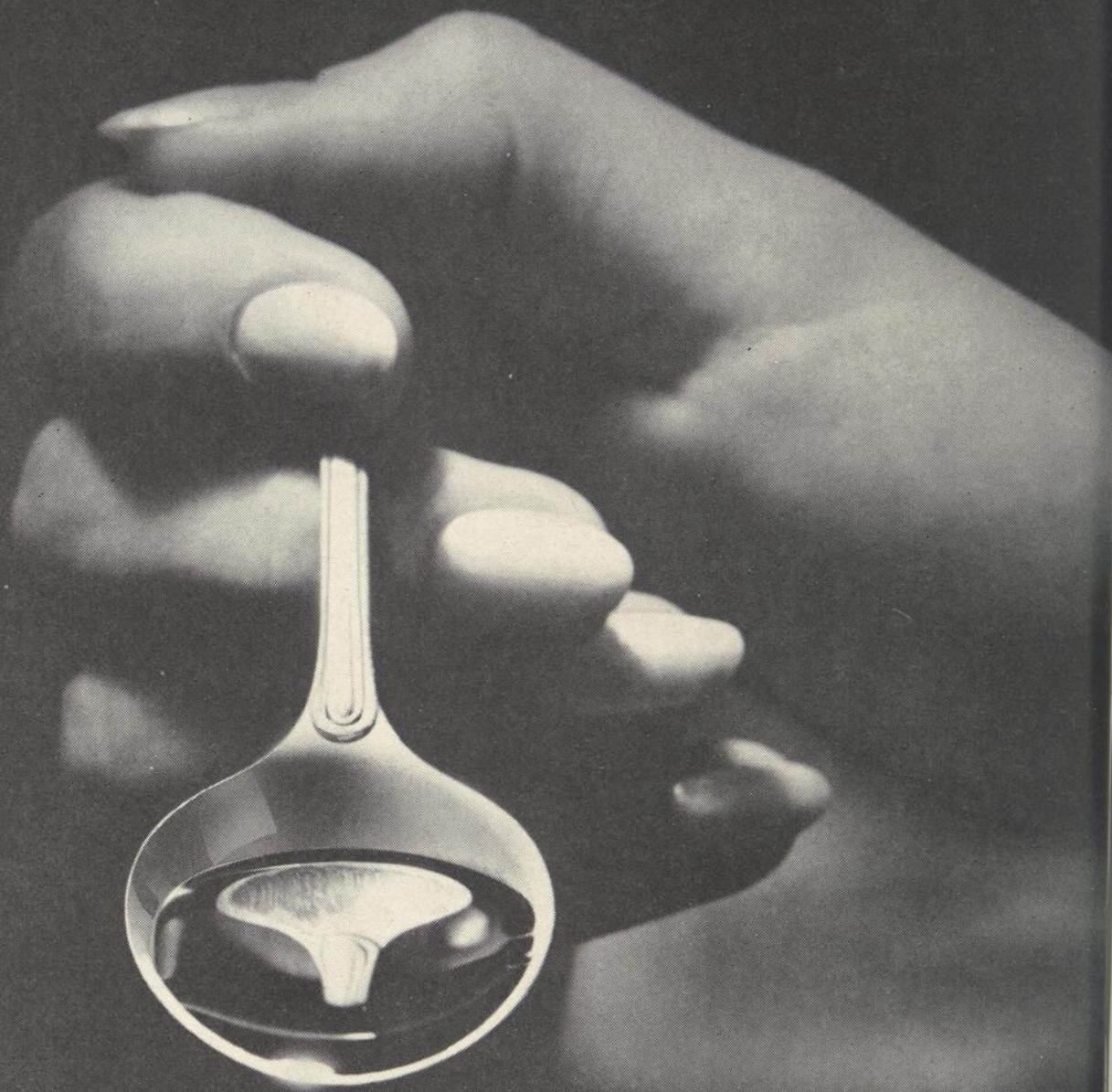
reste toujours un médicament de choix pour le traitement scientifique de la

• • **COQUELUCHE** • •

est journallement 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



Pourquoi le nouveau Jefronic est-il plus qu'un hématinique?

Parce qu'il est aussi nutritif.

Dans le nouvel élixir Jefronic, chaque cuillerée à thé renferme de la vitamine B₁₂ et de la vitamine B₁, qui stimulent et maintiennent l'appétit chez les enfants, les convalescents et les personnes âgées dont les besoins requièrent plus qu'un hématinique seul. En plus de traiter l'anémie grâce à une teneur élevée en fer élémentaire, le Jefronic par les autres ingrédients qu'il renferme aide à prévenir l'anorexie et facilite l'activité normale des enzymes cellulaires. Aussi bien toléré que l'hématinique Jefron déjà connu, le nouvel élixir ne cause ni dé-

rangement gastrique, ni constipation. Son goût excellent sans arrière-goût de métal, le fait apprécier des malades et permet ainsi de compléter la thérapie. Le Jefronic est si bien toléré qu'il peut même être administré entre les repas pour une meilleure utilisation du fer et des vitamines. Il est à la fois nutritif et hématinique; il est surtout indiqué dans l'anémie ferriprive et dans l'anorexie provoquées par des carences nutritives. Chaque 5 ml. contient: 25 mcg de vitamine B₁₂, 10 mg. de vitamine B₁ et 100 mg. de fer. Présenté en flacons de 4 oz.

JEFRONIC



PITMAN-MOORE DIVISION
DOW CHEMICAL OF CANADA, LIMITED
DON MILLS/ONTARIO

Sparine* - pour traiter
l'intraitable



AGITATION AIGUË¹ • ALCOOLISME² • SEVRAGE
MÉDICAMENTEUX³ • NAUSÉE ET VOMISSEMENT⁴ •
DOULEUR AIGUË, COMME ADJUVANT DES ANALGÉSQUES⁵

1. McFaul, I.E., et al.: Control of Hyperactivity, Medical Times 89:290 (mars 1961).
2. Hicks, J.T.: Treatment of Acute and Chronic Alcoholism with Promazine, Clinical Medicine, Vol. 69, No. 10 (oct. 1962).
3. Rolo, A.: Drug Withdrawal with Promazine Hydrochloride, New York State J. Med. 62: 1429 (mai 1962).
- 4,5. Shaw, D.L. Jr., et Page, J.A.: A Three-Year Review of the Pharmacologic Properties and Clinical Performance of Promazine. Current Therapeutic Research 2:199 (juin 1960).

Pour plus ample information sur les limitations, l'administration et la prescription de SPARINE, consulter la documentation médicale, disponible sur simple demande.

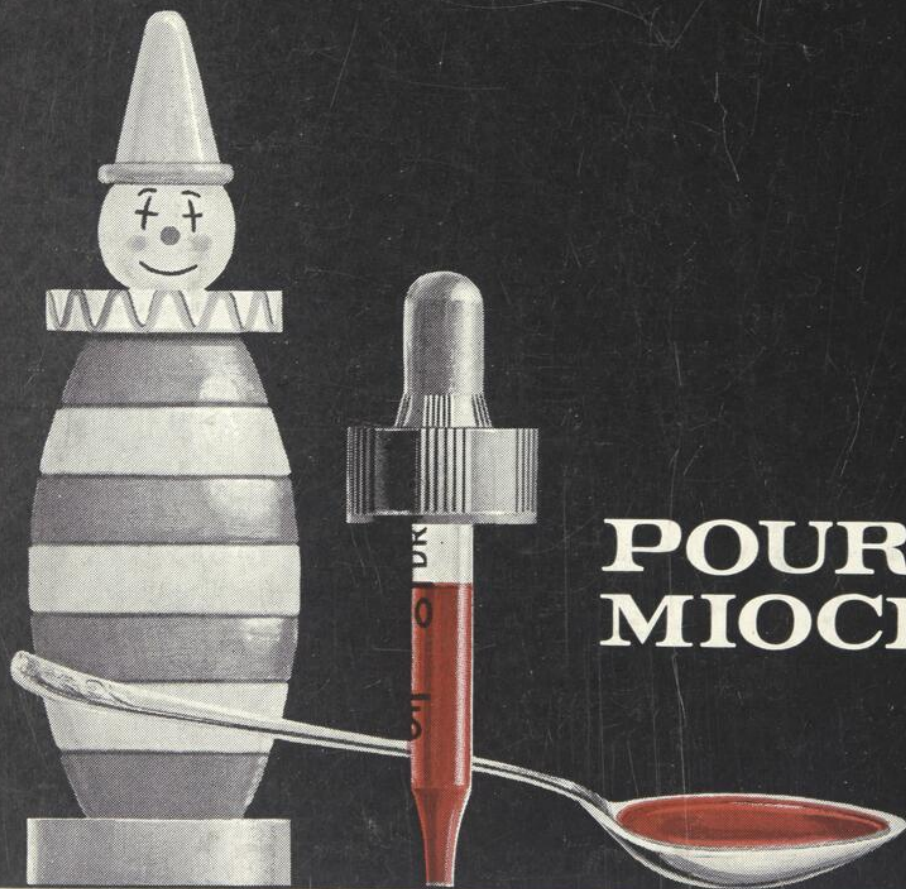


*Marque déposée
WINDSOR, ONTARIO

INJECTION
COMPRIMÉS
SIROP
CONCENTRÉ

Sparine*

Chlorhydrate de promazine Wyeth



POUR LES MIOCHES

... formule mise au point spécialement pour fournir une antibioticothérapie à la fois efficace et agréable au goût pour vos tout petits malades. Tous les avantages de la Déclomycine sont à la disposition de vos jeunes malades sous deux formes commodes: Gouttes et Sirop. Comparativement aux autres tétracyclines, la Déclomycine offre une plus grande activité antibiotique, des taux plus élevés d'antibiotiques dans la sérum, l'efficacité lorsqu'employée seule, moins d'effets secondaires et une posologie faible.

Lederle

CYANAMID OF CANADA LIMITED, *Montréal*

DENTIÈREMENT CANADIENNE
DECLOMYCIN[®]

DÉCLOMYCINE, DÉMÉTHYLCHLORTÉTRACYCLINE, LEDERLE

® Marque déposée

Présentation: Gouttes Pédiatriques, 60 mg/cc, flacon de 10 cc avec compte-gouttes; Sirop, 75 mg/5 cc, flacons de 2 et de 16 oz.